Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

CHAMAMENTO PÚBLICO

Nº 001/2025/ES

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO MATO GROSSO DO SUL

"Proposta de trabalho com o objetivo de gerenciar, operacionalizar e executar as ações e serviços de saúde ambulatorial e de internação, bem como a promoção de todas as atividades constantes do Plano de Trabalho e nos anexos do edital, no Hospital Dr. José de Simone Neto"

Sumário

INTRODUÇÃO AO PLANO DE TRABALHO 6

1.1 INTRODUÇÃO 6

1.2 IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE 8

1.3 CARTA DE APRESENTAÇÃO 9

BREVE HISTÓRICO DA INSTITUIÇÃO 11

MISSÃO E VALORES 19

ORGANOGRAMA INSTITUCIONAL 20

QUALIDADE E ACREDITAÇÃO 21

Certificação CEBAS 24

TÍTULO DO PLANO DE TRABALHO 28

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL E EPIDEMIOLÓGICO 29

1. PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL E ESTRATÉGIA 30

1.1 DESCRIÇÃO SUMÁRIA DA INSTITUIÇÃO 30

CARACTERIZAÇÃO DO MODELO GERENCIAL 34

AS ESTRATÉGIAS - SUCESSO DA IMPLANTAÇÃO DO MODELO. 43

MODELOS E CERTIFICAÇÕES DE QUALIDADE QUE SERÃO IMPLANTADOS 54

CRITÉRIOS – PADRÃO ONA 60

1.2 MODELO DE GESTÃO, ORGANOGRAMA E GOVERNANÇA 64

1.3 GESTÃO DA MUDANÇA E COMUNICAÇÃO INSTITUCIONAL 70

1.4 SISTEMA DE QUALIDADE E CERTIFICAÇÃO ONA 76

1.5 METODOLOGIA DE VALOR EM SAÚDE (DRG / PAY FOR PERFORMANCE) 79

1.6 INDICADORES DE DESEMPENHO 85

1.7 FERRAMENTAS DE MODERNIZAÇÃO E INTEGRAÇÃO 90

2. ATIVIDADES, FLUXOS E PROCESSOS 96

FLUXOS OPERACIONAIS 96

CIRCULAÇÃO INTERNA E EXTERNA 96

MATERIAIS ESTERILIZADOS 106

REGISTRO DOCUMENTAL 110

GESTÃO DE RESÍDUOS 114

ROUPAS 124

REGIMENTO INTERNO DO HOSPITAL 129

LOGÍSTICA DE SUPRIMENTOS 135

CRONORAMA ONA E DRG/P4P 140

MANUAIS ADMINISTRATIVOS 143

FATURAMENTO 143

MANUAL DE ROTINAS DE LMOXARIFADO E PATRIMÔNIO 156

MANUAL FINANCEIRO/CONTÁBIL 161

MANUAL DE COMPRAS 175

MANUAL – SAME 6

MANUAL FARMÁCIA 13

MANUAL – MANUTENÇÃO 18

MANUAL – GESTÃO DE PESSOAS 23

MANUAL TI – TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO 29

MANUAL DE ROTINAS JURÍDICAS 35

POPs E PROTOCOLOS CLÍNICOS 43

3. QUALIDADE E HUMANIZAÇÃO 45

COMISSÕES E NÚCLEOS 45

1. COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS 49

2. COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS 61

3. COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA 73

4. COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM 85

5. COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÕES 92

6. COMISSÃO DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES – CIPA 101

7. COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA 109

8. COMISSÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE 115

9. COMISSÃO NSP E GERENCIAMENTO DE RISCOS 122

10. COMISSÃO – TERAPIA NUTRICIONAL 132

11. COMISSÃO – SESMT 142

12. COMISSÃO DE FERIDAS/ESTOMIAS 146

ACOLHIMENTO E RECEPÇÃO 152

ORIENTAÇÕES E VISITAS 158

PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO 163

PESQUISA DE SATISFAÇÃO 170

4. ESTRUTURA TÉCNICA E RECURSOS HUMANOS 178

ESTRUTURA DIRETIVA 178

QUADROS MÉDICOS E TÉCNICOS 178

PROJETO DE TI 179

POLÍTICA DE RH 185

POLÍTICA DE SELEÇAO DE PESSOAL 189

EDUCAÇÃO PERMANENTE 195

DESCRITIVO DOS PROJETOS 222

COMPROVAÇÃO DE EXPERIÊNCIA EM GESTÃO 231

CERTIDÕES PROFISSIONAIS 232

GESTÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 233

CERTIFICAÇÕES ONA 234

METODOLOGIA DE VALOR EM SAÚDE 239

C.1. ÁREA DE ATIVIDADE ..... Erro! Indicador não definido.

I. ORGANIZAÇÃO DE ATIVIDADE ..... Erro! Indicador não definido.

C.1. ÁREA DE ATIVIDADE ..... Erro! Indicador não definido.

I. ORGANIZAÇÃO DE ATIVIDADE ..... Erro! Indicador não definido.

C.1. ÁREA DE ATIVIDADE ..... Erro! Indicador não definido.

I. ORGANIZAÇÃO DE ATIVIDADE ..... Erro! Indicador não definido.

INTRODUÇÃO AO PLANO DE TRABALHO

1.1 INTRODUÇÃO

A Sociedade Brasileira Caminho de Damasco (SBCD), entidade filantrópica sem fins lucrativos qualificada como Organização Social na área da saúde no Estado de Mato Grosso do Sul, por meio do Decreto Nº 35, de 28 de outubro de 2025, apresenta este Plano de Trabalho com o objetivo de participar do Chamamento Público nº 01/2025/SES, promovido pela Secreta ria de Estado de Saúde do Mato Grosso do Sul. Almeja-se, com esta proposta, o **gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde ambulatorial de internação, bem como a promoção de todas as atividades para a gestão do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto.**

A formulação deste documento visa assegurar a coerência entre o planejamento operacional da entidade e as diretrizes do planejamento estratégico do Estado e Município, alinhando-se aos princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde e fortalecendo a efetividade das políticas públicas de saúde bucal no território.

A missão da SBCD é oferecer soluções em saúde pública mediante uma gestão ética, transparente e eficiente, alicerçada na humanização e no cuidado, no uso racional dos recursos, na valorização do trabalho em equipe multidisciplinar e na escuta ativa das comunidades. Com experiência consolidada na gestão de serviços assistenciais e de atenção especializada, a instituição atua para ampliar o acesso da população a serviços de qualidade e promover resultados expressivos nos indicadores de saúde.

No contexto deste Chamamento, a gestão das unidades de saúde no município de Caraguatatuba/SP, representa um marco estratégico na regionalização da atenção em saúde, garantindo à população acesso integral a procedimentos especializados, desde a prevenção até a reabilitação. A proposta da SBCD contempla uma estrutura organizacional robusta, fluxos assistenciais resolutivos e protocolos bem definidos, assegurando o acolhimento, a integralidade e a continuidade do cuidado.

Por meio deste Plano de Trabalho, reafirma-se o compromisso da SBCD em fortalecer a rede de atenção à saúde, ampliando a capacidade instalada do SUS e promovendo uma assistência resolutiva, humanizada e socialmente justa à população.

1.2 IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE

Razão Social		**CNPJ**	
Sociedade Brasileira Caminho De Damasco		48.211.585/0001-15	
Endereço			
Rua Gabriela, nº 144, Labienópolis			
Município		**CEP**	**UF**
Garça		17.404-310	SP
Nº. do Certificado de Qualificação/OS		**CEBAS**	
SES-735122-2018 DECRETO 21.964 – 04/2023 PI		Portaria SAES/MS nº 1.808, de 27/11/2017	
DDD	**Telefone**	**e-mail**	
11	5090-3030	luisherce@sbcdsaude.org.br	
Nome do Representante Legal		**CPF**	
Luís Antônio Picerni Herce		034.804.545-44	
Cargo ou Função		**Período do Mandato**	
Presidente da Diretoria Executiva		16/03/2023 a 15/03/2027	

1.3 CARTA DE APRESENTAÇÃO

A Sociedade Brasileira Caminho de Damasco (**SBCD**), Organização Social de Saúde devidamente habilitada pelo Estado de Mato Grosso do Sul e inscrita no CNPJ nº 48.211.585/0001-15, com sede à Rua Gabriela, n.º 144, Garça, Estado de São Paulo, CEP 17400-970, tem a honra de submeter seu **Plano de Trabalho** para a celebração de um **Contrato de Gestão** com o objetivo de **Gerenciar, Operacionalizar e Executar as Ações e Serviços de Saúde no Hospital Regional Dr. José de Simone Netto**.

Nosso objetivo principal é proporcionar um **atendimento integral e humanizado**, garantindo a excelência na execução de serviços médicos e multiprofissionais, sempre em conformidade com as **Políticas de Saúde do SUS** e as diretrizes da **Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Mato Grosso do Sul.** Com este plano, buscamos fortalecer a **parceria público-privada**, assegurando a **eficiência operacional** e a **qualidade do atendimento** nas unidades gerenciadas.

Com **85 anos de atuação na área da saúde** e uma sólida experiência em parcerias com o poder público, a SBCD adquiriu vasta expertise no gerenciamento de **Redes de Atenção à Saúde**, sempre atuando com **transparência e ética.** Nosso site, www.sbcdsaude.org.br , oferece informações de saúde e serviços aos usuários, além de disponibilizar **prestações de contas, balanços financeiros e relatórios anuais** de todos os Contratos de Gestão, estando acessíveis a toda a sociedade. **Transparência, cidadania, integridade, valorização dos recursos humanos, excelência na gestão, inovação e responsabilidade social** são os valores que a SBCD cultiva continuamente ao longo de sua história.

Nesta proposta, detalhamos nosso **Plano de Trabalho**, que inclui a implementação de **programas de ensino e pesquisa, capacitação contínua das equipes,** adoção de **tecnologias inovadoras** para gestão de insumos e medicamentos, além de garantir a aplicação de **protocolos assistenciais rigorosos e medidas de sustentabilidade** no gerenciamento das unidades. Nossa proposta também enfatiza o uso de ferramentas de TI para o controle de custos e otimização dos processos assistenciais, alinhando-os às exigências de eficiência e transparência.

Assim, estamos prontos a demonstrar nossa **experiência, competência e comprometimento** em garantir a **excelência na gestão do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto,** contribuindo para a **melhoria contínua dos processos, a segurança dos pacientes e a sustentabilidade dos serviços de saúde.** Confiamos que essa parceria será fundamental para **elevar os padrões de atendimento na unidade de saúde objeto deste Chamamento Público.**

LUIS ANTONIO PICERNI HERCE

Assinado de forma digital por LUIS ANTONIO PICERNI HERCE
Dados: 2025.10.31 19:15:50 -03'00'

_____

LUIS ANTONIO PICERNI HERCE
PRESIDENTE

BREVE HISTÓRICO DA INSTITUIÇÃO

Ao longo de seus mais de 85 anos de história, a Sociedade Brasileira Caminho de Damasco (SBCD) consolidou-se como uma valiosa parceira do poder público no desenvolvimento de projetos de atenção á saúde. Atuando por meio de um modelo de gestão regionalizado e estruturado em linhas de cuidado integral, a SBCD promove um atendimento humanizado, centrado na pessoa, na família e na comunidade.

Nossas ações são fundamentadas em evidencias cientificas, análises de cenários e perfis epidemiológicos, além da constante busca por inovação. Esse compromisso garante a efetividade das intervenções e contribui para a qualificação contínua da atenção à saúde.

veja SAÚDE
ABRIL/2025

85 ANOS DE ATUAÇÃO EM PROL DA SAÚDE DOS BRASILEIROS

Com a expertise adquirida ao longo de sua história, a Sociedade Brasileira Caminho de Damasco amplia a oferta de soluções para o setor privado

Organizar um evento de grande porte não é uma tarefa fácil. Entre as várias responsabilidades, assegurar atendimento médico aos participantes, caso necessário, é crucial.

Foi com essa preocupação em mente que os organizadores do COMER & BEBER Experience, que aconteceu em São Paulo entre os dias 22 e 24 de novembro do ano passado, fecharam parceria com a Sociedade Brasileira Caminho de Damasco (SBCD), para disponibilizar um posto e equipe médica apta a lidar com as emergências que pudessem ocorrer ao longo do festival.

Fundada em 1939 em Garça, no interior de São Paulo, a entidade surgiu com cunho assistencial, para apoiar pessoas em vulnerabilidade social, principalmente aquelas que vinham de áreas rurais. De lá para cá, no entanto, a SBCD se transformou, mas sem perder sua essência. Desenvolveu sua equipe, funcionou como centro de atendimento e foi se moldando para dar suporte a todos os tipos de necessidades da saúde.

"Nos últimos dez anos, passamos por uma reestruturação para atuar de maneira mais ampla. Voltamos nosso olhar para as novas carências em saúde, tanto pública quanto privada, buscando formas de atendê-las", conta Johnny Kleber, diretor da SBCD.

Assim, a organização começou a suprir diferentes demandas da população. Por exemplo, para empresas privadas, oferece soluções como Programas de Prevenção à Saúde; Saúde Ocupacional e Qualidade de Vida no Trabalho; Atendimento Ambulatorial; Telemedicina e Consultas Remotas; Atendimento Psicológico e Psiquiátrico; Serviço de Atendimento Móvel de Saúde (como o disponibilizado durante o COMER & BEBER), além de Diagnóstico e Exames Clínicos.

Kleber explica que, por meio da expertise adquirida ao longo de seus 85 anos de história, a SBCD pôde expandir sua atuação para 21 municípios, distribuídos nos estados de São Paulo, Piauí, Rio de Janeiro e Minas Gerais. "Empenhados em prestar um serviço de excelência, investimos na capacitação contínua de todos os colaboradores para assegurar um atendimento de qualidade, ágil e humanizado. Nossa experiência técnica — somada ao compromisso com a ética, integridade e transparência —, a melhoria nos processos e uma equipe de profissionais engajada e valiosa nos aproximam, a cada dia, de nossa meta: sermos reconhecidos como uma entidade de referência em gestão e soluções de saúde", conclui.

A SBCD tem o olhar amplo voltado para todos os tipos de saúde, seja pública ou privada

NÚMEROS DA SBCD

7.400
COLABORADORES

4,4MI
ATENDIMENTOS/ANO

104
UNIDADES

6
HOSPITAIS

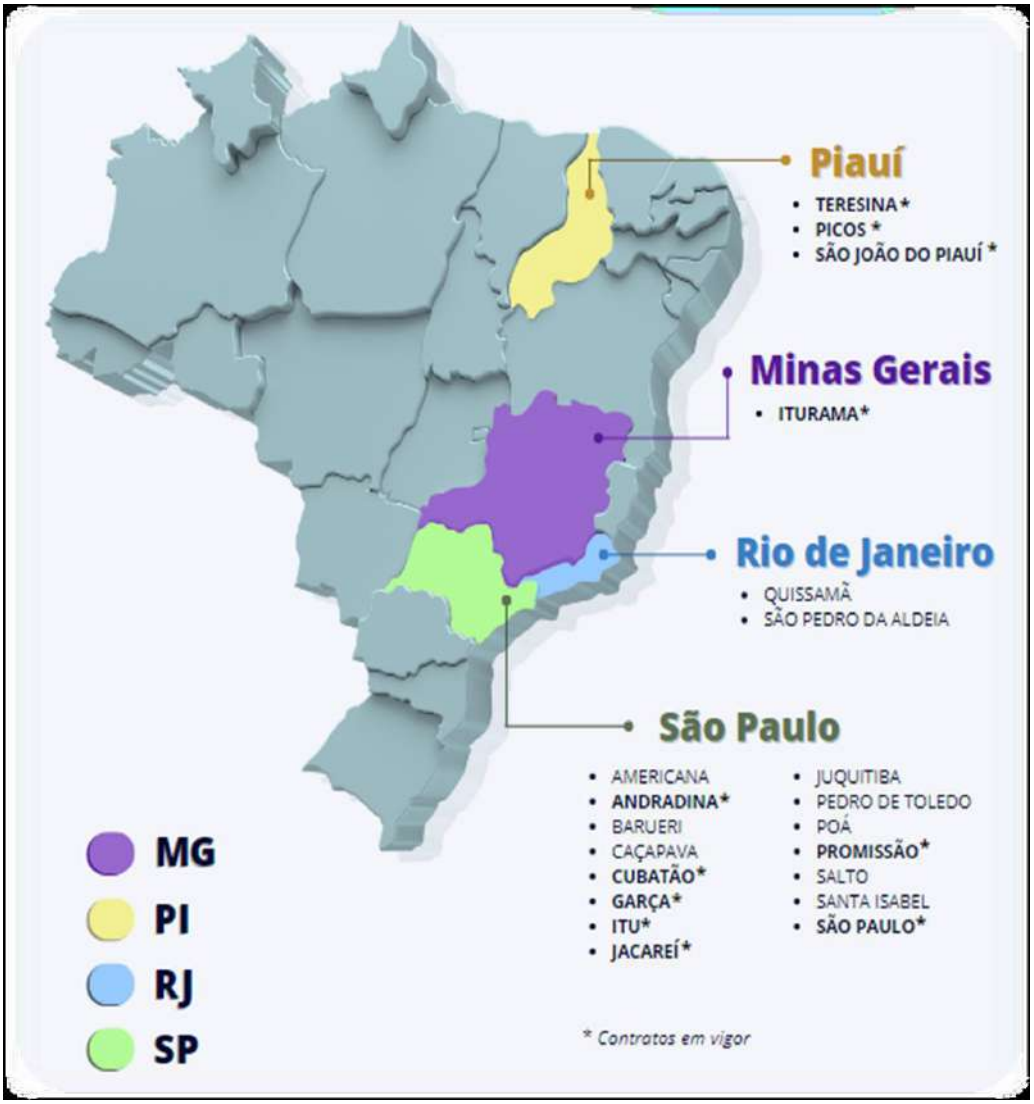
464
LEITOS

6
AMBULATÓRIOS

PRODUZIDO POR ABRIL BRANDED CONTENT

A SBCD mantém contratos de gestão e convênios firmados com o poder público que possibilitam à sua equipe, propor soluções técnicas inovadoras, alinhadas às demandas locais e regionais. As ações desenvolvidas abrangem a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a redução de agravos e a reabilitação da população, contribuindo para a integralidade do cuidado e o fortalecimento das redes de atenção.

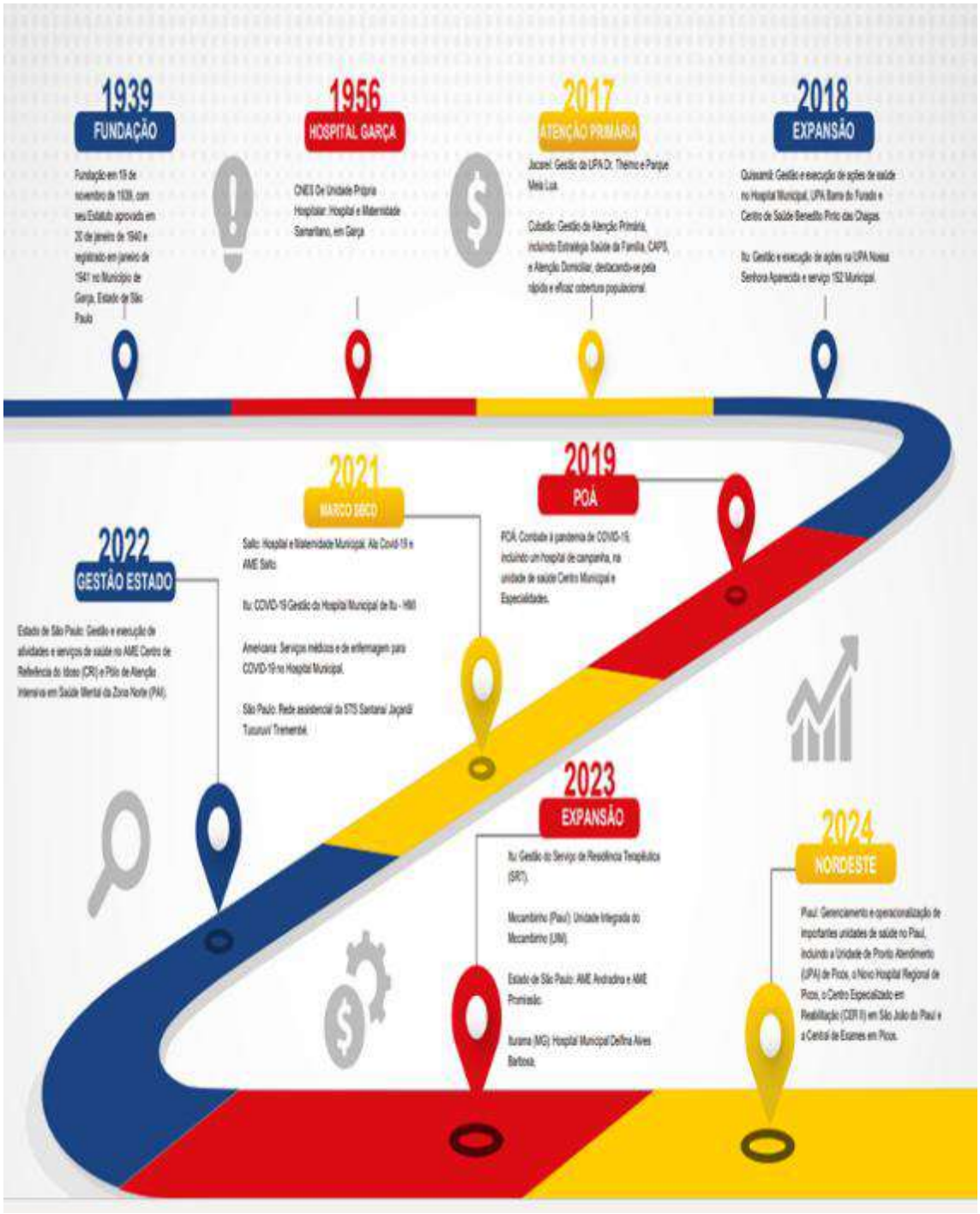
MAPA DE ATUAÇÃO



A SBCD valoriza a dimensão participativa na gestão, promovendo um trabalho de excelência que integra colaboradores, comunidade e a rede loco-regional de atenção à saúde. As situações são analisadas coletivamente, as decisões tomadas de forma compartilhada e as ações

executadas com base nas diretrizes do gestor público. Esse modelo fortalece o processo decisório conjunto, garantindo que todos os envolvidos compartilhem méritos e responsabilidades.

A trajetória institucional da SBCD teve início em 1930, na cidade de Garça, Estado de São Paulo, a partir de um movimento solidário que deu origem à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) dos Pobres. Com o tempo, essa iniciativa evoluiu e estruturou-se no Hospital e Maternidade Samaritano. A formalização da instituição ocorreu com a aprovação de seu Estatuto em 1940 e o registro oficial em 1941. Desde então, a SBCD reafirma seu compromisso com a oferta de serviços de saúde gratuitos à população, consolidando-se como uma entidade filantrópica de referência.



A SBCD mantém um forte compromisso com a comunicação institucional e a transparência de suas ações. Por meio de canais informativos como o boletim institucional e o podcast quinzenal “Fala SBCD”, a organização compartilha conteúdos relevantes sobre inovação em saúde, desenvolvimento de carreira e temas atuais de interesse público. Esses instrumentos

fortalecem o diálogo com a sociedade, promovem a prestação de contas e garantem o alinhamento das práticas institucionais aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Boletim Informativo SBCD – julho/25[1]

DESTAQUE

Com dois novos contratos, SBCD se consolida no Piauí com 8 unidades

Parceria com o Governo do Estado garante continuidade e expansão dos serviços de saúde gerenciados pela SBCD no território piauiense

Desde 2023, a SBCD tem fortalecido sua presença no Piauí por meio da gestão de importantes equipamentos de saúde. Agora, com a chegada de dois novos serviços — o Centro Especializado de Atendimento às Pessoas com Transtorno do Espectro Autista (CETEA), em Teresina, e a Central de Diagnóstico de Valença do Piauí — a Caminho de Damasco atinge a marca de oito unidades sob sua responsabilidade no estado.

A cerimônia de inauguração do CETEA, realizada no dia 11 de julho, contou com a presença do presidente da SBCD, Luis Antonio Picerni Herce; do governador Rafael Fonteles; do ministro do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, Wellington Dias; do secretário de Estado da Saúde (Sesapi), Antonio Luiz; e do secretário para Inclusão da Pessoa com Deficiência (Seid), Mauro Eduardo, além de outras autoridades locais.

Fruto da parceria com o Governo do Piauí, Sesapi e Seid, o centro foi idealizado para oferecer atendimento integral, terapias especializadas e acolhimento às famílias. Durante o evento, o governador destacou a importância do serviço e a gestão em conjunto com a SBCD. "A Caminho de Damasco tem propiciado um atendimento melhor para o usuário do SUS. Por isso, não temos dúvida da decisão que tomamos. A produtividade, o foco no usuário, que é o principal, é o que mais importa", disse.

Com uma equipe composta por aproximadamente 60 profissionais de diversas áreas da saúde, atuando em uma estrutura física moderna, acessível e acolhedora, o CETEA se consolida como referência para Teresina e todo o estado do Piauí. A unidade oferta atenção especializada e integral à pessoa com Transtorno do Espectro Autista, por meio de práticas centradas no usuário e no modelo de cuidado multiprofissional, incluindo atendimentos individuais e em grupo, escuta qualificada, construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) e orientação sistemática a familiares, cuidadores e rede de apoio.

Estela Santana, superintendente da Atenção Primária à Saúde da SBCD, destaca que a unidade "é um espaço de cuidado integral, que pensa na pessoa com TEA como um todo, inclusive apoiando suas famílias". Além disso, reforça o orgulho desse trabalho e parabeniza os colaboradores pelo início dos atendimentos no CETEA.

SERVIÇOS OFERECIDOS:

- Psicopedagogia;
- Psicologia;
- Assistente Social;
- Enfermagem;
- Fonoaudiologia;
- Fisioterapia;
- Terapia Ocupacional;
- Hidroterapia;
- Musicoterapia;
- Odontologia;
- Psiquiatria;
- Neurologia;
- Oftalmologia.

CENTRAL DE DIAGNÓSTICO DE VALENÇA DO PIAUÍ

Com início das atividades em 1º de julho, a Central de Diagnóstico de Valença do Piauí, traz uma proposta de interiorização do acesso a exames e consultas especializadas, evitando deslocamentos até a capital e fortalecendo a regionalização da saúde. O serviço é regulado pela plataforma Hydra da Sesapi e atenderá 15 municípios do Vale do Sambito.

Além de uma equipe técnica preparada, a unidade também conta com quatro salas do programa Piauí Saúde Digital, levando tecnologia e resolutividade ao atendimento em regiões mais distantes.

"A implantação desse serviço representa um passo importante para a regionalização da saúde. Ele permite que a população tenha acesso a exames e atendimentos especializados mais perto de casa. Além disso, amplia a capacidade de resposta do sistema de saúde local, garantindo mais agilidade, conforto e resolutividade para quem mais precisa", explica Dra. Tassiana Sacchi Pitta Diaz, superintendente da Urgência, Emergência e Rede Ambulatorial da SBCD.

Com essas duas novas unidades, a SBCD reforça seu compromisso com a saúde pública do Piauí e celebra a confiança renovada do Governo do Estado. Já fazem parte dessa trajetória no estado a gestão da UPA 24h de Picos, do Novo Hospital Regional de Picos, da Central de Diagnósticos de Picos, do Hospital Regional Justino Luz, do Centro Especializado de Reabilitação (CER – Tipo II) e da Unidade Integrada de Saúde do Mocambinho (Hospital do Mocambinho).

"Essas novas unidades representam mais acesso, acolhimento e qualidade para a população. Seguiremos firmes na nossa missão de cuidar das pessoas com todo o respeito e carinho que elas merecem", afirma Luis Antonio Picerni Herce, presidente da SBCD.

ESTRUTURA DA UNIDADE:

- 5 consultórios de especialidades;
- 1 sala de raio X;
- 1 sala de mamografia;
- 1 sala de ultrassonografia e ecocardiografia;
- 1 sala de coleta laboratorial;
- Salas administrativas, almoxarifado, copa e arquivo.

CAPACIDADE MENSAL:

- Mais de 2,5 mil exames de imagem;
- Mais de 4 mil coletas laboratoriais;
- Mais de 2,7 mil consultas por telemedicina.

Boletim Informativo SBCD – abril/25²

A Sociedade Brasileira Caminho de Damasco (SBCD), mantém parcerias estratégicas para aprimorar a gestão da saúde de baixa, média e alta complexidade, nas quais podemos destacar:

São Paulo (Capital e Interior)

- **AME Andradina e AME Promissão:** Atendimento médico especializado para regiões urbanas;
- **AME – CRI (Ambulatório Médico de Especialidades – Centro de Referência do Idoso):** Atendimento especializado à população idosa na Zona Norte de São Paulo;
- **PAI (Polo de Atenção Intensiva em Saúde Mental):** Serviço especializado para tratamento de doenças mentais, localizado no distrito do Mandaqui;
- **Supervisão Técnica de Saúde Santana/Tucuruvi/Jaçanã/Tremembé:** Administração de **49 unidades de saúde**, incluindo UBSs, CAPS, UPAs e Prontos-socorros;
- **Garça – SP:** Gestão de serviços em parceria com a prefeitura, incluindo **Centro de Especialidade Odontológica (CEO), Unidades de Saúde da Família (USF), Polo de Academia em Saúde e Residências Terapêuticas;**
- **Cubatão – SP:** Gestão de **21 unidades de saúde** (UBSs, CAPS, CSU, CAIC e ESFs), além do **Hospital Municipal de Cubatão (HMC),** que conta com **138 leitos** nas áreas de pediatria, psiquiatria, obstetrícia, clínica médica, cirurgia e UTI;
- **Jacareí – SP:** Gestão da **UPA II,** unidade de pronto atendimento 24 horas;
- **Itu – SP:** Gestão do **Hospital Municipal (Hospital do Povo),** com **40 leitos** nas especialidades de **psiquiatria, pediatria, clínica, obstetrícia cirúrgica, cirurgia geral e clínica geral;**

Piauí

- **Picos – PI:** Central de Exames, Gestão do Hospital Regional de Picos, Gestão do Hospital Justino de Picos, UPA 24 horas;
- **São João do Piauí – PI:** Gestão do CER II – Centro Especializado de Reabilitação;
- **Mocambinho – PI:** Gestão da Unidade Integrada de Saúde;
- **Teresina – PI:** Gestão do Centro Especializado em Transtorno do Espectro Autista

Para a operacionalização de todas as unidades, contamos mais de 5.000 colaboradores. Realizamos 4.4 milhões de atendimentos anualmente, em diversas unidades como: o

Ambulatório de Teleatendimento (especialidades), ambulatórios de especialidades, hospitais, unidades de emergência e equipes de ESF.

MISSÃO E VALORES

MISSÃO, VISÃO E VALORES:

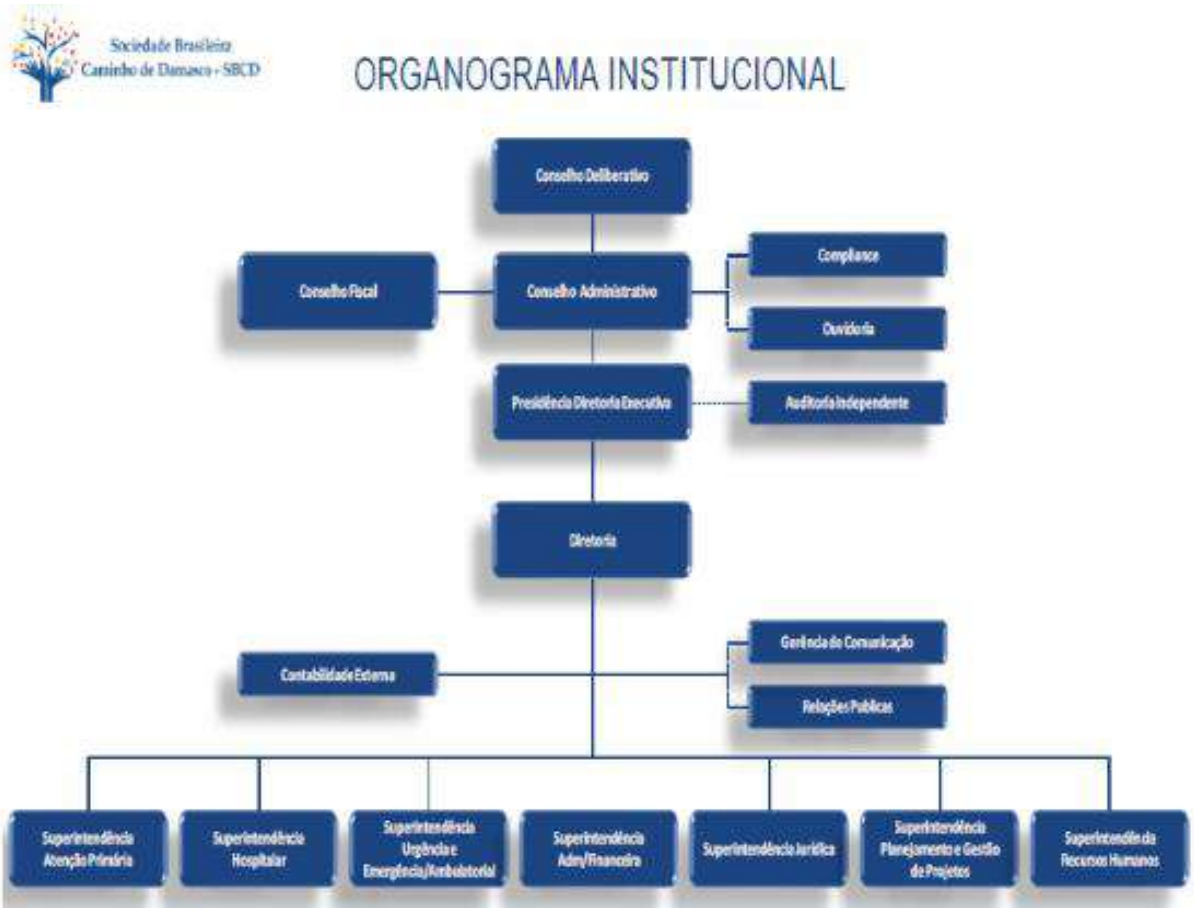
Missão: Promover soluções de gestão na área da saúde por meio de metodologias desenvolvidas e aplicadas no atendimento ao assistencialismo gratuito e de qualidade à população dependente do SUS.

Visão: Ser reconhecida como uma entidade de referência em qualidade na gestão e soluções em serviços de saúde.

Valores:

- Capacitação técnica plena para atingimento dos objetivos definidos;
- Valorização dos recursos humanos na aplicação das diretrizes na gestão;
- Aperfeiçoamento e melhorias constantes nos processos e serviços prestados;
- Utilização dos recursos naturais de forma sustentável;
- Disseminação do conhecimento e incentivo ao desenvolvimento humano;
- Aplicação de metodologias de governança pública;
- Transparência nas atividades.

ORGANOGRAMA INSTITUCIONAL



Nosso organograma reflete uma estrutura organizacional desenhada para fortalecer lideranças estratégicas e otimizar tanto a governança quanto a execução de nossas atividades.

QUALIDADE E ACREDITAÇÃO

A implantação da gestão da qualidade consiste em uma atividade coordenada para direcionar e controlar os resultados organizacionais, visando a melhoria contínua dos serviços e a satisfação — ou superação — das expectativas dos usuários. Nesse contexto, o processo de acreditação é uma ferramenta essencial, permitindo a análise de desempenho institucional com base em padrões técnicos estabelecidos pelo Manual Brasileiro de Acreditação, promovendo avanços na qualidade da assistência à saúde.

A instituição que adota esse modelo busca demonstrar o cumprimento dos padrões de segurança no atendimento, com responsabilidade e compromisso com a assistência segura. Trata-se de uma estratégia de gestão que contribui diretamente para a eficiência dos processos e o desempenho global da organização.

Para garantir a efetividade do processo, é necessário adotar uma abordagem profissional, sustentada por conhecimento técnico, planejamento estratégico e o engajamento da alta direção. Com o objetivo de reduzir riscos e custos, ao mesmo tempo em que se aprimora o cuidado e a experiência do usuário, a gestão da qualidade torna-se uma aliada na eliminação de desperdícios no sistema de saúde.

A SBCD conta com profissionais experientes em Acreditação, que conduzirão o processo utilizando ferramentas da qualidade em todas as etapas, assegurando a aplicação didática e contínua das melhorias. Todo o trabalho será norteado pelas diretrizes do Programa Nacional de Segurança do Paciente (Portaria nº 529/2013), fundamentado em cinco pilares que estruturam a Cultura de Segurança:

- Priorizar a segurança em relação às metas financeiras e operacionais;
- Estimular a identificação, notificação e resolução de problemas relacionados à segurança;
- Promover o aprendizado organizacional a partir de incidentes;
- Assegurar estrutura, recursos e responsabilização para manter a segurança efetiva;

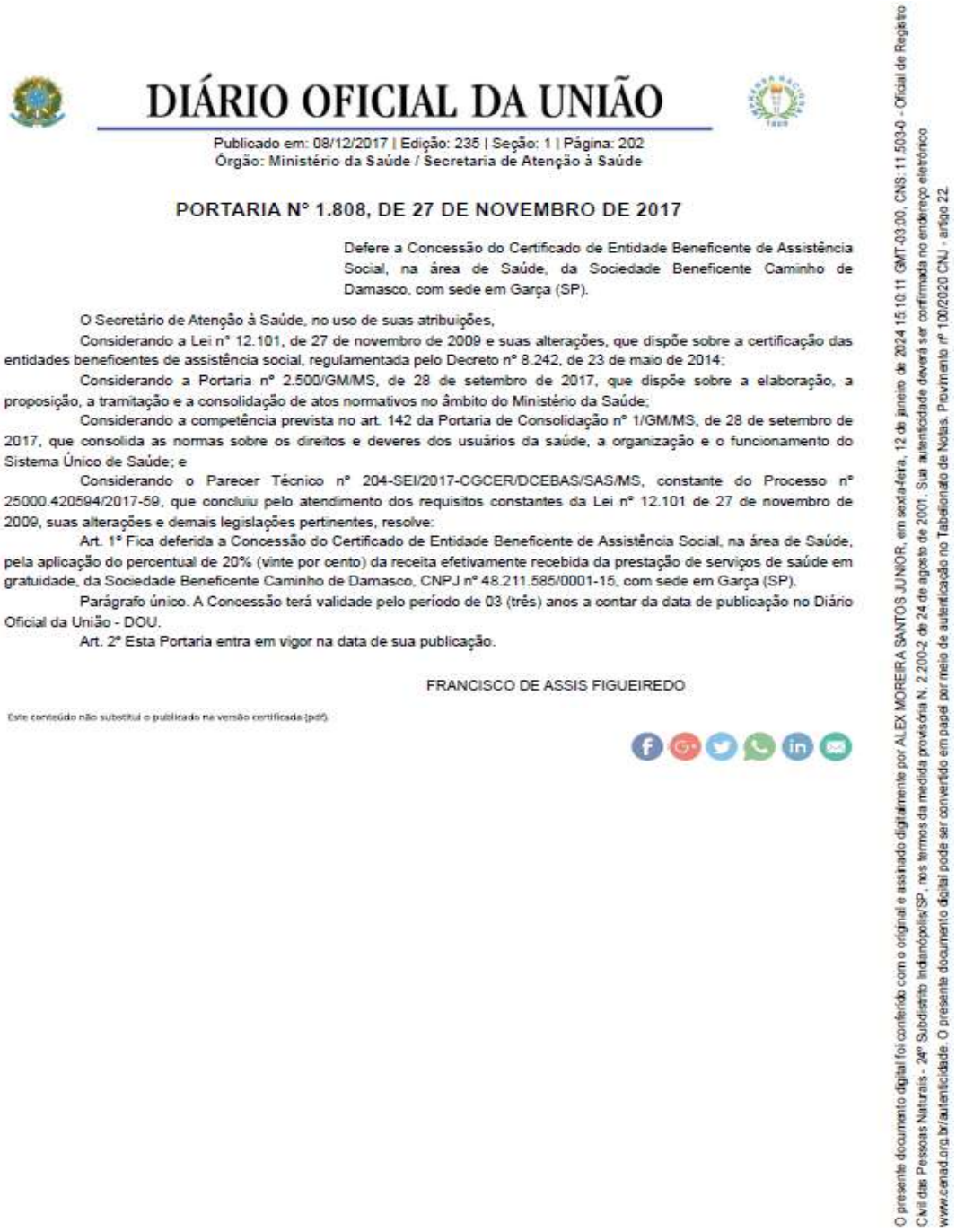
- Trabalhar para o reconhecimento junto ao Sistema Nacional de Acreditação, especialmente por meio da ONA.

Algumas unidades SBCD certificadas:

certificado
UBS JACANÃ
UBS JARDIM FLOR DE MAIO
UBS DR JOSE TOLEDO PIZA
UBS VILA ALBERTINA DR OSVALDO MARCAL
AMA/UBS INTEGRADA WAMBERTO DIAS DA COSTA
UBS CONJUNTO DO IPESP
UBS JD APUANÃ - JOÃO KOCH
UBS DONA MARIQUINHA SCIASCIA
UBS PARQUE EDU CHAVES
UBS J FONTALIS
UBS JOVA RURAL
UBS HORTO FLORESTAL
ACREDITADO
ONA

Certificação CEBAS

Em 27 de novembro de 2017, o Ministério da Saúde, em seu Diário Oficial, publicou o deferimento, concedendo à SBCD o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social, na área da saúde:



DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO

Publicado em: 08/12/2017 | Edição: 235 | Seção: 1 | Página: 202
Órgão: Ministério da Saúde / Secretaria de Atenção à Saúde

PORTARIA Nº 1.808, DE 27 DE NOVEMBRO DE 2017

Defere a Concessão do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social, na área de Saúde, da Sociedade Beneficente Caminho de Damasco, com sede em Garça (SP).

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando a Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009 e suas alterações, que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social, regulamentada pelo Decreto nº 8.242, de 23 de maio de 2014;

Considerando a Portaria nº 2.500/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a elaboração, a proposição, a tramitação e a consolidação de atos normativos no âmbito do Ministério da Saúde;

Considerando a competência prevista no art. 142 da Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde; e

Considerando o Parecer Técnico nº 204-SEI/2017-CGCER/DCEBAS/SAS/MS, constante do Processo nº 25000.420594/2017-59, que concluiu pelo atendimento dos requisitos constantes da Lei nº 12.101 de 27 de novembro de 2009, suas alterações e demais legislações pertinentes, resolve:

Art. 1º Fica deferida a Concessão do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social, na área de Saúde, pela aplicação do percentual de 20% (vinte por cento) da receita efetivamente recebida da prestação de serviços de saúde em gratuidade, da Sociedade Beneficente Caminho de Damasco, CNPJ nº 48.211.585/0001-15, com sede em Garça (SP).

Parágrafo único. A Concessão terá validade pelo período de 03 (três) anos a contar da data de publicação no Diário Oficial da União - DOU.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

FRANCISCO DE ASSIS FIGUEIREDO

Este conteúdo não substitui o publicado na versão certificada (pdf).

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ALEX MOREIRA SANTOS JUNIOR, em sexta-feira, 12 de janeiro de 2024 15:10:11 GMT-03:00, CNS: 11.503-0 - Oficial de Registro Civil das Pessoas Naturais - 24º Subdistrito Indianópolis/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
Departamento de Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social em Saúde

DECLARAÇÃO

Processo nº 25000.101872/2025-81
Interessado: SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO

Interessado: Sociedade Brasileira Caminho de Damasco
CNPJ nº 48.211.585/0001-15
Rua Gabriela, nº 144 – Bairro: Centro.
CEP: 17.404-310 – Garça/SP.

Em atenção à solicitação contida no e-mail, de 17/06/2025, SEI nº 25000.101872/2025-81, acerca do andamento do requerimento de renovação de Certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social – CEBAS – relativo à **Sociedade Brasileira Caminho de Damasco**, inscrita no CNPJ nº 48.211.585/0001-15, temos a informar que, consultando o Sistema de Certificação das Entidades Beneficentes de Assistência Social – SISCEBAS, verificamos que a aludida Entidade teve o seu Certificado **deferido** conforme Portaria SAES/MS nº 1.808, de 27/11/2017, publicada no Diário Oficial da União (DOU) em 08/12/2017, com validade de **08/01/2017 a 07/12/2020** (SEI nº 25000.420594/2017-59).

Assim, em cumprimento ao que dispõe § 1º do Artigo 24, da Lei nº 12.101, de 27/11/2009, na qual prevê que "§ 1º *Será considerado tempestivo o requerimento de renovação da certificação protocolado no decorrer dos 360 (trezentos e sessenta) dias que antecedem o termo final de validade do certificado*" informamos que a entidade protocolou em 19/11/2020, ***tempestivamente***, o seu requerimento de renovação, conforme SEI nº 25000.162391/2020-38, o qual se encontra aguardando manifestação do Ministério da Educação – MEC.

Até a presente data o processo com o pedido de renovação não foi concluído, estando a Entidade alcançada pelo disposto no §2º, do artigo 24, da Lei 12.101/2009, ao estabelecer que "§ 2º: ***a certificação da entidade permanecerá válida até a data da decisão sobre o requerimento de renovação tempestivamente apresentado***".

Ainda em relação à condição de tempestividade da entidade, cumpre-nos citar o disposto no § 3º do artigo 8º, do Decreto nº 8.242, de 23 de maio de 2014, ao dispor que:

> ". 8º O protocolo do requerimento de renovação da certificação será considerado prova da certificação até o julgamento do seu processo pelo Ministério certificador.
>
> § 1º O disposto no *caput* aplica-se aos requerimentos de renovação da

certificação redistribuídos nos termos do art. 35 da Lei nº 12.101, de 2009, assegurado às entidades interessadas o fornecimento de cópias dos protocolos.

§ 2º O disposto no *caput* não se aplica aos requerimentos de renovação da certificação protocolados fora do prazo legal ou com certificação anterior tornada sem efeito por qualquer motivo.

§ 3º A validade e a tempestividade do protocolo serão confirmadas pelo interessado mediante consulta da tramitação processual do requerimento na página do Ministério certificador na internet ou, na impossibilidade, por certidão expedida pelo Ministério certificador."

Informamos ainda que a entidade possui outro processo em curso no Departamento, registrado pelo **SEI nº 25000.123758/2023-41**, protocolado em 25/08/2023, o qual se encontra aguardando decisão final do processo anterior.

É importante frisar, que a Receita Federal do Brasil, por meio da Instrução Normativa RFB nº 2.185, de 05/04/2024, que dispõe, em seu artigo 188:

"Art. 188. O direito à imunidade das contribuições sociais será exercido pela entidade independentemente de requerimento à RFB:

I - a partir do cumprimento dos requisitos previstos na Lei nº 12.101, de 2009 quando fundamentado nesta lei; e (Lei nº 12.101, de 2009, art. 31; e STF, ADI nº 4.480/DF, de 2020)

II - a partir da data de publicação da concessão da certificação no Diário Oficial da União, com retroatividade dos efeitos tributários à data do protocolo do requerimento de concessão de certificação perante o Ministério certificador de sua área de atuação preponderante, quando fundamentado na Lei Complementar nº 187, de 2021. (Lei Complementar nº 187, de 2021, art. 36; Decreto nº 11.791, de 21 de novembro de 2023, art. 12, § 1º)

.....

§ 2º **A imunidade de que trata este artigo não se estende a outra pessoa jurídica, ainda que constituída e mantida pela entidade à qual a certificação foi concedida**. (Lei nº 12.101, de 2009, art. 30; Lei Complementar nº 187, de 2021, art. 4º)

§ 3º As certificações concedidas com fundamento na Lei nº 12.101, de 2009, permanecem por ela regidas durante o seu prazo de validade, sem prejuízo do cumprimento obrigatório dos requisitos para a certificação com fundamento na Lei Complementar nº 187, de 2021, no exercício fiscal anterior ao do requerimento de concessão ou de renovação da certificação apresentado a partir de 17 de dezembro de 2021. (Decreto nº 11.791, de 2023, art. 85, §§ 3º e 4º)" (NR)" *(grifos nossos)*

Isto posto, são estas as informações que nos cabe apresentar, ressaltando que para acompanhar o andamento do processo e para maiores esclarecimentos em relação à Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social em Saúde, sugerimos acessar http://siscebas.saude.gov.br/siscebas/ link: *"para acessar a visualização pública clique aqui"*, pasta *"documentos vinculados a esta entidade"* e selecionar o protocolo SEI correspondente.

Para confirmar essas informações, sugerimos ligar para (61) 3315-6107 ou (61) 3315-7966.

ADRIANA LUSTOSA ELOI VIEIRA
Diretora

Documento assinado eletronicamente por **Adriana Lustosa Eloi Vieira**, **Diretor(a) do Departamento de Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social em Saúde**, em 20/06/2025, às 10:01, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0048549927** e o código CRC **A6C0A55F**.

Referência: Processo nº 25000.101872/2025-81 SEI nº 0048549927

TÍTULO DO PLANO DE TRABALHO

PROPOSTA TÉCNICA PARA IMPLANTAR E GERENCIAR, OPERACINALIZAR E EXECUTAR AS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO HOSPITAL REGIONAL DR. JOSÉ DE SIMONE NETTO (HRDJSN), CONFORME CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2025/SES.

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL E EPIDEMIOLÓGICO

Contexto territorial e demográfico

O município de **Ponta Porã**, localizado na região sul do Estado de Mato Grosso do Sul, integra uma área de fronteira estratégica com **Pedro Juan Caballero (Paraguai)**. Essa condição confere características geopolíticas e epidemiológicas singulares, com forte intercâmbio populacional e desafios específicos para a organização da rede de atenção à saúde.

Com população estimada em **cerca de 95 mil habitantes**, Ponta Porã exerce papel de **polo regional** para diversos municípios limítrofes — como Antônio João, Aral Moreira e Bela Vista — ampliando sua área de influência para aproximadamente **200 mil habitantes**. A estrutura da **Rede de Atenção à Saúde (RAS)** local está centrada em atenção primária e serviços especializados, tendo o **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)** como referência para média e alta complexidade.

Perfil epidemiológico e sanitário

O perfil de morbimortalidade regional evidencia predominância de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) — como hipertensão, diabetes, doenças respiratórias e cardiovasculares —, além de agravos infectocontagiosos persistentes, a exemplo da tuberculose e das arboviroses. Também há relevância de **casos obstétricos de risco e patologias neonatais**, o que demanda retaguarda hospitalar resolutiva e integrada à rede materno-infantil.

A região apresenta ainda vulnerabilidades sociais associadas à fronteira, como fluxos migratórios intensos, vulnerabilidade econômica e barreiras de acesso a serviços especializados. Tais fatores reforçam a necessidade de um **modelo de gestão hospitalar regionalizado, humanizado e orientado por resultados**, capaz de articular as políticas de urgência, atenção especializada e vigilância em saúde.

Estrutura física e funcional do HRDJSN

O **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto** é a principal unidade de média e alta complexidade da fronteira sul do Estado. Conta com estrutura física moderna e diversificada, abrangendo **unidades de internação clínica e cirúrgica, maternidade, pronto atendimento hospitalar, centro cirúrgico, UTI adulto, UTI pediátrica e centro de diagnóstico por imagem**.

A unidade é referência para a **Rede de Urgência e Emergência (RUE)** e integra-se à **Rede Cegonha** e à **Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**. O hospital desempenha papel estratégico no **Sistema Estadual de Regulação (SISREG)**, acolhendo demandas oriundas da regulação estadual e das regionais de saúde.

1. PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL E ESTRATÉGIA

1.1 DESCRIÇÃO SUMÁRIA DA INSTITUIÇÃO

A **Sociedade Brasileira Caminho de Damasco (SBCD)** é uma Organização Social de Saúde (OSS) qualificada nos termos da legislação vigente, com mais de **85 anos de atuação contínua** na execução e gerenciamento de serviços públicos de saúde em todo o território nacional. Sua trajetória é marcada pela consolidação de um modelo assistencial centrado no **usuário do Sistema Único de Saúde (SUS)**, pela integração de tecnologias de gestão hospitalar e pela valorização permanente do capital humano como eixo estratégico para o desempenho institucional.

Desde a década de 1940, a SBCD desenvolve e administra **unidades hospitalares, ambulatórios especializados, serviços de urgência e emergência, centros de reabilitação e redes regionais de atenção** à saúde. Atualmente, sua rede de operações abrange **mais de 5.000 profissionais**, distribuídos entre hospitais gerais, unidades de pronto atendimento (UPAs), centros de especialidades e programas de vigilância em saúde — resultando em **aproximadamente 4,4 milhões de atendimentos anuais** no âmbito do SUS.

A organização atua de forma articulada com gestores estaduais e municipais em estados como **São Paulo, Piauí, Mato Grosso do Sul e Maranhão**, sempre priorizando a **regionalização,**

a equidade e a integralidade do cuidado. Entre suas unidades sob gestão destacam-se o **Hospital Municipal de Cubatão/SP**, o **Hospital Municipal de Itu/SP**, o **Hospital Regional de Picos/PI** e o **Hospital Regional Senador Cândido Ferraz/PI**, todos estruturados sob contratos de gestão com metas assistenciais pactuadas e indicadores de desempenho auditáveis.

A Sociedade Brasileira Caminho de Damasco (SBCD), mantém parcerias estratégicas para aprimorar a gestão da saúde de baixa, média e alta complexidade, nas quais podemos destacar:

São Paulo (Capital e Interior)

- **AME Andradina e AME Promissão:** Atendimento médico especializado para regiões urbanas;
- **AME – CRI (Ambulatório Médico de Especialidades – Centro de Referência do Idoso):** Atendimento especializado à população idosa na Zona Norte de São Paulo;
- **PAI (Polo de Atenção Intensiva em Saúde Mental):** Serviço especializado para tratamento de doenças mentais, localizado no distrito do Mandaqui;
- **Supervisão Técnica de Saúde Santana/Tucuruvi/Jaçanã/Tremembé:** Administração de **49 unidades de saúde**, incluindo UBSs, CAPS, UPAs e Prontos-socorros;
- **Garça – SP:** Gestão de serviços em parceria com a prefeitura, incluindo **Centro de Especialidade Odontológica (CEO), Unidades de Saúde da Família (USF), Polo de Academia em Saúde e Residências Terapêuticas;**
- **Cubatão – SP:** Gestão de **21 unidades de saúde** (UBSs, CAPS, CSU, CAIC e ESFs), além do **Hospital Municipal de Cubatão (HMC),** que conta com **138 leitos** nas áreas de pediatria, psiquiatria, obstetrícia, clínica médica, cirurgia e UTI;
- **Jacareí – SP:** Gestão da **UPA II,** unidade de pronto atendimento 24 horas;
- **Itu – SP:** Gestão do **Hospital Municipal (Hospital do Povo),** com **40 leitos** nas especialidades de **psiquiatria, pediatria, clínica, obstetrícia cirúrgica, cirurgia geral e clínica geral;**

Piauí

- **Picos – PI:** Central de Exames, Gestão do Hospital Regional de Picos, Gestão do Hospital Justino de Picos, UPA 24 horas;
- **São João do Piauí – PI:** Gestão do CER II – Centro Especializado de Reabilitação;
- **Mocambinho – PI:** Gestão da Unidade Integrada de Saúde;

Teresina – PI: Gestão do Centro Especializado em Transtorno do Espectro Autista

Ênfase na Atenção Hospitalar Pública

A SBCD possui sólida experiência em **gestão hospitalar pública**, contemplando unidades de **média e alta complexidade**, com atuação nas áreas de **clínica médica, pediatria, obstetrícia, cirurgia geral, ortopedia e terapia intensiva**. Seu modelo assistencial está alinhado às diretrizes da **Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP)**, integrando-se de forma orgânica à **Rede de Atenção à Saúde (RAS)** e às políticas de urgência e emergência, de segurança do paciente e de humanização.

A instituição estrutura sua atuação a partir de **linhas de cuidado interdisciplinares**, protocolos clínico-assistenciais baseados em evidências e **integração com o Complexo Regulador Estadual**, assegurando acesso ordenado, eficiência operacional e continuidade do cuidado. Nos hospitais sob sua gestão, a SBCD adota processos de **gestão por resultados**, com foco em indicadores de ocupação, taxa de readmissão, permanência média, resolutividade clínica, eventos adversos e satisfação do usuário, promovendo **governança clínica e sustentabilidade operacional**.

A estrutura de governança da SBCD contempla **diretorias executivas e colegiados técnicos locais**, que coordenam as áreas assistenciais, administrativas e financeiras de cada unidade hospitalar. O modelo prioriza **decisão compartilhada, comunicação horizontal e transparência**, fortalecendo a parceria público-privada e a accountability institucional junto aos órgãos de controle e à sociedade.

Inteligência de Negócio e Inovação em Gestão Hospitalar

A **inteligência de negócio da SBCD** está fundamentada na integração entre **dados assistenciais, financeiros e operacionais**, permitindo a análise em tempo real do desempenho das unidades e subsidiando decisões estratégicas. Por meio de sistemas próprios de **Business Intelligence (BI)** e do uso de **prontuário eletrônico integrado ao e-SUS e SIH/SIA**, a instituição monitora continuamente a eficiência, a produtividade e a segurança do cuidado.

Seu **modelo de gestão analítica** combina indicadores de resultados, ferramentas de controle orçamentário e instrumentos de governança corporativa, alinhados ao **Balanced Scorecard (BSC)** institucional. Essa metodologia garante a coerência entre missão, planejamento estratégico e metas contratuais, além de permitir a rastreabilidade das informações em todos os níveis de gestão.

Entre os diferenciais da inteligência institucional da SBCD destacam-se:

- **Planejamento estratégico integrado**, com desdobramento tático-operacional em cada unidade gerida;
- **Gestão de risco assistencial e operacional**, com protocolos de segurança e monitoramento contínuo de eventos;
- **Educação Permanente em Saúde**, articulada à qualificação de desempenho e às metas de acreditação;
- **Gestão financeira baseada em eficiência técnica e sustentabilidade**;
- **Plataformas de BI hospitalar** com dashboards de indicadores em tempo real para gestores e mantenedores públicos.

Essa estrutura de inteligência de negócio assegura que a SBCD atue como **gestora proativa**, capaz de identificar tendências, antecipar necessidades e propor soluções inovadoras para os desafios do setor público de saúde. O uso racional dos recursos, a inovação tecnológica e a gestão transparente configuram pilares de sua atuação estratégica.

Compromisso com Qualidade, Ética e Sustentabilidade

A SBCD adota o **Programa Nacional de Segurança do Paciente (Portaria MS nº 529/2013)** e segue padrões da **Organização Nacional de Acreditação (ONA)**, estruturando núcleos de qualidade, comissões técnicas e protocolos assistenciais voltados à melhoria contínua. Sua política institucional é pautada em quatro eixos estruturantes:

1. **Governança Clínica e Humanização do Cuidado** – integração multiprofissional e protagonismo do paciente;
2. **Gestão Baseada em Evidências** – utilização de indicadores, auditorias internas e benchmarking;
3. **Sustentabilidade e Responsabilidade Social** – adoção de práticas de eficiência energética, PGRSS e economia circular;
4. **Transparência e Controle Social** – publicação de relatórios gerenciais e prestação de contas pública via portal institucional.

Por meio dessa inteligência organizacional, a SBCD assegura a **excelência técnica e administrativa** na gestão hospitalar pública, demonstrando capacidade plena para implantar e operar unidades complexas de saúde sob o regime de Contrato de Gestão, com foco em resultados, qualidade e compromisso social.

CARACTERIZAÇÃO DO MODELO GERENCIAL

PREMISSAS DA PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL

A proposta visa à implantação de um modelo gerencial baseado na gestão compartilhada, considerando os princípios do Sistema Único de Saúde, da integralidade, da universalidade e equidade, buscando a qualidade integral na prestação de serviços, de forma humanitária e resolutiva.

O modelo gerencial proposto pela SBCD busca atribuir, no nível hierárquico de execução, a implantação e desempenho de ferramentas inovadoras de gestão, preservando as funções reguladoras de acompanhamento, controle e avaliação da SES. O modelo de gestão deve não apenas respeitar e considerar todos os princípios do SUS, mas, sobretudo contribuir para o aperfeiçoamento dos mesmos: universalidade, regionalização e hierarquização da rede, autonomia dos gestores, coordenação, transparência e controle social.

MODELO GERENCIAL- DIMENSÃO ORGANIZACIONAL INTERNA

O gerenciamento baseia-se na utilização de ferramentas centradas no paciente e nos resultados, promovendo a racionalização dos processos de trabalho. Isso viabiliza a gestão por resultados, por meio da definição contratual de metas de desempenho negociadas entre a direção e as equipes.

Essa lógica organizacional rompe com a tradicional divisão de tarefas na assistência ao paciente, em que cada profissional atua de forma isolada, e promove uma abordagem integral do cuidado, com a participação ativa de todos os profissionais na estruturação organizacional.

Nesse modelo, a comunicação assume um papel central na articulação dentro e entre as equipes. O fluxo de comunicação lateral é priorizado, pois favorece maior integração e cooperação entre os serviços.

No processo de tomada de decisão, a informação deve ser tratada como um recurso estratégico para qualificar o trabalho. A produção interna de dados, aliada ao uso de fontes externas, cria condições mais adequadas para decisões mais precisas e eficazes.

Diante dessas estratégias, percebe-se que a informação é um recurso essencial para a gestão, sendo responsabilidade de todos os envolvidos no processo de trabalho a sua coleta, organização, compartilhamento e disponibilização. Portanto, um sistema de informação eficaz deve estar alinhado às demandas e necessidades dos diferentes serviços.

Entende-se por sistema de informação o conjunto integrado de dados e informações organizados com o propósito de atender às demandas atuais e antecipar as necessidades dos usuários.

Diretrizes

As diretrizes passam pelas seguintes definições: missão institucional; adequação de perfil assistencial; aprimoramento de mecanismos compreendendo:

a) Gestão participativa;

b) Desenvolvimento de mecanismos de integração à rede SUS;

c) Adequação (qualitativa e quantitativa) do quadro de RH ao perfil assistencial;

d) Sistematização da informação a partir da definição/ acompanhamento de indicadores hospitalares básicos e indicadores de desempenho;

e) Humanização da assistência;

f) Melhoria progressiva da qualidade assistencial, determinado a definição de indicadores de qualidade e a satisfação do usuário.

b) MODELO GERENCIAL- DIMENSÃO ORGANIZACIONAL NA REDE DE ATENÇÃO SAÚDE

A formação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) impulsiona os serviços a uma integração efetiva com as redes municipais, regionais e estaduais, exigindo mudanças conceituais e operacionais nos modelos de gestão adotados.

O conceito de RAS se materializa por meio de elementos-chave, que sustentam a proposta gerencial da SBCD, a saber:

a) Definição de um escopo claro de ações e serviços voltados a uma população específica, em um território delimitado, com base em um modelo matricial;

b) Estabelecimento de mecanismos eficazes de coordenação clínica e gerencial;

c) Integração das organizações envolvidas em torno de objetivos comuns, com compromissos voltados para a obtenção de resultados concretos;

d) Gestão dos recursos pautada na eficiência e na transparência;

e) Estruturação de uma gestão compartilhada, com relações estáveis dentro de uma hierarquia múltipla, sustentadas por confiança mútua e solidariedade.

A integração da produção do cuidado em saúde deverá ser efetivada por meio de diversos dispositivos, dentre os quais destacam-se as "Diretrizes de Atenção" para a Parceria Solidária. Essas diretrizes consistem em recomendações que nortearão as decisões assistenciais.

Essas Diretrizes se desdobram em "Guias de Práticas Clínicas" e "Protocolos Assistenciais", que por sua vez orientam a construção das Linhas de Cuidado (LC). As LC contribuem para qualificar a comunicação entre os serviços e organizar a programação das ações de saúde.

O conjunto das Linhas de Cuidado representa uma estratégia de articulação dos recursos e das práticas assistenciais entre as unidades da região de saúde. Seu objetivo é garantir o encaminhamento adequado e personalizado dos usuários pelos diferentes pontos da rede, respondendo de forma oportuna às suas necessidades de diagnóstico e tratamento.

Essas Linhas de Cuidado visam assegurar a coordenação ao longo de todo o contínuo assistencial, por meio da pactuação de responsabilidades e tarefas entre unidades e profissionais, promovendo conectividade, colaboração e complementaridade entre os diversos atores envolvidos.

c) MODELO DE GESTÃO INSTITUCIONAL SBCD

Gestão de pessoas:

A SBCD tem como compromisso oferecer o melhor atendimento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e reconhece que, a cada novo colaborador que integra sua equipe, esse

objetivo se torna ainda mais alcançável. Afinal, um sistema de saúde não se sustenta apenas em regras, leis e diretrizes — ele é, acima de tudo, feito por pessoas. Por isso, a SBCD investe fortemente na Gestão de Pessoas.

Profissionais motivados, realizados e comprometidos têm o poder de transformar o SUS, concretizando a visão de um sistema público de saúde qualificado, acessível e resolutivo. Com esse propósito, a equipe de Gestão de Pessoas atua continuamente para fortalecer o vínculo entre gestores e suas equipes, promovendo um ambiente interno participativo e estimulando a criatividade e a inovação nos processos de trabalho.

A filosofia de gestão da SBCD está centrada na valorização do capital humano: motivar pessoas, desenvolver talentos e oferecer oportunidades reais de crescimento pessoal e profissional, com foco em resultados consistentes e sustentáveis. A missão da equipe de Gestão de Pessoas é implementar as melhores práticas de gestão, atender os colaboradores com excelência e coordenar ações de capacitação e desenvolvimento técnico, promovendo a valorização contínua dos profissionais.

Atualmente, a SBCD conta com mais de 5.512 profissionais comprometidos com a execução de contratos de gestão em saúde, todos unidos pela crença em um atendimento qualificado, humanizado e transformador. As diretrizes institucionais estão fundamentadas na competência e no profissionalismo, refletidos em processos criteriosos de seleção, admissão, integração, alocação e avaliação de desempenho, garantindo consistência nas ações de promoção e desenvolvimento dos colaboradores.

Desenvolvimento e Performance

O programa de Avaliação de Desempenho da SBCD permite avaliar tanto fatores comportamentais quanto a performance dos colaboradores, e em consequência dessas avaliações é possível planejar as ações necessárias para desenvolver e capacitar os talentos do instituto. Esse programa identifica as competências e as potencialidades, assim como as necessidades de treinamento e/ou aperfeiçoamento, e estabelece as metas alinhadas com base nos objetivos organizacionais. As avaliações são realizadas anualmente para medir os resultados

alcançados pela instituição, atendendo os indicadores estabelecidos nos Contratos de Gestão de responsabilidade da SBCD.

Educação Permanente

A Educação Permanente em Saúde (EPS) busca colocar em discussão a pertinência dos conteúdos e recursos para a formação técnica, tendo como base de interrogação e mudança os problemas enfrentados no cotidiano e a realidade vivida pelos atores envolvidos.

Partindo do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos e conhecimentos no cotidiano das instituições, a EPS tem como principal objetivo qualificar a prática dos profissionais para que sejam capazes de analisar os problemas da sociedade e procurar soluções para os mesmos.

Utilizando uma lógica descentralizadora, ascendente e transdisciplinar, sua abordagem propicia a democratização institucional, o desenvolvimento de capacidade de aprendizagem, de docência e de enfrentamento criativo das situações de saúde, e de melhorar permanentemente a qualidade do cuidado à saúde.

Dessa forma, os processos de qualificação são estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho, com o objetivo de transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde.

Eficiência e Eficácia na Gestão dos Contratos:

A SBCD possui ampla experiência em gestão na área da saúde, atuando em diversos segmentos do Sistema Único de Saúde (SUS). Sua atuação abrange unidades de Atenção Primária, serviços de Urgência e Emergência de baixa e média complexidade, Saúde Mental, Saúde Bucal e outras especialidades. Além disso, a SBCD é responsável pela gestão de seis hospitais

localizados em diferentes regiões do Brasil, consolidando sua expertise e compromisso com a qualificação do atendimento em saúde pública.

Certificação CEBAS:

Em 27 de novembro de 2017, o Ministério da Saúde Publicou em seu Diário Oficial o deferimento concedendo a Instituição Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social, na área de saúde.

Principais Eixos de Ação da SBCD

Colegiados Técnicos Locais

O compromisso firmado pelo Pacto de Saúde, com vistas ao fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do Sistema Único de Saúde (SUS), com base nos princípios constitucionais e ênfase nas necessidades de saúde da população, permitiu avanços e a efetivação das funções de gestão do sistema e, fundamentalmente, contribuiu para o avanço e a consolidação da descentralização e da regionalização do SUS.

Tal arcabouço alavancou a cooperação entre as instâncias de saúde federal/estadual/local, promovendo a estratégia de coordenação da promoção da equidade, a pactuação, a regulamentação do sistema e o desenho das redes regionalizadas de atenção à saúde.

O desdobramento das ações planejadas nas instâncias de saúde demanda a criação de espaços permanentes de pactuação e decisão, mediante a identificação, definição de prioridades e de soluções para a organização da rede regional/local, de ações e serviços de atenção à saúde.

Os colegiados técnicos locais configuram-se enquanto fórum intersetorial, multidisciplinar, apoiando o fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde, num processo dinâmico de avaliação e monitoramento permanente do sistema local, integrados deforma resolutiva e atentos à promoção da melhoria contínua.

FILOSOFIA DE GESTÃO SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO - SBCD

A Filosofia é fundamentada na transparência na gestão, ética nas ações, qualidade do serviço, humanização no atendimento e sustentabilidade ambiental. A proposta visa a implantação de ferramentas inovadoras de gestão, de coordenação e controle voltados para os resultados, considerando todos os princípios do SUS e, sobretudo, contribuindo para o aperfeiçoamento dos mesmos.

O modelo pressupõe o uso de instrumentos com foco no paciente e nos resultados, assegurando racionalização dos processos de trabalho. Em resumo:

(1) Liderança, focada em hábitos e atitudes gerenciais, estimulando mudanças de comportamentos, mentalidade, atitudes e rotinas de trabalho;

(2) Sistematização do atendimento, implantação de protocolos assistenciais que permitam maior segurança, qualidade e humanização;

(3) Alocação de recursos adequada, vinculando-se a prioridades estratégicas e à definição de metas explícitas e verificáveis através de indicadores de desempenho;

(4) Recursos Humanos motivados;

(5) Estrutura Organizacional reticular e não vertical, que enfatiza a importância dos papeis de cada um;

(6) Sistema de informação confiável e oportuno sobre a operação cotidiana;

(7) Gerenciamento por equipe e organização por processo e não por tarefa

d) ESTRATÉGIAS PARA O SUCESSO DA IMPLANTAÇÃO DO MODELO GERENCIAL

Assistencial: conformação de um serviço de Baixa Complexidade, qualificado e com autossuficiência em atenção à urgência e emergência, ambulatorial e hospitalar, possibilitando desta forma o acesso dos usuários que necessitam de atendimento resolutivo desse nível de complexidade.

Econômica: a alocação de recursos financeiros adequado para estruturas físicas e equipamentos para capacitação dos profissionais de saúde e para a modernização gerencial do serviço, de acordo com o perfil assistencial definido para a instituição.

Redistributiva: estabelecer um fator de alocação segundo necessidades.

Gerencial: estabelecer uma lógica contratual por meio de termos de compromissos e metas com as equipes do Serviço.

Educacional: estabelecer mecanismos de qualificação profissional por meio de cursos e capacitação permanente das equipes, de acordo com a necessidade para o perfil assistencial.

Parceria com os Gestores Estadual e Local: interlocução dos gestores para a avaliação do acesso e qualidade dos serviços do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN),** no atendimento das necessidades de saúde da população.

e) METODOLOGIA DE TRABALHO

Qualidade Técnica- Gestão de Serviços, Gestão de Pessoas e Articulação com a Rede de Serviços

A Qualidade técnica na **Gestão do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto,** será garantida pela adequada alocação de recursos; Governança Clínica; utilização de ferramentas e dispositivos da Gestão da Clínica; estabelecimento de objetivos, metas e indicadores e o alinhamento de diretrizes clínicas, protocolos e fluxogramas; estabelecimento de cultura de segurança para pacientes e profissionais; e monitoramento dos resultados buscando a melhoria na qualidade.

A humanização do atendimento será fator determinante para a qualidade do serviço, tendo o Acolhimento como postura e prática.

Gestão de Pessoas consistirá no gerenciamento efetivo do RH estabelecendo-se relações estáveis, como também na definição de cultura organizacional, metodologias, processos, técnicas e práticas, visando o desenvolvimento contínuo dos colaboradores através de ações de capacitação, motivação, engajamento, desenvolvimento e valorização. Serão utilizadas as ferramentas de Gestão de Pessoas como Avaliação de Desempenho, Feedback, Pesquisa de Clima Organizacional, Programa de Capacitação e Coaching.

A **articulação com a Rede de Serviços** será garantida através de pactuações internas e externas de fluxos claros de referência e contra-referência, por LC e graus de riscos. O **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto,** deverá articular-se com outros serviços, especialmente com a Atenção Básica, possibilitando a qualificação da alta do usuário. Conhecendo a rede local de serviço das diversas políticas públicas, desenvolverá articulação com a rede de proteção social do território.

AS ESTRATÉGIAS - SUCESSO DA IMPLANTAÇÃO DO MODELO.

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DA SBCD

A SBCD investiu também no desenvolvimento/ implantação de um Planejamento Estratégico integrado, que desenvolve e reproduz as diretrizes estratégicas de gestão em suas Unidades, garantindo aos indicadores de planejamento a conformidade. Este processo atua como instrumento capaz de conduzir racionalmente a Organização na direção almejada, alcançando os resultados esperados. Cada Unidade desdobra os objetivos, indicadores e projetos estratégicos, conforme aplicável, constituindo planos de ações, indicadores e monitoramentos tático-operacionais.

Os resultados dos indicadores dos processos, bem como a evolução de cada plano de ação, são analisados continuamente pela Diretoria que conduz e monitora todo o processo de Planejamento Estratégico. Desta forma, o Planejamento Estratégico estimula a implantação, a manutenção e o aprimoramento das ferramentas de gestão.

O planejamento estratégico também é uma forma de aprendizagem organizacional, estando orientado para a adaptação da Organização ao contexto onde se encontra, constituindo um movimento constante de estímulo à aprendizagem e ao ajustamento organizacional, frente a um ambiente complexo e suscetível a mudanças.

Para a condução do Planejamento Estratégico de forma estruturada, foi adotado o modelo do Balanced Scorecard – BSC, para a compreensão da interação entre os diversos indicadores e planos de ações estratégicos, bem como para a manutenção do alinhamento à Identidade Organizacional, diretrizes corporativas e o atendimento aos requisitos dos clientes.

O Balanced Scorecard, além de constituir um modelo para medição do desempenho, permite o monitoramento constante das estratégias organizacionais, tornando-se uma importante ferramenta de gerenciamento.

É importante mencionar que todo o processo de planejamento, desdobramento e acompanhamento das estratégias funciona em conjunto com medidas balanceadas (em equilíbrio) e não desconsidera as medidas financeiras tradicionais, mas complementa-se com medidas operacionais, que conduzem/ dirigem o desempenho da Organização de forma flexível e com potencial transformador frente à complexidade dos cenários.

Em consonância com as Políticas de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) e com as Diretrizes da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) e SBCD conduz uma análise aprofundada do ambiente organizacional (interno e externo), identificando as principais variáveis, visando determinar objetivos e metas que atendam aos requisitos do Contrato de Gestão, para o eficaz gerenciamento e execução de ações de serviços de saúde.

As estratégias organizacionais estão apresentadas a seguir em suas Perspectivas:

SUSTENTABILIDADE

CLIENTES E SOCIEDADE

APRENDIZADO E CRESCIMENTO

Fortalecer a atuação junto às instâncias de Participação e Controle Social

Assegurar o financiamento adequado para execução do Contrato de Gestão

PERSPECTIVA RECURSOS E PROCESSOS

MAPA ESTRATÉGICO

> Atuar na revisão dos processos na perspectiva das necessidades dos Serviços de Saúde

> Estimular e instrumentalizar as lideranças garantindo o alinhamento com as estratégias e metas da Organização

> Garantir a implantação de gestão de riscos operacionais nos processos

> Promover a gestão eficiente do Contrato de Gestão

> Incentivar projetos/ações voltados ao fortalecimento da Identidade Organizacional

> Garantir a implantação de padrões de trabalho com foco em Qualidade e Segurança nos Serviços de Saúde

> Promover estratégias de Comunicação Interna apoiando a integração entre os processos e Serviços de Saúde

> Fortalecer o modelo de atuação do Serviço de Atendimento ao Usuário

> Promover estratégias de Comunicação Externa

> Assegurar alternativas de ações e/ou projetos de baixo impacto financeiro para a SBCD

A partir do Mapa Estratégico, são determinados os indicadores e, adicionalmente, para a concretização é formulado o Plano de Ação Estratégico, sustentado pelos processos que compõem a Organização.

Os referidos Indicadores e Planos de Ações Estratégicos são analisados mensalmente e encontram-se inseridos no sistema de gestão da qualidade suportado por:

> Planejamento Estratégico

> Manual da Qualidade

> Visões de Macroprocesso

> Procedimentos

> Documentos de Apoio e documentos regulamentares aplicáveis e

> Registros da Qualidade

O Planejamento Estratégico contribui para o alcance das metas, conduzindo a Organização a atuar na gestão dos processos, com foco na qualidade, na segurança, na melhoria contínua e na satisfação dos parceiros e usuários dos serviços de saúde.

Os processos organizacionais são auditados anualmente, por meio de auditorias internas e externas, garantindo a aderência aos padrões e normatizações de processos de trabalho. Ao mesmo tempo, há o estabelecimento de requisitos que auxiliam na melhoria dos serviços prestados, no monitoramento do ambiente de trabalho, na verificação da satisfação dos clientes, colaboradores e fornecedores, promovendo dessa forma um processo contínuo de melhoria da qualidade.

Participação Social

A participação e o controle social são formas expressivas de exercício da cidadania, pois permitem a interface sociopolítica entre o município e a comunidade, de modo efetivo e pleno, levando o cidadão a sentir-se corresponsável pelos resultados obtidos.

O Controle Social, portanto, representa uma forma de compartilhamento de decisões entre o Poder Público e a sociedade no que se refere às políticas públicas. Dessa forma, a sociedade consegue participar ativamente na definição de prioridades e na elaboração dos planos de ação dos entes federativos, na fiscalização, no acompanhamento e na avaliação das condições de gestão, bem como na execução de ações.

A Constituição Federal de 1988 em seu artigo 198 garante a participação da sociedade na gestão pública, permitindo que os cidadãos não só participem da formulação das políticas públicas, mas também fiscalizem de forma permanente a aplicação dos recursos públicos.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é fruto da luta de organizações populares, dos técnicos e trabalhadores comprometidos com a saúde, demonstrando-se a sua consolidação por meio de um aparato legal garantidor de direitos dos cidadãos, como podemos vislumbrar nas duas leis federais: Lei n º 8080 e a Lei nº 8143, ambas de 1990, além da Constituição Federal de 1988. O SUS prevê a participação dos usuários, paritariamente ao conjunto com os outros segmentos (trabalhadores e gestores).

A SBCD, além de estimular, implantar e manter Conselhos Gestores em todos os serviços de saúde sob Contrato de Gestão atuará no fomento e estímulo à participação dos munícipes, visando ao fortalecimento dos Conselhos Gestores locais. Dessa forma, busca-se a consolidação, em todos os serviços de saúde, de uma participação social que contribua efetivamente no aprimoramento da gestão, para a prestação de serviços de saúde cada vez mais qualificados e alinhados às necessidades da população de sua região.

A SBCD seguirá as diretrizes legais estabelecidas para a criação dos Conselhos Gestores a partir de:

> Sensibilização para representatividade de cidadãos no processo eleitoral da unidade de saúde, através de identificação de lideranças locais e esclarecimentos sobre o papel do conselheiro;

> Acompanhamento e divulgação em todos os serviços de saúde, do processo eleitoral de Conselhos Gestores, garantindo a legitimidade do processo;

> Manutenção de Conselhos Gestores efetivos, ao longo do período de validade do processo eleitoral (2 anos)

> Manutenção de calendário mensal de reuniões dos Conselhos Gestores;

> Realização de reuniões mensais, elaboração e divulgação de ata das reuniões;

Reuniões Técnicas

A reunião técnica tem como meta estabelecer um processo de comunicação eficaz entre os profissionais, com vistas à efetivação de um espaço de trocas de saberes, bem como à construção de uma padronização do agir em serviço. Busca-se ainda, o respeito às particularidades de cada território e o compartilhamento de informações acerca de ganhos primários e secundários de cada realização. Nesse sentido, deverão ser discutidos fluxos e protocolos de encaminhamento entre os variados tipos de serviços.

Durante as reuniões técnicas serão realizados capacitações e treinamentos a fim de buscar aprimorar as práticas profissionais, visando garantir a qualidade e a segurança da assistência à saúde da população.

Reunião Técnica com Categorias Multiprofissionais

As reuniões técnicas têm como principal objetivo fortalecer o processo de comunicação entre os profissionais de saúde, promovendo a padronização das práticas de trabalho, sem perder de vista as particularidades de cada território de atuação. Esses encontros possibilitam a troca de informações sobre os ganhos primários e secundários das ações realizadas, incentivando a construção coletiva do conhecimento.

Durante as reuniões, são discutidos fluxos e protocolos de encaminhamento entre os profissionais e entre os diferentes níveis e tipos de serviços. Também ocorre a discussão técnica das práticas adotadas, estimulando o aprimoramento das competências das diversas categorias profissionais e valorizando a troca de saberes por meio da apresentação de expertises específicas.

Nesse contexto, a reunião técnica deve ser compreendida como um espaço de capacitação em serviço. Por meio da troca de experiências e de práticas utilizadas no cotidiano, os profissionais participantes têm a oportunidade de aprimorar e qualificar a assistência prestada.

As reuniões técnicas são realizadas bimestralmente, seguindo um cronograma previamente definido. A pauta é construída com base nas demandas levantadas pelos técnicos durante a reunião geral da equipe multiprofissional no início do ano, ou sempre que surgirem novas necessidades ao longo do período.

Além das discussões sobre as atividades em andamento e o desenvolvimento das ações da equipe multiprofissional, as reuniões técnicas também contemplam momentos de capacitação e treinamento. Essas ações visam o aperfeiçoamento contínuo das práticas multiprofissionais, com foco na qualidade da assistência prestada à população, promovendo a reabilitação física, mental, nutricional e social do paciente, e também o cuidado com os profissionais, garantindo uma assistência segura para todos os envolvidos.

Reunião Técnica do Serviço Social

As reuniões técnicas viabilizam o processo de comunicação eficaz entre os profissionais, constituindo-se em um espaço para discussão de casos, troca de experiências e homogeneização do processo de trabalho, em observância às Diretrizes da Secretaria Estadual de Saúde

As pautas das reuniões técnicas são previamente definidas, construídas em consenso com a categoria profissional, a fim de contemplar as demandas e necessidades de atuação do serviço social nas Unidades de Saúde.

Estes espaços também serão utilizados para realizar capacitações e treinamentos, buscando aprimorar a prática dos profissionais do serviço social, a fim de garantir a qualidade da assistência prestada, com vistas à segurança do paciente e também dos profissionais no exercício das suas atribuições.

No caso do Serviço Social, são previstas as seguintes ações de acompanhamento:

> Reuniões gerais semestrais, com a participação de toda equipe técnica da categoria de Serviço Social, para elaboração do planejamento estratégico anual e avaliação;

> Reuniões trimestrais, de acordo com tipo de serviço;

> Acompanhamento individual em serviço, com garantia de visita presencial, com periodicidade mínima de uma vez por trimestre;

> Facilitação no fortalecimento da rede, promovendo encontros de categoria, com a participação de profissionais da rede local, sempre que pertinente;

> Acompanhamento das demandas internas e externas, através de supervisão de relatórios sociais;

> Acompanhamento da equipe técnica, quando solicitada a participar de discussões de caso com interface da rede social;

> Apoio à equipe técnica em reuniões de conselho gestor, quando solicitada;

> Promoção de encontro anual da equipe de Serviço Social, para comemoração da data e confraternização da categoria;

Realização de encontros com desenvolvimento de temas específicos, com objetivo de promover capacitação da equipe;

Garantia na implantação de programas e projetos desenvolvidos pela Secretaria Estadual de Saúde, quando há o envolvimento do Assistente Social no processo de trabalho.

Reunião Técnica de Farmacêuticos

As reuniões técnicas de farmacêuticos ocorrerão mensalmente, contando com a presença dos responsáveis técnicos (RT) de farmácia dos serviços de saúde, conforme um cronograma estabelecido desde o início de cada ano e serão conduzidas pela Assessoria Técnica de Farmácia da SBCD.

Essas reuniões terão como objetivo alinhar condutas técnicas e normatizar orientações para os serviços de farmácia. Nesta reunião, os profissionais deverão discutir fluxos e procedimentos e realizar trocas de experiências e de expectativas, para que o serviço de farmácia siga os padrões estabelecidos pela SES e garanta a qualidade da assistência ofertada aos usuários.

As reuniões técnicas serão organizadas por meio de pauta construída previamente, contendo os temas pertinentes à categoria farmacêutica. A inserção de pautas para essa reunião deverá ser pactuada entre a supervisão de farmácia e os farmacêuticos (RT's). Deverá, ainda, haver o registro dos participantes em lista de presença e a elaboração de uma ata com as tratativas e ações pactuadas. Esta, posteriormente deverá ser enviada aos serviços para conhecimento dos temas e tratativas abordadas. O espaço da reunião técnica também poderá ser utilizado para realização de capacitações e treinamentos, de acordo com as necessidades trazidas pelos profissionais atuantes na farmácia.

Reunião Técnica de Enfermagem

A reunião viabiliza o processo de comunicação entre os profissionais, constitui-se tanto em um espaço para discussão técnica, isto é, do desenvolvimento das práticas de enfermagem nos diversos serviços de saúde, como também em um espaço para que os Responsáveis Técnicos

(RT's) expressem suas experiências e expectativas com o objetivo de melhorar a oferta de serviços oferecidos à população.

As reuniões técnicas com os RT's de enfermagem serão realizadas mensalmente, com pauta planejada, e como um dos itens da pauta, será realizada uma discussão em torno do desenvolvimento das atividades de enfermagem nos serviços, que serão confrontados com os protocolos da SMS a fim de identificar possíveis falhas nos processos de trabalho e propor intervenções necessárias.

Este espaço também será utilizado para realizar capacitações e treinamentos buscando aprimorar as práticas de enfermagem a fim de garantir a qualidade da assistência prestada, com vistas à segurança do paciente e também dos profissionais.

Reunião Técnica de Médicos

Ocorrem bimestralmente e são realizadas com os Responsáveis Técnicos médicos dos serviços e com a presença do Superintendente Hospitalar, Médico da Coordenação SBCD. Tem como objetivos:

> Integração dos diversos serviços que compõem o sistema local de saúde;

> Discutir as diretrizes técnicas relativas aos processos de trabalho e ao exercício profissional;

> Elaboração de estratégias de implementação de diretrizes e protocolos;

> Avaliação e acompanhamento de indicadores do perfil epidemiológico da região;

> Capacitação dos Responsáveis Técnicos Médicos acerca de temas relevantes e oportunos.

São atribuições dos Responsáveis Técnicos Médicos:

> Repassar as informações recebidas nas reuniões técnicas médicas ao restante do corpo clínico da sua unidade;

> Supervisionar a assistência médica na unidade básica de saúde onde exerce suas atividades profissionais, como prestador de serviço, respondendo perante o Conselho Regional de Medicina;

> Coordenar o corpo clínico da unidade, devendo auxiliar o gerente em todas as questões técnicas médicas que surjam no gerenciamento desta;

> Buscar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica;

> Estar comprometido com o trabalho, envolvido com sua equipe e com as rotinas de sua unidade;

> Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor, assim como pelas normas de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde;

> Divulgar na unidade de saúde as atividades de capacitação organizadas pela Secretaria Estadual de Saúde e pela Coordenação SBCD

> Conhecer os protocolos vigentes no município e acompanhar a execução destes pelas outras categorias profissionais da sua unidade;

> Ser flexível, ético, proativo, líder, organizado e resolutivo;

> Acompanhar o correto preenchimento da consulta médica do corpo clínico, podendo ser em conjunto com a assessoria técnica da Instituição.

A Coordenação Institucional da SBCD conta com toda a estrutura administrativa e de apoio para acompanhamento dos fluxos dos Serviços de Saúde alinhado todos os processos garantindo a continuidade da assistência.

DESENVOLVIMENTO DA LIDERANÇA INSTITUCIONAL ENTRE EQUIPE GERENCIAL E COLABORADORES DA UNIDADE DE SAÚDE

Na mudança institucional são conjugados valores, pessoas, cultura e capacidade gerencial; recebe-se a influência de condicionantes internos e externos; encaram-se resistências e superam-se obstáculos.

Assim, enfatizamos que para o desenvolvimento dessa liderança é preciso:

1) Articular um processo permanente de escuta e reflexão;

2) formular uma proposta estratégica compartilhada;

3) manter uma liderança que leve à mudança;

4) elaborar um plano compartilhado;

5) assumir uma nova posição na organização para aprender a mudar através da cultura de aprendizado institucional.

Quando falamos em Liderança não podemos deixar de comentar a importância dos gestores em todo o processo. A capacitação da liderança para lidar em um mundo de mudanças é fundamental para o sucesso da organização.

Este é o grande desafio dos líderes e gestores. Promover um ambiente favorável ao desenvolvimento de novas atitudes, ações e transformações.

MODELOS E CERTIFICAÇÕES DE QUALIDADE QUE SERÃO IMPLANTADOS

PROGRAMA BRASILEIRO DE SEGURANÇA DO PACIENTE – PBSP.

Em 2008, o **IQG – Instituto Qualisa de Gestão** (Health Services Accreditation), maior acreditadora do Brasil, teve por iniciativa, o desenvolvimento do Programa Brasileiro de Segurança do Paciente – PBSP.

Este programa apresenta por objetivo central a **disseminação das melhores práticas no cenário da Segurança do Paciente** e a promoção de uma rede de informação e comunicação entre os vários **Hospitais participantes do programa.**

A troca de experiências, a disseminação de melhores práticas, a implantação de protocolos baseados em evidências, o monitoramento de eventos e a capacitação das equipes, são estratégias fundamentais para que o tema Segurança do Paciente esteja em constante desenvolvimento nas organizações de saúde e na sociedade.

A meta do Programa é "salvar vidas e evitar danos aos pacientes", centrando todos os esforços na implementação de intervenções clínicas críticas ao cuidado, na conscientização das lideranças para o tema e na promoção da Cultura Organizacional sobre a Segurança do Paciente.

O PBSP reproduz, no país, as conquistas já obtidas em outros programas internacionais, mas com um grande diferencial de tornar-se uma plataforma de banco de dados nacional (Núcleo Epidemiológico Integrado) sobre informações estruturadas de qualidade e segurança do paciente.

O programa está pautado nos seguintes objetivos:

- Posicionar a Qualidade/Segurança do Paciente
- Incorporar a Qualidade/Segurança do Paciente na prática diária das equipes
- Produzir informações e Evidências Objetivas sobre Qualidade/Segurança do Paciente
- Prestar assessoria técnica na formulação, execução e monitoramento dos programas de Qualidade/Segurança do Paciente as Instituições integrantes
- Fornecer instrumental teórico e prático aos serviços de saúde que pretendam implantar políticas de Segurança do Paciente

- Capacitar profissionais para o atendimento ao paciente nos aspectos que envolvam a prevenção de eventos no decorrer da assistência à saúde por meio da educação permanente.

ESTRATÉGIA

A participação do Hospital será por meio de uma plataforma webservice que facilitará a comunicação, criando um canal aberto entre os integrantes.

Para adesão ao Programa, o **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN),** deve selecionar os protocolos assistenciais que serão implementados e gerenciados quanto aos seus resultados. São eles:

> Prevenção de Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica

> Prevenção de Infecção de Corrente sanguínea associada ao uso de Cateter Venoso Central

> Prevenção de Infecção do trato Urinário associado ao uso de Cateter vesical de Demora

> Prevenção de Broncoaspiração

> Prevenção de Tromboembolismo Venoso

> Identificação Precoce de Sepse

> Revisão e Análise de Óbitos

O **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN),** receberá gratuitamente ferramentas online para coleta de dados e acompanhamento de indicadores de resultados, fato que viabiliza o acompanhamento em tempo real do desempenho de todos os integrantes.

PROGRAMAS DE CERTIFICAÇÃO POR DISTINÇÃO

O IQG oferece programas exclusivos para a certificação de serviços ou linhas de cuidado específicas, desenvolvidos em parceria com as principais Sociedades Médicas nacionais e internacionais.

As **Certificações por Distinção** reconhecem a excelência na gestão de processos ou de protocolos clínicos dentro de organizações.

A fim de se qualificar, o **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto** deve ser elegível através de critérios previamente estabelecidos por cada programa.

A certificação de Excelência e Distinção é válida por um período de dois anos. O Hospital deverá apresentar regularmente indicadores para manter a certificação.

Certificações por Distinção IQG

• Serviços de Urgência e Emergência

• Serviços de Nutrição e Dietética

• Serviços de Higiene Hospitalar

4. OS INDICADORES DE IMPACTO PROPOSTOS PELA ENTIDADE.

A) INDICADORES HOSPITALARES

- **Taxa de Ocupação Hospitalar**

Conceituação: Relação percentual entre o número de pacientes-dia, em determinado período, e o número de leitos-dia no mesmo período.

Taxa de ocupação muito baixa (abaixo de 75%) pode indicar:

a) inadequação do número de leitos à região;

b) baixa integração do hospital à rede de saúde, com dificuldade de acesso;

c) falha no planejamento ou na gestão do hospital (ineficiência);

d) insatisfação da clientela.

Método de Cálculo:

Fórmula: [Total de Pacientes-dia no período / Total de leitos operacionais-dia do período] x 100

- **Média de Permanência Hospitalar**

Conceituação: Relação entre o total de pacientes-dia no período e o total de pacientes egressos do hospital (por altas, transferência externa e ou óbitos no mesmo período). Representa o tempo médio de internações dos pacientes nos leitos hospitalares

Tempo médio de permanência muito alto nesses leitos pode indicar um caso de complexidade maior ou complicação pré ou pós-operatória, ou também pode indicar ausência de plano terapêutico adequado e desarticulação nos cuidados ao paciente.

Método de Cálculo:

Fórmula: [Total de pacientes-dia no período / Total de saídas no período]

- **Índice de Intervalo de Substituição (horas)**

Conceituação: Assinala o tempo médio em que um leito permanece desocupado, entre a saída de um paciente e a admissão de outro. Essa medida relaciona a taxa de ocupação com a média de permanência.

Método de Cálculo:

Fórmula: ((100 - Taxa de ocupação hospitalar) x Média de tempo de permanência] / Taxa de ocupação hospitalar]

- **Taxa de Readmissão Hospitalar (29 dias)**

Conceituação: O indicador de Readmissão Hospitalar mede a taxa de pessoas que retornaram ao hospital em até 29 dias desde a última vez que deixaram a unidade hospitalar após a primeira admissão;

Esse indicador avalia a capacidade progressiva do serviço em ajudar na recuperação de forma tão eficaz quanto possível. Quanto menor for a reincidência de internação, ou seja, quanto menor for a readmissão potencialmente evitável, melhor é considerado o atendimento prestado pela unidade hospitalar;

Readmissões desnecessárias indicam elementos disfuncionais no sistema de saúde, acarretam riscos indevidos aos pacientes e custos desnecessários ao sistema. Internações por câncer e obstetrícia são excluídas, pois podem integrar o plano de cuidado do paciente;

O acompanhamento do indicador será realizado mensalmente e a avaliação de acordo com o resultado acumulado do ano;

Método de Cálculo:

Fórmula: [Número de pacientes readmitidos entre O e 29 dias da última alta hospitalar / número total de internações hospitalares] x 100;

- **Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH – DATASUS**

Conceituação: Mede a relação de procedimentos rejeitados no Sistema de Informações Hospitalares em relação ao total de procedimentos apresentados no mesmo Sistema, no período;

Método de Cálculo:

Fórmula: [Total de procedimentos rejeitados no SIH / total de procedimentos apresentados no SIH] x 100;

- **Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais (causas relacionadas à organização da Unidade)**

Conceituação: Mede o total de cirurgias programadas que foram suspensas, por motivos relacionadas à organização da Unidade, tais como falta de vaga na internação, erro de programação falta de exame pré-operatório, por ocorrência de cirurgia de emergência, em relação ao total de cirurgias agendadas, no período;

Método de Cálculo:

Fórmula: [Nº de cirurgias programadas suspensas/Nº de cirurgias programadas (mapa cirúrgico)] x 100;

- **Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais (causas relacionadas ao paciente)**

Conceituação: Mede o total de cirurgias programadas que foram suspensas, por motivos relacionados ao paciente, tais como não realizou jejum, absenteísmo, não suspendeu o medicamento, sem condições clínicas, em relação ao total de cirurgias agendadas, no período;

Método de Cálculo:

Fórmula: [Nº de cirurgias programadas suspensas/Nº de cirurgias programadas (mapa cirúrgico)] x 100;

- **Percentual de investigação da gravidade de reações adversas a medicamentos (Farmacovigilância)**

Conceituação: monitora e avalia reações adversas a medicamentos (RAM) seja ela leve, moderada ou grave pelo farmacêutico;

Considera-se ideal a notificação e classificação de RAMs quanto à sua gravidade, seguidas do seu monitoramento. Este indicador deverá considerar todas as reações adversas a medicamentos, independentemente do local da ocorrência;

Método de Cálculo:

Fórmula: [Nº de pacientes com RAM avaliada quanto à gravidade/ Nº total de pacientes com RAMx 100;

- **RAZÃO DO QUANTITATIVO DE CONSULTAS OFERTADAS;**

Conceituação: Nº de consultas ofertadas em relação ao número de consultas propostas nas metas da unidade por um dado período (mês);

Método de Cálculo:

Fórmula: Número de consultas ofertadas/ número de consultas propostas nas metas da unidade;

- **Percentual de Exames de Imagem com resultado disponibilizado em até 24 horas**

Conceituação: Proporção de exames de imagem com resultado liberado em até 24 horas (tempo entre a realização do exame de imagem e a liberação do resultado);

Método de Cálculo:

Fórmula: [Número de exames de imagem entregues em até 24 horas / total de exames de imagem realizados no período multiplicado] X 100;

- **Percentual de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria SUS**

Conceituação: Analisa a satisfação dos usuários do SUS em relação ao atendimento prestado pela unidade hospitalar;

Fórmula: [Número de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS / total de atendimentos realizados mensalmente] x 100.

CRITÉRIOS – PADRÃO ONA

A **Sociedade Brasileira Caminho de Damasco (SBCD)** adota um modelo gerencial fundamentado nos **padrões da Organização Nacional de Acreditação (ONA)**, com o objetivo de assegurar a melhoria contínua da qualidade assistencial, a segurança do paciente e a sustentabilidade dos processos de gestão hospitalar.
O referencial da ONA estrutura-se em **três níveis de maturidade institucional** — Acreditado, Acreditado Pleno e Acreditado com Excelência — e serve como guia para o desenvolvimento das ações gerenciais, técnicas e administrativas da instituição.

1. Política Institucional de Qualidade e Segurança

A SBCD mantém uma **Política Integrada de Qualidade e Segurança do Paciente**, alinhada aos princípios da **Portaria nº 529/2013 do Ministério da Saúde** e à **Resolução RDC nº 36/2013 da ANVISA**, que institui as práticas de segurança nos serviços de saúde.
Essa política está estruturada em cinco eixos estratégicos:

1. **Gestão centrada no paciente:** o usuário é o foco de todas as decisões clínicas, administrativas e operacionais;
2. **Segurança e rastreabilidade:** padronização de processos críticos com identificação de riscos e medidas preventivas;
3. **Governança clínica participativa:** integração multiprofissional com colegiados técnicos e comissões permanentes;
4. **Gestão por indicadores de desempenho:** monitoramento contínuo de metas assistenciais, operacionais e de satisfação do usuário;
5. **Melhoria contínua e inovação:** uso sistemático de metodologias como o **Ciclo PDCA**, **Análise de Causa Raiz (ACR)** e **Gestão de Riscos** para corrigir não conformidades e aperfeiçoar processos.

Esses eixos são materializados em **Protocolos Institucionais de Segurança do Paciente**, que abrangem os seis focos prioritários da OMS:

1. identificação correta do paciente;
2. comunicação efetiva;
3. segurança na prescrição e uso de medicamentos;
4. cirurgia segura;
5. redução do risco de infecções;
6. prevenção de quedas e úlceras por pressão.

Cada protocolo é acompanhado por **indicadores mensuráveis**, revisados periodicamente pelos **Núcleos de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)** e pelas **Comissões de Revisão de Prontuários, Controle de Infecção Hospitalar e Ética Profissional**.

2. Estrutura de Governança e Gestão da Qualidade

A governança da qualidade na SBCD está baseada em **três níveis de integração**:

- **Nível Estratégico:** Diretoria Executiva e Conselho Técnico, responsáveis pelo planejamento, auditoria e acompanhamento dos resultados institucionais;
- **Nível Tático:** Núcleos de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) e Comissões Multidisciplinares (CIH, CIPA, Farmácia e Terapêutica, Revisão de Óbitos e Prontuários), que operacionalizam os protocolos e planos de ação;
- **Nível Operacional:** equipes assistenciais e administrativas, capacitadas continuamente por meio do **Programa de Educação Permanente em Saúde (EPS)** e do **Plano Anual de Treinamento (PAT)**.

Essa estrutura garante que as práticas de qualidade estejam incorporadas à rotina hospitalar, promovendo a padronização dos processos e a confiabilidade das informações gerenciais.

3. Ferramentas de Gestão e Monitoramento da Qualidade

Para assegurar a aderência aos padrões ONA, a SBCD utiliza ferramentas consolidadas de **Gestão da Qualidade Total**, tais como:

- **Balanced Scorecard (BSC):** integra objetivos estratégicos e indicadores de desempenho, permitindo a análise de resultados sob as perspectivas de cliente, processo, aprendizado e sustentabilidade;
- **Ciclo PDCA (Planejar–Executar–Checar–Agir):** estrutura metodológica para revisão sistemática de processos e implantação de melhorias;
- **Auditorias internas e externas periódicas:** verificam a conformidade com o Manual Brasileiro de Acreditação e com as normas da ANVISA;
- **Gerenciamento de Riscos Assistenciais:** aplicação da matriz GUT (Gravidade, Urgência e Tendência) e da FMEA (Failure Mode and Effects Analysis) em processos críticos;
- **Controle Estatístico de Processos (CEP):** acompanhamento de variações de desempenho e tendências de não conformidade;
- **Planos de Ação Corretiva e Preventiva (PAC/PAP):** tratamento sistematizado de ocorrências, eventos adversos e não conformidades.

Essas ferramentas alimentam o **Painel de Indicadores de Qualidade (BI Hospitalar)**, desenvolvido pela SBCD, que consolida dados assistenciais, operacionais e financeiros em dashboards de análise em tempo real, promovendo **transparência, agilidade e precisão na tomada de decisão**.

4. Cultura Organizacional de Melhoria Contínua

A SBCD adota a **melhoria contínua como valor institucional**, estimulando a construção de uma cultura organizacional baseada em evidências, aprendizado e inovação. Entre as principais práticas que sustentam esse modelo, destacam-se:

- **Reuniões técnicas periódicas** para análise crítica de resultados e revisão de protocolos;

- **Programas de reconhecimento interno** de boas práticas assistenciais e administrativas;
- **Auditorias internas e benchmarking interunidades**, promovendo padronização e disseminação de experiências de sucesso;
- **Gestão de indicadores de experiência do paciente**, por meio de pesquisas de satisfação e do monitoramento das manifestações registradas na Ouvidoria SUS;
- **Integração do Núcleo de Educação Permanente com os Núcleos de Qualidade e Segurança**, assegurando a aprendizagem institucional e a consolidação da cultura de segurança.

5. Resultados Esperados

Com a adoção integral dos padrões ONA e das metodologias de qualidade descritas, espera-se alcançar:

- **Redução de eventos adversos e infecções relacionadas à assistência**;
- **Aumento do índice de satisfação dos usuários**;
- **Elevação da eficiência operacional e do uso racional de recursos**;
- **Melhoria contínua nos indicadores hospitalares** (ocupação, permanência média, taxa de reinternação, mortalidade ajustada);
- **Fortalecimento da imagem institucional da unidade e da credibilidade junto à Secretaria Estadual de Saúde**.

6. Compromisso Institucional

Por fim, a SBCD reafirma seu compromisso em **implantar e manter um Sistema de Gestão da Qualidade certificado e sustentável**, que assegure a conformidade aos padrões da ONA, o fortalecimento da cultura de segurança e a excelência na gestão hospitalar pública. Todos os processos serão documentados, monitorados e revisados com base em evidências,

garantindo **transparência, ética, eficiência e foco no usuário do SUS** como princípios norteadores.

1.2 MODELO DE GESTÃO, ORGANOGRAMA E GOVERNANÇA

Modelo de Gestão Institucional

A **Sociedade Brasileira Caminho de Damasco (SBCD)** adota um **modelo de gestão hospitalar compartilhada**, com base nos princípios da **transparência, eficiência, descentralização decisória e responsabilização solidária**, conforme os preceitos do **Sistema Único de Saúde (SUS)** e da **Lei nº 9.637/1998**.

Este modelo é estruturado em **dois eixos complementares**:

1. **Gestão Estratégica Institucional (SBCD–Diretoria Executiva);**
2. **Gestão Operacional Local (Hospital Regional Dr. José de Simone Netto – Ponta Porã).**

A governança é exercida de forma integrada entre a OSS e o **Gestor Estadual (SES/MS)**, assegurando **governança clínica, administrativa e financeira** com base em **indicadores de desempenho**, **metas pactuadas** e **relatórios de transparência pública**.

A gestão é orientada pelos seguintes **pilares estratégicos**:

- **Eficiência operacional:** processos padronizados, mapeados e auditáveis;
- **Humanização e qualidade:** cultura de segurança e acolhimento humanizado;
- **Gestão por resultados:** decisões baseadas em evidências e metas assistenciais;
- **Transparência e controle social:** dados abertos e prestação de contas à sociedade;
- **Educação permanente:** capacitação continuada e valorização profissional.

O **modelo decisório** privilegia a **tomada de decisão participativa e colegiada**, garantindo a articulação entre o nível institucional da SBCD e a direção técnica do hospital. As decisões

estratégicas são tomadas pela Diretoria Executiva, e as decisões tático-operacionais são conduzidas pela **Diretoria Geral da Unidade**, com participação dos **núcleos e comitês técnicos**.

Estrutura Organizacional e Cadeia de Comando

O modelo organizacional da SBCD adota uma **estrutura matricial e horizontalizada**, garantindo agilidade nos fluxos de comunicação e eficiência na execução dos processos hospitalares.

Organograma Institucional – até o 3º nível hierárquico

Nível 1 – Direção Estratégica (Sede Institucional da SBCD):

- **Conselho de Administração e Fiscal:** instância máxima de deliberação e controle institucional.
- **Diretoria Executiva Nacional:** órgão de direção superior, responsável pela definição das estratégias corporativas e de relacionamento com os entes públicos.
    - *Presidente da Diretoria Executiva*
    - *Diretor Técnico-Científico*
    - *Diretor Administrativo-Financeiro*
    - *Diretor de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas*

Nível 2 – Direção Operacional (Unidade Hospitalar):

- **Superintendência Hospitalar (Diretor Geral da Unidade):** responsável pela execução do Contrato de Gestão e pelo cumprimento das metas operacionais e assistenciais.
    - **Gerência Administrativa e Financeira:** gestão orçamentária, patrimonial, suprimentos e contratos;
    - **Gerência Técnica e Assistencial:** governança clínica, protocolos, escalas, qualidade e regulação;

- **Gerência de Gestão de Pessoas:** processos de admissão, capacitação, avaliação e clima organizacional.

Nível 3 – Núcleos e Coordenações Técnicas:

- **Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);**
- **Núcleo de Educação Permanente (NEPS);**
- **Núcleo Interno de Regulação (NIR);**
- **Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH);**
- **Comissão de Farmácia e Terapêutica;**
- **Comissão de Ética Médica e Enfermagem;**
- **Comissão de Revisão de Prontuários e Óbitos;**
- **Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA);**
- **Assessoria de Comunicação e Ouvidoria Hospitalar.**

Esta cadeia de comando assegura a **integração vertical e horizontal** dos processos assistenciais, administrativos e estratégicos, promovendo **agilidade decisória, transparência e rastreabilidade** das ações.

Modelo de Governança Compartilhada SES/MS – SBCD

A governança compartilhada é composta por **instâncias colegiadas de gestão**, criadas para promover a transparência, o controle social e a avaliação contínua do desempenho do hospital.

Instâncias de Governança:

1. **Comitê Gestor SES/MS – SBCD:**
   - Composto por representantes da Secretaria de Estado da Saúde (Gestor do Contrato) e da SBCD (Diretoria Técnica e Financeira).

- Competências: análise dos relatórios gerenciais e financeiros, validação de indicadores e proposição de ajustes operacionais.
- **Periodicidade:** reuniões mensais ordinárias e extraordinárias, quando necessário.
- **Ata-modelo:** contém pauta, deliberações, responsáveis e prazos de execução.

2. **Comitê Técnico Assistencial:**
   - Integra médicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas e gestores clínicos.
   - Função: deliberar sobre protocolos assistenciais, fluxos clínicos, segurança do paciente e educação permanente.
3. **Comitê de Gestão de Pessoas:**
   - Monitora clima organizacional, absenteísmo, turnover e resultados de capacitações.
   - Apresenta relatórios trimestrais à Diretoria Executiva e à SES/MS.
4. **Comitê de Qualidade e Segurança:**
   - Responsável pelo acompanhamento dos indicadores ONA e das ações do NQSP;
   - Realiza auditorias internas e planos de ação corretiva.

Regimento de Governança

O **Regimento Interno de Governança SBCD–SES/MS** define os papéis, responsabilidades e processos decisórios, garantindo o equilíbrio entre autonomia operacional e controle institucional.

Principais dispositivos do Regimento:

- Definição da **competência técnica de cada instância decisória** (diretoria, comitês e núcleos);
- Regras de convocação, quorum e deliberação;

- Registro formal de reuniões em **atas padronizadas** com assinatura eletrônica e numeração sequencial;
- Encaminhamento das atas e relatórios à **Superintendência de Gestão da SES/MS**, para ciência e arquivamento;
- Implementação de **plano de resposta e acompanhamento de deliberações**, com prazos e responsáveis definidos;
- Divulgação dos resultados e planos de ação em **painel institucional de transparência**, disponível à gestão pública.

Ata-modelo de Reunião de Comitê SES/MS – OSS (SBCD)

ATA Nº ___/2025 – COMITÊ DE GOVERNANÇA SES/MS – SBCD

Data: //2025

Local: Sala de Reuniões da Direção Geral do HRDJSN – Ponta Porã/MS

Participantes: representantes da SES/MS, Diretoria SBCD, Gerência Hospitalar, NQSP e NEPS.

Pauta:

1. Avaliação dos indicadores assistenciais e operacionais do mês;
2. Análise de conformidades financeiras e plano de execução orçamentária;
3. Deliberação sobre plano de melhoria contínua e ações corretivas;
4. Revisão de protocolos de segurança e humanização;

Deliberações:

- Implantar novo fluxo de auditoria interna de contas hospitalares (Responsável: Gerência Adm./Prazo: 30 dias);
- Reforçar capacitação de enfermagem em segurança medicamentosa (Responsável: NEPS/Prazo: 45 dias);

Encaminhamentos:

- Relatório a ser enviado à SES/MS até o dia **/**/2025.

Assinaturas:

_____ (Representante SES/MS)

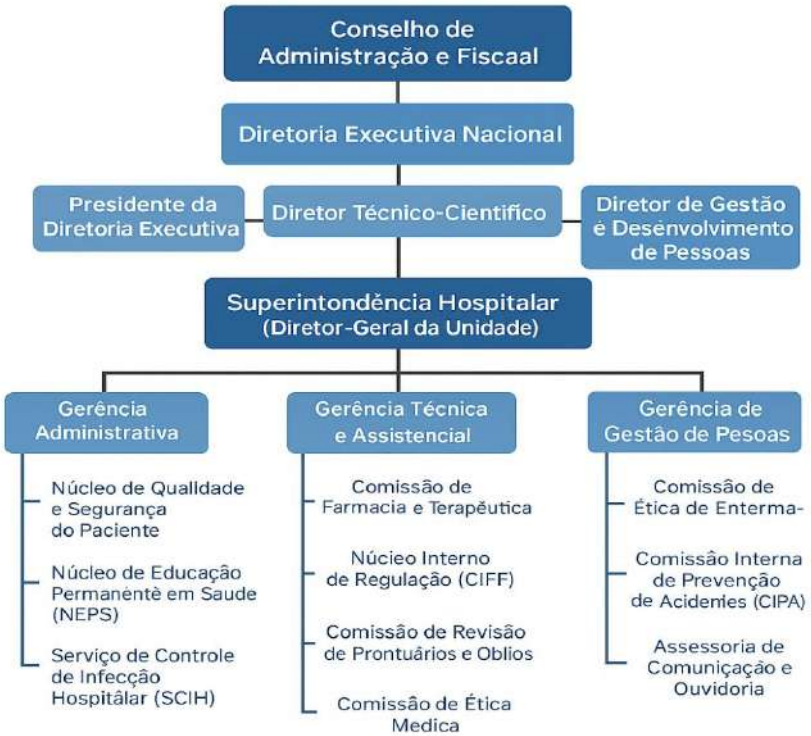
_____ (Diretor Geral – SBCD)

_____ (Gerente Técnico)

Princípios da Governança Hospitalar

O modelo de governança adotado pela SBCD segue os princípios da **boa governança pública**, preconizados pelo **IBGC** e pela **Controladoria-Geral da União (CGU)**:

- **Transparência:** informações abertas, relatórios públicos e dados auditáveis;
- **Responsabilidade corporativa:** decisões baseadas em risco e evidência;
- **Equidade:** acesso equitativo aos serviços e tratamento justo aos colaboradores;
- **Prestação de contas (Accountability):** responsabilidade solidária entre OSS e gestor público;
- **Integridade:** conduta ética, imparcial e voltada ao interesse público.



1.3 GESTÃO DA MUDANÇA E COMUNICAÇÃO INSTITUCIONAL

A Sociedade Brasileira Caminho de Damasco (SBCD) adota uma abordagem estruturada de Gestão da Mudança Organizacional, compreendida como um processo sistemático de adaptação, integração e consolidação de novos modelos de gestão, processos assistenciais e cultura institucional. Esse processo é desenvolvido de forma planejada, participativa e orientada por evidências, assegurando que a transição decorrente da implantação do novo contrato de gestão ocorra de modo seguro, contínuo e acolhedor, preservando a qualidade assistencial, a estabilidade operacional e o engajamento das equipes multiprofissionais.

1. Diretrizes Conceituais

A gestão da mudança será conduzida segundo os princípios do modelo ADKAR (Awareness, Desire, Knowledge, Ability e Reinforcement), articulado ao ciclo PDCA (Planejar, Executar, Verificar e Agir) e integrado ao Modelo de Excelência em Gestão (MEG/FGV). Essa metodologia favorece o alinhamento entre processos, pessoas e resultados, dentro de uma cultura de melhoria contínua e aprendizado organizacional.

A SBCD compreende que a mudança institucional não se limita à reestruturação de processos operacionais; envolve a mobilização emocional, cognitiva e comportamental dos colaboradores, sustentada por comunicação transparente, liderança inspiradora e senso de pertencimento coletivo. Assim, o processo será desenvolvido em quatro macrofases interdependentes:

Diagnóstico e Planejamento Estratégico da Mudança – identificação dos fatores críticos de sucesso, das resistências e dos pontos de apoio cultural existentes na instituição.

Mobilização e Comunicação Institucional – disseminação da visão, dos valores e das metas, garantindo clareza e propósito compartilhado.

Capacitação e Implementação das Novas Práticas – desenvolvimento de competências técnicas e comportamentais necessárias à execução do novo modelo.

Consolidação e Reforço Cultural – institucionalização das boas práticas, mensuração dos resultados e reconhecimento dos avanços.

Avaliação e Melhoria Contínua – revisão periódica das ações implementadas, com ajustes baseados em indicadores de desempenho e feedback das equipes.

2. Comunicação Institucional

A comunicação é tratada como eixo estratégico e transversal da gestão organizacional, orientada pelos princípios de transparência, diálogo, escuta ativa e responsabilidade compartilhada. Será implantado um **Plano de Comunicação Integrada**, direcionado especificamente à gestão da mudança, com foco em três dimensões principais: **informação, engajamento e mobilização**.

As ações incluem:

Criação de um **Comitê de Comunicação Institucional**, responsável por coordenar o fluxo de informações, alinhar mensagens e monitorar percepções internas;

Implementação de **canais multiformatos**, como intranet corporativa, boletins informativos digitais, murais interativos, dashboards de resultados e o informativo quinzenal "Fala SBCD", com divulgação de metas, avanços e conquistas;

Realização de **reuniões mensais de alinhamento estratégico**, envolvendo diretoria, gerências, lideranças intermediárias e representantes das áreas assistenciais e administrativas;

Desenvolvimento de **campanhas internas de sensibilização**, voltadas à cultura de qualidade, segurança do paciente, integridade ética e humanização do cuidado;

Disponibilização de um **Canal de Ouvidoria Interna** para registro de sugestões, críticas e elogios, com devolutiva sistematizada e acompanhamento de indicadores de satisfação.

O objetivo é consolidar uma comunicação bidirecional e participativa, promovendo transparência em todos os níveis hierárquicos, fortalecimento do vínculo institucional e senso de corresponsabilidade entre os colaboradores.

3. Engajamento de Equipes e Desenvolvimento Humano

A sustentação da mudança organizacional será realizada por meio do **Programa de Engajamento e Clima Organizacional (PECO)**, instrumento permanente de diagnóstico e fortalecimento da cultura interna.

As ações incluem:

Realização de **pesquisas anuais de clima organizacional**, com mensuração de indicadores de satisfação, motivação, confiança e alinhamento de propósito;

Elaboração de **planos de ação setoriais** baseados nas análises de clima, priorizando reconhecimento, condições de trabalho, integração e desenvolvimento profissional;

Implementação de **Programas de Valorização Profissional**, com reconhecimento público, celebração de resultados e incentivo ao protagonismo coletivo;

Construção de **Planos de Desenvolvimento Individual (PDI)** alinhados às metas estratégicas da unidade e aos indicadores de desempenho institucional;

Criação de **Círculos de Aprendizagem e Escuta Ativa**, realizados mensalmente, voltados à troca de experiências e à coesão intersetorial.

A SBCD manterá ainda o **Programa de Integração e Ambientação Institucional**, destinado a novos colaboradores e à realocação de profissionais, assegurando a compreensão dos valores, missão, políticas e padrões éticos desde o ingresso na instituição.

4. Cultura Institucional e Sustentabilidade da Mudança

O fortalecimento da cultura organizacional será conduzido com base nos valores de ética, humanização, corresponsabilidade, inovação e excelência. Entre as ações estruturantes estão:

Oficinas de Cultura e Identidade Institucional, voltadas à internalização dos pilares de gestão e princípios assistenciais;

Semanas de Valorização do Servidor, com ações de convivência, reconhecimento e reflexão sobre o papel social da instituição;

Programas de Educação Permanente, integrados ao Núcleo de Educação Permanente (NEP), para atualização técnica e incorporação das novas práticas;

Projetos de Responsabilidade Social e Institucional, aproximando profissionais, pacientes e comunidade, fortalecendo o vínculo e a imagem institucional.

Implantação de um Plano de Sustentabilidade Cultural, visando à manutenção de práticas de gestão participativa e inovação organizacional.

Essas iniciativas asseguram a consolidação de uma cultura organizacional sustentável, orientada ao aprendizado contínuo, inovação e compromisso com os resultados assistenciais e administrativos.

5. Governança da Mudança e Monitoramento

A execução do plano de gestão da mudança será supervisionada por um **Comitê de Cultura e Transformação Organizacional**, composto pela Diretoria Executiva, Gerência de Recursos Humanos, NEP e Comunicação Institucional.
Esse comitê será responsável por:

Planejar e validar as ações do plano;

Monitorar indicadores de adesão e engajamento;

Realizar reuniões trimestrais de avaliação;

Emitir relatórios analíticos e planos de melhoria contínua.

Identificar e mitigar riscos associados à resistência à mudança ou disfunções comunicacionais.

Os resultados serão integrados ao **painel de indicadores institucionais**, permitindo rastreabilidade e análise comparativa entre períodos.

6. Cronograma de Implantação

Etapa	Ação Principal	Responsável	Prazo
Mês 1	Diagnóstico organizacional, pesquisa de clima e mapeamento de stakeholders	DHO / Diretoria	30 dias
Mês 2	Elaboração e aprovação do Plano de Comunicação e Engajamento	Comunicação / Comitê	30 dias
Mês 3–4	Execução de oficinas e treinamentos comportamentais (liderança, integração, cultura)	NEP / RH	60 dias
Mês 5–6	Implementação de campanhas de reconhecimento e pesquisa de engajamento	DHO / Comunicação	60 dias
Mês 7+	Monitoramento de resultados e reforço da cultura institucional	Comitê de Cultura	Contínuo

7. Indicadores de Adesão

Indicador	Fórmula	Meta	Periodicidade
Taxa de adesão às ações de mudança	(Participantes ÷ Total de colaboradores) × 100	≥ 85%	Mensal
Índice de Engajamento Organizacional	Média ponderada ≥ 4 (escala Likert)	≥ 80%	Semestral
Cumprimento do cronograma de comunicação	Ações executadas ÷ planejadas	≥ 90%	Trimestral
Taxa de participação em capacitações	Participantes ÷ elegíveis	≥ 90%	Mensal
Índice de Satisfação com a Comunicação Interna	(Respostas positivas ÷ total) × 100	≥ 80%	Trimestral

8. Alinhamento Institucional e Referenciais Normativos

As ações de gestão da mudança e comunicação institucional estão alinhadas:

A Política Nacional de Humanização (PNH/MS), que valoriza a corresponsabilidade e o protagonismo das equipes;

Ao Decreto nº 9.203/2017, que dispõe sobre a governança pública e estabelece princípios de integridade, transparência e accountability;

Ao Modelo de Excelência em Gestão (MEG/FGV) e aos princípios de gestão por resultados do Sistema Único de Saúde;

As práticas de compliance e integridade corporativa preconizadas pelo Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização (GesPública).

9. Resultados Esperados

Implantação harmônica do novo modelo de gestão, sem ruptura assistencial;

Aumento mensurável do engajamento e da satisfação das equipes;

Fortalecimento da cultura institucional orientada por resultados e humanização;

Melhoria na comunicação vertical e horizontal e na gestão participativa;

Consolidação de ambiente organizacional colaborativo, ético e sustentável.

1.4 SISTEMA DE QUALIDADE E CERTIFICAÇÃO ONA

A **Sociedade Brasileira Caminho de Damasco (SBCD)** adota a **Acreditação ONA** como referência estruturante de sua **gestão da qualidade hospitalar**, integrando seus princípios à governança clínica, administrativa e operacional das unidades sob sua gestão. O processo de implantação no **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)** visa alcançar a **certificação ONA Nível III (Excelência em Gestão)** em até **48 meses**, conforme o cronograma definido pela **Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso do Sul (SES/MS).**

A metodologia contempla melhora contínua dos processos assistenciais e administrativos, com ênfase em segurança do paciente, eficiência operacional, cultura organizacional e sustentabilidade.

Cronograma de Implantação da Acreditação ONA

Fase	Descrição das Etapas Principais	Responsáveis	Prazo Máximo	Recursos e Apoio Técnico
Fase 1 – Diagnóstico e Planejamento (ONA I – Segurança do Paciente)	- Diagnóstico situacional da unidade; - Criação do Comitê de Qualidade e Segurança; - Implantação de protocolos obrigatórios da ANVISA e OMS; - Capacitação de lideranças e equipes assistenciais; - Elaboração do Manual da Qualidade.	Diretor Técnico e Núcleo de Qualidade (NQSP)	0–12 meses	Recursos humanos dedicados, software de gestão da qualidade, consultoria técnica externa.
Fase 2 – Padronização e Integração (ONA II – Gestão Integrada)	- Mapeamento e padronização de processos assistenciais e administrativos; - Integração entre setores (assistência, suprimentos, financeiro e RH); - Consolidação de indicadores de desempenho; - Implantação de auditorias internas e gestão de riscos.	Superintendência Hospitalar e NQSP	12–24 meses	Consultoria de acreditação, treinamentos in loco e relatórios trimestrais de conformidade.

Fase	Descrição das Etapas Principais	Responsáveis	Prazo Máximo	Recursos e Apoio Técnico
Fase 3 – Maturidade e Melhoria Contínua (ONA III – Excelência em Gestão)	- Implementação do Planejamento Estratégico Hospitalar (PEH); - Integração total dos indicadores ao BI institucional; - Certificação preliminar e auditoria externa; - Melhoria contínua e benchmarking interinstitucional.	Diretoria Executiva SBCD / Comitê de Governança SES–OSS	24–48 meses	Equipe multidisciplinar de auditores internos e externos; investimentos em infraestrutura e TI.

Matriz RACI – Certificação ONA

Atividade / Etapa	**Responsável (R)**	**Aprovador (A)**	**Consultado (C)**	**Informado (I)**
Diagnóstico inicial e planejamento estratégico	NQSP	Diretor Técnico	SES/MS	Diretoria Executiva SBCD
Elaboração do Manual da Qualidade e protocolos	NQSP / NEPS	Diretor Técnico	CCIH / CIPA	Gerência de Pessoas
Implementação dos processos e auditorias internas	Gerência Técnica	Superintendência	Comitês Técnicos	SES/MS
Avaliação e auditoria externa (ONA I, II, III)	Consultoria externa / NQSP	Diretoria Executiva SBCD	SES/MS	Equipes assistenciais
Revisão e consolidação do relatório de certificação	Superintendência Hospitalar	Diretoria Executiva	Comitê SES–OSS	SES/MS e sociedade civil

Plano Orçamentário – Certificação ONA (estimado)

Componente / Rubrica	Descrição das Ações Financiadas	Etapa Principal	Valor Estimado (R$)	Percentual sobre o Total
1. Consultoria Técnica de Acreditação	Apoio especializado para diagnóstico, plano de ação e auditorias simuladas. Inclui visitas presenciais e suporte remoto.	Fase 1 (ONA I) e Fase 2 (ONA II)	**80.000,00**	**27%**
2. Capacitação e Educação Permanente	Cursos e treinamentos sobre segurança do paciente, gestão de riscos, protocolos clínicos e cultura organizacional.	Contínuo (48 meses)	**50.000,00**	**17%**
3. Sistema de Gestão da Qualidade (BI / Documentos)	Licenciamento e customização de software simples para controle de indicadores e gestão documental (versão local).	Fases 1 – 3	**45.000,00**	**15%**
4. Infraestrutura e Adequações Físicas Pontuais	Sinalização de segurança, identificação de fluxos, melhoria de áreas críticas e adequações de layout para segurança do paciente.	Fases 1 – 2	**40.000,00**	**13%**
5. Auditorias Internas e Simulações de Certificação	Auditorias semestrais, visitas técnicas e elaboração de relatórios de conformidade.	Fases 2 – 3	**35.000,00**	**12%**
6. Taxas Oficiais de Certificação ONA (Instituto Credenciado)	Pagamento das taxas de inscrição, auditoria e certificação ONA 1–3 (de forma escalonada).	Fases 2 – 3	**30.000,00**	**10%**
7. Comunicação e Engajamento Institucional	Produção de materiais educativos, murais de qualidade, campanhas internas de segurança do paciente.	Contínuo	**20.000,00**	**6%**
TOTAL ESTIMADO	—	—	**R$ 300.000,00**	**100%**

Governança da Qualidade e Monitoramento

O **Comitê de Governança SES/MS – SBCD** supervisionará todas as fases do processo de acreditação, com reuniões trimestrais e relatórios de acompanhamento. Os resultados serão avaliados com base em **indicadores-chave de desempenho (KPIs)** de segurança, eficiência e satisfação do usuário, integrados ao **Painel BI Institucional**.

Resultados Esperados

- Certificação **ONA 1 em até 24 meses**;
- Certificação **ONA 2 em até 36 meses**;
- Certificação **ONA 3 em até 48 meses**;
- Aumento de **30% na conformidade dos processos críticos** e **redução de 25% nos eventos adversos**;
- Consolidação da **cultura de qualidade e segurança** em todos os níveis da unidade hospitalar.

1.5 METODOLOGIA DE VALOR EM SAÚDE (DRG / PAY FOR PERFORMANCE)

Estrutura -Metodologia de Valor em Saúde

Diretriz de Implantação

Em atendimento ao **Chamamento Público nº 001/2025 – SES/MS**, o plano técnico-operacional da entidade gestora contemplará a implantação progressiva da **Metodologia de Valor em Saúde**, baseada nos referenciais **DRG Brasil®** e **P4P (Pay for Performance)**, integrando-se aos sistemas **SIH/SUS e SIA/SUS**, conforme diretrizes nacionais de informação hospitalar.

A metodologia tem por objetivo aprimorar a **eficiência assistencial**, **a gestão de recursos** e **a experiência do paciente**, conforme os eixos avaliativos **A – Gestão** e **D – Experiência**, previstos na matriz técnica da SES/MS.

Objetivos Específicos

- Implementar a **classificação de casos clínicos** por complexidade e gravidade (DRG Brasil®), para permitir análise comparativa de produtividade e eficiência.
- Integrar a **base de dados institucional ao SIH/SIA**, garantindo compatibilidade com codificação CID-10, AIH e APAC.
- Implantar **mecanismos de remuneração variável** atrelados à performance assistencial e aos indicadores de desfecho.
- Desenvolver **cultura organizacional de valor**, envolvendo as equipes em processos de melhoria contínua.

Cronograma de Implantação (Ponta Porã – 12 meses)

Etapa	Atividade Principal	Período	Entregáveis	Integração com SIH/SIA
1	Planejamento e preparação institucional	Mês 1	Comitê de Valor instalado, diagnóstico de base de dados, definição de patrocinador clínico e técnico	Levantamento de dados de internação e ambulatoriais
2	Treinamento e capacitação	Meses 2 a 3	Formação de equipe de codificação e governança clínica (EaD + encontros síncronos)	Mapeamento de variáveis SIH/SIA
3	Implantação do Módulo DRG Brasil®	Meses 4 a 6	Licenciamento do núcleo de inteligência, painéis de eficiência, codificação e auditoria assistencial	Integração inicial via API para envio de dados de alta
4	Ativação da Governança Clínica e do Escritório de Valor	Meses 7 a 9	Comitês de desempenho, painéis de BI, protocolos de segurança e permanência hospitalar	Validação de interoperabilidade com SIH/SIA
5	Consolidação do modelo P4P (Pay for Performance)	Meses 10 a 12	Indicadores de resultado e efetividade, definição de metas e remuneração variável	Alimentação automatizada de relatórios SIH/SIA

Critérios de Remuneração por Desempenho (P4P)

O modelo de remuneração por desempenho adotará indicadores ponderados nos eixos **A – Gestão** e **D – Experiência**, conforme segue:

Eixo	Dimensão Avaliada	Indicador	Meta de Referência	Peso no P4P
A – Gestão	Eficiência assistencial	Tempo médio de permanência ajustado por DRG	≤ 4,5 dias	20%

	Desempenho clínico	Taxa de reinternação ≤ 7 dias	≤ 5%	20%
	Custo-efetividade	Custo médio por caso ajustado	≤ teto definido pela SES/MS	10%
D – Experiência	Segurança assistencial	Taxa de eventos adversos notificados	< 3%	20%
	Satisfação do usuário	NPS médio ≥ 80 pontos	≥ 80%	20%
	Humanização e acolhimento	Índice de tempo de espera ≤ 15 min (acolhimento)	≥ 90%	10%

Remuneração variável: até **10% do valor mensal contratual**, proporcional ao alcance das metas trimestrais.

Periodicidade de aferição: trimestral, com consolidação semestral e auditoria da SES/MS.

Instrumentos de mensuração: relatórios de DRG Brasil®, BI Valor Saúde e painéis integrados SIH/SIA.

Indicadores de Efetividade

Os indicadores de efetividade combinam **desempenho assistencial** (eficiência e qualidade) e **experiência do usuário** (humanização e segurança), conforme modelo de valor da SES/MS:

Categoria	Indicador	Fonte de Dados	Periodicidade	Finalidade
Assistencial	Taxa de mortalidade hospitalar ajustada por complexidade	DRG / SIH	Mensal	Avaliar segurança clínica
Assistencial	Taxa de readmissão em 30 dias	DRG / SIH	Mensal	Avaliar continuidade do cuidado
Gestão	Permanência média ajustada	DRG / SIH	Mensal	Monitorar eficiência de leitos
Experiência	Satisfação do paciente (NPS)	Pesquisa interna / Ouvidoria	Trimestral	Medir percepção de valor

Financeiro	Custo médio por caso ajustado	BI Valor Saúde / SIA	Trimestral	Analisar custo-efetividade

Integração Tecnológica

A plataforma DRG Brasil® será hospedada em ambiente **AWS (Amazon Web Services)**, com **segurança de dados certificada** e **interoperabilidade via API** para comunicação com o **SIH/SIA/SUS**, garantindo:

- Padronização das informações de alta hospitalar;
- Envio automático de dados para os painéis analíticos;
- Validação de consistência e auditoria eletrônica de contas.

Sustentação Operacional

A implantação será sustentada por:

- **Educação continuada** para codificação e governança clínica (EaD + suporte técnico contínuo);
- **Consultoria de governança clínica** com duração inicial de 12 meses;
- **Comitê de Valor e Desempenho** permanente, com relatórios mensais à SES/MS;
- **Painel BI de Valor em Saúde**, com visibilidade de todos os indicadores-chave (eficiência, qualidade, experiência e custo).

Cronograma de Implantação das Metodologias de Valor em Saúde (DRG e P4P)

Período de Execução: 12 meses (implantação integral e integração operacional ao SIH/SIA/SUS)

Unidade de Implantação: Hospital Regional de Ponta Porã – SES/MS

Responsável Técnico: Diretoria de Governança Clínica e Núcleo de Valor em Saúde da OSS

Fase	Etapa / Atividade	Período	Responsável Principal	Entregáveis e Marcos	Integração com SIH/SIA
1	**Planejamento Estratégico e Alinhamento Institucional**	Mês 1	Diretoria Técnica da OSS / SES-MS	Comitê de Valor instalado; Plano de Trabalho homologado; cronograma validado	Levantamento da base histórica de AIHs e APACs
2	**Capacitação Técnica e Educação Continuada**	Meses 2–3	Coordenação de Governança Clínica / IAG Saúde®	Capacitação EaD em Codificação DRG e Governança Clínica; formação de multiplicadores	Mapeamento de variáveis SIH/SIA e protocolos de codificação
3	**Implantação do Núcleo de Inteligência DRG Brasil®**	Meses 4–6	Núcleo de TI / Coordenação de Informação em Saúde	Licenciamento do módulo essencial DRG; ativação dos painéis de eficiência e auditoria assistencial	Integração inicial via API; testes de interoperabilidade com SIH/SIA
4	**Governança Clínica e Escritório de Valor em Saúde**	Meses 7–9	Comitê Gestor / Coordenação Médica / Enfermagem	Estruturação do Escritório de Valor; rotina de reuniões mensais de desempenho; implantação de painéis de BI	Validação de consistência de dados e geração automática de relatórios
5	**Implantação do Modelo de Remuneração Variável (P4P)**	Meses 10–12	Diretoria Financeira / SES-MS / Núcleo de Valor	Definição de metas trimestrais; cálculo de bonificação por desempenho (até 10% do valor contratual); publicação do 1º Relatório de Valor	Alimentação contínua de dados via SIH/SIA; consolidação de indicadores de gestão e experiência

🔍 Marcos Principais

- **Mês 1:** Instalação do Comitê de Valor e aprovação do Plano de Implantação.
- **Mês 3:** Conclusão da capacitação em DRG e Governança Clínica.
- **Mês 6:** Primeira geração de relatórios de eficiência hospitalar via DRG.

- **Mês 9:** Escritório de Valor operacional e integrado ao BI institucional.
- **Mês 12:** Primeira consolidação de metas P4P e relatório de efetividade à SES/MS.

Observações Técnicas

- A **integração com o SIH/SIA/SUS** será realizada por meio de **APIs de interoperabilidade** hospedadas em ambiente seguro AWS, conforme metodologia DRG Brasil®.
- O **modelo de remuneração variável (P4P)** será vinculado aos eixos **A – Gestão** e **D – Experiência**, priorizando **eficiência, segurança e satisfação do usuário**.
- O **Comitê de Governança Clínica** será responsável por validar os relatórios de valor e propor ajustes mensais de performance.
- A **consultoria técnica** da metodologia terá duração inicial de 12 meses, podendo ser prorrogada conforme evolução dos indicadores.

Indicadores de Desempenho-Chave (KPI) – Monitoramento Mensal

Dimensão	Indicador	Meta	Sistema de Referência
Eficiência	Permanência média ajustada por DRG	≤ 4,5 dias	DRG Brasil / SIH
Segurança	Taxa de eventos adversos	< 3%	Escritório de Valor
Qualidade	Readmissões ≤ 30 dias	≤ 5%	DRG / SIH
Experiência	NPS médio (Satisfação)	≥ 80%	Ouvidoria / BI Valor Saúde
Econômico	Custo médio ajustado por caso	≤ teto contratual	SIA / BI Financeiro

1.6 INDICADORES DE DESEMPENHO

A **gestão de indicadores de desempenho** constitui um dos pilares estruturantes da governança técnico-operacional da Sociedade Brasileira Caminho de Damasco (SBCD), sendo o principal instrumento de **monitoramento da eficiência institucional, da qualidade assistencial, da sustentabilidade econômico-financeira e da segurança do paciente**.

O modelo adotado pela SBCD está alinhado aos princípios da **gestão por resultados**, em conformidade com a **RDC ANVISA nº 63/2011**, **Portaria GM/MS nº 3.410/2013**, **Portaria de Consolidação nº 5/2017**, **Modelo de Excelência em Gestão (MEG/FGV)**, **Caderno de Indicadores Obrigatórios do CQH**, e as **Diretrizes de Avaliação da Organização Nacional de Acreditação (ONA)**.

A política de indicadores articula três dimensões de gestão:

1. **Avaliação da estrutura e da capacidade instalada** – recursos humanos, tecnológicos e logísticos disponíveis;
2. **Monitoramento de processos e fluxos assistenciais** – eficiência, tempestividade e conformidade operacional;
3. **Mensuração de resultados e impactos** – desfechos clínicos, satisfação dos usuários e sustentabilidade do sistema.

Fundamentos e Metodologia de Gestão de Indicadores

A SBCD utiliza o **Sistema Integrado de Indicadores de Desempenho (SIID-SBCD)**, ferramenta informatizada que consolida dados provenientes de múltiplas fontes (prontuário eletrônico, sistemas de regulação, faturamento, controle de estoque, manutenção, RH e finanças), assegurando a **coleta automatizada, validação cruzada e análise multicritério** dos resultados.

Os indicadores são estruturados em fichas técnicas padronizadas contendo:

- Nome e objetivo do indicador;
- Definição operacional e dimensão de análise;
- Fórmula de cálculo e unidade de medida;
- Fonte de dados e periodicidade de coleta;
- Meta contratual ou institucional;
- Responsável técnico e setor de consolidação;
- Critérios de aceitação e plano de ação corretiva.

O processo segue a metodologia **PDCA (Plan–Do–Check–Act)** e o **Balanced Scorecard (BSC)**, garantindo integração entre planejamento estratégico, execução operacional, auditoria interna e controle social.

A governança desse processo é exercida por:

- **Comitê de Indicadores e Resultados (CIR):** análise crítica mensal, avaliação de variação de tendência e proposição de planos de melhoria;
- **Gerência de Qualidade e Segurança do Paciente:** auditoria metodológica, validação de consistência de dados e revisão das fichas técnicas;
- **Diretoria Executiva e Conselho Técnico:** deliberação estratégica e interlocução com a SES/MS.

Indicadores Contratuais Obrigatórios (Anexo II)

Em estrita conformidade com o **Anexo II – Indicadores e Metas de Desempenho e Qualidade do Contrato de Gestão**, a SBCD assegurará o cumprimento integral dos indicadores pactuados com a Secretaria de Estado da Saúde, cujas fórmulas seguem o *Caderno de Indicadores CQH (Arquivo Nº 001-CQH-IND-002, rev. 6)*.

a) Indicadores Assistenciais e de Qualidade

Monitoram o desempenho clínico, a eficiência do cuidado e a segurança do paciente:

- **Taxa de Ocupação Hospitalar (≥ 80%)** – relação percentual entre pacientes-dia e leitos-dia;
- **Taxa de Ocupação em UTI (≥ 80%)** – utilização da capacidade instalada de leitos críticos;
- **Tempo Médio de Permanência (≤ 5 dias)** – eficiência da internação e rotatividade de leitos;
- **Taxa de Mortalidade Institucional (>24h) (<3%)** – medida de desfecho clínico ajustada por perfil de gravidade;
- **Proporção de Reinternações não Programadas (≤ 30 dias da alta) (≤20%)** – indicador-sentinela de integralidade e continuidade do cuidado;
- **Taxa de Adesão ao Checklist de Cirurgia Segura (100%)** – conformidade com os três momentos do checklist da OMS;
- **Taxa de Adesão à Pulseira de Identificação (≥95%)** e **Identificação de Paciente Alérgico (100%)** – rastreabilidade de identificação positiva;
- **Taxas de Adesão aos Bundles de Prevenção de IRAS (100%)**, abrangendo:
  - Infecção primária de corrente sanguínea associada a CVC;
  - Infecção de trato urinário associada a CVD;
  - Pneumonia associada à ventilação mecânica;
- **Avaliação do Risco de Queda (100%)** e **Avaliação do Risco de Lesão por Pressão (100%)** – obrigatórias na admissão e reavaliações;
- **Proporção de Partos Vaginais (≥65%)** e **Taxa de Cesáreas com Classificação de Robson (100%)** – adequação obstétrica e segurança materna.

b) Indicadores Operacionais e de Pessoas

- **Taxa de Rotatividade de Recursos Humanos (≤4%)** – monitoramento de estabilidade e retenção;
- **Taxa de Satisfação dos Colaboradores (≥80%)** – avaliada por pesquisa estruturada;

- **Taxa de Treinamento (≥80%)** – cobertura de capacitação em todos os grupos profissionais;
- **Índice de Satisfação dos Usuários (≥90%)** – mensurado via NPS e questionário institucional.

c) Indicadores Financeiros e de Gestão

- **Índice de Liquidez Corrente, Seca e Imediata (≥1)** – avaliação da solvência e equilíbrio de curto prazo;
- **Comprometimento da Receita em Relação às Despesas de Curto e Longo Prazo (≤1)** – sustentabilidade orçamentária;
- **Percentual de Aprovação em Primeira Análise na Plataforma de Prestação de Contas (>75%)** – qualidade e conformidade contábil.

Esses indicadores compõem o **núcleo mínimo contratual**, diretamente vinculado à parcela variável do repasse financeiro, e são validados pela SES/MS mediante relatórios mensais e auditorias in loco.

1.6.3. Monitoramento, Avaliação e Prestação de Contas

Os indicadores serão acompanhados conforme periodicidade estabelecida:

- **Diária:** indicadores assistenciais críticos e de segurança do paciente;
- **Mensal:** operacionais e de desempenho de equipes;
- **Trimestral:** financeiros, contábeis e de sustentabilidade;
- **Semestral:** satisfação de usuários, colaboradores e avaliação institucional.

Os resultados são consolidados em **Relatórios de Desempenho Institucional (RDI)** e em **Painéis de Controle (Dashboards SIID-SBCD)**, contendo:

- Séries históricas e gráficos de tendência;
- Comparativos de metas e resultados;
- Análise de desvio-padrão e variação percentual;

- Plano de ação corretiva (PDCA);
- Evidências documentais e rastreabilidade digital.

Esses relatórios são compartilhados com a **SES/MS**, apresentados nas reuniões de governança contratual e disponibilizados em ambiente eletrônico para auditorias e fiscalização.

1.6.4. Resultados e Impactos Esperados

A operacionalização deste sistema visa:

- Consolidar uma **gestão orientada por evidências e resultados mensuráveis**;
- **Elevar a segurança e a qualidade assistencial**, com foco em práticas baseadas em evidências;
- **Reduzir variabilidade de processos e retrabalho**, fortalecendo a eficiência operacional;
- **Garantir sustentabilidade econômico-financeira**, com liquidez e equilíbrio de despesas;
- **Promover transparência e accountability**, conforme preceitos da Lei nº 13.019/2014 e da Resolução SES/MS aplicável;
- Fomentar a **cultura de aprendizado organizacional e de melhoria contínua**.

Assim, o sistema de indicadores da SBCD consolida-se como **instrumento de governança integrada, qualidade assistencial e gestão pública responsável**, plenamente aderente às exigências do **Chamamento Público de Ponta Porã**, aos **Anexos Contratuais**, e aos **parâmetros de avaliação de desempenho e qualidade definidos pela SES/MS**.

1.7 FERRAMENTAS DE MODERNIZAÇÃO E INTEGRAÇÃO

A Sociedade Brasileira Caminho de Damasco (SBCD) adota um modelo de gestão hospitalar digital e integrada, pautado no uso estratégico de sistemas informatizados, plataformas interoperáveis e tecnologias assistenciais que asseguram confiabilidade dos dados, rastreabilidade das informações, transparência na gestão e integração plena com a Secretaria de Estado da Saúde (SES/MS).

O objetivo é garantir eficiência operacional, segurança da informação, agilidade na comunicação e tomada de decisão baseada em evidências, consolidando o hospital como uma instituição inteligente, conectada e orientada por resultados.

1. Diretrizes e Princípios da Modernização Tecnológica

A transformação digital conduzida pela SBCD tem como base os seguintes fundamentos:

- Governança de TI e interoperabilidade, conforme a Instrução Normativa SGD/ME nº 117/2021 e a Portaria GM/MS nº 1.434/2021, que estabelecem padrões nacionais de intercâmbio eletrônico de dados em saúde;
- Segurança da informação e proteção de dados pessoais, em consonância com a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018);
- Gestão digital do cuidado e dos processos hospitalares, com utilização intensiva de ferramentas de Business Intelligence (BI), machine learning e análise preditiva para apoio q tomada de decisão;
- Transparência e integridade digital, com rastreabilidade documental, controle de acessos e auditoria eletrônica de todas as transações;
- Sustentabilidade tecnológica, com uso de soluções em nuvem (cloud computing), redução de impressões e otimização de recursos de TI;
- Democratização do acesso a informação, garantindo que gestores e profissionais de saúde tenham à disposição dados atualizados e confiáveis para gestão clínica e administrativa.

Esses princípios estruturam um ecossistema digital que interliga as áreas assistencial, administrativa, financeira, de ensino, qualidade e governança, assegurando coerência entre

processos, interoperabilidade de sistemas e confiabilidade de informações em todos os níveis da organização.

2. Arquitetura Tecnológica e Integração de Sistemas

O modelo de gestão hospitalar digital da SBCD está estruturado em um Sistema Integrado de Gestão em Saúde (SIGS-SBCD), formado por módulos interoperáveis que abrangem todo o ciclo de gestão hospitalar, desde o atendimento ao paciente até a consolidação contábil e financeira.

a) Módulo Assistencial e Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP).

O Prontuário Eletrônico do Paciente constitui a base do ecossistema digital, garantindo registro clínico unificado, seguro e rastreável, com acesso controlado por níveis de permissão.

Principais funcionalidades:

- Registro digital de triagens, consultas, prescrições, exames, evoluções e altas;
- Prescrição eletrônica com checagem de interações medicamentosas;
- Controle de insumos e medicamentos por lote e validade;
- Registro de eventos adversos e não conformidades;
- Auditoria de histórico clínico e de acessos;
- Interface compatível com dispositivos móveis e integração com sistemas de imagem (RIS/PACS).

O sistema é compatível com os padrões HL7 e FHIR, o que possibilita sua integração com as plataformas da SES/MS, sistemas de regulação estadual e plataformas nacionais do Ministério da Saúde (CNES, SISREG, SIHD, e-SUS, e-SUS AB, SIVEP e SCNES).

b) **Módulo Administrativo e Financeiro**

Responsável pela gestão de recursos materiais, financeiros e contratuais, garantindo transparência e eficiência.

Principais funcionalidades:

- Planejamento e execução orçamentária automatizada;
- Controle de estoques e rastreabilidade de insumos e medicamentos;
- Gestão eletrônica de documentos (GED) e assinatura digital;

- Integração com módulos contábeis, fiscais e de compras;
- Geração de relatórios em tempo real e exportação padronizada para a SES/MS e órgãos de controle.

c) **Módulo de Recursos Humanos e Gestão de Pessoas**

Sistema de gestão integrada de pessoal e capacitação, que permite:

- Controle biométrico de frequência e escalas de trabalho;
- Integração com o eSocial e folha de pagamento automatizada;
- Avaliação de desempenho vinculada a metas institucionais;
- Planejamento e registro de treinamentos realizados pelo Núcleo de Educação Permanente (NEP);
- Gestão de competências e certificações profissionais.

d) **Módulo de Qualidade, Segurança e Indicadores**

Ambiente de BI que consolida dados assistenciais, operacionais, financeiros e de segurança do paciente.

Principais funcionalidades:

- Monitoramento de indicadores em tempo real e geração automática de dashboards;
- Emissão de alertas para desvios de metas e indicadores críticos;
- Consolidação de relatórios mensais e trimestrais para a SES/MS;
- Geração de relatórios de conformidade e de auditoria interna.

e) **Módulo de Comunicação, Regulação e Relacionamento**

Promove integração entre os fluxos assistenciais, a regulação estadual e a comunicação interna.

Funcionalidades principais:

- Portal Institucional SBCD, com informações públicas e administrativas atualizadas;
- Intranet e aplicativo corporativo para comunicação interna e acesso rápido a documentos e escalas;
- Canal de Ouvidoria Digital e Escuta Ativa;

- Integração direta com o sistema de regulação estadual (SISREG), com transmissão automática de dados de internações, altas e ocupação de leitos.

f) **Módulo de Telemedicina e Apoio Diagnóstico**

Plataforma de teleatendimento e teleinterconsultas, integrada ao PEP, que permite a continuidade do cuidado e o suporte remoto a unidades satélites e equipes da atenção básica.

Principais recursos:

- Teleconsultas e teleinterconsultas em tempo real;
- Armazenamento seguro de imagens e laudos;
- Apoio diagnóstico remoto e integração com laboratórios e serviços de imagem;
- Conformidade com as Resoluções CFM nº 2.314/2022 e CFF nº 727/2022.

3. Integração com a SES/MS e Fluxos de Informação

O SIGS-SBCD será interligado, por meio de interfaces seguras e criptografadas (API REST e WebServices), aos sistemas da SES/MS e aos bancos de dados nacionais do SUS.

Essa integração possibilita fluxo contínuo e automatizado de informações, evitando retrabalho e garantindo uniformidade entre dados locais e oficiais.

Principais integrações previstas:

Sistema	Finalidade	Tipo de Integração
SES/MS – Regulação Estadual (SISREG / CNES)	Agendamento, transferências e controle de leitos	HL7 / FHIR
CNES / SCNES	Atualização de cadastro de profissionais e estrutura física	XML / WebService
e-SUS Hospitalar e e-SUS AB	Registro de atendimentos e consolidação de produção	API REST
SIHD / SIA / BPA / AIH	Faturamento hospitalar e geração de indicadores assistenciais	Exportação padronizada
Painel de Indicadores SES/MS	Compartilhamento automático de resultados e relatórios trimestrais	API dedicada

Essa integração assegura fluxo contínuo de dados, elimina retrabalho e divergências e fortalece a transparência e o controle público sobre a execução contratual.

4. Segurança da Informação e Conformidade Legal

A SBCD adota uma política institucional de segurança da informação que contempla:

- Armazenamento em servidores dedicados, com redundância e backups diários;
- Controle de acesso com autenticação multifator (MFA);
- Criptografia de dados em repouso e em trânsito (padrão AES-256);
- Plano de continuidade de serviços e recuperação de desastres;
- Conformidade integral com a LGPD, com nomeação de Encarregado de Proteção de Dados (DPO) e políticas de privacidade publicadas.

Essas medidas garantem integridade, confidencialidade e disponibilidade das informações, em consonância com as exigências legais e contratuais.

5. Governança Digital e Responsabilidades

A governança tecnológica será conduzida pela Gerência de Tecnologia da Informação (GTI), subordinada à Diretoria Administrativa, composta por:

- Coordenador de TI e Sistemas, responsável pela infraestrutura tecnológica e interoperabilidade;
- Administrador de Sistemas, responsável pela manutenção, performance e segurança das bases de dados;
- Analista de Informação em Saúde, responsável pela validação e análise de dados institucionais;
- Comitê de Governança de Dados e Segurança, colegiado multidisciplinar responsável pela validação de políticas e relatórios enviados à SES/MS.

As reuniões de governança digital ocorrerão mensalmente, com emissão de Relatórios de Integridade de Dados, que acompanharão os relatórios de desempenho institucional.

6. Ferramentas Complementares e Inovação Tecnológica

Além dos sistemas centrais, a SBCD emprega soluções complementares que reforçam a inovação e a eficiência digital:

- Painel de Controle de Indicadores (Power BI / Tableau) para análise preditiva e gestão de metas;
- Sistema de Chamados Técnicos (Help Desk Online) para controle de demandas de TI e manutenção;
- Plataforma de Gestão Eletrônica de Documentos (GED) com assinatura digital ICP-Brasil;
- Aplicativo Móvel do Colaborador, que disponibiliza escalas, comunicados e treinamentos do NEP;
- Monitoramento IoT (Internet das Coisas) aplicado a sistemas de engenharia predial e climatização, integrado ao PMOC;
- Chatbot de Atendimento ao Usuário, que otimiza a triagem e comunicação de demandas não clínicas.

Essas ferramentas fortalecem a modernização tecnológica, promovem integração operacional e reduzem barreiras administrativas.

7. Comunicação e Transparência Institucional

A SBCD manterá, sob supervisão da Diretoria Executiva, relatórios eletrônicos integrados à SES/MS, enviados mensalmente, contendo:

- Indicadores assistenciais, operacionais e financeiros;
- Dados de produtividade e eficiência setorial;
- Registros de conformidade técnica e logs de sistema;
- Relatórios de segurança da informação e integridade das bases de dados.

Esses relatórios alimentarão o Painel de Transparência Institucional, permitindo acesso e acompanhamento pela SES/MS, órgãos de controle e pela sociedade, reforçando o compromisso com a governança pública e a accountability digital.

8. Resultados Esperados

- Consolidação de um ambiente hospitalar totalmente informatizado e interoperável;
- Redução de falhas e retrabalho decorrentes de registros manuais;
- Agilidade na tomada de decisão, com base em dados confiáveis e auditáveis;
- Integração plena com os sistemas da SES/MS e do Ministério da Saúde;
- Fortalecimento da segurança da informação e da transparência institucional;

Melhoria comprovada da eficiência operacional e da experiência do paciente.

2. ATIVIDADES, FLUXOS E PROCESSOS

FLUXOS OPERACIONAIS

CIRCULAÇÃO INTERNA E EXTERNA

Fluxograma de circulação interna e externa

1. Diretriz e Objetivo

A Sociedade Brasileira Caminho de Damasco (SBCD) propõe a implantação de um **sistema integrado de circulação interna e externa**, concebido como **subsistema físico-funcional e gerencial da infraestrutura hospitalar**, responsável pela **organização dos deslocamentos de pessoas, pacientes e insumos** dentro e fora do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto.

O objetivo é garantir **linearidade, segregação, biossegurança e fluidez operacional**, de modo que os percursos entre áreas assistenciais, técnicas e administrativas se mantenham **livres de cruzamentos entre fluxos limpos e contaminados** e **totalmente aderentes às exigências da RDC nº 50/2002**.

2. Fundamentação Técnica e Normativa

A estrutura de circulação proposta fundamenta-se nos seguintes instrumentos técnicos:

- **RDC ANVISA nº 50/2002** – Regulamento técnico de planejamento e projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde;
- **RDC ANVISA nº 63/2011** – Requisitos de boas práticas para o funcionamento de serviços de saúde;
- **NR-32 (MTE)** – Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde;
- **ABNT NBR 9050/2015** – Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos;
- **ABNT NBR 9077/2001** – Saídas de emergência em edificações;
- **Portaria GM/MS nº 3.410/2013** – Diretrizes de governança e gestão hospitalar;
- **Modelo de Excelência em Gestão (MEG/FGV)** – Integrando a dimensão operacional aos princípios da qualidade e eficiência.

3. Estrutura Conceitual dos Fluxos

O sistema de circulação é dividido em **dois eixos complementares** — **circulação externa** e **circulação interna** — articulados por **pontos de transição controlados** (portarias, antecâmaras e barreiras sanitárias).

Cada eixo contém **rotas específicas e hierarquizadas**, conforme o nível de criticidade da área e o perfil de risco dos circulantes.

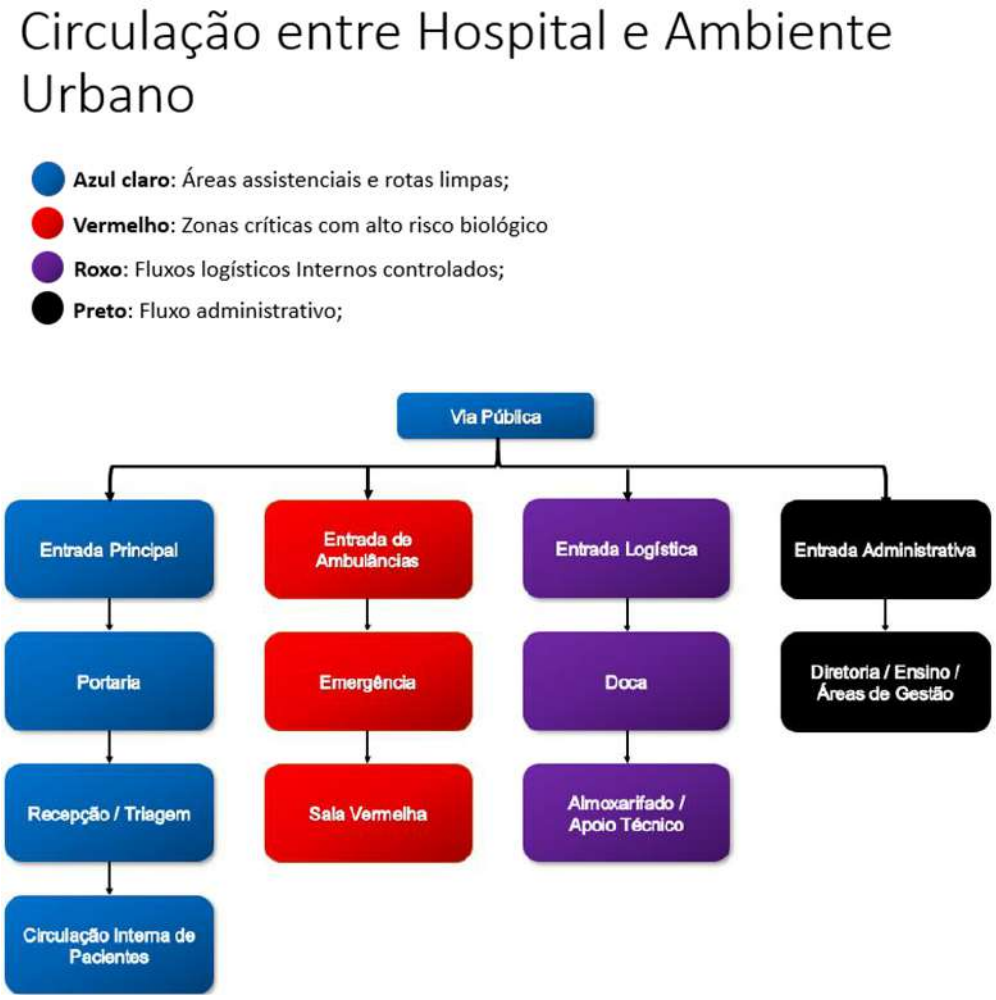
3.1. Eixo Externo – Circulação entre Hospital e Ambiente Urbano

O fluxo externo compreende os acessos de entrada e saída de pessoas, pacientes, insumos e veículos, respeitando a separação entre fluxos assistenciais, administrativos e logísticos.

Narrativa Explicativa

A circulação externa será organizada em **quatro corredores funcionais**, cada um com rotas independentes e segregadas:

Corredor	Usuários Principais	Destino	Controle	Características Técnicas
Corredor A – Acesso Principal	Pacientes e visitantes	Recepção, triagem e áreas de atendimento	Portaria, identificação eletrônica, barreira sanitária	Pavimento nivelado, iluminação 300–500 lux, cobertura translúcida, sinalização tátil
Corredor B – Acesso de Ambulâncias	Ambulâncias, UTI Móvel, SAMU	Área de emergência	Portão automatizado e antecâmara de isolamento	Piso de alta resistência, ventilação natural cruzada, zona de descontaminação
Corredor C – Logístico	Fornecedores, serviços de apoio	Almoxarifado, cozinha, lavanderia e manutenção	Portaria técnica, controle documental e sanitização	Área de descarga coberta, rota independente da assistência
Corredor D – Administrativo e Ensino	Direção, corpo técnico, acadêmicos	Administração, auditório, sala de reuniões	Crachá funcional e CFTV	Fluxo discreto, separado do público geral



3.2. Eixo Interno – Circulação de Pessoas, Pacientes e Insumos

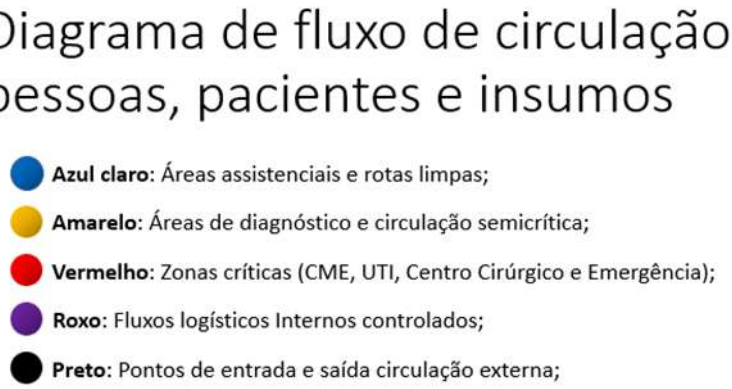
A circulação interna é estruturada com base em **zonas de risco assistencial** e **níveis de restrição sanitária**, conforme a RDC nº 50/2002.

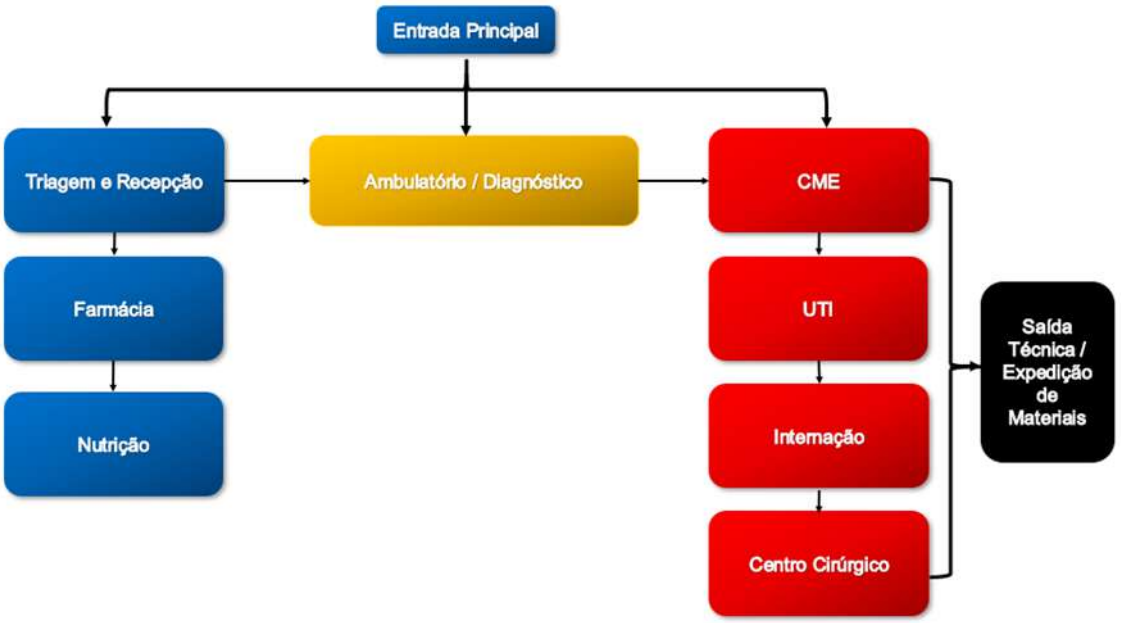
Zona	Características	Exemplos de Ambientes	Controle
Zona Não Crítica (livre)	Áreas administrativas e de convivência	Recepção, administração, ensino, refeitório	Acesso livre com barreira administrativa
Zona Semicrítica (controlada)	Áreas assistenciais de médio risco	Enfermarias, ambulatórios, diagnóstico	Controle por crachá e higienização obrigatória
Zona Crítica (restrita)	Áreas de alto risco assistencial	CME, UTI, Centro Cirúrgico, emergência	Controle biométrico, antecâmara e paramentação completa

Narrativa Explicativa

O **fluxo interno** do hospital é organizado de forma **linear e setorizada**, obedecendo ao princípio de que **"fluxos sujos nunca retrocedem nem cruzam fluxos limpos"**. A mobilidade dentro da edificação respeita diretrizes de ergonomia e segurança: **corredores com largura mínima de 1,20 m, piso lavável e antiderrapante, iluminação adequada e ventilação positiva**.

As rotas são claramente identificadas por **códigos de cor e pictogramas universais**, conforme os manuais da ANVISA e do Ministério da Saúde.





4. Circulação de Pacientes e Equipes Assistenciais

4.1 Fluxo de Pacientes

O fluxo de pacientes é coordenado pelo **Núcleo Interno de Regulação (NIR)**, que atua como ponto central do gerenciamento dos leitos e mobilidade assistencial. O NIR opera com **sistema informatizado** que monitora em tempo real o movimento de entrada, transferência e alta dos pacientes, integrando-se à regulação estadual.

- **Admissão:** acolhimento, classificação de risco e encaminhamento conforme complexidade;
- **Internação:** movimentação linear entre diagnóstico, terapêutica e cuidados intensivos;
- **Alta:** saída pela mesma rota assistencial, passando por área de orientação e entrega de documentação.

O deslocamento de pacientes críticos utiliza **rotas internas amplas, sinalizadas e isentas de barreiras físicas**, com acompanhamento por equipe de enfermagem e uso de macas higienizadas e equipamentos dedicados.

4.2 Fluxo de Colaboradores e Visitantes

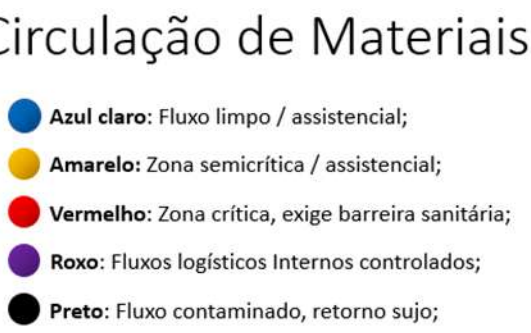
Os colaboradores acessam as áreas assistenciais por meio de **antecâmaras de barreira sanitária**, com higienização obrigatória das mãos e troca de roupas privativas. Visitantes seguem trajetos delimitados e horários controlados, com **identificação eletrônica, escolta e restrição de acesso a zonas críticas**.

5. Circulação de Materiais e Insumos

A SBCD implantará um **sistema logístico interno integrado**, garantindo movimentação segura, rastreável e livre de contaminação entre setores.
O deslocamento de materiais e insumos será feito por **rotas exclusivas e programadas**, com carros fechados e higienizados.

Fluxos Definidos:

- **Fluxo Limpo:** materiais esterilizados, insumos e suprimentos → setores assistenciais;
- **Fluxo Técnico:** manutenção, engenharia, TI, almoxarifado → rotas de serviço;
- **Fluxo de Retorno:** materiais utilizados → CME para reprocessamento.



6. Infraestrutura Física da Circulação

A infraestrutura de apoio à circulação será planejada para **garantir ergonomia, acessibilidade e segurança**, observando integralmente as normas da RDC nº 50/2002 e da ABNT:

- **Corredores assistenciais:** largura mínima de 1,20 m, piso nivelado e lavável, paredes com bate-macas e rodapés sanitários;
- **Iluminação:** 300 a 500 lux em corredores; 200 lux em áreas de transição;
- **Ventilação:** sistema de exaustão e insuflamento controlado, conforme PMOC e NBR 16401;
- **Sinalização:** vertical e horizontal, com legendas colorimétricas identificando fluxos (azul – limpo; vermelho – técnico; verde – público);
- **Acessibilidade:** rampas ≤ 8%, corrimãos contínuos e sinalização tátil em todas as rotas;
- **Rotas de fuga:** conforme NBR 9077, com iluminação autônoma e portas corta-fogo.

7. Monitoramento e Avaliação dos Fluxos

A circulação interna e externa será supervisionada pela **Gerência de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)**, que manterá indicadores e auditorias mensais.

Indicadores Operacionais:

- Tempo médio de deslocamento entre setores;
- Taxa de cruzamento indevido de fluxos;
- Percentual de conformidade de barreiras sanitárias;
- Índice de conforto e acessibilidade percebido pelos usuários;
- Taxa de incidentes de mobilidade (quedas, obstruções, colisões).

Esses dados alimentarão o **Sistema Integrado de Indicadores (SIID-SBCD)** e subsidiarão planos de melhoria contínua e revisões de layout físico-funcional.

Figura 01 – Fluxograma de Circulação Interna e Externa

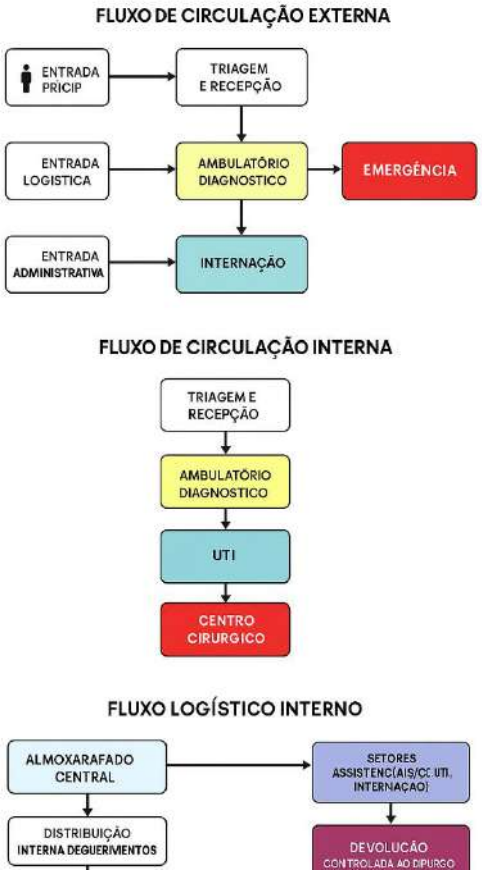
O diagrama a seguir ilustra a estrutura proposta para os fluxos de circulação interna e externa do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto, contemplando percursos assistenciais, administrativos e logísticos.

A representação evidencia a **unidirecionalidade dos fluxos**, a **segregação entre rotas limpas, semicríticas e críticas**, e o **controle de acesso físico e sanitário**, conforme os parâmetros da **RDC ANVISA nº 50/2002**, **RDC nº 63/2011** e **NR-32**.

As setas indicam o sentido progressivo de deslocamento, e as cores representam a natureza de cada fluxo:

- **Azul claro:** áreas assistenciais e rotas limpas;
- **Amarelo:** áreas de diagnóstico e circulação semicrítica;
- **Vermelho:** zonas críticas (UTI, Centro Cirúrgico e Emergência);
- **Roxo:** fluxos logísticos internos controlados;
- **Preto:** pontos de entrada e saída de circulação externa.

Esse modelo reforça a **conformidade física, funcional e sanitária do hospital**, otimizando o percurso de pacientes, equipes e insumos, assegurando **biossegurança, ergonomia e eficiência operacional.**



8. Conclusão

A SBCD apresenta um **modelo técnico e normativo de circulação hospitalar** que privilegia segurança, eficiência e rastreabilidade, assegurando:

- Fluxos contínuos, segregados e auditáveis;
- Infraestrutura compatível com normas da ANVISA e ABNT;
- Integração plena com o sistema de regulação e gestão de leitos;
- Conforto, acessibilidade e segurança para usuários e profissionais.

O sistema proposto alinha-se integralmente ao **item "Implantação dos Fluxos Operacionais" do edital de Ponta Porã**, representando uma **arquitetura operacional de excelência**, apta a garantir **biossegurança, eficiência e governança assistencial de alto desempenho.**

MATERIAIS ESTERILIZADOS

Central de Material e Esterilização

A Central de Material e Esterilização (CME) desempenhará papel estratégico na segurança do paciente, sendo responsável pelo processamento, esterilização e disponibilização dos instrumentais e materiais médico-hospitalares. Estruturada em quatro áreas principais — **expurgo, preparo e montagem, esterilização e armazenamento/distribuição** — a CME obedecerá aos fluxos unidirecionais preconizados pela **RDC nº 15/2012** e pela **RDC nº 50/2002**, garantindo a separação física e funcional entre áreas limpas, sujas e estéreis, prevenindo a ocorrência de contaminações cruzadas.

O processamento dos materiais seguirá **protocolos operacionais padrão (POPs)**, abrangendo as etapas de **recebimento, conferência, limpeza, secagem, inspeção, montagem, embalagem, esterilização, armazenamento e distribuição**, de acordo com a classificação dos artigos (críticos, semicríticos e não críticos). Cada fase do ciclo será rigorosamente registrada em **sistema de rastreabilidade**, permitindo identificar o número do ciclo de esterilização, o lote, a data, o operador responsável e a vinculação de cada conjunto instrumental ao paciente atendido, fortalecendo a segurança cirúrgica e o controle de qualidade assistencial.

Serão aplicados **testes de controle de qualidade** para validação dos processos, incluindo o **teste Bowie & Dick** (verificação da eficiência da remoção de ar e penetração do vapor), **indicadores biológicos e químicos** em cada ciclo, e **qualificações térmicas periódicas** dos equipamentos. Esses controles serão documentados e arquivados conforme determina a RDC nº 15/2012, compondo o sistema de gestão da qualidade da unidade.

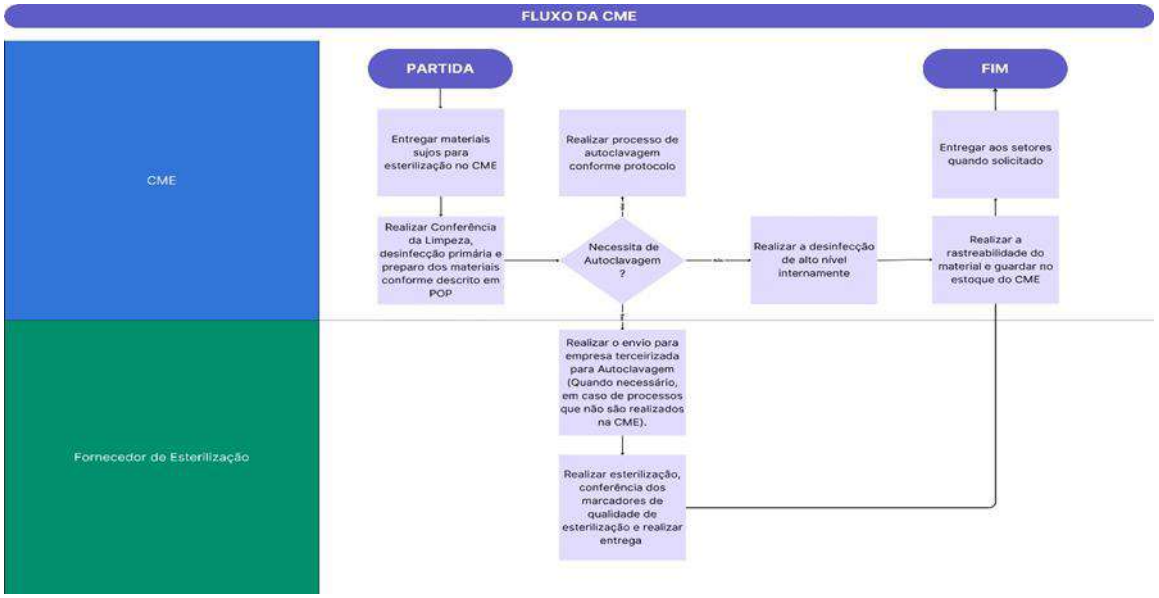
Os **equipamentos e autoclaves** serão submetidos a manutenção preventiva e corretiva programada, em consonância com o **Plano de Manutenção, Operação e Controle (PMOC)** e os protocolos internos da Engenharia Clínica, assegurando a estabilidade e reprodutibilidade dos parâmetros críticos de esterilização (tempo, temperatura e pressão).

A CME manterá **plantão 24 horas**, garantindo o atendimento contínuo às demandas internas de todos os setores assistenciais. O abastecimento será realizado mediante requisições eletrônicas, com controle de lotes e rastreabilidade de materiais processados, integrando-se ao sistema informatizado institucional.

A equipe será composta por **profissionais treinados e certificados**, sob responsabilidade técnica de um **enfermeiro especialista em Centro Cirúrgico e CME**, conforme determina a Resolução COFEN nº 424/2012. A capacitação permanente incluirá treinamentos em biossegurança, classificação de artigos, técnicas de esterilização e monitoramento de indicadores de processo, em alinhamento com as diretrizes da **Educação Permanente em Saúde (EPS)** da unidade.

Os procedimentos da CME seguirão **Protocolos Operacionais Padrão validados pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)** e pelo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, integrando-se ao sistema de gestão assistencial e à rastreabilidade institucional dos materiais críticos e semicríticos. Relatórios mensais de conformidade e desempenho operacional serão emitidos, contemplando indicadores de produtividade, tempo de ciclo, não conformidades, falhas de esterilização e conformidade de monitoramentos.

Assim, a CME será um **núcleo técnico-estratégico de apoio à assistência**, orientado pelos princípios da qualidade, da biossegurança e da rastreabilidade, assegurando a segurança dos pacientes e a excelência operacional dos processos internos.



Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

SUS

INSTRUÇÃO DE TRABALHO	ITR.15.001.00	
FLUXO DE MATERIAIS PADRÃO DA CME	REV. 00	PAG. 01/03

	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE	Responsável	IMAGENS ILUSTRATIVAS
1	Receber materiais de forma adequada pelo expurgo, realizar a inspeção para averiguar a integridade do material, presença de perfurocortante e conferir a quantidade e se está completo.	T.E. Enfermeiro	
2	Realizar a descontaminação e desinfecção do material recebido com insumos próprios utilizando EPIs adequados para o procedimento (máscara e óculos de proteção ou face Shield, luva de procedimento nitrílica e luva de borracha de cano longo e avental impermeável).	T.E. Enfermeiro	descontaminação e desinfecção do material, utilizando EPIs adequados
3	Encaminhar o material para área de preparo, conferir e realizar a montagem da caixa ou empacotamento (SMS/ Tyvek/ Tecido algodão/ Grau Cirúrgico) do material próprio de acordo com o processo de esterilização (Vapor ou Peróxido de Hidrogênio)	T.E. Enfermeiro	

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco - SBCD			SUS
INSTRUÇÃO DE TRABALHO		ITR.15.001.00	
FLUXO DE MATERIAIS PADRÃO DA CME		REV. 00	PAG. 02/03

5	Uma vez ao dia deve ser realizado o teste Bowie & Dick para verificação e detecção de gases.	T.E. Enfermeiro	
6	A primeira carga do dia deve ser realizado o teste biológico.	T.E. Enfermeiro	
7	Antes da esterilização: Anotar o que está entrando em ciclo, qual tipo de embalagem e qual o processo de esterilização	T.E. Enfermeiro	
8	Material implantável: realizar o teste biológico		
9	Alocar os materiais na autoclave, sem exceder o limite da carga e iniciar a esterilização	T.E. Enfermeiro	
10	A vapor: após o término do ciclo, não retirar o material imediatamente, pois o mesmo ainda estará com a temperatura elevada. Após 30 min, retirar o material com a luvas de vaqueta.	T.E. Enfermeiro	

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco - SBCD			SUS
INSTRUÇÃO DE TRABALHO		ITR.15.001.00	
FLUXO DE MATERIAIS PADRÃO DA CME		REV. 00	PAG. 03/03

11	Identificar o material a ser processado e anotar nas etiquetas: ✓ nome do material ✓ nº do lote ✓ data o preparo e validade ✓ tipo de processo ✓ Nome completo do colaborador e Coren ou carimbado e assinado ✓ Anexar no material depois de esterilizado	T.E. Enfermeiro	
12	Guardar o material esterilizado no centro de distribuição ou arsenal em seus lugares com identificação e localização intuitiva.	T.E. Enfermeiro	
13	O material deve ser conferido, sua integridade e vencimento periodicamente conforme orientação e necessidade de reesterilização	T.E. Enfermeiro	

REGISTRO DOCUMENTAL

1. Contextualização e Objetivo

O sistema de **registro documental hospitalar** constitui-se em eixo estratégico para a rastreabilidade, integridade e autenticidade das informações clínicas e administrativas produzidas na unidade. Visa assegurar a conformidade com a **RDC ANVISA nº 330/2019**, a **Lei nº 13.787/2018 (prontuário eletrônico)**, a **Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018)** e as diretrizes do **Sistema Nacional de Arquivos – CONARQ**, garantindo segurança, confidencialidade e disponibilidade documental.

Este fluxo compreende o **ciclo completo da informação**, desde a geração até o arquivamento e eventual eliminação, integrando setores assistenciais, administrativos e de apoio sob governança do **Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME)** e da **Gerência de Tecnologia da Informação**.

2. Estrutura e Responsabilidades

O processo é gerido de forma integrada por:

- **SAME:** guarda, controle e tramitação de prontuários físicos e digitais;
- **Diretoria Técnica e Assistencial:** validação de registros clínicos;
- **TI:** suporte aos sistemas de informação hospitalar (SIH/SUS, e-SUS, Prontuário Eletrônico do Paciente);
- **Controladoria:** auditoria de conformidade documental;
- **Qualidade:** monitoramento de indicadores de completude e tempo de registro.

Cada documento é classificado conforme natureza (clínica, administrativa, fiscal, jurídica) e tipologia (registro individual, relatório setorial, formulário padronizado, protocolo técnico-operacional).

3. Fluxograma Narrado do Processo de Registro Documental

Etapa 1 – Geração do Documento

O registro inicia-se na **ponta assistencial ou administrativa**, mediante formulário físico ou digital padronizado. O sistema de gestão hospitalar (SGH) gera metadados automáticos contendo número de registro, responsável e data/hora de emissão.

Exemplo: abertura de prontuário no acolhimento → geração automática do número único e associação ao CPF/CNS do paciente.

Etapa 2 – Validação e Assinatura

Os registros clínicos são validados eletronicamente pelo profissional responsável, por meio de **assinatura digital com certificado ICP-Brasil**, garantindo autenticidade e não repúdio. Documentos administrativos seguem fluxo de validação hierárquica via workflow interno (gerência → diretoria → controladoria).

Etapa 3 – Indexação e Armazenamento

Os documentos são classificados segundo tabela de temporalidade definida no **Plano de Classificação Arquivística**, indexados em sistema GED (Gestão Eletrônica de Documentos) e replicados em backup diário criptografado em nuvem privada.

Etapa 4 – Acesso, Rastreabilidade e Auditoria

O acesso é restrito por perfis de usuário e monitorado por logs automáticos. Auditorias mensais avaliam:

- Índice de completude de prontuários (%);
- Tempo médio de registro (TMR);
- Conformidade com normas legais (LGPD, ANVISA);
- Incidência de reabertura de registros.

Etapa 5 – Destinação e Preservação

Encerrado o prazo de guarda ativa, o documento é transferido para o **arquivo inativo** ou **eliminado mediante termo de descarte**, conforme Resolução CONARQ nº 40/2014. Prontuários de óbitos e eventos críticos são preservados permanentemente.

4. Diagrama do Fluxo de Registro Documental

Fluxo unidirecional, garantindo rastreabilidade, segurança e integridade da informação. A comunicação entre setores é mediada por sistema eletrônico de protocolos, evitando circulação indevida de documentos físicos.

5. Integração Tecnológica

O modelo adota interoperabilidade com:

- **e-SUS AB e Hospitalar**;
- **SIA/SIH-DATASUS**;
- **Sistema de Gestão Hospitalar (SGH) e GED**;
- **Plataforma Power BI / Qlik Sense** para dashboards de monitoramento documental.

Essa integração viabiliza rastreabilidade total e geração de relatórios de conformidade, enviados periodicamente à Secretaria de Estado de Saúde (SES).

6. Indicadores de Desempenho

Indicador	Fórmula	Meta
Índice de completude dos prontuários	Registros completos / total de registros x 100	≥ 98%
Tempo médio de registro de alta	Tempo entre alta e encerramento documental	≤ 48h
Percentual de conformidade legal	Documentos conformes / total auditado	≥ 95%
Incidência de reabertura de registros	Registros reabertos / total	≤ 2%

7. Benefícios Esperados

- Redução de inconsistências documentais e glosas;
- Fortalecimento da rastreabilidade e responsabilização técnica;
- Suporte à certificação ONA (nível I e II – Processos e Segurança);
- Alinhamento com auditorias SES e órgãos de controle.

8. Conclusão

O **Fluxo de Registro Documental** proposto assegura um modelo robusto, tecnológico e legalmente aderente às exigências do edital, promovendo **transparência, segurança da informação e eficiência operacional**. O conjunto de **diagramas, fluxos e narrativas explicativas** integrados ao plano técnico permitirá à gestão hospitalar alcançar **pontuação máxima no item "Fluxos Operacionais"**.

GESTÃO DE RESÍDUOS

Gestão de Resíduos de Saúde

O **Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde (RSS)** representa uma dimensão estratégica e obrigatória da gestão hospitalar, constituindo-se em um conjunto de ações normativas, operacionais e educativas destinadas a **minimizar os impactos sanitários, ocupacionais e ambientais decorrentes do manejo inadequado dos resíduos gerados nos serviços de saúde**.

Em consonância com o **Edital de Chamamento Público de Ponta Porã/MS**, a presente proposta contempla a implantação integral do **Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS)** da unidade, estruturado conforme as diretrizes da **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul** e em observância às principais normas regulatórias vigentes:

- **Resolução RDC nº 222/2018 da ANVISA**, que estabelece as diretrizes para o gerenciamento de resíduos em serviços de saúde;
- **Resolução CONAMA nº 358/2005**, que dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos RSS;
- **Lei Federal nº 12.305/2010**, que institui a **Política Nacional de Resíduos Sólidos (PNRS)**;
- **Normas da ABNT**, notadamente:
  - **NBR 12807** – Terminologia;
  - **NBR 12808** – Classificação;
  - **NBR 12809** – Manuseio;
  - **NBR 12810** – Coleta;
  - **NBR 9191** – Especificação de sacos plásticos;
  - **NBR 10004** – Classificação de resíduos sólidos;
- **Manual de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – ANVISA**;

- **Norma Regulamentadora nº 32 (NR-32)**, do Ministério do Trabalho e Emprego, referente à segurança e saúde dos trabalhadores.

O PGRSS proposto integra o conjunto de ações do eixo **Engenharia Ambiental e Biossegurança Hospitalar**, e será implantado como **processo contínuo e estruturado em fases operacionais**, assegurando rastreabilidade total, controle documental e indicadores de desempenho ambiental auditáveis.

A abordagem adotada privilegia a **integração entre setores assistenciais, administrativos e de apoio**, promovendo a segregação correta na origem, o acondicionamento conforme grupo de risco, o transporte seguro e o tratamento/disposição final ambientalmente adequados. Todas as etapas serão acompanhadas por **Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Saúde (CGRSS)**, responsável pela fiscalização interna, proposição de melhorias e análise dos relatórios técnicos mensais.

A implementação do PGRSS ocorrerá de forma **gradual e monitorada**, seguindo as etapas técnicas:

1. **Diagnóstico Situacional**, com levantamento dos volumes e tipos de resíduos gerados e identificação de não conformidades;
2. **Elaboração do PGRSS personalizado**, definindo fluxos operacionais, responsabilidades, recursos e cronograma de execução;
3. **Capacitação e Treinamento de equipes**, com ênfase em biossegurança e conformidade legal;
4. **Implantação e Monitoramento contínuo**, assegurando a rastreabilidade e o controle de indicadores de desempenho;
5. **Consolidação da CGRSS**, com regimento próprio e metas de qualidade;
6. **Contratação ou articulação com empresa licenciada** para coleta, transporte, tratamento e destinação final dos resíduos, conforme exigências da legislação estadual e ambiental.

A execução do programa será orientada pelos princípios da **prevenção, redução e sustentabilidade**, incorporando boas práticas de gestão ambiental e priorizando a **minimização da geração de resíduos e o reaproveitamento de materiais recicláveis** do Grupo D.

Esse modelo garante **plena aderência às exigências técnicas e ambientais da SES/MS**, além de fortalecer a **governança institucional**, o **controle sanitário interno**, e a **segurança ocupacional** dos profissionais de saúde. Assim, o PGRSS consolida-se como instrumento essencial para a qualidade assistencial e para o alcance da **pontuação máxima nos critérios de avaliação técnica** do edital.

1.1. Responsabilidade Técnica pela Gestão de Resíduos de Saúde

Para garantir a conformidade técnica e legal do gerenciamento dos **Resíduos de Serviços de Saúde (RSS)**, será designado **profissional técnico qualificado** e formalmente indicado como **Responsável pela Gestão dos Resíduos** da unidade.

Este profissional atuará em **articulação direta com a Direção Técnica, o Núcleo de Qualidade e a Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Saúde (CGRSS)**, assegurando que todas as etapas do processo — da geração à destinação final — sejam conduzidas sob **rastreabilidade, segurança e aderência normativa**.

Entre suas principais atribuições, destacam-se:

- Coordenar a **implantação, execução e revisão contínua** do PGRSS, garantindo atualização permanente conforme novas normas ou orientações da SES/MS;
- Supervisionar as **etapas críticas do fluxo de resíduos**, incluindo segregação, acondicionamento, transporte interno, armazenamento temporário e destinação final;
- Planejar e promover **capacitações periódicas** sobre biossegurança e manejo de RSS para todas as categorias profissionais;
- Assegurar a **interface técnica e documental** com os órgãos ambientais e sanitários, bem como com empresas contratadas para coleta e tratamento;
- Avaliar e reportar **indicadores de desempenho ambiental**, propondo medidas corretivas e de melhoria contínua.

A designação formal desse responsável e sua qualificação técnica compõem requisito essencial para a conformidade do plano junto à **Secretaria de Estado de Saúde e aos órgãos de vigilância sanitária e ambiental**.

1.2. Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS)

O **PGRSS** será o instrumento técnico-normativo que orientará todas as ações de manejo, controle e destinação dos resíduos gerados no serviço de saúde. Elaborado conforme a **RDC ANVISA nº 222/2018**, a **Resolução CONAMA nº 358/2005** e a **Lei Federal nº 12.305/2010**, o programa será validado internamente pela **CGRSS** e pela **Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)**, assegurando integração entre biossegurança e gestão ambiental.

O PGRSS contemplará de forma estruturada e objetiva:

- **Diagnóstico situacional e classificação** dos resíduos por grupo (A, B, D e E), com identificação dos volumes e setores geradores;
- **Procedimentos de segregação e acondicionamento** na origem, utilizando recipientes e cores padronizados conforme a NBR 12808 e NBR 9191;
- **Fluxo operacional interno** com definição de rotas, horários e responsáveis pelo transporte interno;
- **Armazenamento temporário** em áreas adequadas e higienizáveis, com controle de acesso, ventilação e contenção de efluentes;
- **Tratamento e destinação final ambientalmente adequada**, com rastreabilidade por meio de Manifesto de Transporte de Resíduos (MTR) e Certificado de Destinação Final (CDF);
- **Indicadores e relatórios de desempenho**, permitindo auditorias internas e externas e o aprimoramento contínuo do sistema.

O documento terá caráter **dinâmico e revisável**, ajustando-se a modificações de estrutura física, ampliação de serviços ou alterações na legislação ambiental.

1.3. Coleta e Destinação Externa dos Resíduos

A coleta, transporte externo, tratamento e disposição final dos resíduos serão executados **por empresa especializada e devidamente licenciada** pelos órgãos ambientais e sanitários competentes.

Essa empresa deverá comprovar:

- **Licença de operação ambiental vigente**;
- **Capacidade técnica para tratamento de resíduos dos Grupos A, B, D e E**;
- **Emissão periódica de MTR e CDF** para comprovar a destinação ambientalmente adequada;
- **Sistema de rastreabilidade digital**, compatível com as exigências da Secretaria de Estado de Saúde e dos órgãos de controle ambiental.

O contrato será acompanhado pelo **responsável técnico pelo PGRSS** e pela **CGRSS**, garantindo que o fluxo de resíduos da unidade mantenha **integridade operacional, segurança sanitária e conformidade ambiental**, em alinhamento com o **Plano Estadual de Gestão de Resíduos Sólidos de Mato Grosso do Sul**.

1.4. Controle de Materiais Radioativos e Perigosos

O controle da manipulação, armazenamento e destinação de **materiais radioativos e outros resíduos perigosos** seguirá rigorosamente as normas da **Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN)**, da **RDC ANVISA nº 222/2018** e demais legislações correlatas.

Quando houver o uso de materiais com risco químico, radioativo ou tóxico, será adotado um sistema de **rastreabilidade e controle técnico-documental**, assegurando que o acondicionamento, transporte e descarte ocorram **exclusivamente por empresas licenciadas e com tecnologia ambientalmente adequada**.

Os procedimentos contemplarão:

- Armazenamento em **recipientes certificados**, identificados e com contenção secundária;
- Controle de tempo de decaimento e segregação de rejeitos radioativos, quando aplicável;
- Emissão de **Manifestos de Transporte de Resíduos (MTR)** e **Certificados de Destinação Final (CDF)**;
- Monitoramento ambiental periódico das áreas de guarda e descarte, garantindo proteção dos trabalhadores e do meio ambiente.

1.5. Metodologia de Capacitação no PGRSS

A capacitação será estruturada como **processo contínuo de educação permanente em biossegurança e gestão ambiental**, atendendo à **NR-32** e às diretrizes da **Política Estadual de Saúde e Segurança do Trabalhador de Mato Grosso do Sul**.
O programa terá abordagem teórico-prática e envolverá colaboradores de todos os setores, incluindo terceirizados, priorizando a **conscientização, prevenção e responsabilidade compartilhada**.

Principais eixos de capacitação:

- **Treinamentos admissionais e periódicos**, abordando legislação, segregação, acondicionamento e transporte interno;
- **Instruções operacionais padronizadas (POP's)** e manuais de referência afixados em áreas estratégicas;
- **Recursos didáticos multimodais**, como aulas expositivas, vídeos, simulações e estudos de caso;
- **Registro formal das capacitações**, com controle de frequência, conteúdo e avaliação;
- **Verificação de eficácia**, mediante observação direta e questionários de assimilação.

Essa metodologia assegura a padronização de condutas, a redução de não conformidades e o fortalecimento da cultura institucional de biossegurança.

1.6. Acompanhamento e Avaliação do Desempenho Institucional

O desempenho do gerenciamento de resíduos será monitorado por meio de **indicadores quantitativos e qualitativos**, estabelecidos no PGRSS e vinculados aos planos de auditoria interna e de qualidade da unidade.

Esse acompanhamento contínuo permitirá identificar desvios, propor melhorias e avaliar a efetividade das ações implementadas.

Etapas da metodologia:

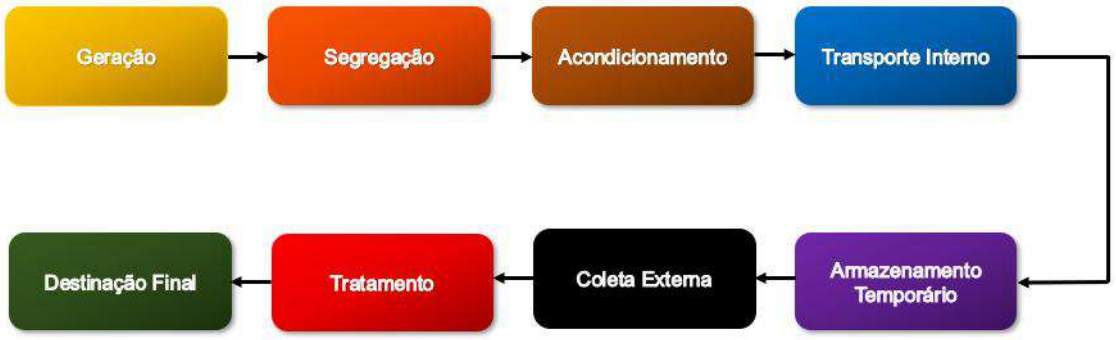
- **Coleta sistemática de dados** sobre geração, segregação, armazenamento e destinação final;
- **Análise estatística** e emissão de relatórios de conformidade mensal e trimestral;
- **Reuniões de avaliação técnica** entre a CGRSS, o setor de Qualidade e a CCIH;
- **Planos de ação corretiva e preventiva (CAPA)**, com prazos e responsáveis definidos;
- **Divulgação dos resultados** em painéis de gestão, assegurando transparência e engajamento institucional.

Os resultados obtidos servirão de subsídio para auditorias da SES/MS e relatórios de sustentabilidade hospitalar.

1.7. Fluxo de Resíduos com Saída Independente

O **fluxo de resíduos** será planejado de forma **unidirecional e segregada**, evitando o cruzamento com áreas limpas e rotas de circulação de pacientes, visitantes e insumos.

Desde a **geração nos pontos de origem até o armazenamento temporário externo**, o percurso será sinalizado e dimensionado conforme a **RDC 222/2018** e a **NR-32**, garantindo **segurança biológica e eficiência operacional**.



1.8. Estrutura Física e Higienização das Áreas de Armazenamento Temporário

As áreas destinadas à guarda temporária de resíduos — interna e externa — serão mantidas em **condições estruturais adequadas**, observando:

- **Dimensionamento proporcional ao volume de resíduos**;
- **Pisos e paredes lisos, impermeáveis e laváveis**, para facilitar higienização;
- **Ventilação cruzada e iluminação suficiente**;
- **Piso com contenção e drenagem de líquidos**;
- **Sinalização de risco e acesso restrito**;
- **Higienização programada**, com registro em planilhas de controle e produtos saneantes regularizados pela ANVISA.

Essas medidas asseguram a integridade ambiental, a segurança dos trabalhadores e a conformidade com os padrões de acreditação hospitalar e vigilância sanitária estadual.

1.9. Contratação e Fiscalização de Empresas Especializadas

A coleta, o transporte externo, o tratamento e a disposição final dos RSS serão executados por **empresa licenciada e fiscalizada pela CGRSS e pela Controladoria da Unidade**, mediante

contrato específico.

A contratada deverá comprovar:

- **Licença ambiental vigente** e habilitação técnica;
- **Rastreamento digital dos resíduos**, via MTR eletrônico;
- **Periodicidade de coleta compatível** com o volume e o risco do resíduo;
- **Apresentação de relatórios técnicos e CDFs**, garantindo a destinação ambientalmente adequada.

A fiscalização do contrato incluirá **auditorias periódicas e análise documental**, assegurando conformidade integral com a legislação ambiental e as diretrizes da SES/MS.

1.10. Programa de Coleta Seletiva

O **Programa de Coleta Seletiva** será implementado como componente do **PGRSS**, voltado à redução de resíduos comuns e promoção da sustentabilidade institucional. Seu foco recairá sobre o **Grupo D (resíduos recicláveis)** — papel, plástico, metal e vidro —, observando princípios da **Lei nº 12.305/2010** e das boas práticas de gestão ambiental.

O programa abrangerá:

- Instalação de **lixeiras identificadas por cor e material** em pontos estratégicos;
- **Campanhas internas de conscientização**, envolvendo colaboradores, pacientes e visitantes;
- **Parcerias com cooperativas de catadores ou empresas recicladoras** licenciadas;
- **Controle de volumes e resultados ambientais**, monitorando os ganhos ambientais e econômicos.

Esse componente do PGRSS fortalece o compromisso institucional com a **responsabilidade socioambiental**, a **redução de passivos ambientais** e o alinhamento à política estadual de sustentabilidade hospitalar.

Quadro Técnico de Referência – Classificação e Tratamento dos Resíduos de Serviços de Saúde

Para fins de padronização e rastreabilidade do manejo interno e externo dos resíduos, apresenta-se abaixo o quadro técnico contendo a simbologia de risco, grupos de resíduos, tipos, formas de acondicionamento, embalagem final e tratamento correspondente, conforme a **RDC ANVISA nº 222/2018**, **Resolução CONAMA nº 358/2005** e normas da **ABNT**.

Figura 1 – Classificação e Tratamento dos Resíduos de Serviços de Saúde (RSS).

SIMBOLOGIA DO RISCO	GRUPO	TIPO	ACONDICIONAMENTO	EMBALAGEM FINAL	TRATAMENTO
	Grupo A	**Infectante**		**Saco Branco**	**Autoclavagem**
	Grupo B	**Químico**		**Saco Laranja**	**Incineração**
	Grupo D	**Comum**		**Saco Preto**	**Aterro sanitário**
	Grupo E	**Perfurocortante**		**Coletor Rígido**	**Autoclavagem** *quando infectante **Incineração** *quando químico

ROUPAS

Processamento de Roupas em Serviços de Saúde

O **Serviço de Lavanderia Hospitalar** integra o eixo operacional essencial para a garantia da **segurança assistencial, controle de infecções e conforto do paciente**, sendo responsável pelo processamento completo das roupas utilizadas em todos os setores da unidade de saúde sob gestão.

Sua operação assegura que o **enxoval hospitalar** — roupas de cama, campo, roupas privativas, uniformes e tecidos técnicos — seja disponibilizado em **condições ideais de higiene, conservação e assepsia**, atendendo aos parâmetros estabelecidos pela **RDC ANVISA nº 50/2002**, **RDC ANVISA nº 222/2018**, **Manual de Processamento de Roupas de Serviços de Saúde – Prevenção e Controle de Risco (ANVISA, 2009, atual. 2020)**, bem como às **normas da ABNT NBR 13488 e NBR 13549**.

A operação seguirá o modelo de **gestão supervisionada pela Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS)**, sendo executada sob a coordenação técnica da contratada, em regime de **terceirização supervisionada**, conforme previsto no edital e Termo de Referência.

As atividades compreenderão todas as etapas do **processamento técnico de roupas hospitalares**, com rastreabilidade e controle de qualidade em todas as fases:

- **Recebimento e triagem** do enxoval sujo, com separação por tipo de tecido e grau de contaminação;
- **Pesagem e registro** para controle de volumes e indicadores de produtividade;
- **Lavagem e desinfecção térmica e/ou química**, utilizando produtos saneantes regularizados pela ANVISA;
- **Secagem, passadoria e dobra padronizada**, conforme protocolos técnicos;
- **Separação e identificação das peças (“silkagem” ou codificação)**, para rastreabilidade e controle de extravios;
- **Armazenamento e distribuição do enxoval limpo** de forma segura, em recipientes identificados e com proteção contra recontaminação;

- **Reparos e reposição de peças**, mediante controle de qualidade e relatórios de baixa e substituição.

7.2. Dimensionamento e Logística Operacional

O **dimensionamento do enxoval** será calculado de acordo com o **perfil funcional e assistencial da unidade**, levando em consideração:

- número de leitos ativos, consultórios, salas cirúrgicas e de exames;
- volume médio de internações e procedimentos;
- tempo de permanência e taxa de ocupação;
- regime de funcionamento (24h) e variação de demanda por área crítica.

Adota-se o conceito de **"cinco voltas"** para dimensionamento mínimo do enxoval quando o processamento ocorrer em **planta externa**, garantindo autonomia e continuidade operacional:

1. Um kit de enxoval em uso no leito;
2. Um disponível na rouparia limpa;
3. Um em trânsito na rouparia suja;
4. Um em processamento (lavagem e desinfecção);
5. Um em transporte de retorno à unidade.

Esse modelo evita desabastecimento, assegura giro contínuo e mantém o estoque mínimo técnico de roupas hospitalares.

7.3. Controle de Qualidade, Rastreabilidade e Baixa de Peças

Todas as peças passarão por **inspeção sistemática** em cada ciclo de processamento, e aquelas que apresentarem desgaste natural, manchas irreversíveis ou danos estruturais serão **retiradas de uso**.
O controle ocorrerá por meio de **relatórios de baixa** elaborados mensalmente, com registro de motivo, volume e substituições efetuadas.

A rastreabilidade será garantida por **sistema informatizado de controle de enxoval**, que registrará entradas, saídas, reparos e descartes, otimizando o inventário e reduzindo índices de extravio.

7.4. Transporte e Biossegurança

O **transporte da roupa suja** até a lavanderia e a devolução do enxoval limpo serão realizados em **veículos exclusivos**, devidamente higienizados e sinalizados, conforme as **normas da ANVISA e do Ministério dos Transportes**.

Serão utilizados **sacos e recipientes próprios para materiais infectantes**, com vedação segura e identificação por simbologia de risco biológico, conforme **NBR 12810** e **NR-32**.

Os colaboradores envolvidos no transporte e manuseio serão capacitados em **técnicas de biossegurança e prevenção de riscos ocupacionais**, incluindo uso obrigatório de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) adequados à atividade.

7.5. Controle Patrimonial e Inventário de Enxoval

Para preservar o patrimônio e reduzir extravios, serão implantados **protocolos de conferência e inventário rotativo**, com dupla checagem:

- na **saída da roupa suja** da unidade (em planilha de carga inicial);
- no **retorno da roupa limpa**, após o processamento.

Esse controle será auditado pela gerência administrativa e pela supervisão do contrato, resultando em **indicadores mensais de extravio, substituição e reposição de peças**, em conformidade com as metas de desempenho pactuadas.

7.6. Garantia da Qualidade e Sustentabilidade Operacional

O serviço de lavanderia hospitalar implantado pela contratada seguirá **protocolos de validação de processo e qualidade microbiológica**, de modo a assegurar:

- Redução do risco de infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS);
- Eficiência na higienização e secagem;
- Uso racional de recursos hídricos e energéticos;
- Coleta e tratamento adequado dos efluentes e resíduos gerados no processo;
- Cumprimento das normas de segurança ambiental e ocupacional.

A contratada manterá **programa de capacitação permanente** para os colaboradores da lavanderia e **auditorias internas trimestrais** para verificação da conformidade dos processos, de acordo com o padrão de qualidade da SES/MS.

Fluxograma Operacional do Processamento de Roupas Hospitalares

Para fins de **padronização e rastreabilidade das etapas que compõem o ciclo de lavanderia hospitalar**, apresenta-se a seguir o **fluxograma operacional do processamento de roupas de serviços de saúde**, conforme as diretrizes da **RDC ANVISA nº 50/2002**, **RDC nº 222/2018**, **Manual de Processamento de Roupas de Serviços de Saúde – ANVISA (2009, atualização 2020)** e normas da **ABNT NBR 13488 e 13549**.

O diagrama ilustra, de forma **linear e sequencial**, o percurso técnico das peças desde o **recebimento e triagem**, passando pelas fases de **lavagem, desinfecção, secagem, inspeção e armazenamento**, até a **distribuição do enxoval higienizado** às unidades assistenciais. Essa representação permite visualizar a **integração entre os fluxos limpos e sujos**, assegurando o cumprimento das **boas práticas de biossegurança, prevenção de infecção hospitalar e eficiência operacional**.

Ciclo de Processamento de Lavanderia Hospitalar.

7.7. Conclusão

O modelo de **Gestão e Processamento de Roupas Hospitalares** proposto para Ponta Porã assegura uma operação **tecnicamente padronizada, sustentável e segura**, fundamentada nas melhores práticas de biossegurança, rastreabilidade e controle de qualidade.

Esse conjunto de ações garante **higienização eficiente, preservação do enxoval, conforto assistencial e prevenção de infecções hospitalares**, em total conformidade com as **exigências do Edital e Anexo II** da Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso do Sul, contribuindo para a **excelência do cuidado e a obtenção da pontuação máxima na proposta técnica**

REGIMENTO INTERNO DO HOSPITAL

HOSPITAL REGIONAL DR. JOSÉ DE SIMONE NETTO – HRDJSN – PONTA PORÃ/MS

Como parte da estratégia institucional para implantação dos processos organizacionais no Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN), a Sociedade Brasileira Caminho de Damasco (SBCD) apresenta a presente Proposta de Regimento Interno, em atendimento aos critérios do Chamamento Público da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS).

Trata-se de instrumento normativo estruturante, voltado à organização formal de serviços e fluxos internos da unidade hospitalar, estabelecendo diretrizes funcionais, administrativas e assistenciais compatíveis com a missão pública da instituição e com os princípios do SUS. Sua adoção desde a fase inicial da contratualização assegura coerência organizacional, padronização de condutas, delimitação de responsabilidades, segurança jurídica e apoio técnico-normativo às equipes.

A versão contempla os componentes essenciais à gestão eficiente de hospital público de média e alta complexidade, incluindo estrutura hierárquica e setorial, normas de funcionamento, direitos e deveres dos usuários, fluxos assistenciais, governança, ensino/pesquisa e apoio, em consonância com as metas de Acreditação ONA previstas no edital.

CAPÍTULO I – DAS FINALIDADES

Art. 1º. O HRDJSN é uma unidade de Assistência, Ensino, Pesquisa e Extensão Universitária, especializada em urgência e emergência de clínica médica, pediatria e obstetrícia, além de atendimentos eletivos em cirurgia geral, com acesso por demanda referenciada via Complexo Regulador Estadual (CORE/SES-MS).

Art. 2º. Institui-se o presente Regimento Interno de Assistência Hospitalar.
Art. 3º. Este Regimento entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

CAPÍTULO II – DA NATUREZA E DO FIM DO HRDJSN

Art. 4º. O HRDJSN é Equipamento Público de Saúde Estadual (ato constitutivo próprio).

Art. 5º. O HRDJSN tem finalidade assistencial e educativa, consubstanciada na prestação de serviço público gratuito à população pelo SUS.

Parágrafo único. O HRDJSN proverá ensino e pesquisa científica em saúde.

CAPÍTULO III – DA ESTRUTURA HIERÁRQUICA

Seção I – Da Diretoria

Art. 6º. A Diretoria do HRDJSN é composta por Administração e Diretorias específicas, responsáveis pela gestão nos limites de suas atribuições, exercendo supervisão e coordenação de todos os serviços médico-hospitalares e administrativos.

Art. 7º. Vinculam-se à Diretoria Geral do HRDJSN: Diretoria Médico-Técnica, Diretoria Administrativa e Financeira, Gerência de Enfermagem e Diretoria Clínica.

Seção II – Dos Órgãos Auxiliares

Art. 8º. São órgãos auxiliares da Diretoria Geral: Assessoria Jurídica e Assessoria de Comunicação/Imprensa, vinculadas à estrutura estratégica da SBCD.

Seção III – Das Chefias

Art. 9º. A gestão administrativa será exercida por chefias subordinadas às Diretorias, com poderes delegados e respeito às diretrizes do HRDJSN.

Art. 10. Estrutura hierárquica (sem prejuízo de adequações):

I – Diretoria Geral; II – Diretorias; III – Coordenadorias; IV – Gerências; V – Supervisões.

CAPÍTULO IV – DAS COMISSÕES E COMITÊS

Seção I – Disposições Gerais

Art. 11. As Comissões e Comitês são unidades auxiliares à gestão, subordinadas à Diretoria, com atribuições específicas instituídas por ato próprio e regimento interno aprovado pela Diretoria.

Parágrafo único. Poderão incluir representantes de usuários/sociedade civil, com funções educativas, consultivas, fiscalizatórias e normativas.

Seção II – Comissões de Ética

Art. 12. Integram o HRDJSN: I – Comissão de Ética Médica; II – Comissão de Ética em Enfermagem; III – Comissão Multidisciplinar de Terapia Nutricional; IV – outras previstas em lei.

Seção III – Comissões de Gestão de Serviços

Art. 13. Integram o HRDJSN:

I – Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;

II – Comissão de Verificação de Óbitos;

III – Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH);

IV – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA);

V – SESMT; VI – Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT);

VII – Comissão de Gerenciamento de Resíduos (CGRSS);

VIII – Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP/NSP);

IX – Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar;

X – outras exigidas por normas vigentes.

§1º. Compete às Comissões assessorar a Diretoria, fiscalizar o exercício ético-profissional, zelar pela conformidade legal, instaurar processos internos quando couber, e promover educação permanente.

Seção IV – Disposições Complementares

Art. 14. A atuação em Comissões/Comitês não é remunerada e não prejudica a jornada regular.

CAPÍTULO V – DA ADMINISTRAÇÃO

Seção I – Área Administrativa

Art. 15. Compõem a área administrativa: manutenção, obras/ambiência, compras, licitações, transporte e segurança, finanças, contabilidade, tesouraria, suprimentos, TI, SAME, patrimônio, escuta ao cidadão/ouvidoria, saúde do trabalhador e outras.

Seção II – Área Assistencial

Art. 16. Integram a área assistencial: clínica médica, cirurgia geral, urgência e emergência, enfermagem, fisioterapia, laboratório, SADT (imagem e laboratório), hemoterapia (agência transfusional), radiologia, nutrição e dietética, serviço social, entre outras, com acesso regulado pelo CORE/SES-MS.

Seção III – Área de Apoio à Assistência

Art. 17. Integram a área de apoio: gerência operacional, RH, TI, financeiro, qualidade, atendimento e humanização, NIR, apoio técnico, farmácia/almoxarifado, faturamento, engenharia clínica, lavanderia, higienização, CME/esterilização, entre outras.

CAPÍTULO VI – UNIDADES CLÍNICAS E CIRÚRGICAS

Seção I – Clínica Médica

Art. 18. Prestar atendimento clínico a pacientes internados e ambulatoriais; inclui médicos horizontais e especialidades clínicas.

Seção II – Clínicas Cirúrgicas

Art. 19. Realizar cirurgias eletivas, acompanhamento e tratamento pós-operatório.

Seção III – Enfermarias

Art. 20. Prestar assistência de enfermagem integral nas áreas de internação clínica e urgência/emergência.

Seção IV – Pronto Atendimento

Art. 21. O PA regulado presta atendimento de urgência/emergência multiprofissional.

Seção V – Centro Cirúrgico e Central de Materiais (CME)

Art. 22. O Centro Cirúrgico garante condições físicas e técnicas conforme ANVISA; a CME assegura materiais e esterilização para procedimentos.

Seção VI – Ambulatório

Art. 23. Atendimentos ambulatoriais regulados (pós-operatórios e acompanhamento clínico). Integra a rede regional da SES/MS.

CAPÍTULO VII – UNIDADES DE APOIO

Art. 24. Laboratório (apoio diagnóstico).

Art. 25. Radiologia/Imagem.

Art. 26. Central de Abastecimento Farmacêutico (medicamentos, produtos e materiais).

Art. 27. Nutrição (dietas e refeições institucionais).

Art. 28. Lavanderia e Higiene (higienização e processamento de roupas).

Art. 29. Engenharia Clínica (parque tecnológico, manutenção preventiva/corretiva).

Art. 30. Agência Transfusional (conforme legislação específica).

CAPÍTULO VIII – ENSINO, PESQUISA E ESTÁGIOS

Art. 31. O HRDJSN ofertará campo de estágio regulado por instrumento formal e supervisão profissional.

Art. 32. Poderá manter atividades de ensino/pesquisa com instituições da região de Ponta Porã/MS.

Art. 33. Cursos de capacitação e especialização poderão ser oferecidos conforme normatização própria.

Art. 34. A Diretoria autorizará cursos e poderá custear participação em eventos, observada a legislação e disponibilidade orçamentária.

CAPÍTULO IX – ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Seção I – Urgência/Emergência

Art. 35. Atendimento no PA a demanda referenciada; prioridade por classificação de risco; em risco iminente, atendimento imediato.

Seção II – Internação

Art. 36. Internação mediante indicação médica registrada e disponibilidade de leito, salvo risco de morte.

Seção III – Alta Hospitalar

Art. 37. Alta médica ou alta a pedido com termo de ciência; para incapazes, pelo representante legal.

Seção IV – Atendimento Cirúrgico

Art. 38. Responsabilidade da equipe do HRDJSN; TCLE obrigatório, salvo urgência com risco de morte.

Seção V – Atendimento Ambulatorial

Art. 39. Responsabilidade da equipe do HRDJSN, via regulação.

Seção VI – Protocolos de Conduta

Art. 40. Protocolos aprovados pela Diretoria são de observância obrigatória, alinhados às exigências da ONA e da RDC 36/2013/ANVISA.

Seção VII – Prontuário

Art. 41. O prontuário pertence ao paciente e fica sob guarda do HRDJSN; acesso conforme lei; registros legíveis com identificação profissional.

CAPÍTULO X – ACOLHIMENTO AO PACIENTE E FAMILIARES

Seção I – Recepção e Triagem

Art. 42. Registro e triagem por risco; agenda regulada para ambulatoriais.

Seção II – Acompanhantes

Art. 43. Direito a acompanhante para criança/idoso e casos especiais mediante autorização; em UTI/semi-intensiva, horários definidos.

Seção III – Deveres do Acompanhante

Art. 44. Cumprir normas internas, não manipular equipamentos/medicamentos, manter conduta adequada.

Seção IV – Suspensão do Direito

Art. 45. Descumprimento das normas implica suspensão, com procedimento formal e prazos definidos.

Seção V – Guarda de Pertences

Art. 46. Procedimentos padronizados para guarda e devolução; bens ilícitos encaminhados à autoridade competente; em atendimentos eletivos, o hospital não se responsabiliza por pertences.

CAPÍTULO XI – SEGURANÇA E ACESSO

Art. 47. Restrição de acesso às áreas internas; visitantes somente em horários definidos.

Art. 48. Atendimentos a pacientes sob escolta seguem diretrizes clínicas e de segurança.

Art. 49. Escuta ao Cidadão/Ouvidoria com atribuições específicas e integração aos canais da SES/MS.

Art. 50. Revista pessoal e revista em armários poderão ocorrer, preservados direitos individuais e mediante normas internas.

Art. 51. Bens retidos (armas, drogas etc.) são encaminhados às autoridades com registro formal.

CAPÍTULO XII – ASSISTÊNCIA SOCIAL E VOLUNTARIADO

Art. 52. A Assistência Social gerencia intercorrências de usuários/familiares.

Art. 53. O voluntariado poderá ser admitido por ato da Diretoria, em atividades de apoio/humanização, sem vínculo empregatício.

CAPÍTULO XIII – RECURSOS HUMANOS

Art. 54. Profissionais possuem atribuições do cargo e podem atuar em ensino/pesquisa.

Art. 55. Questões de RH são geridas pela unidade de apoio ao pessoal, em conjunto com a Diretoria.

Art. 56. Atividades assistenciais e de apoio podem demandar escalas/plantões; regras para alteração de jornada, trocas e critérios de escala seguem normatização interna e legislação.

Art. 57. A Unidade de Saúde do Trabalhador executa ações de medicina e segurança do trabalho (consultoria, prevenção, controle de afastamentos).

CAPÍTULO XIV – DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 58. Divulgação externa de informações somente com autorização expressa da Diretoria.

Art. 59. Cargos honoríficos determinados por órgãos de classe não geram remuneração e não integram a estrutura administrativa.

Art. 60. Casos omissos serão decididos pela Diretoria do HRDJSN.

Art. 61. Alterações deste Regimento dependem de anuência expressa da Diretoria.

Art. 62. Este Regimento entra em vigor na data de sua publicação.

LOGÍSTICA DE SUPRIMENTOS

MANUAL DE LOGÍSTICA DE SUPRIMENTOS DO HOSPITAL REGIONAL

1. Finalidade e Abrangência

Este manual estabelece as diretrizes técnicas, administrativas e operacionais para a **gestão da cadeia de suprimentos** do Hospital Municipal de Ponta Porã, abrangendo todas as etapas de **planejamento, aquisição, recebimento, armazenagem, controle e distribuição** de

medicamentos, materiais médico-hospitalares, insumos laboratoriais, odontológicos e administrativos.

A aplicação deste manual é obrigatória para todos os setores envolvidos direta ou indiretamente nos processos de compras, almoxarifado, farmácia, manutenção, patrimônio e logística interna.

2. Princípios e Diretrizes Gerais

A logística de suprimentos é um **subsistema estratégico da gestão hospitalar**, essencial para a segurança do paciente, a continuidade assistencial e a eficiência operacional. Os princípios norteadores são:

Legalidade e integridade institucional;

Rastreabilidade total dos insumos;

Transparência e economicidade;

Prevenção de desabastecimento;

Sustentabilidade e controle de desperdícios;

Padronização e interoperabilidade de sistemas.

3. Estrutura de Gestão de Suprimentos

A área de Suprimentos está vinculada à **Direção Administrativa e Financeira**, com articulação técnica com a **Direção Geral** e as **Coordenações Assistenciais**. Compõem a estrutura:

Setor de Compras e Licitações;

Almoxarifado Central;

Farmácia Hospitalar;

Gestão de Patrimônio e Controle de Bens;

Núcleo de Planejamento e Qualidade (apoio ao monitoramento de indicadores).

4. Planejamento Logístico

O planejamento baseia-se na análise de:

Consumo médio mensal (CMM);

Níveis de estoque mínimo e máximo;

Tempo de reposição e sazonalidades (ex.: aumento de internações por síndromes respiratórias);

Histórico de perdas e devoluções.

As modalidades de aquisição incluem:

Compra mensal programada;

Compra emergencial (situações críticas de ruptura);

Compra complementar (ajuste de demanda).

5. Processo de Aquisição e Compras

O processo de compras observa os princípios de **transparência, impessoalidade e economicidade**, conforme o **Regulamento de Compras da OSS**. Etapas:

Solicitação eletrônica;

Cotação (mínimo de três propostas válidas);

Justificativa técnica para exceções;

Aprovação e emissão de pedido;

Recebimento, conferência e registro eletrônico.

As plataformas de cotação eletrônica homologadas (ex.: **Bionexo**) são priorizadas, assegurando rastreabilidade e competitividade.

6. Gestão e Avaliação de Fornecedores

A homologação ocorre em duas fases:

Avaliação cadastral e documental – comprovação de regularidade jurídica, fiscal e técnica;

Avaliação de performance – análise de pontualidade, qualidade e conformidade contratual.

Fornecedores com desempenho insatisfatório podem ser suspensos ou descredenciados.

7. Controle de Estoques e Almoxarifado

O controle é realizado em **sistema informatizado integrado (ERP)**, com rastreamento por **lote, validade e consumo médio**.
O método **FIFO (First In, First Out)** é aplicado rigorosamente.
O inventário é atualizado periodicamente, com auditoria anual e conferência física.

Fluxo operacional:

Recebimento e conferência física/documental;

Armazenagem por categoria e criticidade;

Separação e distribuição interna mediante requisição eletrônica;

Controle de devoluções e perdas.

8. Indicadores e Monitoramento de Desempenho

O desempenho logístico é monitorado com base em indicadores de SLA e P4P, entre eles:

Taxa de ruptura de estoque (< 2%);

Tempo médio de atendimento de requisição interna;

Percentual de atendimento de requisições dentro do prazo (SLA ≥ 95%);

Custo médio de suprimento por paciente internado;

Índice de perdas e vencimentos (< 1,5%);

Eficiência de compras (cotação final vs. média de mercado).

Os resultados são revisados trimestralmente e reportados à Direção Geral.

9. Segurança, Sustentabilidade e Rastreabilidade

Controle de acesso físico ao almoxarifado;

Armazenagem conforme normas da **Anvisa (RDC 430/2020)**;

Rastreabilidade completa dos insumos críticos (via ERP e etiquetas QR-code);

Plano de contingência para falhas logísticas e emergências;

Descarte de resíduos conforme **PNRS e RDC 222/2018**.

10. Capacitação e Melhoria Contínua

Todos os colaboradores da cadeia logística participam de **treinamentos semestrais** em:

Boas práticas de armazenamento e transporte;

Uso do sistema ERP e registros digitais;

Gestão sustentável de insumos;

Ética e conformidade em suprimentos.

Auditorias internas e checklists são aplicados periodicamente, assegurando aderência e melhoria contínua.

11. Integração com Metodologias de Valor (DRG/P4P)

A logística de suprimentos é integrada à **gestão de valor em saúde**, permitindo:

Correlação entre consumo de materiais e grupos DRG;

Monitoramento do custo médio por paciente e por linha de cuidado;

Identificação de desperdícios e variações indesejadas;

Avaliação de desempenho da cadeia de suprimentos com base em resultados clínicos e eficiência operacional.

Os resultados alimentam o **painel de indicadores institucionais**, integrado ao sistema SIH/SIA/SUS.

12. Disposições Finais

Este Manual é de observância obrigatória sendo este atualizado anualmente ou sempre que houver alteração normativa, estrutural ou tecnológica relevante.

A logística de suprimentos, quando estruturada sob critérios técnicos, normativos e éticos, é um **pilar essencial da qualidade assistencial**.

Na gestão das unidades sob responsabilidade da SBCD, a integração entre logística, almoxarifado e área assistencial garante **eficiência, rastreabilidade, transparência e regularização patrimonial**, fortalecendo a capacidade de resposta em situações críticas e promovendo a excelência operacional e o cuidado seguro ao paciente.

CRONORAMA ONA E DRG/P4P

SISTEMA DE QUALIDADE – ONA E DRG/P4P

1. Diretrizes Gerais

A **Sociedade Brasileira Caminho de Damasco (SBCD)** adota como modelo de excelência hospitalar a integração **entre Acreditação ONA (Organização Nacional de Acreditação)** e os sistemas de **Gestão por Resultados Baseados em Valor (DRG/P4P).**

Essa integração assegura melhoria contínua da qualidade assistencial, controle de custos, gestão de riscos clínicos e sustentabilidade operacional, em consonância com os critérios do Chamamento Público nº 001/2025 – SES/MS / HRDJSN – Ponta Porã.

Objetivos Estratégicos

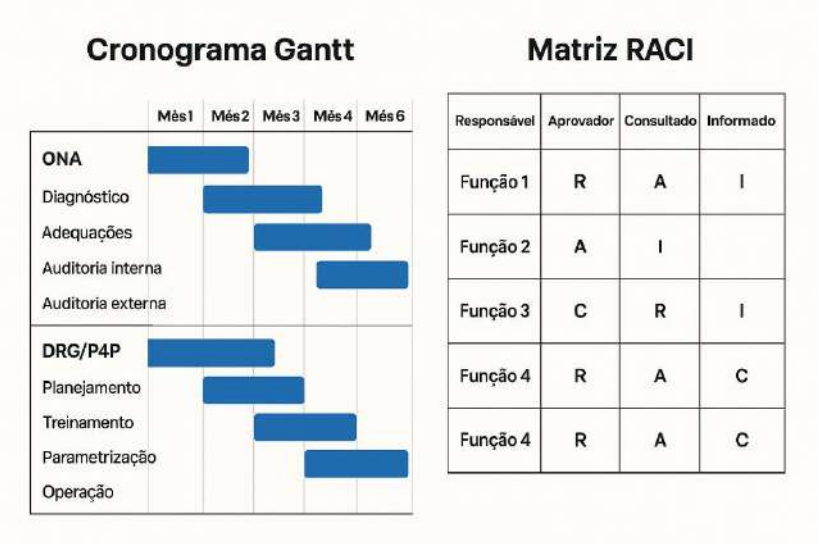
- **Certificar o HRDJSN em ONA Nível III – Excelência em Gestão até 48 meses**;
- **Implantar e consolidar o sistema DRG/P4P** em todos os setores clínico-assistenciais, vinculando indicadores de produção, eficiência e segurança do paciente;
- **Integrar BI (Business Intelligence)** hospitalar com dashboards de gestão e relatórios de desempenho compartilhados com a SES/MS.

Cronograma Técnico Integrado (48 Meses)

CRONOGRAMA GERAL (Formato Gantt Textual)

Etapa	Período (Mês/Ano)	Descrição / Entregas-Chave
FASE 1 – Diagnóstico e Planejamento (0–6 meses)	M1–M6	- Diagnóstico situacional ONA/DRG.- Formação dos Comitês de Qualidade e DRG/P4P.- Treinamento inicial das lideranças e NQSP.- Definição de indicadores estratégicos (clínicos, operacionais e financeiros).
FASE 2 – Padronização e Implantação Inicial (6–12 meses)	M7–M12	- Elaboração do Manual da Qualidade e fluxos DRG.- Configuração do sistema BI e base DRG (softwares e treinamento).- Integração dos núcleos: NQSP, NIR, SCIH e Faturamento.- Início da coleta de dados clínicos e administrativos.
FASE 3 – Operacionalização e Auditorias Internas (12–24 meses)	M13–M24	- Implementação de protocolos ONA I e II.- Auditorias internas e ciclos PDCA.- Primeira medição de resultados DRG (LOS, CM, readmissões).- Criação de painéis de controle de desempenho (dashboards).
FASE 4 – Consolidação e Melhoria Contínua (24–36 meses)	M25–M36	- Revisão dos processos e plano de ação corretiva.- Implantação do modelo P4P (pagamento por performance).- Certificação ONA II e reavaliação de maturidade de gestão.- Integração total do DRG com o faturamento SUS.

Etapa	Período (Mês/Ano)	Descrição / Entregas-Chave
FASE 5 – Excelência e Certificação (36–48 meses)	M37–M48	- Auditoria externa de certificação ONA III.- Revisão global dos indicadores de desempenho e governança.- Expansão do P4P a todas as unidades funcionais.- Emissão de relatório final de resultados e boas práticas SES/MS.



Recursos e Sustentabilidade

- **Equipe Técnica:** NQSP, NEPS, NIR, Faturamento, TI, Auditoria e Diretoria Técnica.
- **Sistema de Apoio:** Software DRG/BI hospitalar interoperável com CNES/SIH-SUS.
- **Capacitação:** Educação permanente, simulados de auditoria e fóruns trimestrais.
- **Investimento Total Estimado (48 meses):** R$ **320.000,00**, sendo:
    - R$ 180.000,00 (ONA – consultoria, auditoria e capacitação)
    - R$ 140.000,00 (DRG/P4P – software, capacitação e integração BI).

Resultados Esperados

- Certificação **ONA III** até o 4º ano;
- Redução de **10% no tempo médio de permanência (LOS)**;

- Redução de **15% nas reinternações evitáveis**;
- Aumento de **20% na eficiência de faturamento SUS (DRG/P4P)**;
- Cultura consolidada de **segurança, eficiência e accountability.**

A implantação integrada dos sistemas **ONA e DRG/P4P** representa um marco na gestão de qualidade e desempenho do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto**, alinhando eficiência assistencial, sustentabilidade financeira e segurança do paciente.
O modelo proposto pela **Sociedade Brasileira Caminho de Damasco (SBCD)** privilegia a **maturidade organizacional progressiva**, a **governança colaborativa SES/MS–OSS** e o **uso inteligente de dados** como pilares da gestão moderna e transparente.

Com o avanço das fases previstas no cronograma, o hospital consolidará um **sistema de gestão baseado em evidências**, sustentado por indicadores auditáveis e revisões periódicas de desempenho clínico, operacional e econômico.
Essa metodologia permitirá ao HRDJSN alcançar **excelência operacional e reconhecimento nacional**, elevando o padrão da atenção hospitalar pública e contribuindo para a valorização do SUS e para o fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde do Mato Grosso do Sul.

MANUAIS ADMINISTRATIVOS

FATURAMENTO

Voltado a executar serviços de apoio nas áreas de administração; controle de faturamento, receber e fornecer prontuários e informações de procedimentos; tratar de documentos variados, cumprindo todo o procedimento necessário referente aos mesmos; preparar relatórios e planilhas. O Faturamento é o órgão responsável pela confecção das contas hospitalares no sistema SUS – DATASUS dos pacientes com alta, óbito ou transferência.

Responsável por fazer as cobranças ambulatoriais, urgências, pequenas cirurgias, RX, laboratório ou outros serviços complementares de SADT e de pacientes internados.

O Sistema SUS é regido em todo território nacional, tem como objetivo manter o sistema de registro futuro de todas as despesas de medicamentos, materiais consignados e exames complementares para os órgãos responsáveis: SMS, SES.

As AIH são confeccionadas conforme TABELA UNIFICADA – SUS, sistema atualizado mensalmente conforme portaria via internet.

Pode-se definir a AIH como a conta hospitalar apresentada em meio magnético resultado da transcrição dos dados da internação para processamento utilizando regras específicas definidas no Manual SIH do SUS e suas tabelas auxiliares caracterizando um sistema complexo de informações, muito mais que somente um sistema de faturamento. Essas informações servem para avaliações, definições do alcance de metas dos serviços públicos, para estabelecer indicadores de avaliação de gestão e perfis, provocando o desencadeamento de ações de controles, entre eles o controle social.

Da mesma forma Sistema de Informações Ambulatórias – SIA/SUS destaca-se por ser um sistema eminentemente de apontamento de produção e, portanto, a sua avaliação se prende a uma análise de produção específica, que apresenta regras para apresentação. Dentro dessa ótica ao avaliarmos o sistema é necessário termos um momento analítico anterior, onde estarão sendo levantadas possíveis distorções, comparando-se serviços, população alvo, capacidade física e programação de serviços. Para isso servimo-nos dos diversos relatórios dos sistemas, da ficha cadastral, do BPA – Boletim de Produção Ambulatorial e da FPO – Ficha de Programação Físico-Orçamentaria.

Estrutura.

f.1 Recursos Humanos

Os recursos humanos são as bases essenciais dos Serviços de Faturamento Hospitalar/Ambulatorial, pelo que a dotação destes Serviços em meios humanos adequados, quer em número, quer em qualidade, assume especial relevo no contexto da informação dentro do âmbito hospitalar.

Colaboradores

g.1 Supervisor de Faturamento:

Superior completo em Administração de empresas, Ciências Contábeis, Gestão hospitalar ou Ciências da computação;

Nível intermediário em informática.

3 a 4 anos de experiência;

Conhecimento da Tabela Unificada SUS.

g.2 Auxiliar de Faturamento:

Curso superior completo/cursando na área de exatas;

Nível intermediário em informática.

Mínimo de 01 ano de experiência.

Conhecimento da Tabela Unificada SUS.

Finalidades do Faturamento

Confecção das contas de todos os pacientes que adentram na Instituição;

Conservação dos sistemas de registro de todas as despesas tais como: materiais de consumo, medicamentos e exames complementares;

Confecção de relatórios estatísticos à administração, que dará subsídios para tomada de decisões, avaliação do desempenho e da produtividade da instituição;

Preencher os sistemas de informações nacionais do DATASUS;

Encaminhar, ao setor de documentação da instituição a documentação pertinente após o atendimento ou óbito.

Analisar todos os prontuários de pacientes internados;

Codificar todos os procedimentos realizados, analisando prontuários de alta, óbito e transferências;

Codificar atendimentos ambulatoriais e emergências;

Digitar contas médicas nos sistemas preconizados SUS – DATASUS;

Fechar mensalmente produção realizada no Hospital;

Analisar e recorrer possíveis glosas das contas médicas;

Acompanhar indicadores e planejar ações necessárias para desenvolvimento da Unidade.

Atribuições Orgânicas

Recolher e ordenar toda a documentação que deve ser utilizada para serem faturados os débitos dos serviços que foram prestados a pacientes;

Recolher os prontuários dos pacientes que tiveram alta e comparar as prescrições, analisando a possibilidade da cobrança do mesmo respeitando os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

O Procedimento Operacional Padrão de rotinas administrativas para faturamento está evidenciado no anexo II Item F.

Apresentação das Instruções para o Processo de Faturamento

O setor da saúde exige uma administração eficaz principalmente quando se trata do faturamento hospitalar, por isso, para proporcionar um atendimento de qualidade, é fundamental controlar bem as contas.

O faturamento depende de diversos setores da instituição como, por exemplo:

- Enfermagem;
- Farmácia;
- Diagnóstico;
- Laboratório;
- Nutrição, e outros.

Por este motivo, ele precisa de atenção redobrada para que não ocorram erros ou inconformidades nas informações. Todos os setores da instituição devem cumprir

eficientemente uma sequência de atividades para que o setor de faturamento execute plenamente suas funções.

Nesse sentido, é essencial a estruturação do setor e capacitação das equipes de trabalho quanto a:

- O que é o faturamento hospitalar;
- Relação com a contabilidade hospitalar;
- Quais são seus setores;
- Objetivos e indicadores;
- Como otimizá-lo.

Além, é claro de falarmos sobre a importância de motivar a equipe de profissionais.

O que é faturamento hospitalar:

O setor de faturamento, é basicamente o órgão responsável pela confecção das contas hospitalares dos pacientes a partir das informações dos procedimentos executados lançados no Prontuário.

Conta do paciente:

A conta do paciente é o conjunto de documentos e informações destinados ao registro de gastos realizados com o enfermo durante seu atendimento no serviço.

Por causa da realização desses registros, a conta do paciente serve como instrumento de defesa para ele mesmo, para a instituição e para o médico.

Como a contabilidade hospitalar influencia o faturamento:

A contabilidade hospitalar diminui custos e garante a sustentabilidade das instituições. Para que isso aconteça, é preciso investir na **gestão em saúde** especializada, que direcione corretamente recursos e esforços.

A falta de planejamento contábil ocasiona desperdício de insumos e prejuízos financeiros consideráveis. Para que isso seja evitado é preciso investir em sistemas que integrem as entradas e saídas do caixa. Assim é possível identificar gargalos e gastos desnecessários.

É o setor da contabilidade que gere o abastecimento dos itens necessários à assistência. Por isso é preciso conhecer a fundo a demanda e realizar compras inteligentes.

Entram na conta os registros de custos de produção médica, despesas administrativas e financeiras. Os resultados deverão ser comparados com padrões de custos para identificar pontos de melhorias.

A contabilidade hospitalar é essencial para a organização e controle do faturamento. Sendo também responsável por oferecer serviços com o menor custo possível e o máximo de qualidade.

Todas as ações devem ser planejadas, supervisionadas e bem executadas, por isso é preciso:

- organizar as contas – registrar tudo em uma estrutura pré-definida;
- identificar gargalos – resolver carências pela modificação de processos;
- usar a tecnologia – aplicar soluções para melhorar o gerenciamento de receitas;
- otimizar o faturamento – criar condições para analisar entradas financeiras;

A gestão contábil oferece uma visão mais clara do faturamento hospitalar, possibilitando a diminuição de custos e consequente aumento das receitas. Ao conhecer de forma adequada as suas contas, é possível criar um equilíbrio e elencar prioridades.

Setores do faturamento hospitalar:

Para entender melhor sobre o faturamento hospitalar, devemos inicialmente identificar todos os setores do serviço como: **Farmácia,** SADT (Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapia), Acolhimento, Leitos de Observação, Sala de Emergência, SND (Serviço de Nutrição e Dietética), Contabilidade e custos, Administração, etc.

Objetivos do faturamento hospitalar

É necessário existir uma área de coordenação de faturamento responsável pelas informações administrativas e financeiras dos atendimentos prestados pela organização. Dentro disso, podemos listar alguns dos objetivos do faturamento hospitalar:

- Expedir as faturas de cobrança dos serviços prestados;
- Emitir relatórios de controle das faturas emitidas e pendentes;
- Manter um sistema de controle que emita informações que permitam obter os dados necessários ao processamento dos relatórios de faturamento;
- Analisar os relatórios de faturas recebidas;
- Verificar as ocorrências de glosas e identificar suas causas;
- Providenciar as correções das glosas e localizar documentos comprobatórios;
- Preparar os recursos de glosas para correção e pagamento das mesmas;
- Manter atualizados e organizados, pelo período de no mínimo cinco anos, os comprovantes dos serviços prestados, para atender às auditorias.

Como otimizar o faturamento hospitalar

Os altos custos nos serviços de saúde têm trazido aos gestores e profissionais de área a necessidade de obter mais conhecimento sobre estes problemas.

A busca por medidas para equilibrá-los com os recursos financeiros, a competência na reserva destes e o aumento de resultados no faturamento hospitalar fazem parte das vantagens obtidas.

Sozinha, a tecnologia, não resolve os problemas enfrentados pelos funcionários. Além de um sistema de controle financeiro tecnológico, a criação de uma infraestrutura digital pode ser fundamental.

Possuir um software que atenda às necessidades de sua **instituição e que integre** todos os setores digitalmente melhora significativamente a comunicação entre eles.

Uma das principais formas de otimizar o faturamento hospitalar é padronizar os lançamentos do que deve ser cobrado. O checklist deve ser automatizado, de forma a estabelecer um padrão a partir do que foi feito e definir o que será cobrado. Dessa forma, acabam as variações de lançamento nas contas.

Se o procedimento está baseado em protocolo (no caso de procedimentos médicos) ou em POP (procedimentos de outros profissionais assistenciais), o que foi utilizado deve ser cobrado, a não ser que os registros estejam incorretos.

Além disso, podemos citar:

- A reestruturação de rotinas (gerenciamento de leitos);
- O treinamento de pessoal;
- A informatização;
- Reanálise de glosas;
- Tabelas e outros.

Quando os pequenos gastos não são devidamente administrados, **podem resultar em perdas significativas.**

Para o controle do faturamento hospitalar, é necessária uma atenção diária e, de fato, neste caso a tecnologia faz toda a diferença.

Indicadores da gestão hospitalar

O uso de indicadores é vital na área de faturamento!

A gestão de custos aplicada às instituições de saúde abrange benefícios que vão além das necessidades do ciclo da contabilidade.

Os indicadores serão sempre o ponto de partida para promover melhorias nos serviços de uma organização. Uma instituição que busca crescimento não pode deixar de registrar seu desempenho.

Suprimentos

A gestão de compras e o abastecimento de suprimentos deve receber uma atenção especial. O hospital, com certeza, obterá melhores resultados se começar a analisar mais cautelosamente os gastos internos.

A importância de motivar sua equipe profissional

Para que o setor de faturamento alcance resultados positivos, é necessário informar os funcionários a importância deste setor.

Os profissionais de faturamento devem ser treinados constantemente para ficarem atualizados e faturar de maneira correta no momento certo.

As informações que entram no setor de faturamento fazem com que o profissional valorize o ato de registrar qualquer assistência prestada ao paciente. A participação dos profissionais envolvidos no cuidado é fundamental para que o setor de faturamento possa desenvolver plenamente suas funções.

Conclusão

O faturamento hospitalar é um dos setores mais importantes na administração financeira de uma instituição**.** Ele converte em lucro todas as operações de prestação de serviços e produz a conta hospitalar de cada paciente.

Além disso, por meio de métricas possibilita o conhecimento sobre os serviços e clínicas, podendo assim, gerir custos e qualidade mais adequadamente.

1. MANUAL DE NORMAS E ROTINAS ADMINISTRATIVAS – SETOR DE FATURAMENTO HOSPITALAR

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

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco (SBCD)

1. Finalidade

O presente Manual tem por objetivo disciplinar as normas, rotinas e procedimentos administrativos relativos ao ***setor de faturamento hospitalar e ambulatorial*** *do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN), em conformidade com as normas do* ***Sistema Único de Saúde (SUS)*** *e as diretrizes do* ***DATASUS****, garantindo* ***precisão, transparência e rastreabilidade*** *na gestão das contas hospitalares.*

---

2. Abrangência

Aplica-se a todas as atividades relacionadas à ***codificação, registro, controle, fechamento e auditoria de contas hospitalares e ambulatoriais****, bem como à interface entre o faturamento e os setores assistenciais e administrativos:*

- *Enfermagem*
- *Farmácia*
- *SADT (Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico)*
- *Laboratório*
- *Nutrição e Dietética*
- *Administração e Contabilidade*

3. Estrutura Organizacional

O setor de faturamento integra a ***Gerência Administrativa e Financeira****, subordinado à* ***Superintendência Hospitalar****, e se articula diretamente com a* ***Diretoria Técnica*** *e o* ***Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)****.*

Equipe mínima recomendada:

- ***Supervisor de Faturamento:*** *Superior em Administração, Contabilidade ou Gestão Hospitalar; conhecimento avançado em sistemas DATASUS e Tabela SUS.*
- ***Auxiliares de Faturamento (2 a 4):*** *Formação técnica ou superior cursando; domínio em informática e codificação hospitalar.*

4. Finalidades Específicas

- *Garantir o correto registro de todos os **serviços prestados** pelo hospital;*
- *Assegurar a **conformidade das contas hospitalares** com a legislação e tabelas do SUS;*
- *Prevenir e corrigir **glosas administrativas**;*
- *Alimentar regularmente os sistemas de informação: **SIH/SUS** (internações) e **SIA/SUS** (ambulatoriais);*
- *Gerar relatórios gerenciais e estatísticos de produção, desempenho e receita hospitalar;*
- *Servir de **base de informação para indicadores de eficiência hospitalar** (DRG/P4P).*

5. Normas Gerais de Faturamento

1. ***Todos os atendimentos** deverão estar registrados em prontuário físico e eletrônico, contendo identificação do paciente, data, diagnóstico, procedimentos e CID.*
2. *A **conta hospitalar** será composta por: AIH (internações) ou BPA/FPO (ambulatoriais), fichas de atendimento e documentos comprobatórios.*
3. *As **AIHs** deverão seguir integralmente o **Manual SIH/SUS** e as portarias do Ministério da Saúde.*
4. *O **SIA/SUS** será alimentado com base nas produções diárias dos serviços ambulatoriais e SADT.*
5. *É vedada a emissão de contas sem validação clínica e administrativa.*
6. *Toda **glosa identificada** deverá ser registrada e justificada em formulário próprio.*

6. Procedimentos Operacionais Padronizados (POP)

6.1. Recebimento e Conferência de Prontuários

- *Receber diariamente os prontuários de pacientes com alta, óbito ou transferência;*
- *Conferir assinaturas, registros médicos e prescrições;*
- *Identificar inconsistências ou ausência de lançamentos antes da codificação.*

6.2. Codificação de Procedimentos

- *Codificar os procedimentos realizados conforme **Tabela Unificada SUS**;*

- *Associar diagnósticos principais e secundários (CID-10);*
- *Registrar no sistema DATASUS (SIH/SUS e SIA/SUS).*

6.3. Digitação das Contas

- *Efetuar a digitação das AIHs e BPAs no sistema homologado;*
- *Conferir lançamentos automáticos de medicamentos, exames e SADT;*
- *Controlar pendências e corrigir registros antes do envio mensal.*

6.4. Fechamento Mensal

- *Consolidar todas as contas até o dia **25 de cada mês**;*
- *Emitir relatório de produção, faturamento e glosas;*
- *Encaminhar para **auditoria interna e validação pela SES/MS**.*

6.5. Recurso de Glosas

- *Registrar as glosas em planilha própria;*
- *Revisar prontuários e anexar documentos comprobatórios;*
- *Reapresentar a conta corrigida no ciclo seguinte.*

7. Rotinas Administrativas

1. *Manter arquivo físico e digital de todas as AIHs e BPAs por **mínimo de 5 anos**;*
2. *Alimentar relatórios de produção para controle gerencial e indicadores;*
3. *Monitorar custos de produção e comparar com metas contratualizadas;*
4. *Encaminhar mensalmente **Relatório de Produção e Faturamento** à Superintendência e à SES/MS.*

---

8. Integração Contábil e Financeira

*O setor de faturamento manterá interface direta com a **Contabilidade Hospitalar**, assegurando:*

- *Reconciliação entre **produção faturada e receita realizada**;*
- *Controle de **custos diretos e indiretos**;*
- *Identificação de **perdas por glosas ou inconsistências**;*
- *Geração de relatórios de apoio à gestão financeira e tomada de decisão.*

9. Indicadores de Desempenho do Faturamento

Indicador	***Fórmula***	***Meta***	***Periodicidade***
Percentual de glosas (%)	*(Valor glosado ÷ Valor apresentado) × 100*	*≤ 3%*	*Mensal*
Tempo médio de fechamento (dias)	*Data fechamento − Data alta*	*≤ 7 dias*	*Mensal*
Percentual de AIHs reapresentadas (%)	*(AIHs reapresentadas ÷ AIHs totais) × 100*	*≤ 2%*	*Mensal*
Taxa de conformidade documental (%)	*(AIHs sem erro ÷ AIHs analisadas) × 100*	*≥ 95%*	*Mensal*

10. Comunicação Intersetorial

O faturamento dependerá da cooperação contínua dos seguintes setores:

- ***Enfermagem:** registro completo das evoluções e procedimentos;*
- ***Farmácia:** dispensação eletrônica e rastreável;*
- ***SADT:** inserção de laudos e resultados no sistema;*
- ***Administração:** atualização de cadastros e fluxos financeiros;*
- ***TI:** manutenção do sistema e integração dos bancos de dados.*

11. Capacitação e Desenvolvimento

*A SBCD promoverá **treinamentos trimestrais** sobre:*

- *Atualizações do **SIH/SUS e SIA/SUS**;*

- *Boas práticas de registro e codificação;*
- *Interpretação de portarias e tabelas SUS;*
- *Gestão de glosas e auditoria de contas.*

12. Auditoria e Controle Interno

- *O faturamento será auditado mensalmente pela equipe de **Auditoria Interna da SBCD**;*
- *Irregularidades deverão ser comunicadas à Diretoria Técnica e à SES/MS;*
- *Será mantido **plano de melhoria contínua** com registro de ações corretivas e preventivas (ACP).*

13. Disposições Finais

*O cumprimento das rotinas descritas neste Manual é **obrigatório para todos os colaboradores** do setor de faturamento e para os setores correlatos que interfiram no processo de geração das contas hospitalares.*
*As revisões deste manual ocorrerão **anualmente ou sempre que houver alteração nas portarias ou tabelas do SUS**.*

14. Aprovação e Vigência

*O presente Manual entra em vigor na data de sua aprovação pela **Diretoria Executiva da SBCD** e pela **Superintendência do HRDJSN**, revogando quaisquer disposições anteriores sobre o tema.*

MANUAL DE ROTINAS DE LMOXARIFADO E PATRIMÔNIO

2. MANUAL DE ROTINAS DE ALMOXARIFADO E PATRIMÔNIO

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

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco (SBCD)

Apresentação

Com o objetivo de estruturar e qualificar a gestão de suprimentos no **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto – HRDJSN**, propõe-se a implantação de uma **Logística Integrada Hospitalar**, baseada na padronização dos fluxos operacionais e na automação dos processos de **recebimento, armazenagem, controle, distribuição e conservação de materiais**.

A proposta prevê a integração dos processos logísticos em sistemas informatizados, com vistas a **elevar a eficiência operacional, reduzir custos, evitar perdas e garantir a rastreabilidade completa dos insumos** utilizados nas atividades assistenciais.

Além disso, este manual tem como finalidade **padronizar rotinas administrativas e orientar as equipes envolvidas nas boas práticas de controle de estoque e salvaguarda patrimonial**, assegurando **transparência na gestão de recursos públicos** e conformidade com as **normas legais, contábeis e sanitárias vigentes**.

CAPÍTULO I – DO ALMOXARIFADO

Art. 1º. *O Almoxarifado é o setor destinado à **guarda e conservação de materiais**, em local adequado à natureza de cada item, assegurando condições de armazenamento, controle e pronta disponibilidade conforme as necessidades dos diversos setores do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**.*

Art. 2º. *Compete ao Almoxarifado regulamentar os procedimentos e rotinas operacionais de recebimento, estocagem, controle e distribuição de materiais, evitando o desabastecimento e garantindo o cumprimento das políticas de suprimentos da **SBCD** e da **SES/MS**.*

CAPÍTULO II – CONCEITOS

Art. 3º. *Para efeitos deste manual, consideram-se:*
*I. **Material de Consumo**: itens de curta durabilidade, sujeitos a desgaste rápido ou consumo imediato;*
*II. **Material Permanente**: bens com durabilidade superior a dois anos e que mantêm sua identidade física;*
*III. **Recebimento**: ato de entrega do material no local designado, com conferência física e documental;*
*IV. **Aceitação**: confirmação de que o material recebido está conforme as especificações do contrato ou nota fiscal;*
*V. **Distribuição**: processo de entrega do material solicitado aos setores demandantes;*
*VI. **Inventário**: contagem física de materiais para conciliação com o sistema de controle;*

VII. ***Materiais Inativos****: itens sem movimentação há mais de cinco anos;*

VIII. ***Termo de Responsabilidade****: documento que formaliza a transferência de guarda de bens patrimoniais;*

IX. ***Número de Lote****: código impresso em rótulos e embalagens de medicamentos e correlatos, para rastreabilidade;*

X. ***Guia de Remessa****: documento que acompanha materiais enviados a outras unidades do sistema SES/MS.*

CAPÍTULO III – DOS OBJETIVOS

Art. 4º. *São objetivos do Almoxarifado do HRDJSN:*

I. Garantir o abastecimento contínuo e controlado de materiais hospitalares;

II. Evitar perdas, desvios e divergências de inventário;

III. Preservar a integridade e qualidade dos insumos;

IV. Manter instalações seguras, limpas e adequadas;

V. Assegurar a confiabilidade dos registros no sistema informatizado de gestão hospitalar.

CAPÍTULO IV – DAS ATIVIDADES

Seção I – Recebimento

Art. 5º. *O setor de recebimento é responsável por agendar, receber e cadastrar todos os produtos entregues pelos fornecedores homologados da* ***SBCD/SES-MS****, observando:*

- *Agendamento prévio com o fornecedor;*
- *Conferência física e documental (quantidade, lote, validade, integridade);*
- *Registro da nota fiscal e cadastro dos itens no sistema informatizado.*

Seção II – Armazenagem

Art. 6º. *Os materiais deverão ser armazenados conforme critérios técnicos de segurança e qualidade:*

I. Facilitar inspeção e inventário;

II. Priorizar materiais de alta rotatividade em locais de fácil acesso;

III. Evitar contato direto com o piso;

IV. Manter áreas de circulação livres e sinalizadas;

V. Armazenar materiais da mesma natureza em locais adjacentes;

VI. Respeitar limites de empilhamento e condições de ventilação;

VII. Conservar materiais em embalagens originais até o uso;

*VIII. Adotar sistema **PEPS (Primeiro que Entra, Primeiro que Sai)** para evitar vencimentos.*

Seção III – Controle

***Art. 7º.** O controle de estoque será realizado de forma informatizada, permitindo:*

- *Registro das entradas e saídas com rastreabilidade;*
- *Conferência entre estoque físico e sistema;*
- *Emissão de relatórios de consumo e validade;*
- *Controle de itens críticos e notificação automática de reposição.*

*Inventários físicos serão realizados **anualmente**, com registro das diferenças e correções contábeis necessárias.*

Seção IV – Distribuição

***Art. 8º.** O fornecimento de materiais ocorrerá mediante **requisição formal**, devidamente assinada pelo responsável do setor solicitante e autorizada pela gerência.*

O documento de requisição deverá conter:

- *Descrição padronizada do item;*
- *Quantidade solicitada e aprovada;*
- *Destino e setor requisitante;*
- *Assinatura e data de recebimento.*

O atendimento obedecerá à disponibilidade do estoque e à análise de consumo histórico de cada setor.

CAPÍTULO V – DO PATRIMÔNIO

***Art. 9º.** O setor de Patrimônio do HRDJSN é responsável pelo controle, registro e fiscalização dos **bens permanentes** da instituição, garantindo sua identificação, rastreabilidade e integridade.*

***Art. 10º.** Todos os bens serão cadastrados e identificados com **número patrimonial único**, acompanhado de etiqueta inviolável e registro no sistema de controle de bens móveis.*

***Art. 11º.** Nenhum material permanente poderá ser entregue ou instalado sem prévia identificação e termo de responsabilidade assinado pelo servidor ou gestor da unidade recebedora.*

Art. 12º. *O setor de Patrimônio manterá* ***controle físico e contábil unificado****, possibilitando a conciliação com o setor financeiro e auditorias internas e externas.*

Art. 13º. *Bens obsoletos, inservíveis ou antieconômicos poderão ser* ***alienados ou doados****, conforme autorização da* ***Secretaria de Estado de Saúde (SES-MS)****, respeitando os critérios legais e POPs internos da SBCD.*

CAPÍTULO VI – PROCEDIMENTOS E INTEGRAÇÃO SISTÊMICA

Os procedimentos operacionais de ***almoxarifado e patrimônio*** *seguirão fluxos previamente definidos em* ***Procedimentos Operacionais Padrão (POPs)****, assegurando:*

- *Controle informatizado em tempo real;*
- *Integração com o setor de* ***Compras e Suprimentos****;*
- *Rastreabilidade de entrada e saída de todos os itens;*
- *Relatórios gerenciais mensais de movimentação de estoque e bens patrimoniais.*

CAPÍTULO VII – DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 14º. *O cumprimento das rotinas descritas neste Manual é obrigatório para todos os colaboradores envolvidos nos processos de suprimentos e patrimônio.*
Art. 15º. *As atualizações deste manual ocorrerão sempre que houver alteração de fluxos operacionais, legislação ou sistemas de gestão.*

Art. 16º. *Este Manual entra em vigor na data de sua aprovação pela* ***Diretoria Executiva da SBCD*** *e pela* ***Superintendência do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto – HRDJSN****.*

MANUAL FINANCEIRO E CONTÁBIL

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

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco (SBCD)

Apresentação

O presente Manual estabelece, de forma estruturada e padronizada, as **diretrizes, normas e procedimentos operacionais** que nortearão as atividades **orçamentárias, financeiras, contábeis e patrimoniais** no âmbito do **HRDJSN**, com vistas a assegurar **eficiência na gestão dos recursos públicos**, **transparência dos atos administrativos** e **conformidade** com o **Contrato de Gestão** celebrado com o **Estado de Mato Grosso do Sul (SES/MS)** e com a legislação aplicável às Organizações Sociais de Saúde.

Abrange a definição de **competências da Diretoria Administrativa-Financeira** e de seus núcleos de suporte (planejamento/orçamento, contabilidade, tesouraria, patrimônio e custos), detalhando **rotinas operacionais, fluxos de trabalho, controles internos** e **relatórios gerenciais**. Inclui, ainda, fundamentos e procedimentos para implantação do **Sistema de Custos Hospitalares** (centros de custos, alocação, rateios e indicadores).

TÍTULO I – DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º. *A organização e a execução das rotinas* ***administrativas, financeiras e de gestão de custos*** *do HRDJSN ficam sob responsabilidade da* ***Diretoria Administrativa-Financeira****, chefiada pelo* ***Gerente Administrativo-Financeiro*** *local, com retaguarda técnica (administração, contabilidade, economia/finanças) da* ***SBCD****.*

Parágrafo único. *Este Manual é vinculante para todas as áreas que interfiram na execução orçamentária-financeira, contábil e patrimonial.*

Art. 2º. *Objetivos:*

*I – garantir **regularidade fiscal, financeira e contábil**;*

*II – promover **planejamento e execução orçamentária** tempestivos;*

*III – assegurar **rastreabilidade** de receitas, despesas e bens;*

*IV – padronizar **fluxos e controles**;*

*V – prover **informação gerencial confiável** à tomada de decisão e à prestação de contas à **SES/MS** e órgãos de controle.*

TÍTULO II – DA ESTRUTURA E COMPETÊNCIAS

Capítulo I – Diretoria Administrativa-Financeira

***Art. 3º.** Compete à **Diretoria Administrativa-Financeira**:*

*I – dirigir administrativamente o HRDJSN e **coordenar** áreas orçamentária, financeira, contábil e patrimonial;*

*II – **monitorar** a execução do orçamento e o equilíbrio econômico-financeiro;*

*III – **assessorar** áreas setoriais na elaboração e execução do orçamento-programa;*

*IV – emitir **pareceres e estudos de viabilidade** (jurídico-contábil, econômico-financeiro e RH) quando demandado;*

*V – conduzir a **orçamentação** (previsão, provimento e priorização dos recursos);*

*VI – **acompanhar contratos** e examinar contas em que o HRDJSN for parte;*

*VII – consolidar **informações gerenciais** e **relatórios de execução** por unidade/centro de custo;*

*VIII – coordenar o uso de **sistemas públicos** aplicáveis (contabilidade, finanças, patrimônio, quando cabível) e os **sistemas corporativos SBCD**;*

*IX – **supervisionar registros contábeis** e patrimoniais, depreciação/amortização e prestações de contas;*

*X – elaborar e remeter **prestação de contas mensal** e anual à **SES/MS**, conforme Contrato de Gestão;*

*XI – fomentar **controles internos**, compliance e integridade.*

Capítulo II – Patrimônio

***Art. 4º.** O **Setor de Patrimônio**, subordinado à Diretoria Administrativa-Financeira, coordena e zela por **todos os bens** do HRDJSN (móveis, equipamentos e, quando aplicável, imóveis sob guarda).*
***Art. 5º.** Atribuições:*

*I – **registrar e cadastrar** todos os bens com **número patrimonial único**;*

*II – controlar **distribuição, movimentação e localização** de bens;*

*III – gerir **termos de responsabilidade/transferência**;*

*IV – observar **normas contábeis públicas** e **vida útil**;*

*V – realizar **inventários e auditorias patrimoniais** periódicas;*

*VI – identificar **bens inservíveis/obsoletos** e instruir processos de **baixa/alienação/doação**, com anuência da **SES/MS**;*

*VII – emitir relatórios de **movimentação, depreciação e amortização** para integração contábil.*

Capítulo III – Execução Orçamentária e Financeira

***Art. 6º.** Compete ao Núcleo Orçamentário-Financeiro **gerir a execução orçamentária** e os **desembolsos**, pautado nos princípios da Administração Pública e no Contrato de Gestão, preservando o equilíbrio fiscal.*

***Art. 7º.** Atribuições:*

*I – coordenar **empenho, liquidação e pagamento** (quando aplicável e autorizado), observando a legislação;*

*II – zelar pela **legalidade da despesa** (documentação, ateste, objeto, preço, prazo, dotação);*

*III – apoiar a **proposta orçamentária anual** e suas reprogramações;*

IV – classificar despesas/receitas conforme plano de contas;

*V – preparar **fluxo de caixa** e programação financeira;*

*VI – conferir e processar **folha de pagamento**;*

*VII – emitir **guias de recolhimento** e realizar **retenções fiscais/previdenciárias**;*

*VIII – verificar **regularidade fiscal** de fornecedores/prestadores antes do pagamento;*

*IX – elaborar **relatórios e demonstrativos** orçamentário-financeiros mensais e anuais;*

*X – guardar **lastro documental** das despesas (mínimo 5 anos).*

Capítulo IV – Contabilidade e Custos

***Art. 8º.** À **Contabilidade** compete garantir a fidedignidade dos **registros orçamentários, financeiros, patrimoniais e de custos**, conforme normas aplicáveis.*

***Art. 9º.** Atribuições:*

*I – aplicar **normas contábeis do setor público** e diretrizes da SBCD/SES-MS;*

*II – registrar **entradas/saídas/baixas** de bens e materiais (integração com patrimônio e almoxarifado);*

*III – processar **depreciação/amortização**;*

*IV – apoiar **prestações de contas**;*

*V – elaborar **demonstrações contábeis** e **notas explicativas**;*

*VI – conciliar **ordens bancárias**, contas e saldos;*

*VII – supervisionar **suprimentos de fundos** e reclassificações;*

*VIII – acompanhar **retenções** e conformidade tributária;*

*IX – operar o **Sistema de Custos Hospitalares** (centros de custos, rateios e indicadores);*

*X – contabilizar **produção assistencial** para apuração de **custos médios** (serviços, sessões, atendimentos, exames);*

*XI – emitir **relatórios de desempenho econômico** por centro de custo e linha de cuidado.*

TÍTULO III – FLUXOS E CONTROLES

Capítulo I – Planejamento e Orçamento

***Art. 10.** O orçamento anual será elaborado com base no **Plano de Trabalho** e nas metas pactuadas com a **SES/MS**, com **desdobramento por centro de custo** e calendário de desembolso. **§1º.** Reprogramações orçamentárias seguem rito formal, com justificativa técnica e aprovação da governança SBCD–SES/MS.*

***§2º.** Todos os **projetos de investimento** devem conter **memorial descritivo, análise de viabilidade e fonte de recursos**.*

Capítulo II – Execução da Despesa

***Art. 11.** A despesa obedecerá às etapas: **solicitação**, **cotação** (quando aplicável), **contratação**, **recebimento/ateste**, **liquidação** e **pagamento**, registradas em sistema e com **segregação de funções**. **Art. 12.** Documentos mínimos: contrato/OC, NF, ateste de recebimento, comprovação de entrega/serviço, certidões fiscais válidas.*

***Art. 13.** É vedado o fracionamento indevido de despesas e a contratação sem cobertura contratual/orçamentária.*

Capítulo III – Receita e Tesouraria

***Art. 14.** Toda **receita** (repasse contratual, receitas próprias ou reembolsos) será registrada e conciliada diariamente.*

***Art. 15.** Pagamentos observarão **cronograma de prioridades**, regularidade fiscal e **dupla verificação** (4-olhos).*

Art. 16. *A tesouraria manterá* ***conciliações bancárias mensais*** *e relatórios de posição de caixa.*

Capítulo IV – Patrimônio e Almoxarifado (Integração)

Art. 17. *Entradas e saídas do* ***almoxarifado*** *devem integrar-se à contabilidade (custo, consumo, baixa) e patrimônio (imobilizado).*

Art. 18. Inventários anuais *e cíclicos serão executados com comissão designada, conciliando* ***estoque físico x sistema x contabilidade****.*

Capítulo V – Sistema de Custos Hospitalares

Art. 19. *O Sistema de Custos adotará* ***centros de custos assistenciais e administrativos*** *(ex.: UTI, Clínica Médica, CC, SADT, Farmácia, Higienização, Manutenção, Administração etc.).*

Art. 20. *Critérios:*

I – ***Custo Direto****: apropriado ao centro executor;*

II – ***Custo Indireto****: rateio por* ***direcionadores*** *(ex.: m², horas de enfermagem, exames, diárias, consumo de energia/oxigênio, chamados de manutenção);*

III – ***Apuração mensal*** *de* ***custo por unidade de serviço*** *(ex.: custo médio por diária, por cirurgia, por exame).*

Art. 21. *Indicadores mínimos:* ***custo médio por diária****,* ***custo por cirurgia/procedimento****,* ***custo por exame****,* ***% custo administrativo/total****.*

TÍTULO IV – RELATÓRIOS, INDICADORES E INTEGRIDADE

Art. 22. *Relatórios mensais obrigatórios à governança SBCD–SES/MS:*

I – ***Execução orçamentária*** *(previsto × realizado);*

II – ***Fluxo de caixa*** *e* ***posição de disponibilidades****;*

III – ***Despesas por centro de custo****;*

IV – ***Receitas por fonte****;*

V – ***Patrimônio*** *(movimentação, depreciação, baixas);*

VI – ***Custos*** *(diretos/indiretos, rateios e indicadores);*

VII – ***Glosas e recursos*** *(quando aplicável).*

Art. 23. *Indicadores econômico-financeiros mínimos:*

I – ***% execução do orçamento****;*

*II – **Prazos médios** (pagamento/recebimento);*

*III – **Custo médio por diária/procedimento**;*

*IV – **% glosas sobre apresentado**;*

*V – **% administrativo sobre total**;*

*VI – **Conformidades de auditoria** (achados x saneados).*

***Art. 24.** Integridade e controles internos:*

*I – **segregação de funções** (solicitar, aprovar, atestar, pagar);*

*II – **trilhas de auditoria** em sistemas;*

*III – **política de compras e contratos** aderente ao Contrato de Gestão;*

*IV – canal de **ouvidoria e compliance**;*

*V – **gestão de riscos** e plano anual de auditoria interna.*

TÍTULO V – DISPOSIÇÕES FINAIS

***Art. 25.** O **lastro documental** das operações será guardado por **no mínimo 5 (cinco) anos**, salvo prazos legais superiores.*

***Art. 26.** As **atualizações** deste Manual ocorrerão sempre que houver alteração normativa, contratual ou de processo.*

***Art. 27.** Este Manual entra em vigor na data de sua **aprovação pela Diretoria Executiva da SBCD** e pela **Superintendência do HRDJSN**, produzindo efeitos para todas as áreas envolvidas.*

PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE CENTROS DE CUSTOS

A implantação de centros de Custos é uma metodologia de fácil aplicação e a apuração é possível a partir da segmentação do Hospital em centros de custos.

Dessa forma, a segmentação em áreas especializadas é facilmente identificada, como, serviços assistenciais, lavanderia, nutrição, administração, laboratório, etc. Os custos destes recursos podem ser estimados e comparados com os custos finais do atendimento. O sistema de custeio por absorção controla o custo e o desempenho da entidade e dos centros de custos (áreas de atividades específicas), podendo comparar os custos estimados, com os valores orçados.

ESTRUTURAÇÃO DOS TIPOS DE CENTROS DE CUSTOS

Para identificar os serviços, seções e/ou setores que formarão os centros de custos, toma-se por base, além do organograma da instituição, os serviços de maior interesse, seja pelo conhecimento de seus custos, seja pela relevância de despesas efetuadas e/ou pela produção e importância na estrutura da instituição.

A) CENTRO DE CUSTOS ADMINISTRATIVO

Centros de custos relacionados com as atividades de natureza administrativa.

- Grupo Administração – reúne os centros de custos relacionados com as atividades administrativas e de direção (diretoria administrativa e financeira, diretoria de áreas: medicina, enfermagem, gerência de recursos humanos, contabilidade, faturamento e etc.).
- Grupo Informática – reúne os centros de custos relacionados às atividades de informática (área de apoio a clientes e redes, desenvolvimento de sistemas, suporte e produção).
- Grupo Condomínio – reúne os centros de custos relacionados com a infraestrutura (segurança, telefonia, coleta de resíduos e transportes).

- Grupo Suprimento – reúne os centros de custos que desenvolvem atividades de controle de estoque e fornecimento de insumos (almoxarifado, compras, farmácia, nutrição parenteral e gases medicinais).
- Grupo engenharia e Manutenção – reúne todos os centros de custos relacionados com atividades de engenharia e manutenção (engenharia clínica, engenharia civil e infraestrutura e manutenção).

B) CENTRO DE CUSTOS INTERMEDIÁRIO

Centro de custos que executa atividade complementar àquelas desenvolvidas nos centros de custos finais.

- Grupo Apoio à Assistência – reúne todos os centros de custos que prestam apoio Assistencial (fisioterapia, psicologia, serviço social).
- Grupo Imagem – reúne os centros de custos relacionados à área de Imagenologia (radiologia, ultrassonografia).
- Grupo laboratório – reúne todos os centros de custos que executam atividades de laboratório (laboratório de especialidades, análises clínicas, anatomia patológica).
- Grupo Métodos gráficos – reúne os centros de custos que desenvolvem atividades gráficas (eletrocardiologia).
- Grupo Apoio geral – reúne centros de custos de apoio geral a todos os outros centros de custos (central de material esterilizado – CME, lavanderia, limpeza, rouparia e costura).
- Grupo Comissões técnicas – reúne todas as comissões técnicas (infecção hospitalar, ética, óbito, outras).
- Grupo nutrição: reúne todos os centros de custos relacionados com a atividade de nutrição e dieta (dietas enterais/parenterais, nutrição dietética).
- Grupo Serviço de Arquivo Médico e estatística (SAME) – reúne os centros de custos relacionados com a atividade de arquivo médico e estatística/internação.

C) CENTRO DE CUSTOS FINAL (PRODUTIVO)

Centro de custos que desenvolve atividade diretamente relacionada com os objetivos principais da instituição, ou seja, unidade que presta serviço diretamente aos pacientes e que compreendem uma atividade com remuneração pelos serviços prestados.

- Grupo Unidade de Urgência e emergência – reúne os centros de custos relacionados ao atendimento de urgência e emergência.

METODOLOGIAS DE ALOCAÇÃO DOS GASTOS

A literatura contábil identifica dois tipos principais de alocação de gastos. No primeiro, encontra-se a alocação dos gastos indiretos dentro de um mesmo centro de custos com o objetivo de conhecer melhor o custo total da atividade desenvolvida por este centro de custos. O outro tipo é a alocação dos gastos totais de um determinado centro de custos para outro centro de custos.

Ressalta-se que quatro tipos de custos precisam ser identificados:

- Pessoal: ligado direto à produção do centro de custos;
- Material direto: incorporados diretamente ao produto ou sua produção;
- Overhead: todos os outros gastos de produção utilizados para manter o local em funcionamento onde o serviço é realizado;
- Custo de capital: depreciação referente a aquisições e custos de manutenção associado aos bens imóveis diretamente dedicados à produção do centro de custos.

Para realizar esta alocação é preciso definir apenas uma base ou critério de alocação (rateio).

A veracidade e o sucesso de todo o processo de alocação estão vinculados a duas etapas:

1) Acumular os gastos diretos para cada centro de custos, e

2) Determinar as bases de alocação dos gastos indiretos. Os sistemas de informação sobre pessoal, material, amortização e depreciação devem estar muito bem estruturados para a perfeita coleta da informação sobre os gastos diretos na primeira etapa. Quanto mais gastos identificados como sendo diretos, tanto melhor a identificação do custo verídico dos centros de custos finais.

Para realização da segunda etapa (alocação dos gastos indiretos), faz-se necessário o perfeito conhecimento do processo de trabalho de cada centro de custos administrativo e intermediário, quais seus produtos e como eles são distribuídos ou consumidos pelos demais centros de custos, tanto intermediários como finais. A definição das alternativas de bases de alocação (critério de rateio) depende desse conhecimento. Na medida do possível, os gastos dos centros de custos devem ser identificados em termos de gastos fixos de variáveis, a fim de permitir sua alocação mais justa entre os diversos centros de custos.

METODOLOGIA DE ALOCAÇÃO DOS GASTOS INDIRETOS

Para transferir os gastos indiretos dos centros de custos administrativos e intermediários para os centros de custos finais, destaca-se a metodologia abaixo

Alocação recíproca

Essa metodologia também é conhecida como alocação matricial. Este método reconhece a reciprocidade entre todos os centros de custos não-produtivos, por isso apresenta melhores resultados. Entretanto, é um pouco mais complexa do que as últimas duas, por utilizar função algébrica para resolver um conjunto de expressões simultâneas que dispensa a utilização de uma sequência de centros de custos não-produtivos para rateio. Sua grande vantagem é que não teria mais variação nos custos finais dos centros de custos produtivos com a alteração de uma sequência dos centros não-produtivos para alocar os gastos indiretos.

Esta metodologia é a que mais identifica os custos reais dos produtos/serviços finais. Para que os resultados sejam satisfatórios, os centros de custos devem ter uma rede de

relacionamentos, ou seja, os departamentos serão relacionados para facilitar a distribuição de seus gastos.

Essa metodologia reconhece que há participação recíproca entre os centros de custos não-produtivos, e leva este fato em consideração antes de efetuar o rateio final entre os centros de custos produtivos.

ESTRATÉGIAS PARA IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE CUSTOS

Para implantar um sistema de custos em instituições de saúde, precisa-se, em síntese, considerar os diversos setores internos como empresas que prestam serviços umas às outras, de acordo com a atividade de produção exercida.

A implantação de custos pode ser caracterizada como a sistematização da distribuição dos gastos desde os setores administrativos e intermediários, até os finais/produtivos. Ou seja, como o objetivo principal da instituição é o atendimento aos pacientes, é natural que todos os custos gerados nos centros de custos administrativos e intermediários sejam distribuídos aos finais, seguindo determinados critérios de alocação (rateio).

A apuração sistemática de custos é possível a partir da definição de alguns aspectos:

- Sensibilização do nível estratégico

Considera-se que a operacionalização do sistema de custos e os resultados estarão concentrados nos níveis táticos (gerências) e operacionais (chefias). É extremamente relevante a sensibilização do nível estratégico da organização, haja vista que o sucesso de sua implementação estará condicionado ao envolvimento do corpo diretivo no processo.

- Sensibilização do nível tático e operacional

A presente etapa consiste na disseminação dos aspectos conceituais e práticos da gestão de custos na instituição, para ressaltar sua importância, apresentar os responsáveis e esclarecer as responsabilidades de todos neste processo.

- Institucionalização do serviço

A etapa seguinte é a institucionalização do serviço em que são definidos a posição do departamento de custos na estrutura organizacional da instituição e o responsável por conduzir as atividades e suas atribuições. Faz-se necessária, nesse momento, além da delegação de responsabilidades para a implementação do serviço, a delegação da autoridade para executá-lo.

- Diagnóstico situacional

Consiste na identificação dos setores que compõem a instituição, bem como a coleta de informação existente nas diversas áreas (formulários utilizados no controle da produção, área física, fluxograma etc.).

- Estruturação e agrupamento dos centros de custos

Deverá estar de acordo com as necessidades de operação e controle pretendido pela instituição. O processo de dividir a instituição em centros de custos é para facilitar e identificar melhor os custos incorridos e sua respectiva aplicação. Dessa forma, o sistema de apuração de custos terá maior precisão. A inserção ou retirada dos centros de custos poderá ocorrer sempre que necessário.

Não existe necessidade de os centros de custos acompanharem a estrutura formal da instituição (organograma). Muitas vezes é necessário agrupar ou até mesmo separar determinados setores para melhor apuração dos custos.

Como exemplo, podemos citar um Setor de Apoio ao Diagnóstico e Tratamento (SADT), que presta serviços de ultrassonografia e Raio X. Embora no organograma estes serviços estejam incluídos dentro de um mesmo setor, para apropriação de custos pode-se separá-los em dois.

- Identificação dos grupos de gastos

Consiste no agrupamento dos gastos diretos e indiretos de acordo com os elementos similares: pessoal, serviços de terceiros, materiais de consumo, despesas gerais e depreciação.

a) Pessoal – itens que estão diretamente relacionados à folha de pagamento, isso é, salários e encargos, provisão de férias, 13.º salário, pró-labore, residentes, docentes e plantonistas. Os valores provisionáveis, como férias, licenças, e 13.º salário proporcional deverão ser calculados para cada período de custos, a partir dos custos com vencimentos e vantagens. Nos meses em

que ocorrer o efetivo pagamento do 13.º salário ou usufruto dos períodos de férias e licenças, os valores destas remunerações deverão ser excluídos da folha de pagamento, para efeitos de custos do período, já que foram incluídos em períodos anteriores como provisão.

b) Serviços de terceiros – corresponde à compra de serviços específicos não desenvolvidos pelos funcionários da instituição, em um período determinado, tais como lavanderia, remoção, coleta de lixo químico e infectante e outros serviços. Seu pagamento ocorre mediante a apresentação de nota fiscal, recibos etc.

c) Materiais de consumo – produtos que podem ser classificados em: artigos de expedientes, tecidos e vestuários, materiais para manutenção e conservação, gases medicinais, materiais radiológicos, materiais laboratoriais, artigos de higiene e limpeza, combustível e lubrificante, material médico cirúrgico, instrumentais, produtos químicos etc.

d) Despesas gerais – outras despesas de custeio, tais como: água, taxas de serviços públicos, energia elétrica, seguros, telefone, despesas financeiras (juros de mora, taxas bancárias) etc.

e) Depreciação – custo decorrente do desgaste ou da obsolescência dos ativos imobilizados da instituição (máquinas, veículos, móveis, imóveis e instalações).

f) Definição dos formulários de coleta de dados

Uma vez definido os grupos de gastos e os centros de custos que serão objetos da implantação do sistema de custos, faz-se necessário definir os formulários de coleta de dados2 e mapear por fluxograma todo o processo de geração e consolidação dos dados que serão utilizados em cada centro de custos, para apuração dos custos finais.

- Monitoramento e Avaliação

O monitoramento e a avaliação objetivam manter os centros de custos atualizados, acompanhar constantemente as informações de custos geradas e os resultados esperados, além de acompanhar o funcionamento do sistema de custos.

O monitoramento proverá informações que serão utilizadas para a avaliação, visa melhorar o sistema de custos e subsidiar decisões gerenciais inteligentes.

ROTINA PARA ELABORAÇÃO DAS PLANILHAS DE CUSTOS

A planilha de custos tem por finalidade demonstrar e apresentar os custos médios unitários por centro de custos. Esta rotina tem como objetivo facilitar o entendimento e a elaboração das planilhas finais de custos.

Para elaboração das planilhas será necessário:

- Levantamento e alocação dos gastos: consiste no levantamento de gastos da instituição conforme os itens estipulados nos grupos de gastos. Estão geralmente localizados junto à administração da unidade e devem estar relacionados ao período efetivo da apuração de custos. Exemplo: caso a unidade tenha realizado uma compra de oxigênio no último dia do mês, o valor lançado no sistema de custos não deve ser o da compra, mas sim o valor referente ao consumido no período.

- Lançamento dos dados nas planilhas auxiliares e finais:

    - Calcula-se o custo direto do primeiro centro de custos do sistema (centro de custos administrativo);
    - Esse custo direto tem que ser distribuído aos demais centros de custos como custo indireto, conforme critério de alocação adotado; calcula-se o custo total do próximo centro de custo (soma do custo direto dele com o custo indireto que veio do administrativo).
    - Esse novo custo total será rateado como custo indireto para o próximo centro de custos, até chegar nos centros de custos finais.
    - Calcula-se os custos totais de cada centro de custo final (soma do custo direto com os indiretos recebidos dos centros de custos de administrativos e intermediários).
    - Cálculo do custo médio unitário: consiste na razão entre o custo médio total dividido pela produção do centro de custos;

- Conferência e fechamento das planilhas finais;
- Análise, comparação e gerenciamento da informação referente aos custos finais de cada serviço/produto.

PLANILHAS DE CUSTOS

- Como já demonstrado anteriormente, o primeiro passo consiste em lançar os custos diretos identificados nas planilhas auxiliares diretamente nos centros de custos de acordo com sua efetiva utilização.

Na planilha de custo deve ser destinado um local para lançamento dos custos indiretos que serão oriundos dos demais centros de custos de acordo com os rateios definidos. Estes valores devem ser calculados a partir de uma planilha de rateio, de acordo com cada critério, definidos e calculados sempre por meio de divisão proporcional, de acordo com as diversas informações de produção.

MANUAL DE COMPRAS

O presente documento tem como finalidade apresentar as **diretrizes e normas operacionais** aplicáveis ao **processo de compras, aquisições e contratações de bens e serviços** no âmbito do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto – HRDJSN**, localizado em **Ponta Porã/MS**, sob gestão da **Sociedade Brasileira Caminho de Damasco (SBCD)**, em conformidade com o **Contrato de Gestão celebrado com a Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso do Sul – SES/MS**.

O **Manual de Compras** integra o conjunto de instrumentos de governança administrativa e financeira do hospital, assegurando **padronização dos fluxos internos, transparência, eficiência e rastreabilidade** de todas as etapas do processo de aquisição, desde a identificação da necessidade até a entrega e ateste do material ou serviço contratado.

A adoção deste manual visa garantir a observância dos **princípios da economicidade, impessoalidade, publicidade, eficiência e controle**, bem como a **aderência à Lei nº 14.133/2021**

(Nova Lei de Licitações e Contratos), à **Lei nº 9.637/1998 (Organizações Sociais)** e às normas complementares da **SES/MS**, fortalecendo o compromisso institucional com a boa governança e o uso responsável dos recursos públicos.

REGULAMENTO DE COMPRAS E

DE CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS E OBRAS

SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO – SBCD

CAPÍTULO 1 OBJETIVO

Art. 1º*. O presente Regulamento tem por finalidade estabelecer normas, rotinas e critérios definidos para a aquisição de bens de qualquer natureza ou contratação de serviços e obras pela Sociedade Brasileira Caminho de Damasco – SBCD para a execução de ações pertinentes aos contratos de gestão, termos, fomentos, convênios e quaisquer instrumentos firmados com o Poder Público.*

Parágrafo Único*. A aplicação deste Regulamento é obrigatória nas compras e contratações realizadas com a utilização de recursos públicos.*

Art. 2º*. As aquisições de bens e as contratações de obras e serviços reger-se-ão por este Regulamento, observados os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, julgamento objetivo, segurança jurídica, razoabilidade, competitividade, celeridade, economicidade, eficácia, seleção da proposta mais vantajosa e busca permanente de qualidade e durabilidade, bem como pelo respeito de sua adequação aos seus objetivos, com eficiência, razoabilidade e boa-fé.*

Art. 3º. *Todos os processos para contratação de obras e serviços, bem como os processos de compras, serão devidamente documentados a fim de evidenciar a forma de realização do processo facilitando o gerenciamento, acompanhamento, controle e transparência.*

Art. 4º. *O presente Regulamento se aplica a todos os departamentos e áreas de atividades da SBCD e destina-se a selecionar, dentre as propostas apresentadas, a mais vantajosa para a SBCD, considerando os custos e benefícios, mediante julgamento objetivo.*

Art. 5º. *A contratação de obras e serviços e a aquisição de bens serão sempre efetuadas mediante seleção de fornecedores através dos processos indicados no presente Regulamento, dispensando-se os procedimentos apenas nos casos expressamente previstos neste instrumento.*

CAPÍTULO 2 DAS DEFINIÇÕES

Art. 6º*. Para fins do presente Regulamento, considera-se compra toda aquisição remunerada de bens permanentes e bens de consumo, de materiais permanentes ou não, medicamentos e materiais médico hospitalares, para o*

fornecimento em entrega única ou parcelada, com o fim de atender às necessidades da SBCD para execução de seus respectivos contratos de gestão, termos, fomentos, convênios ou outros instrumentos firmados com o Poder Público.

Art. 7º. *Para fins deste Regulamento, considera-se contratação de serviços ou obras todo processo necessário à contratação de atividades relacionadas à prestação de serviços de demolição, conserto, instalação, montagem, operação, conservação, reparação, adaptação, manutenção, transporte, locação de bens, publicidade, comunicação, seguro, trabalhos técnicos-profissionais e outros.*

CAPÍTULO 3

DO PROCESSO DE COMPRAS DE BENS DE CONSUMO E BENS PERMANENTES

Art. 8º*. O processo de compras de bens permanentes e bens de consumo, de materiais permanentes ou não, medicamentos e materiais médico hospitalares, para o fornecimento em entrega única ou parcelada deverá ser realizado através de requisições feitas a partir dos setores ou unidades interessados, com as respectivas fundamentações de suas necessidades e o devido cumprimento das etapas a seguir descritas:*

i. *Preenchimento correto do formulário de aquisição / requisição de compras; e*

ii. *Descrição pormenorizada do bem a ser adquirido, com as especificações técnicas correlatas e a quantidade a ser adquirida.*

Parágrafo Único*: As requisições deverão ser encaminhadas ao Setor de Compras da Sede/SP para a efetiva realização, exceto as compras realizadas pelas Unidades, de acordo com as diretrizes determinadas pela direção da SBCD.*

Art. 9º. *O processo de compra seguirá as seguintes fases:*

i. *Requisição de compras;*

ii. *Seleção de fornecedores qualificados;*

iii. *Cotações de Preços via Plataforma Eletrônica de Preços utilizada pela SBCD ou por e- mails;*

iv. *Propostas recebidas via Plataforma Eletrônica de Preços ou Grade de Preços utilizados pela SBCD;*

v. *Apuração da melhor proposta que atenda a Requisição (preço, qualidade e prazo);*

vi. *Emissão da ordem de compra ao Fornecedor; e*

vii. *Follow Up.*

Parágrafo Primeiro: *Será procedida a coleta de no mínimo 03 (três) orçamentos/cotações, via Plataforma Eletrônica de Preços utilizada pela SBCD. No caso de não haver 03 (três) cotações, para a composição do processo serão utilizados tantos quantos forem os orçamentos obtidos, tornando-se necessário fazer uso de informações que podem ser obtidas com a coleta de preço em contratos em vigor, contratos com órgão público contratante, atas de registro de preços, valores divulgados em publicações técnicas especializadas e quaisquer outras fontes capazes de*

retratar o valor de mercado, formalizando a compra mediante dispensa de cotação.

***Parágrafo Segundo**: A falta de 03 (três) orçamentos/cotações deve ser devidamente comprovada de forma objetiva e clara, excluindo-se a obrigatoriedade da coleta de no mínimo 03 (três) orçamentos apenas e somente quando se tratar de compra de fornecedor exclusivo ou emergencial, sem o tempo adequado à obtenção dos orçamentos, e desde que exista risco eminente de paralisação dos serviços essenciais à assistência dos usuários da rede SUS e/ou quando, por limitações do mercado ou manifesto desinteresse dos fornecedores e esgotadas as possibilidades, for impossível a obtenção do número mínimo de propostas. Todas as situações que impeçam a coleta dos orçamentos, como previsto neste capítulo, deverão ser devidamente provadas e justificadas, de forma clara e objetiva, no processo de compra.*

***Parágrafo Terceiro:** O processo de compras de bens de consumo deverá respeitar os prazos aqui estabelecidos, que não poderão superar os 45 (quarenta e cinco) dias contados do recebimento da requisição de compra:*

i. Requisição de Compras: o Setor demandante deverá encaminhar a requisição de compras com antecedência mínima de 10 (dez) dias úteis ao início do processo;

ii. Cotações de Preços via Plataforma Eletrônica de Preços ou Grade de Preços utilizados pela SBCD ou e-mails: as cotações deverão ocorrer em 05 (cinco) dias;

iii. Propostas recebidas via Plataforma Eletrônica de Preços ou Grade de Preços utilizados pela SBCD ou e-mails: as propostas devem ser recebidas no prazo de 15 (quinze) dias;

iv. Apuração da melhor proposta que atenda a Requisição de Compras (preço, qualidade e prazo): a apuração da melhor proposta deve ocorrer em 10 (dez) dias;

v. Seleção de fornecedores qualificados: a seleção de fornecedores deverá ocorrer em 10 (dez) dias;

vi. Emissão da ordem de compra do bem ao fornecedor: a emissão deve ocorrer em 05 (cinco) dias.

***Art. 10º.** A coleta de preços será realizada pela Plataforma Eletrônica de Preços ou Grade de Preços utilizados pela SBCD ou e-mails, quando se tratar de Compra Emergencial. Sempre será dado prioridade ao uso da Plataforma Eletrônica de Preços, sendo que a compra emergencial deverá sempre ser justificada de forma clara e objetiva.*

***Parágrafo Primeiro:** Para a apuração e apresentação da melhor oferta, poderão ser utilizadas todas as formas de realização de negócios disponíveis, como na internet, através de sites, portarias de compras e fornecedores, pregão eletrônico, entre outras modalidades que vierem a ser desenvolvidas.*

***Parágrafo Segundo:** Serão exigidos documentos relacionados à habilitação jurídica e regularidade fiscal, além de outros documentos que o Setor de Compras julgar necessários. A habilitação jurídica e regularidade fiscal serão verificadas através da certidão do SICAF – Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores.*

***Parágrafo Terceiro:** Caso o fornecedor não seja cadastrado no SICAF, será necessário a apresentação dos seguintes documentos de habilitação jurídica e fiscal:*

i. Registro comercial, no caso de empresa individual;

ii. Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais e, no caso de sociedades por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores;

iii. Inscrição do ato constitutivo, no caso de sociedades civis, acompanhada de prova da diretoria em exercício;

iv. Decreto de autorização, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País, e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente, quando a atividade assim o exigir;

v. Cópia de identidade e CPF dos sócios;

vi. *Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);*

vii. *Prova de regularidade para com a Fazenda Federal: Apresentação da Certidão Negativa de Débitos de Tributos e Contribuições Federais emitida pela Receita Federal. Poderá ser solicitada na Agência da Receita Federal, em qualquer localidade do respectivo Estado, cuja validade é de 180 (cento e oitenta) dias. Também poderá ser emitida pelo site www.receita.fazenda.gov.br, com validade de 30 (trinta) dias a contar da sua emissão;*

viii. *Prova de Regularidade com a Fazenda Estadual: Certidão emitida pela Secretaria da Fazenda Estadual, podendo ser solicitada em qualquer posto de atendimento da Secretaria de Fazenda Estadual. Esta certidão tem validade de 90 (noventa) dias a contar de sua emissão;*

ix. *Prova de Regularidade com a Fazenda Municipal: Esta certidão deverá ser solicitada na Secretaria de Estado Municipal de sua cidade;*

x. *Prova de Regularidade com a Procuradoria da Fazenda Nacional: Apresentação da Certidão Quanto a Dívida Ativa da União, emitida pela Procuradoria da Fazenda Nacional e tem seu prazo de validade de 180 (cento e oitenta) dias;*

xi. *Prova de Regularidade com a Seguridade Social: emitida pela Previdência Social. Esta certidão tanto emitida pelo INSS ou pelo site, tem validade de 60 (sessenta) dias a contar da sua data de emissão;*

xii. *Prova de Regularidade com FGTS: Esta Certidão poderá ser solicitada em qualquer agência da Caixa Econômica Federal ou por meio eletrônico no site da Caixa: www.caixa.com.br.*
Ambas terão prazo de validade de 30 (trinta) dias da data de sua emissão; e

xiii. *Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa (CNDT), expedida pelo TST.*

***Art. 11º**. A melhor oferta será apurada considerando o melhor conjunto de condições propostas pelos fornecedores ou os fatores de maior relevância da demanda: menor preço, custo do transporte, seguro até entrega no local, condições de pagamento, prazo de entrega, custo da operação do produto, disponibilidade e qualidade.*

***Parágrafo Primeiro:** A melhor oferta será aquela que apresentar o melhor conjunto de condições, conforme os requisitos indicados no presente caput, e será apresentada ao responsável pelo Setor de Compras, a quem competirá aprovar a realização da compra, com decisão devidamente fundamentada.*

***Parágrafo Segundo:** Além da aprovação pelo responsável pelo Setor de Compras, durante o Processo de Compras o Solicitante da Requisição e o Comprador deverão ser identificados com nome, CPF e cargo. Todos assinarão os documentos que lhe competem mediante assinatura digital.*

***Art. 12º**. Após aprovada a compra, deverá ser emitida e enviada a respectiva ordem de compra ao fornecedor, parte integrante do processo de pagamento, juntamente com a requisição, nota fiscal e demais documentos exigidos pela SBCD.*

***Art. 13º.** Para as compras efetuadas por meio eletrônico, os documentos serão armazenados e validados através de sistemas eletrônicos, juntados ao Processo de Compras que ficará sempre disponível para a devida análise dos Departamentos Internos da SBCD, pela Auditoria Externa e pelos órgãos fiscalizadores dos Poderes Públicos.*

CAPÍTULO 4

DO PROCESSO DE CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS E OBRAS

***Art. 14º**. Para efeitos de habilitação e cadastro dos prestadores de serviços e obras serão mantidos pela SBCD registros cadastrais de interessados que deverão cumprir com as regras definidas neste Regulamento. Qualquer*

prestador de serviço ou fornecedor poderá se cadastrar no Canal de Fornecedor através do site da SBCD.

Parágrafo Primeiro: *Além do Regulamento de Compras, o interessado deverá respeitar o Manual do Fornecedor, tornando-se um Prestador de Serviços ao cumprir com as exigências estabelecidas pelas normas da SBCD.*

Parágrafo Segundo*: A SBCD poderá a qualquer tempo alterar, suspender ou cancelar o registro do Prestador que deixar de cumprir com as exigências deste regulamento e das demais normas da SBCD.*

Parágrafo Terceiro: *Ao tornar-se um Fornecedor ou Prestador de Serviços cadastrado, poderá participar dos processos de contratação de serviços e obras.*

Art. 15º*. Para requerer a inscrição cadastral como Fornecedor ou Prestador de Serviços SBCD, o interessado deverá apresentar requerimento, instruído dos documentos descritos no Manual do Fornecedor, que pode ser acessado no site da SBCD.*

Parágrafo Primeiro: *Serão exigidos documentos relacionados à habilitação jurídica, qualificação técnica, qualificação econômico-financeira, regularidade fiscal e declarações específicas.*

Parágrafo Segundo: *A documentação relativa à habilitação jurídica, conforme o caso, consistirá em:*

xiv. *Registro comercial, no caso de empresa individual;*

xv. *Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais e, no caso de sociedades por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores;*

xvi. *Inscrição do ato constitutivo, no caso de sociedades civis, acompanhada de prova da diretoria em exercício;*

xvii. *Decreto de autorização, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País, e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente, quando a atividade assim o exigir;*

xviii. *Cópia de identidade e CPF dos sócios.*

Parágrafo Terceiro: *A documentação relativa à regularidade fiscal e trabalhista, conforme o caso, consistirá em:*

i. *Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);*

ii. *Prova de regularidade para com a Fazenda Federal: Apresentação da Certidão Negativa de Débitos de Tributos e Contribuições Federais emitida pela Receita Federal. Poderá ser solicitada na Agência da Receita Federal, em qualquer localidade do respectivo Estado, cuja validade é de 180 (cento e oitenta) dias. Também poderá ser emitida pelo site www.receita.fazenda.gov.br, com validade de 30 (trinta) dias a contar da sua emissão;*

iii. *Prova de Regularidade com a Fazenda Estadual: Certidão emitida pela Secretaria da Fazenda Estadual, podendo ser solicitada em qualquer posto de atendimento da Secretaria de Fazenda Estadual. Esta certidão tem validade de 90 (noventa) dias a contar de sua emissão;*

iv. *Prova de Regularidade com a Fazenda Municipal: Esta certidão deverá ser solicitada na Secretaria de Estado Municipal de sua cidade;*

v. *Prova de Regularidade com a Procuradoria da Fazenda Nacional: Apresentação da Certidão Quanto a Dívida Ativa da União, emitida pela Procuradoria da Fazenda Nacional e tem seu prazo de validade de 180 (cento e oitenta) dias;*

vi. *Prova de Regularidade com a Seguridade Social: emitida pela Previdência Social. Esta certidão tanto emitida pelo INSS ou pelo site, tem validade de 60 (sessenta) dias a contar da sua data de emissão;*

vii. *Prova de Regularidade com FGTS: Esta Certidão poderá ser solicitada em qualquer agência da Caixa Econômica Federal ou por meio eletrônico no site da Caixa: www.caixa.com.br. Ambas terão prazo de validade de 30 (trinta) dias da data de sua emissão;*

viii. *Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa (CNDT), expedida pelo TST.*

Parágrafo Quarto: *A documentação relativa à qualificação técnica consistirá na apresentação dos documentos abaixo, porém, não se limitando aos mesmos em situações que o objeto a ser selecionado exija outros documentos:*

i. *Certidões ou atestados de capacidade técnica fornecidos por pessoas jurídicas de direito público ou privado que comprovem a execução anterior de atividades pertinentes em características e prazos com o objeto da licitação. As certidões ou atestados deverão comprovar a capacidade de fornecimento de 100% (cem por cento) do objeto licitado;*

ii. *Licença de Funcionamento para o exercício em referência. Caso a licença do exercício não tenha sido concedida, a proponente deverá apresentar a licença de funcionamento do exercício anterior acompanhada do protocolo de revalidação, conforme disposto no artigo 22 do Decreto nº 74.170/74 ou legislação sanitária local, devidamente comprovada através de cópia autenticada de diário oficial;*

iii. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, com dados devidamente atualizados, quando aplicável à sua atividade. Para empresas do Ramo/Estabelecimento de Saúde o CNES é obrigatório;*

iv. *Registro da empresa e do Responsável Técnico no Conselho de Fiscalização competente do Estado de origem, domicílio ou sede da proponente;*

v. *Autorização de Funcionamento da empresa expedida pelo órgão federal competente ou da respectiva publicação no Diário Oficial da União (Artigo 5º, da Portaria Ministerial 2814 de 29 de maio de 1998, alterada pela Portaria Ministerial 3765 de 20 de outubro de 1998), quando necessário. Para empresas do ramo farmacêutico é obrigatório;*

vi. *Declaração da licitante sob as penas da lei, de que terá a disponibilidade, caso venha a vencer o certame, da mão-de-obra e dos equipamentos necessários para o início da execução dos serviços, no prazo acordado.*

Parágrafo Quinto: *Os documentos, certidões e/ou atestados deverão ser apresentados em papel timbrado, na cópia autenticada, assinados por autoridades ou representante de quem os expediu, com a devida identificação.*

Parágrafo Sexto*: A documentação relativa às declarações específicas consistirá na apresentação dos documentos abaixo, porém, não se limitando aos mesmos em situações que o objeto a ser selecionado exija outros documentos:*

i. *Declaração de Proteção ao Trabalho do Menor, conforme o inciso XXXIII. 7º da Constituição Federal, para os fins*

do disposto no inciso V do art. 98 da Lei Estadual nº 9.433/05;

ii. Declaração de que não possui Colaboradores da SBCD no Quadro Social, a que se refere o artigo 116 da Lei nº 6404/76;

iii. Declaração de que possui pessoal técnico necessário à realização do objeto, bem como de que possui aptidão para iniciar os serviços tão logo seja assinado o contrato;

iv. Declaração da empresa afirmando ter tomado conhecimento de todos os serviços a serem executados e os seus locais de realização; Declaração da empresa afirmando ter total, inequívoco e irrestrito conhecimento de que todos os serviços a serem prestados dependem, para o seu custeio, exclusivamente do efetivo e integral repasse de verbas públicas;

v. Declaração de não possuir impedimento de contratar com Administração Pública.

***Parágrafo Sétimo**: A documentação relativa à qualificação econômico-financeira consistirá em:*

i. Balanço Patrimonial e demais demonstrações contábeis do último exercício social, já exigíveis e apresentados na forma de lei, que comprovem a boa situação financeira da empresa, vedada a substituição por balancetes ou balanços provisórios;

ii. Comprovação e Capital Social, integralizado e registrado, na forma da lei ou patrimônio líquido correspondente a no mínimo de 10% (dez por cento) do valor da proposta;

iii. Certidão Negativa de Falência, Recuperação Judicial, Extrajudicial ou Concordata, expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica.

***Parágrafo Oitavo**: Todos os documentos devem ser apresentados em cópia autenticada e com firma reconhecida ou assinatura digital dos representantes legais das interessadas, devidamente demonstrado através da documentação societária ou estatutária.*

***Parágrafo Nono**: A documentação exigida neste artigo pode sofrer alterações conforme as condições do objeto de concorrência, sendo que os interessados devem acessar os processos/editais para ciência dos termos lá exigidos.*

***Parágrafo Décimo:** Todas as Declarações deverão ser em papel timbrado da empresa proponente, com firma reconhecida e devem seguir os modelos disponibilizados nos editais de concorrência da SBCD.*

***Art. 16º.** Não poderão ser admitidos como Fornecedores ou Prestadores de Serviços aqueles que se enquadrarem em um ou mais itens abaixo indicados:*

i. Ser Pessoa física;

ii. Encontrar-se em concordata, em recuperação judicial ou extrajudicial, em processo de falência, em dissolução ou em liquidação;Que, comprovadamente, ocasionaram prejuízo a qualquer Município, por quebra de Contrato ou por execução ineficiente;

iii. Que estejam com o direito de licitar e contratar com a Administração Pública suspenso, ou que por esta tenham sido declaradas inidôneas;

iv. Que estejam reunidas em consórcio e sejam controladoras, coligadas ou subsidiárias entre si, qualquer que seja sua forma de constituição;

v. Estrangeiras que não funcionem no País;

vi. *Concorrentes cujos sócios cotistas, sócio administrador, dirigentes ou controladores a que se refere o artigo 116 da Lei nº 6404/76, sejam colaboradores da SBCD;*

vii. *Pessoa Jurídica que tenha, em seu quadro societário, cônjuge ou parentes de Diretores ou Conselheiros da Organização Social nos Contratos de Gestão celebrados com o Município, conforme dispõe o Decreto nº 41.213/2016;*

viii. *Empresas que possuam servidores públicos como sócios ou em seu quadro de empregados.*

ix. *Empresas impedidas de contratar com a Administração Pública.*

***Art. 17º**. O processo de concorrência para contratação de serviços e obras seguirá as seguintes fases:*

i. *Requisição com o pedido devidamente justificado e direcionado ao Setor de Contratos, devendo o solicitante seguir os requisitos a serem preenchidos, conforme formulário específico de solicitação, seguindo anexo o escopo técnico com a análise e aprovação para elaboração do edital pelos seguintes setores: Departamento Solicitante/Técnico, e Gerente do Contrato de Gestão;*

ii. *Análise da solicitação e elaboração de edital para o processo de concorrência pelo Departamento de Contratos; e validação do Departamento Jurídico e Diretoria Operacional;*

iii. *Após aprovação dos setores acima indicados, o edital será assinado e publicado no site da SBCD, estabelecendo os prazos e regras para participação dos interessados;*

iv. *Após publicação e entrega da documentação exigida por meio do canal do Fornecedor, as propostas técnicas deverão ser entregues em envelopes separados, lacrados e devidamente identificados até o dia e horário estipulados em edital, no endereço e forma indicada no Edital;*

v. *A Comissão de Avaliação do Processo de Concorrência analisará a documentação, proposta técnica e decidirá pelo vencedor através de Ata justificando o resultado;*

vi. *O resultado será publicado no site da SBCD;Após o resultado, o vencedor será convocado pelo Departamento de Contratos para início dos serviços e será chamado para assinar o contrato no prazo definido em edital;*

vii. *Follow Up.*

***Art. 18º.** O edital de concorrência deverá conter as regras do processo, com a descrição do objeto, termo de referência e condições para execução dos serviços, cronograma com as datas do lançamento do edital, envio de dúvidas pelos Interessados, respostas das dúvidas apresentadas, limite para entrega das propostas, abertura das propostas entregues e publicação do resultado.*

***Parágrafo Primeiro**: Os prazos para finalização dos processos deverão respeitar o cronograma estabelecido nos editais, sendo que eventuais suspensões para diligências devem ser sempre devidamente justificadas.*

***Parágrafo Segundo:** A contagem de qualquer prazo deve ser realizada considerando somente os dias úteis.*

***Art. 19º.** O julgamento será realizado pelo Departamento de Contratos através de uma Comissão Julgadora, sendo que as normas que disciplinam o processo de concorrência serão sempre interpretadas em favor da ampliação da disputa entre os interessados, desde que não comprometa os interesses da SBCD.*

***Art. 20º.** Será sempre facultada ao Departamento de Contratos, em qualquer fase da concorrência, a promoção de diligência destinada a esclarecer ou complementar a instrução do processo, sendo vedada a inclusão posterior de documento ou informação que deveria constar do mesmo desde a realização da sessão pública. A decisão de realizar ou não uma diligência para esclarecimentos ou complementação de informações é exclusiva da SBCD.*

Art. 21º*. A SBCD poderá suspender ou revogar o procedimento de contratação a qualquer tempo, para atender às razões de sua prerrogativa, bem como anular o procedimento, sem que disso resulte, para os Participantes, qualquer direito a reclamação ou indenização.*

Art. 22º. *Qualquer omissão ou tolerância das partes em exigir o fiel cumprimento dos termos e condições dos Editais, não constituirá novação ou renúncia, nem afetará o direito de a parte exigirseu cumprimento a qualquer tempo.*

Art. 23º. *A participação dos Interessados nos processos de concorrência implica na aceitação integral e irretratável dos termos, cláusulas e condições do Regulamento de Compras, do Manual do Fornecedor e do Edital, sendo que as decisões da SBCD são soberanas e delas não caberão qualquer recurso.*

Art. 24º*. Qualquer alteração das normas será publicada no site da SBCD, fazendo-se sempre necessário o acompanhamento pelos Interessados.*

CAPÍTULO 5

DA DISPENSA DE SELEÇÃO DE FORNECEDORES OU PRESTADORES DE SERVIÇOS

Art. 25º. *É dispensável a Seleção de Fornecedores ou Prestadores de Serviços nas seguintes situações:*

i. *Na contratação envolvendo concessionária de serviços públicos e o objeto do contrato for pertinente ao da concessão;*

ii. *Na contratação envolvendo empresas públicas, entidades paraestatais, entidades sem fins lucrativos na área de pesquisa científica e tecnológica, organizações sociais, universidades ou centros de pesquisas públicos nacionais, desde que demonstrada a expertise e osefeitos positivos à SBCD e ao contrato de gestão;*

iii. *Na locação de imóvel destinado ao uso próprio ou para execução das obrigações contraídas com o Poder Público;*

iv. *Na aquisição de imóvel destinado ao uso próprio;*

v. *Nos casos em que fica caracterizada a urgência no atendimento em razão de situações que possam ocasionar ou comprometer a segurança das pessoas ou colocar em risco a execução do contrato de gestão pela SBCD;*

vi. *Quando não se apresentarem interessados nos processos de contratação anteriores, após 03 (três) tentativas de cotação pelos procedimentos indicados neste Regulamento. Nesta situação viabiliza-se a contratação mediante orçamento do último fornecedor/prestador conhecido;*

vii. *Para os casos de compra ou contratação de serviços por valor até o limite máximo de (01) um salário-mínimo vigente;*

viii. *Fornecimento e serviços contínuos visando assegurar a continuidade da assistência sem interrupção e desde que não ocorra prejuízos ao plano de trabalho orçamentário. Referida situação é encontrada quando a SBCD assume gestão de serviços em andamento;*

ix. *Aquisição de bens, serviços e insumos de saúde destinados ao enfrentamento de emergências ou de calamidades públicas decretadas pelo Poder Público;*

x. *Havendo exclusividade de fornecedores ou singularidade do objeto, caracterizando escassez de produtos no mercado, dificultando a reposição/aquisição, podendo colocar em risco a vida dos usuários das unidades de saúde geridas pela SBCD, situação que deverá ser devidamente demonstrada no processo de compra.*

Parágrafo Primeiro: *A compra de bens de consumo e materiais permanentes fornecidos com exclusividade por um único fornecedor está dispensada das etapas definidas no item das Compras, previsto neste Regulamento. A condição de fornecedor exclusivo será comprovada através de carta de exclusividade apresentada pelo fornecedor, devidamente atualizada e que deverá ser renovada a cada 06 (seis) meses.*

Parágrafo Segundo*: A exclusividade tratada no parágrafo primeiro deste artigo será utilizada apenas e somente na aquisição de materiais, equipamentos ou gêneros que só podem ser fornecidos por produtos, empresa ou representante comercial exclusivo, vedada a preferência de marca, sendo que esta exclusividade será demonstrada através de atestado fornecido pelo Poder Público, órgão de registro do comércio local em que se realizaria a licitação, a obra ou o serviço, pelo Sindicato, Federação, Confederação Patronal ou por entidades equivalentes.*

Parágrafo Terceiro: *O processo de fornecimento ou serviços por meio de contratação descrita no caput estão dispensados de cotação desde que justificados por meio de formulário de solicitação específico do Departamento de Contratos.*

Parágrafo Quarto: *A dispensa de seleção de fornecedores ou prestadores de serviços não os exime de apresentarem a documentação exigida pela SBCD e de respeitarem a legislação especifica ao objeto contratado.*

Art. 26º*. É inexigível o cumprimento deste Regulamento nos casos de contratação de serviços técnicos especializados, bem como aqueles previstos no artigo acima, exceto a apresentação da documentação exigida pela SBCD, conforme disposto no parágrafo quarto do artigo 25º deste regulamento.*

CAPÍTULO 6

DOS SERVIÇOS TÉCNICOS PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS

Art. 27º. *Para fins do presente Regulamento, consideram-se serviços técnicos profissionais especializados:*

i. *Estudos técnicos, planejamentos e projetos básicos ou executivos;*

ii. *Pareceres, perícias e avaliações em geral;*

iii. *Serviços que exigem notória especialidade;*

iv. *Assessorias, auditorias e consultorias técnicas, financeiras e jurídicas;*

v. *Fiscalização, supervisão ou gerenciamento de obras e serviços;*

vi. *Defesas de causas judiciais e administrativas;*

vii. *Prestação de serviços de assistência à saúde em áreas especificas;*

viii. *Serviços de informática, tecnologia da informação e aquisição de programas/softwares;*

ix. *Treinamento e desenvolvimento específicos da área da saúde;*

x. *Treinamento e aperfeiçoamento de pessoal.*

Parágrafo Único: *A comprovação de notória especialidade deve ser preenchida de documentos de conhecimento e domínio público que evidenciem a capacidade do prestador de serviços.*

CAPÍTULO 7 DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 28º. *Os contratos para prestação de serviços contínuos que atendam, exclusivamente, um determinado instrumento firmado com o Poder Público (termos de parceria, contratos de gestão, convênios, outros) não poderão ser firmados por tempo superior ao da vigência máxima destes instrumentos e respectivos aditivos, devendo ainda constar cláusula permitindo a rescisão automática e sem ônus para a SBCD quando da rescisão ou término do instrumento firmado com o Poder Público.*

Art. 29º. *Os contratos de fornecimento e serviços de terceiros são elaborados conforme minutas padrão da SBCD.*

Art. 30º. *A critério exclusivo da SBCD, algumas etapas dos processos descritos neste Regulamento poderão ser realizadas digitalmente, com a utilização dos meios eletrônicos definidos pela SBCD, inclusive em relação aos meios de assinatura digital, sendo considerados válidos e plenamente eficazes, produzindo de pleno direito todos os efeitos jurídicos decorrentes das obrigações e direitos relacionados.*

Art. 31º. *Todos os processos descritos neste Regulamento somente serão válidos se devidamente documentados de modo a permitir o seu acompanhamento, controle e fiscalização.*

Art. 32º. *Os casos omissos ou duvidosos na interpretação do presente Regulamento serão resolvidos pelo Conselho de Administração da SBCD, com base nos princípios gerais de direito e caso necessário com questionamento ao setor técnico competente.*

Art. 33º. *As normas e valores estabelecidos no presente Regulamento poderão ser revistos e atualizados conforme necessidade.*

Art. 34º. *O presente Regulamento entra em vigência na data de sua aprovação pelo Conselho de Administração, ficando revogadas as disposições anteriores.*

MANUAL – SAME

O **Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME)** constitui uma unidade técnico-administrativa essencial à gestão da informação em saúde, sendo responsável pelo **registro, guarda, tramitação e análise dos prontuários e documentos médico-hospitalares** do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto – HRDJSN**, localizado em Ponta Porã/MS, sob gestão da **Sociedade Brasileira Caminho de Damasco (SBCD)**.

A atuação do SAME está diretamente relacionada à **segurança da informação, continuidade do cuidado assistencial e suporte à gestão hospitalar**, além de representar fonte primária para **auditorias, faturamento, estudos epidemiológicos e controle de indicadores institucionais**.

Este manual tem como objetivo **padronizar e normatizar as rotinas administrativas e técnicas** do SAME, garantindo **uniformidade de procedimentos, confidencialidade de dados, rastreabilidade documental e conformidade com a legislação vigente**, em especial com:

- **Lei nº 13.787/2018** – que dispõe sobre a digitalização e o uso de sistemas informatizados para a guarda e o manuseio de prontuários de pacientes;
- **Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018)**;
- **Portarias e manuais do Ministério da Saúde**;
- **Normas da SES/MS e do Contrato de Gestão nº 001/2025**.

Objetivos do Manual

- Estabelecer regras claras para o **recebimento, organização, guarda e movimentação** de prontuários e documentos médico-hospitalares;
- Garantir o **sigilo e a integridade das informações**, conforme normas éticas e legais;

- Definir **fluxos de acesso, empréstimo e devolução de prontuários**;
- Estruturar o processo de **arquivamento físico e eletrônico** com rastreabilidade e controle;
- Padronizar o **registro estatístico hospitalar**, permitindo a análise de produtividade e perfil assistencial;
- Integrar o SAME às áreas de **Faturamento, Auditoria, Regulação e Tecnologia da Informação**, assegurando consistência dos dados.

Estrutura Organizacional

O SAME estará subordinado à **Gerência Administrativa e Financeira** e manterá interface direta com:

- **Diretoria Técnica e Assistencial**, para controle e validação das informações clínicas;
- **Setor de Faturamento**, para codificação e fechamento de contas médicas;
- **Auditoria Interna**, para conferência documental;
- **Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)**, para indicadores assistenciais;
- **Serviço de Tecnologia da Informação**, para digitalização e controle de acesso ao sistema eletrônico de prontuários.

Equipe mínima recomendada:

- **Supervisor do SAME** – profissional com formação superior em Gestão Hospitalar, Administração ou área correlata;
- **Arquivistas e Digitadores** – responsáveis pelo controle documental e alimentação do sistema eletrônico;

- **Auxiliares administrativos** – apoio no recebimento, protocolo e fluxo físico de prontuários.

MANUAL DE ROTINAS E PROCEDIMENTOS DO SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME

CAPÍTULO I – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º. O presente Manual tem por finalidade normatizar as atividades administrativas e técnicas do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto – HRDJSN, unidade pública estadual sob gestão da Sociedade Brasileira Caminho de Damasco (SBCD), garantindo a padronização das rotinas e a conformidade com a legislação vigente.

Art. 2º. O SAME é o setor responsável pela organização, controle, guarda, tramitação e disponibilização de prontuários e documentos médico-hospitalares, bem como pela compilação de dados estatísticos e informações gerenciais que subsidiam os processos de auditoria, faturamento, gestão e planejamento hospitalar.

Art. 3º. O serviço observará integralmente as seguintes normas e legislações:

I – Lei nº 13.787/2018, que dispõe sobre a digitalização e guarda de prontuários de pacientes;

II – Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD);

III – Código de Ética Médica, quanto à confidencialidade e sigilo;

IV – Portarias do Ministério da Saúde e SES/MS relacionadas à informação hospitalar;

V – Contrato de Gestão nº 001/2025 – SES/MS/SBCD.

CAPÍTULO II – DA ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA

Art. 4º. O SAME é subordinado à Gerência Administrativa e Financeira e mantém interface funcional com as seguintes áreas:

I – Diretoria Técnica e Assistencial;

II – Setor de Faturamento;

III – Auditoria Interna e Externa;

IV – Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);

V – Setor de Tecnologia da Informação (TI);

VI – Comissão de Prontuários e Ética Médica.

Art. 5º. A equipe mínima do SAME será composta por:

I – Supervisor do SAME, responsável técnico pelo setor;

II – Arquivistas, encarregados da organização física e digital dos prontuários;

III – Digitadores e codificadores, responsáveis pelo registro eletrônico e alimentação do sistema DATASUS;

IV – Auxiliares administrativos, para protocolo, entrega e devolução de documentos.

Art. 6º. O SAME deverá dispor de:

I – área física adequada, ventilada, com controle de acesso;

II – mobiliário próprio para armazenamento de documentos;

III – equipamentos de informática integrados ao sistema hospitalar;

IV – protocolo de segurança e backup eletrônico periódico.

CAPÍTULO III – DO RECEBIMENTO E CONTROLE DE PRONTUÁRIOS

Art. 7º. Todo prontuário deverá ser identificado com número único de registro hospitalar (RH), sendo este o identificador permanente do paciente no HRDJSN.

Art. 8º. Após a alta, transferência ou óbito, o prontuário físico deverá ser encaminhado ao SAME no prazo máximo de 24 horas, acompanhado do checklist de conferência documental assinado pelo enfermeiro ou responsável do setor.

Art. 9º. Compete ao SAME:

I – receber, protocolar e conferir os prontuários;

II – verificar completude de dados (anamnese, evolução médica e de enfermagem, exames, prescrições e relatórios);

III – identificar inconsistências e devolvê-los ao setor de origem para correção;

IV – digitalizar o prontuário conforme normas técnicas e arquivar o original físico.

Art. 10º. Os prontuários serão arquivados em duas modalidades:

I – Ativos: de pacientes em acompanhamento ambulatorial ou internações recentes (até 2 anos);

II – Inativos: após 2 anos de inatividade, transferidos ao arquivo permanente ou digitalizados.

CAPÍTULO IV – DA MOVIMENTAÇÃO E EMPRÉSTIMO DE PRONTUÁRIOS

Art. 11º. O empréstimo de prontuários só será permitido mediante requisição formal, contendo:

I – nome e setor solicitante;

II – finalidade (assistencial, auditoria, perícia, faturamento, pesquisa);

III – data e assinatura do responsável.

Art. 12º. É vedado o acesso ou empréstimo de prontuários a pessoas não autorizadas, salvo mediante ordem judicial ou autorização expressa da Direção do HRDJSN.

Art. 13º. O prazo para devolução de prontuários emprestados não poderá ultrapassar 72 horas, salvo em casos de auditoria interna ou externa devidamente justificados.

Art. 14º. O SAME manterá registro informatizado de movimentação, com controle de localização, prazos e responsáveis.

CAPÍTULO V – DO ARQUIVAMENTO E GUARDA DE DOCUMENTOS

Art. 15º. O arquivamento dos prontuários seguirá o método numérico direto por registro hospitalar (RH), complementado por índices nominais e alfabéticos eletrônicos.

Art. 16º. O espaço físico deverá garantir:

I – ambiente ventilado, seco e livre de agentes biológicos;

II – proteção contra incêndio, umidade e deterioração;

III – sistema de prateleiras metálicas e divisórias numeradas;

IV – controle de acesso restrito a colaboradores autorizados.

Art. 17º. A guarda dos prontuários observará os seguintes prazos:

I – 20 anos para documentos físicos originais (conforme CFM e Ministério da Saúde);

II – permanente, no caso de arquivos digitalizados e assinados eletronicamente;

III – 10 anos para relatórios estatísticos e de produtividade.

Art. 18º. O descarte de documentos físicos será realizado somente após digitalização e autorização formal da Direção e da SES/MS, seguindo as normas de descarte seguro e confidencial.

CAPÍTULO VI – DO SIGILO E DA CONFIDENCIALIDADE DAS INFORMAÇÕES

Art. 19º. O SAME deverá assegurar o sigilo absoluto das informações contidas nos prontuários, em conformidade com a LGPD e o Código de Ética Médica.

Art. 20º. É expressamente proibida a reprodução, divulgação ou acesso a informações médico-hospitalares sem autorização expressa.

Art. 21º. Todo colaborador do SAME deverá assinar Termo de Confidencialidade e Responsabilidade sobre Dados e Documentos, conforme modelo institucional da SBCD.

CAPÍTULO VII – DA ESTATÍSTICA HOSPITALAR E PRODUÇÃO DE INFORMAÇÕES

Art. 22º. O SAME é responsável pela compilação, consolidação e análise das informações estatísticas hospitalares, abrangendo:

I – número de internações, altas e óbitos;

II – média de permanência;

III – taxa de ocupação de leitos;

IV – mortalidade geral e específica;

V – produção ambulatorial e cirúrgica;

VI – perfil epidemiológico e de morbidade.

Art. 23º. Os relatórios estatísticos mensais serão encaminhados à Direção do HRDJSN, ao Setor de Faturamento e à SES/MS, servindo de base para auditorias, planejamento e prestação de contas.

Art. 24º. Os dados estatísticos também subsidiarão os indicadores institucionais e os sistemas nacionais de informação (SIH/SUS e SIA/SUS).

CAPÍTULO VIII – DA INTEGRAÇÃO COM O SISTEMA DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR

Art. 25º. O SAME manterá interface direta com o Faturamento e a TI, assegurando a correta codificação e transmissão das informações aos sistemas:

I – SIH/SUS (internações hospitalares);

II – SIA/SUS (atendimentos ambulatoriais);

III – CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde).

Art. 26º. Compete ao SAME validar as informações assistenciais e apoiar a Auditoria Interna no cruzamento de dados clínicos e administrativos.

CAPÍTULO IX – DA AUDITORIA E QUALIDADE

Art. 27º. O SAME participará dos processos de auditoria interna e externa, fornecendo prontuários, relatórios e documentos comprobatórios das informações prestadas.

Art. 28º. Serão realizados checklists mensais de qualidade documental, avaliando legibilidade, preenchimento completo e assinatura de profissionais.

Art. 29º. Os resultados das auditorias e das não conformidades deverão ser encaminhados ao Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) para registro e plano de ação corretiva.

CAPÍTULO X – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 30º. O presente Manual entra em vigor na data de sua aprovação pela Diretoria Executiva da SBCD e pela Superintendência do HRDJSN, revogando normas anteriores sobre o tema.

Art. 31º. Qualquer alteração nos procedimentos deverá ser formalizada por meio de comunicado interno e revisão documental, garantindo rastreabilidade e conformidade com a SES/MS.

Art. 32º. As atualizações do manual ocorrerão anualmente ou sempre que houver mudança normativa ou tecnológica que impacte as rotinas do SAME.

A implantação deste Manual assegura a **padronização e modernização da gestão documental** do HRDJSN, fortalecendo os pilares da **qualidade assistencial, segurança do paciente e governança institucional**. O SAME passa a operar como **núcleo estratégico de informação e memória hospitalar**, contribuindo diretamente para a **transparência e eficiência na gestão pública da saúde**.

MANUAL FARMÁCIA

A seguir está a **introdução adaptada** e a **transcrição técnica em formato textual do Manual de Boas Práticas da Farmácia Hospitalar**, baseada integralmente no documento que você anexou (MGI.20.001.02 – SBCD/HMC), já **ajustada ao contexto do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto – HRDJSN (Ponta Porã/MS)** e ao **Chamamento Público nº 001/2025 – SES/MS**.

MANUAL DE BOAS PRÁTICAS DA FARMÁCIA HOSPITALAR

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

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco (SBCD)

Introdução

*O **Manual de Boas Práticas da Farmácia Hospitalar** tem como finalidade apresentar, de forma clara e organizada, o funcionamento da **Farmácia do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto – HRDJSN**, descrevendo seus **processos, rotinas, responsabilidades e fluxos operacionais**, em conformidade com a **Política Estadual de Assistência Farmacêutica** e as **normas da Vigilância Sanitária e do Conselho Federal de Farmácia**.*

*A Farmácia Hospitalar é responsável por garantir o **uso seguro e racional dos medicamentos**, desde o recebimento e armazenamento até a dispensação e o acompanhamento do tratamento medicamentoso. Atua como unidade estratégica e multiprofissional de apoio à assistência, contribuindo para a **qualidade, eficácia e segurança dos cuidados prestados aos pacientes**.*

*Este manual tem como objetivo **padronizar e orientar as atividades** da equipe de farmacêuticos, armazenistas e líderes de estoque, assegurando o cumprimento dos princípios técnicos, éticos e legais da profissão farmacêutica. Além disso, reforça a importância da **integração entre os setores clínicos, administrativos e de***

***suprimentos**, de forma a garantir o uso eficiente dos recursos, a rastreabilidade dos medicamentos e a excelência nos serviços prestados à população atendida pelo SUS.*

1. Objetivo

Estabelecer diretrizes, normas e procedimentos que assegurem a qualidade, segurança e eficácia das atividades desenvolvidas na Farmácia Hospitalar do HRDJSN.

2. Alcance ou Aplicabilidade

Aplica-se a toda a equipe de farmacêuticos, armazenistas, líderes de estoque e profissionais de apoio logístico envolvidos nos processos de dispensação e controle de medicamentos.

3. Abreviaturas e Definições

Assistência Farmacêutica: conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo o medicamento como insumo essencial e o uso racional como princípio norteador.

CFF: Conselho Federal de Farmácia.

POP: Procedimento Operacional Padrão.

VISA: Vigilância Sanitária.

UTI: Unidade de Terapia Intensiva.

Rastreabilidade: capacidade de recuperação do histórico e da localização de um medicamento, lote ou item, por meio de registros identificados.

4. Desenvolvimento

4.1. Organograma Hierárquico

A estrutura hierárquica da farmácia compreende:

Diretor Técnico → Gerente Administrativo → Coordenação de Farmácia → Supervisão de Farmácia → Líder de Estoque → Armazenistas e Farmacêuticos Assistenciais.

4.2. Atribuições

Farmacêutico Responsável Técnico e Supervisor

De acordo com a Resolução nº 492/2008 do CFF, compete:

- *Gestão e desenvolvimento da infraestrutura farmacêutica;*
- *Controle de estoque, armazenamento e dispensação;*
- *Participação em comissões hospitalares;*
- *Cumprimento da legislação sanitária;*
- *Supervisão técnica e científica das atividades;*
- *Garantia da rastreabilidade dos medicamentos;*
- *Participação na educação permanente e farmacovigilância.*

Farmacêutico Assistencial

- *Realizar conciliação e otimização da terapia medicamentosa;*
- *Participar das visitas multiprofissionais e reuniões clínicas;*
- *Acompanhar o uso racional e a adesão terapêutica;*
- *Controlar o uso de antimicrobianos e medicamentos de alto custo;*
- *Atuar na farmacovigilância e farmacoeconomia;*
- *Apoiar as ações de ensino, pesquisa e auditoria.*

- *Líder de Farmácia*
- *Gerenciar o estoque e conferir recebimentos;*
- *Realizar compras emergenciais e controle de notas fiscais;*
- *Supervisionar a organização dos medicamentos e o cumprimento das normas;*
- *Controlar empréstimos e devoluções.*

Armazenistas

- *Dispensar medicamentos e atender requisições;*
- *Conferir lotes e validades;*
- *Manter a organização física e informatizada do estoque;*
- *Controlar temperatura, umidade e câmaras frias;*
- *Auxiliar o farmacêutico nas atividades técnicas e administrativas.*

4.3. Setores Envolvidos

A farmácia mantém relação funcional com:

- Internos: Almoxarifado, Suprimentos e setores assistenciais;
- Externos: órgãos de vigilância sanitária e fornecedores de nutrição parenteral.

Clientes internos: setores assistenciais e de internação (enfermarias, UTI, maternidade, pediatria, centro cirúrgico, obstétrico e CDI).

4.4. Atividades

A Farmácia Central opera 24 horas por dia, com equipe multiprofissional composta por farmacêuticos, armazenistas e líder de estoque.

O HRDJSN conta com 146 leitos e 3 salas cirúrgicas em funcionamento contínuo.

Dispensação: ocorre em turnos fixos (04h, 09h, 15h, 20h), com prescrição impressa até 10h e repesagem às 13h, 18h, 00h e 06h.

Devoluções: são processadas entre 07h e 18h (turno diurno) e 19h às 06h (noturno).

4.5. Processos Principais

- Fracionamento e Etiquetagem – garantir rastreabilidade, padronização e segurança no manuseio de medicamentos.
- Abastecimento e Estocagem – controle de reposição e conservação.
- Distribuição de Medicamentos – assegurar que o medicamento correto chegue ao paciente certo e no tempo adequado.
- Devoluções e Descarte – manejo adequado e seguro de resíduos e medicamentos vencidos.
- Controle de Temperatura e Umidade – manutenção das condições ideais de armazenamento.

- Controle de Limpeza – garantir ambiente limpo, livre de contaminações.

5. Responsabilidades e Atribuições

- Farmacêuticos: gestão técnica, orientação clínica e controle sanitário;
- Armazenistas: recebimento, organização e conferência;
- Líder de Estoque: monitoramento dos processos e relatórios operacionais.

6. Referências

- Portaria nº 344/1998 – Ministério da Saúde
- Resolução nº 492/2008 – Conselho Federal de Farmácia (CFF)
- Política Nacional de Educação Permanente – Ministério da Saúde
- Manual de Farmácia Hospitalar – Conselho Executivo de Farmácia Hospitalar (Brou et al.)

Conclusão

A implantação do Manual de Boas Práticas da Farmácia Hospitalar do HRDJSN fortalece o compromisso institucional da SBCD com a segurança do paciente, qualidade assistencial e eficiência logística, assegurando o uso racional de medicamentos e o cumprimento rigoroso das normas de vigilância sanitária e gestão pública da saúde.

MANUAL – MANUTENÇÃO

O **Manual de Manutenção, Operação e Controle (MOC)** tem por finalidade estabelecer as **diretrizes, normas e procedimentos técnicos** voltados à **manutenção preventiva, corretiva e preditiva** das instalações, equipamentos e sistemas do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto – HRDJSN**, sob gestão da **Sociedade Brasileira Caminho de Damasco (SBCD)**, em conformidade com o **Contrato de Gestão nº 001/2025 firmado com a Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso do Sul (SES/MS)**.

Este manual visa assegurar que todos os sistemas prediais, hospitalares e de apoio funcionem de forma **segura, contínua e eficiente**, com **confiabilidade técnica e conformidade normativa**, reduzindo riscos operacionais e garantindo o **pleno suporte às atividades assistenciais**.

A implementação do MOC é essencial para promover uma **gestão integrada da infraestrutura hospitalar**, orientada pelos princípios de **qualidade, sustentabilidade e segurança**, contribuindo para a **eficiência energética, controle ambiental e prolongamento da vida útil dos ativos** sob responsabilidade da Organização Social.

MANUAL DE MANUTENÇÃO, OPERAÇÃO E CONTROLE (MOC)

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

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco (SBCD)

1. Objetivos do Manual

I – Padronizar os procedimentos de manutenção e operação das instalações, equipamentos e sistemas prediais do HRDJSN;

II – Garantir a continuidade operacional dos serviços de saúde e a segurança de pacientes, profissionais e visitantes;

III – Assegurar a conformidade com as normas técnicas (ABNT, Anvisa, CREA, Corpo de Bombeiros, entre outras);

IV – Implementar rotinas de controle e monitoramento preventivo;

V – Promover o uso racional de recursos, a redução de falhas e a preservação patrimonial;

VI – Manter registros técnicos e relatórios de manutenção auditáveis e rastreáveis.

2. Abrangência

O MOC aplica-se a todas as atividades relacionadas à infraestrutura física e operacional do HRDJSN, compreendendo:

Sistemas elétricos e de energia de emergência (geradores e no-breaks);

Sistemas hidráulicos e sanitários;

Sistemas de ar-condicionado e ventilação (HVAC);

Sistemas de gases medicinais;

Equipamentos eletromédicos;

Sistemas de combate a incêndio e alarme;

Infraestrutura predial, telhados, pisos, redes e fachadas;

Elevadores, caldeiras, autoclaves e compressores;

Áreas externas, jardinagem e iluminação pública interna.

3. Estrutura Organizacional

A área de manutenção está subordinada à Gerência Administrativa e Financeira, integrando o Departamento de Infraestrutura e Engenharia Clínica.

Hierarquia funcional:

Gerente Administrativo → Coordenador de Manutenção → Técnicos de Manutenção → Operadores e Auxiliares.

O setor poderá contar, conforme a complexidade, com profissionais especializados nas áreas elétrica, hidráulica, refrigeração, marcenaria, serralheria e engenharia clínica.

4. Tipos de Manutenção

4.1. Manutenção Preventiva

Conjunto de ações programadas para evitar falhas e interrupções operacionais, conforme cronograma periódico.

Inclui inspeções, calibrações, lubrificações, trocas de componentes e testes de desempenho.

4.2. Manutenção Corretiva

Executada após a ocorrência de falhas ou defeitos, visando restabelecer o funcionamento do sistema ou equipamento no menor tempo possível, com registro das causas e soluções aplicadas.

4.3. Manutenção Preditiva

Baseada em monitoramento contínuo e medições técnicas (temperatura, vibração, pressão, ruído, energia), para antecipar falhas e otimizar recursos, especialmente aplicada a equipamentos críticos e de alto custo.

5. Planejamento e Controle de Manutenção

5.1. Planejamento

A manutenção preventiva será estruturada em cronograma anual, com revisões trimestrais.

O planejamento considerará:

Prioridade assistencial dos equipamentos e sistemas;

Histórico de falhas;

Condições ambientais e de uso;

Normas regulamentadoras (NRs);

Diretrizes de segurança e biossegurança hospitalar.

5.2. Controle e Registros

Cada atividade de manutenção deve ser registrada em Ordem de Serviço (OS) contendo:

Tipo de manutenção;

Setor e equipamento atendido;

Descrição da ocorrência;

Ação executada;

Data, horário e responsável técnico;

Assinatura do solicitante e do executor.

Essas informações integrarão o Relatório Mensal de Manutenção, consolidado pela Coordenação e encaminhado à Gerência e à SES/MS.

6. Programas de Monitoramento e Operação

I – Controle de Energia Elétrica: inspeção de quadros, cabos e geradores; testes mensais de grupos geradores e no-breaks.

II – Controle de Água: limpeza e desinfecção de caixas d'água; monitoramento de cloro residual e pH.

III – Controle de Ar-Condicionado: limpeza de filtros, dutos e serpentinas, conforme Portaria nº 3.523/98 e Resolução RE nº 9/2003 (Anvisa).

IV – Gases Medicinais: inspeção de rede, válvulas e manifolds; verificação de pressões e integridade de cilindros.

V – Combate a Incêndio: testes de alarmes, hidrantes, mangueiras, extintores e iluminação de emergência.

VI – Equipamentos Biomédicos: calibração e manutenção conforme cronograma da Engenharia Clínica.

7. Normas de Segurança e Meio Ambiente

Cumprir integralmente as Normas Regulamentadoras (NRs) do Ministério do Trabalho, em especial as NRs 10, 12, 13, 18, 32 e 35;

Manter Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) adequados;

Seguir procedimentos de lockout/tagout antes de intervenções elétricas;

Coletar e descartar resíduos conforme a PNRS (Lei nº 12.305/2010) e o PGRSS institucional;

Reduzir consumo de energia e água por meio de ações de eficiência energética e manutenção sustentável.

8. Relatórios, Indicadores e Auditoria

O setor de manutenção emitirá relatórios mensais e anuais contendo:

I – Total de Ordens de Serviço abertas e concluídas;

II – Percentual de manutenção preventiva realizada;

III – Equipamentos críticos e reincidências;

IV – Índice de tempo médio de reparo (MTTR) e tempo médio entre falhas (MTBF);

V – Custos diretos e indiretos de manutenção;

VI – Cronograma de melhorias e investimentos.

Esses relatórios serão submetidos à Diretoria Administrativa-Financeira, à Diretoria Técnica e à Comissão de Avaliação SES/MS.

9. Treinamento e Capacitação

Todos os profissionais de manutenção participarão de capacitações periódicas sobre:

Segurança do trabalho e biossegurança hospitalar;

Operação de sistemas elétricos e hidráulicos;

Manutenção de equipamentos eletromédicos;

Gestão de energia e sustentabilidade;

Atendimento a emergências técnicas.

10. Disposições Finais

Art. 1º. O presente Manual entra em vigor na data de sua aprovação pela Direção da SBCD e Superintendência do HRDJSN.

Art. 2º. Toda modificação, ampliação ou substituição de equipamentos deverá ser comunicada e registrada pela Coordenação de Manutenção.

Art. 3º. A atualização deste manual ocorrerá anualmente ou quando houver alteração normativa ou tecnológica.

Art. 4º. Os registros e relatórios deverão ser mantidos por período mínimo de 5 (cinco) anos, conforme legislação vigente e exigências da SES/MS.

Conclusão

A implantação deste Manual de Manutenção, Operação e Controle representa um marco para a gestão técnica e sustentável da infraestrutura do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto, assegurando confiabilidade operacional, segurança institucional e qualidade assistencial contínua.

Por meio da atuação integrada entre a SBCD e a SES/MS, este modelo de gestão reforça o compromisso com a excelência administrativa, eficiência energética e valorização do patrimônio público de saúde.

MANUAL – GESTÃO DE PESSOAS

O presente **Manual de Gestão de Pessoas** tem como finalidade estabelecer as **diretrizes, normas e procedimentos** que norteiam a administração de recursos humanos no **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto – HRDJSN**, sob gestão da **Sociedade Brasileira Caminho de Damasco (SBCD)**, em conformidade com o **Contrato de Gestão nº 001/2025 firmado com a Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso do Sul – SES/MS**.

A gestão de pessoas é um **pilar estratégico da governança hospitalar**, responsável pela formação, valorização e desempenho das equipes multiprofissionais que sustentam a assistência e os serviços de apoio.
Este manual busca assegurar uma atuação **ética, transparente e meritocrática**, promovendo o **desenvolvimento humano, a eficiência institucional e a humanização do ambiente de trabalho**, em alinhamento com os princípios do SUS e da Política Nacional de Humanização (PNH).

Por meio deste instrumento, a SBCD reforça seu compromisso com o **aperfeiçoamento contínuo da força de trabalho**, a **qualidade dos processos seletivos**, o **cumprimento da legislação trabalhista** e o **fomento à cultura organizacional orientada por resultados, segurança e excelência assistencial**.

MANUAL DE GESTÃO DE PESSOAS

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

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco (SBCD)

Introdução

O presente Manual de Gestão de Pessoas tem como finalidade estabelecer as diretrizes, normas e procedimentos que norteiam a administração de recursos humanos no Hospital Regional Dr. José de Simone Netto – HRDJSN, sob gestão da Sociedade Brasileira Caminho de Damasco (SBCD), em conformidade com o Contrato de Gestão nº 001/2025 firmado com a Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso do Sul – SES/MS.

A gestão de pessoas é um pilar estratégico da governança hospitalar, responsável pela formação, valorização e desempenho das equipes multiprofissionais que sustentam a assistência e os serviços de apoio.

Este manual busca assegurar uma atuação ética, transparente e meritocrática, promovendo o desenvolvimento humano, a eficiência institucional e a humanização do ambiente de trabalho, em alinhamento com os princípios do SUS e da Política Nacional de Humanização (PNH).

Por meio deste instrumento, a SBCD reforça seu compromisso com o aperfeiçoamento contínuo da força de trabalho, a qualidade dos processos seletivos, o cumprimento da legislação trabalhista e o fomento à cultura organizacional orientada por resultados, segurança e excelência assistencial.

1. Objetivos do Manual

I – Estabelecer as normas e procedimentos relativos à admissão, administração e desligamento de pessoal;

II – Padronizar os processos de recrutamento, seleção, capacitação e avaliação de desempenho;

III – Garantir o cumprimento das leis trabalhistas, previdenciárias e éticas aplicáveis;

IV – Promover ambiente de trabalho seguro, colaborativo e humanizado;

V – Assegurar transparência e rastreabilidade em todas as etapas da gestão de pessoas;

VI – Fomentar a valorização profissional e a educação permanente em saúde.

2. Abrangência

Este manual aplica-se a todos os colaboradores, estagiários, prestadores de serviço e gestores vinculados ao HRDJSN, em qualquer regime contratual mantido pela Sociedade Brasileira Caminho de Damasco (SBCD).

3. Estrutura Organizacional e Responsabilidades

A gestão de pessoas está subordinada à Gerência Administrativa e Financeira, e integra o Setor de Recursos Humanos (RH) do HRDJSN.

Compete ao setor de RH:

I – Executar e acompanhar todos os processos administrativos de pessoal;

II – Manter atualizados os registros funcionais e o controle de frequência;

III – Assegurar conformidade legal, ética e contratual;

IV – Apoiar gestores na condução de equipes e na mediação de conflitos;

V – Implementar políticas de desenvolvimento e capacitação.

3.1. Estrutura Hierárquica

Diretoria Administrativa → Gerência Administrativa → Coordenação de RH → Analistas → Assistentes e Auxiliares de Pessoal.

4. Políticas e Diretrizes Gerais

4.1. Princípios da Gestão de Pessoas

A gestão de pessoas na SBCD e no HRDJSN fundamenta-se nos seguintes princípios:

Legalidade e ética profissional;

Igualdade de oportunidades e mérito;

Valorização da competência técnica e do comportamento organizacional;

Humanização e empatia nas relações de trabalho;

Capacitação e educação permanente;

Comprometimento com resultados institucionais e qualidade assistencial.

5. Processos de Gestão de Pessoas

5.1. Recrutamento e Seleção

O recrutamento será público e transparente, conduzido pela SBCD conforme os critérios de:

Competência técnica e experiência comprovada;

Adequação ao perfil do cargo e à missão institucional;

Ética, compromisso social e disponibilidade para trabalho em equipe.

Etapas básicas:

Levantamento de vagas e perfil do cargo;

Divulgação pública e interna da vaga;

Recebimento e triagem de currículos;

Entrevistas técnicas e comportamentais;

Avaliação de aderência e documentação;

Contratação e integração ao serviço.

5.2. Admissão e Integração

Após aprovação, o colaborador passa por processo de admissão formal, com verificação documental, exames admissionais e registro em sistema.

Segue-se o Programa de Integração Institucional, que apresenta:

Missão, visão e valores do HRDJSN;

Estrutura organizacional;

Normas internas, código de ética e conduta;

Regras de segurança, biossegurança e comportamento ético.

5.3. Capacitação e Educação Permanente

A Educação Permanente em Saúde é parte estruturante da política de RH e abrange:

Treinamentos obrigatórios (NR-32, humanização, segurança do paciente, LGPD, PNH);

Oficinas de capacitação técnica setorial;

Atualizações clínicas e administrativas;

Avaliação pós-treinamento para aferir resultados.

O setor de RH manterá registro de participação, frequência e eficácia dos programas.

5.4. Avaliação de Desempenho

A avaliação será semestral, realizada pela chefia imediata e supervisionada pelo RH.

Critérios principais:

Assiduidade e pontualidade;

Desempenho técnico e qualidade do trabalho;

Relacionamento interpessoal e trabalho em equipe;

Cumprimento de metas e indicadores;

Ética, sigilo e postura profissional.

O resultado servirá de base para promoções, bonificações, treinamentos e ações corretivas.

5.5. Gestão de Ponto e Frequência

O controle de jornada será realizado por sistema eletrônico de ponto biométrico, auditado pelo RH.

As escalas deverão ser programadas com antecedência e validadas pela chefia imediata.

Faltas e atrasos serão tratados conforme a legislação trabalhista e o regimento interno.

5.6. Cargos, Salários e Benefícios

A estrutura de cargos e salários será definida em Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS), aprovado pela SBCD e SES/MS.

Serão garantidos benefícios previstos em contrato, tais como:

Vale-alimentação ou refeição;

Vale-transporte;

Assistência à saúde ocupacional;

Programas de bem-estar e qualidade de vida.

5.7. Saúde e Segurança do Trabalho

O RH, em conjunto com o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), assegurará:

Cumprimento das Normas Regulamentadoras (NRs), especialmente NR-32 (Saúde) e NR-6 (EPI);

Exames admissionais, periódicos e demissionais;

Campanhas de vacinação e prevenção;

Ações de ergonomia, biossegurança e saúde mental no trabalho.

5.8. Ética e Conduta Profissional

Todos os colaboradores deverão observar o Código de Ética da SBCD e as normas internas do HRDJSN, abstendo-se de condutas que comprometam a imagem institucional.

Infrações serão tratadas conforme as normas trabalhistas e o regimento disciplinar interno.

5.9. Desligamento

O desligamento poderá ocorrer por:

Pedido de demissão;

Término contratual;

Justa causa;

Encerramento de contrato de gestão ou ajuste institucional.

Em todos os casos, o RH deverá realizar entrevista de desligamento, avaliando o histórico, conduta e contribuição do colaborador.

6. Indicadores de Gestão de Pessoas

Os principais indicadores monitorados pelo RH serão:

Taxa de rotatividade (turnover);

Absenteísmo;

Horas de capacitação por colaborador;

Índice de satisfação de colaboradores;

Percentual de avaliações de desempenho concluídas;

Percentual de profissionais treinados em segurança e biossegurança;

Índice de conformidade de escalas e jornada.

Esses indicadores comporão o Relatório de Gestão de Pessoas, enviado mensalmente à Diretoria e à SES/MS.

7. Comunicação Interna e Clima Organizacional

A comunicação com as equipes será feita por meio de:

Comunicados oficiais e murais institucionais;

Reuniões setoriais e encontros de alinhamento;

Canais de ouvidoria e sugestões;

Programas de valorização profissional e integração.

O clima organizacional será avaliado periodicamente, visando identificar oportunidades de melhoria e fortalecer o engajamento das equipes.

8. Disposições Finais

Art. 1º. O presente Manual entra em vigor na data de sua aprovação pela Diretoria Executiva da SBCD e pela Superintendência do HRDJSN.

Art. 2º. As atualizações ocorrerão anualmente ou sempre que houver mudanças legais, estruturais ou normativas.

Art. 3º. Casos omissos serão resolvidos pela Gerência Administrativa e pelo Setor de Recursos Humanos, com ciência da Diretoria da SBCD e da SES/MS.

Conclusão

A **Gestão de Pessoas** é o eixo que sustenta a qualidade e a eficiência do cuidado hospitalar.

Com este manual, o **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto** consolida um modelo de administração de pessoal **ético, participativo e meritocrático**, promovendo a valorização das equipes e a excelência nos serviços prestados ao SUS.

A **SBCD** reafirma, assim, seu compromisso com a **profissionalização da gestão pública em saúde**, integrando pessoas, processos e resultados a serviço da vida.

MANUAL TI – TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

O presente **Manual de Tecnologia da Informação (TI)** tem por objetivo estabelecer as **diretrizes, normas e procedimentos** que orientam a gestão, operação e segurança dos sistemas informatizados e dos recursos tecnológicos utilizados no **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto – HRDJSN**, sob a gestão da **Sociedade Brasileira Caminho de Damasco (SBCD)**.

A Tecnologia da Informação é um eixo estratégico de suporte à **governança clínica, administrativa e financeira**, garantindo a **disponibilidade, integridade, confidencialidade e**

rastreabilidade dos dados que sustentam os processos assistenciais e operacionais da unidade hospitalar.

Por meio deste manual, a SBCD assegura a adoção de **boas práticas de gestão em TI**, compatíveis com os padrões de **governança digital, segurança da informação e conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018)**, promovendo a eficiência, a transparência e a sustentabilidade tecnológica da instituição.

MANUAL DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO (TI)

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

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco (SBCD)

1. Objetivos do Manual

I – Definir os princípios, responsabilidades e fluxos que orientam a gestão da TI no HRDJSN;

II – Garantir a segurança da informação e o controle de acesso aos sistemas;

III – Assegurar a disponibilidade contínua da infraestrutura tecnológica;

IV – Promover a inovação e a melhoria contínua dos processos digitais;

V – Padronizar os procedimentos de suporte técnico, manutenção e atualização de sistemas;

VI – Assegurar o cumprimento das legislações e políticas de proteção de dados e privacidade.

2. Abrangência

Este manual aplica-se a todos os colaboradores, prestadores de serviço, gestores e parceiros que utilizem recursos tecnológicos, redes, sistemas e informações no âmbito do HRDJSN.

Abrange os seguintes componentes:

- *Infraestrutura de rede e servidores;*
- *Sistemas de informação hospitalar e administrativos (SUS/DATASUS, CNES, e-SUS, SIH/SIA, etc.);*
- *Hardware, software, impressoras, telefonia e dispositivos móveis;*
- *Gestão de acessos, backups e segurança cibernética.*

3. Estrutura Organizacional de TI

A área de Tecnologia da Informação está vinculada à Gerência Administrativa e Financeira e atua em conjunto com as áreas de Faturamento, Recursos Humanos, Suprimentos, Almoxarifado, Farmácia e Setores Assistenciais.

Hierarquia funcional:

Gerência Administrativa → Coordenação de TI → Analista de Sistemas → Técnico de Suporte e Infraestrutura.

4. Diretrizes Gerais

4.1. Política de Governança em TI

A gestão de TI deve observar:

- *Planejamento estratégico alinhado à missão institucional;*
- *Padrões de interoperabilidade e integração entre sistemas;*
- *Gestão documental e digital com certificação de autenticidade;*
- *Monitoramento de desempenho e disponibilidade;*
- *Conformidade com políticas de segurança e privacidade.*

4.2. Princípios Fundamentais

- *Confidencialidade: proteção contra acesso não autorizado;*
- *Integridade: manutenção da exatidão e consistência dos dados;*
- *Disponibilidade: garantia de acesso contínuo aos sistemas;*
- *Autenticidade: identificação e validação de usuários;*
- *Rastreabilidade: registro de acessos, modificações e eventos críticos.*

5. Segurança da Informação

5.1. Controle de Acesso

Cada colaborador possui um usuário individual e intransferível;

É proibido o compartilhamento de senhas ou credenciais;

Perfis de acesso serão definidos conforme a função e o princípio do menor privilégio;

O desligamento de colaboradores implica bloqueio imediato de acessos.

5.2. Backup e Armazenamento

Backups diários automáticos serão realizados em servidores locais e em nuvem;

As cópias de segurança serão mantidas por período mínimo de 6 meses, com monitoramento e auditoria semanal;

A restauração de dados seguirá fluxos autorizados e controlados pela Coordenação de TI.

5.3. Proteção contra Ameaças

Utilização obrigatória de antivírus corporativo e firewall ativo;

Bloqueio de sites e dispositivos não autorizados;

Atualizações automáticas de segurança e sistema operacional;

Treinamentos periódicos de segurança digital e boas práticas de uso para os colaboradores.

6. Gestão de Infraestrutura e Suporte Técnico

6.1. Equipamentos e Rede

A TI é responsável pela instalação, manutenção e atualização de:

Servidores, roteadores, switches e pontos de rede;

Computadores, impressoras e periféricos;

Sistema de telefonia e videoconferência;

Monitoramento de energia e nobreaks.

Todos os equipamentos devem possuir etiqueta patrimonial, registro de manutenção e termo de responsabilidade de uso.

6.2. Suporte Técnico

O suporte funcionará de forma presencial e remota, 24 horas/dia para setores assistenciais críticos;

Chamados técnicos serão registrados via Sistema de Atendimento de TI (Help Desk), com numeração e rastreio;

Serão priorizados incidentes que impactem serviços clínicos, faturamento ou sistemas de informação hospitalar.

7. Sistemas de Informação Hospitalar

O HRDJSN utilizará sistemas homologados pela SES/MS e DATASUS, incluindo:

e-SUS Hospitalar – registros assistenciais e administrativos;

SIH/SUS e SIA/SUS – faturamento hospitalar e ambulatorial;

CNES e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde;

Sistemas internos de gestão da SBCD (financeiro, RH, compras e manutenção).

A Coordenação de TI deve assegurar:

Treinamento dos usuários e suporte contínuo;

Atualização de versões e compatibilidade de dados;

Integração entre módulos administrativos e clínicos;

Monitoramento de tempo de resposta e disponibilidade.

8. Política de Uso dos Recursos de TI

O uso dos recursos tecnológicos é exclusivamente profissional;

É vedado o acesso a conteúdos impróprios, redes sociais e serviços pessoais;

Todos os dispositivos estão sujeitos a monitoramento de tráfego e auditoria;

É obrigatória a leitura e assinatura do Termo de Uso e Confidencialidade de TI.

9. Conformidade com a LGPD

O tratamento de dados pessoais observará integralmente os princípios da Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018), especialmente quanto a:

Finalidade e necessidade;

Consentimento informado;

Minimização e retenção limitada de dados;

Proteção contra vazamentos e acessos indevidos;

Direitos dos titulares (pacientes, colaboradores e terceiros).

A SBCD designará um Encarregado de Dados (DPO) responsável por orientar e fiscalizar o cumprimento da legislação.

10. Indicadores de Desempenho em TI

A Coordenação de TI deverá manter e atualizar mensalmente indicadores de desempenho, incluindo:

Taxa de disponibilidade dos sistemas;

Tempo médio de atendimento de chamados;

Percentual de falhas críticas resolvidas;

Nível de satisfação dos usuários;

Percentual de backups verificados com sucesso;

Cumprimento do plano de atualização de softwares e hardwares.

11. Treinamentos e Capacitação

Serão realizadas capacitações periódicas com foco em:

Segurança da informação e proteção de dados;

Uso adequado dos sistemas e plataformas;

Procedimentos de contingência e continuidade de negócio;

Inovações tecnológicas aplicadas à gestão hospitalar.

12. Disposições Finais

Art. 1º. O presente Manual entra em vigor na data de sua aprovação pela Diretoria Executiva da SBCD e pela Superintendência do HRDJSN.

Art. 2º. As atualizações serão realizadas anualmente ou sempre que houver inovação tecnológica ou mudança normativa.

Art. 3º. Casos omissos serão analisados pela Coordenação de TI, com ciência da Diretoria Administrativa-Financeira.

Art. 4º. Todos os usuários devem ler, compreender e assinar o Termo de Responsabilidade e Confidencialidade Digital, condição indispensável para uso dos sistemas.

Conclusão

A implantação deste **Manual de Tecnologia da Informação** garante ao **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto** um modelo de **gestão tecnológica moderno, seguro e eficiente**, capaz de sustentar a assistência de alta qualidade e a governança administrativa da unidade. Com práticas baseadas em segurança da informação, inovação e conformidade legal, a **SBCD** reafirma seu compromisso com a **transformação digital da gestão hospitalar pública**, fortalecendo a transparência, a confiabilidade dos dados e o cuidado centrado no paciente.

MANUAL DE ROTINAS JURÍDICAS

MANUAL JURÍDICO INSTITUCIONAL

Hospital Municipal de Ponta Porã – Organização Social de Saúde Gestora

1. Finalidade e Abrangência

Este Manual estabelece as **diretrizes, procedimentos e fluxos jurídicos internos** que disciplinam a atuação do Setor Jurídico no Hospital Municipal de Ponta Porã, visando garantir **segurança jurídica, integridade institucional e conformidade legal** de todas as atividades administrativas, contratuais e operacionais.

Aplica-se a todos os setores da unidade e da entidade gestora envolvidos em **contratações, convênios, licitações, compras, recursos humanos, contabilidade, controladoria, patrimônio e auditoria interna.**

2. Princípios Jurídicos e Normativos

A atuação jurídica da Organização Social observará os seguintes **princípios fundamentais**:

Legalidade e moralidade administrativa;

II. **Publicidade e transparência dos atos**;

Eficiência, economicidade e sustentabilidade;

Segurança jurídica e responsabilidade institucional;

Impessoalidade e vedação ao conflito de interesses;

Prevenção e mitigação de riscos jurídicos;

Controle de prazos e conformidade documental.

A aplicação prática segue a legislação vigente, especialmente:

Lei nº 13.019/2014 (MROSC);

Lei nº 14.133/2021 (Nova Lei de Licitações e Contratos);

Lei nº 8.429/1992 (Improbidade Administrativa);

Lei nº 12.527/2011 (Lei de Acesso à Informação);

Decreto Municipal e Contrato de Gestão vigente;

Regulamento de Compras e Contratações da OSS.

3. Estrutura Jurídica Institucional

A **Superintendência Jurídica** é o órgão responsável pela coordenação, supervisão e controle das atividades jurídicas e de integridade do Hospital Municipal de Ponta Porã e da Organização Social gestora. Atua de forma articulada com a Direção Geral, assegurando conformidade legal, segurança institucional e alinhamento com as políticas públicas de saúde.

3.1. Composição Hierárquica

a) Superintendência Jurídica

Instância superior de decisão e representação legal da entidade;

Responsável por estabelecer diretrizes estratégicas, revisar pareceres complexos e representar a OSS em instâncias externas e administrativas;

Garante a conformidade institucional com as Leis nº 13.019/2014, nº 14.133/2021 e demais normas aplicáveis.

b) Gerência Jurídica

Unidade executiva de gestão e assessoramento jurídico;

Coordena o fluxo de demandas internas, pareceres, contratos e processos administrativos;

Reporta-se diretamente à Superintendência Jurídica e mantém interface técnica com os núcleos operacionais.

c) Núcleo de Contratos e Convênios (NCC)

Responsável pela análise jurídica e acompanhamento de todos os contratos, aditivos, distratos e convênios;

Realiza controle de prazos, publicações, vigência e relatórios de conformidade;

d) Núcleo de Ouvidoria (NO)

Atua na mediação institucional com usuários, colaboradores e órgãos públicos;

Recebe, analisa e encaminha manifestações, denúncias ou reclamações de natureza jurídica e ética;

Garante resposta fundamentada e dentro dos prazos regimentais.

e) Núcleo de Compliance e Integridade (NCI)

Implementa e fiscaliza políticas de integridade, ética, prevenção à corrupção e conflito de interesses;

Supervisiona a aplicação do Código de Conduta e da Política Anticorrupção;

Monitora riscos jurídicos e conformidade normativa, em alinhamento ao Plano de Integridade Institucional.

f) Núcleo de Qualidade e Gestão de Riscos (NQGR)

Responsável por monitorar indicadores jurídicos e operacionais (SLA de pareceres, prazos e conformidade documental);

Executa auditorias internas e planos de melhoria;

Integra o sistema de governança da qualidade e presta apoio à certificação ONA e P4P.

g) Núcleo de Projetos (NPJ)

Atua na elaboração e análise de projetos estratégicos, convênios, termos de parceria e ajustes normativos;

Apoia a Superintendência Jurídica em revisões legais de programas de inovação, digitalização e transformação administrativa;

Realiza estudos técnicos de impacto técnico-prospectivos.

3.2. Competências Gerais do Sistema Jurídico Institucional

Garantir a **conformidade legal e contratual** de todos os processos da unidade;

Emitir **pareceres jurídicos vinculativos** sobre matérias administrativas, trabalhistas e contratuais;

Assegurar **governança e rastreabilidade documental**;

Manter **interface técnica contínua** com as áreas de compras, contabilidade, RH, patrimônio e qualidade;

Gerar **relatórios de conformidade trimestrais** à Direção Geral e à Controladoria.

4. Fluxo Jurídico de Contratos e Convênios

4.1. Etapas do Processo Contratual:

Solicitação do Setor Demandante: preenchimento de formulário de requisição, justificativa e documentação básica.

Análise Jurídica Prévia: verificação de conformidade com a Lei 14.133/2021, regulamento e minuta padrão.

Parecer Jurídico: emissão formal e juntada ao processo.

Validação pela Superintendência Jurídica: assinatura e autorização.

Publicação e Registro: disponibilização no portal de transparência e cadastro no sistema.

Acompanhamento e Controle: verificação contínua de execução, vigência e relatórios de conformidade.

4.2. Contratos Padrão:

Prestação de serviços;

Fornecimento de materiais;

Convênios com entes públicos;

Parcerias técnico-científicas;

Contratos de gestão e cooperação.

Cada modalidade possui minuta padrão validada pelo Setor Jurídico e revisada anualmente.

5. Gestão de Riscos Jurídicos

A prevenção de riscos é pilar essencial da gestão jurídica. São adotadas as seguintes ferramentas:

Matriz de Risco Jurídico, classificando cada contrato por nível (baixo, médio, alto risco);

Checklist de conformidade documental (certidões, garantias, vigência, registros);

Controle eletrônico de prazos e vencimentos (via ERP e planilhas automáticas);

Relatórios mensais de contingência e medidas corretivas;

Auditorias jurídicas internas e externas – revisão amostral de processos.

Casos de não conformidade são reportados imediatamente à Superintendência Jurídica e Diretoria.

6. Controle de Notificações e Demandas Judiciais

O Setor Jurídico manterá sistema eletrônico para registro e controle de todos os **protocolos jurídicos, notificações, ofícios, intimações, citações e despachos administrativos.**

Fluxo operacional:

Recebimento e protocolo da notificação;

Identificação do assunto e responsável interno;

Elaboração de resposta técnica ou defesa;

Acompanhamento até o encerramento do caso.

O histórico e a tramitação são arquivados digitalmente no **sistema GED (Gestão Eletrônica de Documentos)**.

7. Governança Jurídica e Compliance

A SBCD adota um modelo de **governança jurídica baseada em integridade institucional**, composta por:

Código de Conduta e Ética;

Política Anticorrupção e de Conflito de Interesses;

Política de Conformidade e Due Diligence;

Plano de Integridade e Treinamentos Periódicos.

Todos os colaboradores devem assinar **termo de ciência e compromisso ético**, observando sigilo e responsabilidade legal.

8. Integração com Áreas Administrativas

A Assessoria Jurídica atua de forma articulada com os setores de:

Compras e Suprimentos: análise de editais, atas e contratos;

Recursos Humanos: admissões, desligamentos e sindicâncias;

Contabilidade e Finanças: controle de obrigações legais e fiscais;

Manutenção e Patrimônio: cessões e contratos de bens públicos;

Comunicação e Transparência: publicações e portal da transparência.

Cada processo administrativo que envolva obrigações legais deve conter **manifestação formal do Jurídico** antes da decisão final.

9. Indicadores de Desempenho Jurídico

São monitorados, trimestralmente, os seguintes indicadores de efetividade:

Percentual de contratos analisados dentro do prazo legal (>95%);

Tempo médio de emissão de parecer jurídico (<5 dias úteis);

Índice de notificações atendidas dentro do prazo (>98%);

Percentual de aditivos com conformidade total (>95%);

Incidência de litígios ou sanções administrativas (meta: zero).

Os resultados são apresentados em **relatório jurídico-gerencial** à Superintendência Jurídica.

10. Gestão Documental e Arquivamento

Todos os processos jurídicos são **digitalizados e armazenados eletronicamente**, garantindo rastreabilidade e conformidade com a **Lei nº 13.709/2018 (LGPD)**. Os documentos originais devem ser mantidos em arquivo físico seguro, com controle de acesso e protocolo de movimentação.

Prazos de guarda seguem:

Contratos e convênios: 10 anos após encerramento;

Pareceres e relatórios: 5 anos;

Documentos fiscais e contábeis: conforme legislação tributária.

11. Treinamento e Atualização Jurídica

A equipe jurídica e os gestores das áreas correlatas participam de **capacitações semestrais**, abordando:

Atualizações da legislação administrativa e contratual;

Prevenção de irregularidades e gestão de riscos;

Ética, integridade e governança pública;

Boas práticas de gestão documental e LGPD.

Esses treinamentos são registrados no Plano de Desenvolvimento Institucional.

12. Disposições Finais

I. Este Manual deverá ser revisado **anualmente** ou sempre que houver alteração normativa relevante.

II. Os casos omissos serão resolvidos pela Superintendência Jurídica, em conjunto com a Direção Geral.

III. A observância deste Manual é obrigatória a todos os colaboradores, gestores e contratados da SBCD

POPs E PROTOCOLOS CLÍNICOS

Protocolos Operacionais Padrão (POP's) – HRDJSN

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

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco (SBCD)

Os **Protocolos Operacionais Padrão (POP's)** constituem instrumentos fundamentais para a **padronização das práticas assistenciais e administrativas**, garantindo que todos os processos executados no **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto – HRDJSN** sejam realizados de forma **segura, uniforme e rastreável**, conforme as melhores evidências científicas e as diretrizes da **Organização Nacional de Acreditação (ONA)** e do **Ministério da Saúde**.

A implantação dos POP's visa assegurar a **qualidade da assistência**, a **segurança do paciente** e a **eficiência operacional**, reduzindo a variabilidade dos procedimentos e prevenindo falhas que possam comprometer o cuidado e a integridade dos usuários e profissionais de saúde.

Cada protocolo foi elaborado de forma participativa, com base em normas técnicas, legislações vigentes e diretrizes das comissões hospitalares.

Esses documentos servem como **referência prática para a execução das rotinas institucionais**, contribuindo para o alcance de padrões de excelência e para o cumprimento dos critérios de acreditação hospitalar.

Observação: os POP's detalhados (com fluxos, responsabilidades, materiais, periodicidade e registros) serão **apresentados como anexos técnicos ao Plano de Trabalho**, compondo o conjunto de documentos comprobatórios de gestão da qualidade assistencial.

Relação dos 24 Protocolos Operacionais Padrão (POP's) do HRDJSN

1. Acolhimento e classificação de risco;
2. Admissão, alta e transferência de pacientes;
3. Transporte intra e inter-hospitalar (pacientes críticos e semi-críticos);
4. Avaliação de risco, estadiamento e tratamento de lesão por pressão;
5. Higienização das mãos;
6. Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
7. Identificação do paciente;
8. Avaliação de risco e prevenção de quedas;
9. Cirurgia segura (incluindo etapas pré, intra e pós-operatórias);
10. Preparo para realização de exames laboratoriais (sangue, urina e fezes);
11. Preparo para exames de imagem (radiografia, ultrassonografia, tomografia) e procedimentos diagnósticos (endoscopia e citologia);
12. Segurança do paciente na UTI adulto;
13. Internações para cirurgias eletivas;
14. Atendimento e notificação de acidentes de trabalho com material biológico;
15. Processamento de materiais na Central de Material e Esterilização (CME);
16. Implantação, manutenção e remoção de Cateter Central de Inserção Periférica (PICC);
17. Implantação, manutenção e remoção de acesso venoso central;
18. Controle e prevenção de infecção hospitalar;
19. Acondicionamento e descarte de resíduos de serviços de saúde;
20. Atendimento a pacientes sob medidas de isolamento;

21. Limpeza e desinfecção de superfícies hospitalares;

22. Manejo de óbitos e encaminhamento de corpos;

23. Comunicação de eventos adversos e incidentes de segurança;

24. Auditoria e atualização periódica dos POP's institucionais.

Considerações Finais

A adoção e atualização sistemática dos **Protocolos Operacionais Padrão** consolidam a cultura de qualidade e segurança no HRDJSN, integrando as equipes multiprofissionais em torno de práticas baseadas em evidências e em uma gestão orientada à excelência. A **SBCD** reafirma seu compromisso com a **padronização, capacitação contínua e auditoria dos processos**, assegurando que o hospital opere em conformidade com as exigências técnicas e normativas do Sistema Único de Saúde e dos órgãos acreditadores.

3. QUALIDADE E HUMANIZAÇÃO

COMISSÕES E NÚCLEOS

COMISSÕES EM HOSPITAL: INSTRUMENTOS DE GOVERNANÇA, QUALIDADE E PARTICIPAÇÃO SOCIAL

As comissões em Hospitais são instrumentos estratégicos de gestão participativa, clínica e administrativa, com forte base legal e conceitual no SUS. Elas promovem qualidade, segurança, escuta social, ética e desenvolvimento profissional contínuo, contribuindo decisivamente para a integralidade e resolutividade do cuidado em urgência e emergência. As comissões em uma

Unidade Hospitalar desempenham um papel estratégico para assegurar a qualidade da atenção à saúde, a segurança do paciente e a organização da gestão, sendo elementos fundamentais dentro da lógica do Sistema Único de Saúde (SUS). Elas viabilizam a governança clínica e institucional ao promover práticas seguras, humanizadas e baseadas em evidências, além de assegurar o cumprimento das normativas legais e das diretrizes das políticas públicas de saúde.

A SBCD manterá em funcionamento permanente um conjunto de comissões e núcleos estratégicos, essenciais para a governança assistencial, a qualificação dos processos de cuidado e a conformidade com os marcos regulatórios e éticos aplicáveis aos serviços de saúde. São eles:

1. Comissão de Revisão de Prontuários
2. Comissão de Revisão de Óbitos
3. Comissão de Ética Médica
4. Comissão de Ética de Enfermagem
5. Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
6. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
7. Comissão de Farmácia e Terapêutica
8. Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde
9. Comissão e Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente e Gerenciamento de Riscos
10. Comissão da Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional
11. Comissão Serviço de Especializado de Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho SESMT.
12. Comissão de prevenção e tratamento de lesões de pele (feridas e ostomias)

Cada uma dessas estruturas institucionais possui atribuições específicas, voltadas à normatização, acompanhamento, análise crítica e melhoria contínua dos processos assistenciais e de apoio, assegurando o cumprimento das diretrizes clínicas, sanitárias e de biossegurança, bem como a segurança do paciente, a rastreabilidade de eventos adversos e a efetividade das ações de cuidado.

De forma sistemática, todas as comissões e núcleos atuam de maneira transversal e articulada, com composição multiprofissional, prevendo, quando necessário, a presença de membros representantes de outras instâncias, a fim de garantir coerência institucional, agilidade na tomada de decisão e integração entre os processos de auditoria, avaliação e resposta assistencial. Essa intercomunicação fortalece a gestão da qualidade e a responsabilização compartilhada, em consonância com os princípios da integralidade, equidade e segurança do Sistema Único de Saúde.

Transversalidade:

A atuação dos Núcleos sempre será de forma transversal e articulada com as comissões institucionais obrigatórias, formando uma rede integrada de segurança:

Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. (CCIRAS), a Comissão e Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente e Gerenciamento de Riscos, a Comissão de Verificação de Óbitos e a Comissão de Ética são essenciais para monitorar riscos assistenciais, avaliar eventos adversos, revisar condutas e propor protocolos clínicos. Essas instâncias contribuem diretamente para a implantação da Política Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), criando uma cultura de segurança e qualidade na prestação de serviços.

A Comissão de Ética de Enfermagem (CEE): parceria na identificação de condutas que comprometem a segurança e ações educativas em ética clínica.

Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde e (CCIRAS): articulação na vigilância de infecções relacionadas à assistência e ações preventivas.

A CIPA e SESMT: atuação conjunta na mitigação de riscos ocupacionais e proteção da saúde dos trabalhadores.

Comissão de Farmácia e Terapêutica: padronização segura de medicamentos e avaliação de erros de medicação.

Serviço Especializado em Engenharia de Segurança (SESMT): gestão de riscos estruturais, equipamentos e ambiência segura.

Além disso, as comissões colaboram com o planejamento, a avaliação e a melhoria contínua dos serviços, favorecendo uma gestão mais qualificada e participativa. A Comissão de Ética, por exemplo, atua na mediação de conflitos e no fortalecimento da ética profissional, enquanto comissões de educação permanente promovem a qualificação contínua das equipes por meio de treinamentos e atualização de protocolos. Essas ações se alinham à Estratégia Nacional de Educação Permanente em Saúde (ENEPS), que é uma diretriz estruturante do SUS.

A presença de comissões também fortalece a participação social. Instâncias como o Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) e a Comissão de Humanização garantem a escuta ativa das demandas da população, promovem a transparência na gestão e contribuem para a legitimação institucional do Hospital, conforme previsto nos princípios do controle social do SUS. A análise das manifestações dos usuários e o acompanhamento de indicadores de satisfação são instrumentos importantes para a melhoria dos serviços.

Por fim, é importante ressaltar que a existência e o funcionamento de comissões são frequentemente exigidos por normas do Ministério da Saúde, da ANVISA e por instrumentos de certificação e avaliação, como o QualiSUS e a Organização Nacional de Acreditação (ONA). A ausência dessas estruturas pode comprometer o processo de habilitação da unidade e a captação de recursos financeiros, além de fragilizar os processos assistenciais e gerenciais.

Ou seja, as comissões são ferramentas essenciais para assegurar a efetividade, a integralidade e a resolutividade do cuidado em urgência e emergência. Elas estruturam a gestão da qualidade e promovem uma assistência segura, ética e alinhada aos princípios e diretrizes do SUS.

1. COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

Esta comissão contribui significativamente para o fortalecimento da governança clínica, da segurança do paciente e da qualidade dos registros assistenciais.

A revisão de prontuários é uma atividade essencial para assegurar a qualidade da assistência em saúde, a integridade das informações registradas e o cumprimento de aspectos ético-legais do exercício profissional. No contexto da Unidade Hospitalares, onde o atendimento é rápido, dinâmico e por vezes fragmentado, torna-se ainda mais relevante estabelecer um processo sistemático e contínuo de análise dos registros clínicos.

A Comissão de Revisão de Prontuários (CRP) tem por finalidade avaliar a completude, legibilidade, fidedignidade e conformidade dos registros assistenciais, propondo melhorias e orientando os profissionais para o uso adequado do prontuário como ferramenta de comunicação e segurança do paciente.

Os estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica e que contar com o número superior a 30 (trinta) médicos em seu Corpo Clínico, independentemente de seu vínculo empregatício, deverá apresentar à comissão de revisão de prontuários médicos, nos termos da Resolução CFM nº. 1.638/2002.

Além de cumprir todos os requisitos, o modelo apresenta instrumentos que agregam diferenciais qualitativos que fortalecem a gestão como: instrumentos padronizados de auditoria clínica com checklist próprio; integração com segurança do paciente e tecnologia da informação (prontuário eletrônico); ações de devolutiva pedagógica e ciclos formativos na Educação Permanente, além de metodologia que possibilita monitoramento e transparência da melhoria dos processos clínicos.

1.1. Constituição da Comissão

A Comissão de Revisão de Prontuários deve ter caráter multiprofissional, composta por representantes dos setores diretamente envolvidos na produção e na gestão da informação clínica. A seguir, propõe-se sua composição mínima:

Coordenador Médico (Presidente) – perfil: Responsável técnico ou membro da coordenação clínica

Enfermeiro Responsável ou coordenador – perfil: Representa os registros de enfermagem

Farmacêutico – perfil: RT e Avaliação de prescrições e conciliação medicamentosa RT

Representante da Qualidade ou Segurança do Paciente – perfil: Suporte à análise de conformidade institucional

Enfermeiro da Educação Permanente – perfil: Responsável por ações educativas decorrentes das análises

Supervisor Administrativo ou TI (Prontuário Eletrônico – perfil: Apoio técnico e controle de acesso e integridade do sistema

Membro da Direção Administrativa – perfil: Apoio à implementação de recomendações

Obs.: A comissão poderá convidar outros profissionais conforme a especificidade dos casos (ex.: fisioterapeutas, técnicos de enfermagem, profissionais do serviço social).

1.2. Objetivos da Comissão

- Monitorar e avaliar sistematicamente a qualidade dos registros em prontuários clínicos Hospitalar, promovendo a padronização, segurança do paciente e suporte à tomada de decisão assistencial e gerencial.

- Avaliar a completude, clareza e conformidade dos registros médicos, de enfermagem e demais profissionais de saúde.
- Identificar falhas e inconformidades nos registros, como omissões, dados imprecisos ou ilegíveis.
- Propor ações corretivas e educativas baseadas nos achados.
- Garantir que os registros atendam às normativas do Conselho Federal de Medicina (CFM), Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e legislação vigente.
- Apoiar o processo de acreditação em qualidade e segurança do paciente.
- Contribuir para a produção de indicadores de desempenho assistencial.

A comissão contará com regimento interno próprio, padronizado pela SBCD e disponível em repositório de documentos da instituição, visando estabelecer as diretrizes para o funcionamento da Comissão de Revisão de Prontuários, suas atribuições, metodologia de trabalho e fluxos operacionais.

A atividade periódica da comissão ocorrerá com reuniões mensais ordinárias, com possibilidade de convocação extraordinária em casos de auditorias externas ou investigações internas.

Os prontuários a serem analisados devem ser selecionados com base em amostragem sistemática (ex: 10% dos atendimentos do mês) ou critérios específicos (óbitos, queixas, erros de prescrição).

A comissão deve utilizar instrumentos padronizados de auditoria, como a ficha de avaliação de prontuários, padronizada pela SBCD, contemplando aspectos como:

- Identificação completa do paciente.
- Registro do motivo da consulta, evolução clínica e conduta.
- Prescrição legível e sem abreviações inadequadas.

- Registro de enfermagem com cuidados realizados e sinais vitais.
- Tempo entre os registros e a ocorrência do atendimento.
- Ausência de rasuras ou correções indevidas.

A comissão deverá seguir uma metodologia padronizada:

- Seleção dos prontuários a serem auditados:
- Distribuição entre os membros para análise.
- Preenchimento do checklist de auditoria.
- Apresentação dos resultados nas reuniões mensais.
- Elaboração de relatório técnico e recomendações.
- Encaminhamento às coordenações para plano de ação corretivo.
- Monitoramento das melhorias implementadas.

Os membros da comissão devem assinar termo de confidencialidade, garantindo o sigilo das informações clínicas e preservando a identidade de pacientes e profissionais.

1.3. Atribuições da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários

Com base na Portaria N° 279, de 08 de outubro de 2010 são atribuições da Comissão de Revisão de Prontuários:

I - Registrar em formulário próprio a avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente:

a) Identificação do paciente em todos os impressos, termo geral de internação, anamnese, exame físico, exames complementares, e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo, consentimentos específicos quando necessários, tratamento efetuado e outros documentos pertinentes ao atendimento;

b) Obrigatoriedade de letra legível do profissional que atendeu o paciente, bem como de assinatura e carimbo ou nome legível do profissional e respectiva inscrição no conselho de classe;

c) Obrigatoriedade da avaliação médica e de enfermagem e registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica consignando data e hora e do atendimento;

d) Preenchimento completo do sumário de alta; e

e) Ordenação do prontuário.

II - Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e nos sistemas, bem como divulgar a necessidade de conservação dos prontuários visando a qualidade dos mesmos.

III - Assessorar a Coordenação médica em assuntos de sua competência.

IV - Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da Unidade com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas.

V - Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente.

VI - Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

VII - Coletar e processar os dados, proceder à análise estatística, divulgá-los e avaliá-los a cada trimestre.

1.4 MODELO DE REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA DE TRABALHO

Dispõe sobre a criação da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários

Artigo 1º - O prontuário do paciente é o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

I. Finalidade:

Artigo 2º - A finalidade da Comissão é atender a resolução CFM No. 1638/2002, que define prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. Atender a resolução CFM 1638 e 1639/2002, referente ao prontuário eletrônico.

Artigo 3º - A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários atuará acompanhando os registros das atividades realizadas por profissionais que compõem a Unidade de Saúde.

a. Analisar e sugerir formas de guarda e arquivamento dos prontuários;

b. Analisar os instrumentos de registro e sugerir modificações;

c. Avaliar a qualidade dos registros e anotações contidas nos prontuários;

d. Sugerir medidas para padronização do prontuário clínico.

Artigo 1º - Seu objetivo principal é a melhoria da qualidade dos registros nos prontuários.

II. Proposta de regimento da comissão:

Artigo 4º - Será realizado a verificação e análise dos componentes do prontuário, para assegurar que esteja de acordo com os padrões estabelecidos pela administração e pela Comissão de Análise e Revisão de Prontuário, elaboração de estatística, providenciando em casos relevantes as retificações de preenchimentos inadequados pelo agente profissional que os realizou.

Artigo 5º - A Comissão de Revisão de Prontuários tem como missão principal a busca da melhoria da qualidade dos registros e anotações necessárias para a elaboração do Prontuário Clínico, dada a sua importância, dentre elas:

Artigo 6º - O Paciente: como instrumento de defesa legal; para otimizar o tempo de permanência na unidade de saúde: para um diagnóstico e tratamento mais seguros;

Artigo 7º - A Equipe de Saúde: como instrumento de defesa, de diagnóstico, de tratamento, de acompanhamento da história do paciente: demonstrando o padrão do atendimento prestado.

Artigo 8º - O Ensino e a Pesquisa: como fonte principal de dados estatísticos, para a elaboração de estudos e pesquisas sobre as situações do processo saúde-doença referentes ao território da microrregião (diagnóstico das necessidades, diagnóstico nosológico e perfil epidemiológico).

Artigo 9º - Compete à Comissão de Revisão de Prontuário Clínico, observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel:

Artigo 10º - Identificação do paciente - nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP);

Artigo 11º - Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;

Artigo 12º - Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico;

Artigo 13º - Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórios a assinatura e o respectivo número do CRM;

Artigo 14º - Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade.

Artigo 15º - Assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários, que cabem ao médico assistente, à chefia da equipe, à chefia da Clínica e à Direção da unidade.

Artigo 16º - Orientação da ordenação dos formulários, fichas e páginas no prontuário;

Artigo 17º - Orientação da atuação dos profissionais quanto aos registros no prontuário;

Artigo 18º - Análise dos impressos e sugerir modificações para atualizá-los, adaptá-los, corrigi-los;

Artigo 19º - Realizar treinamento para utilização do Prontuário;

Artigo 20º - Realização de auditoria interna quanto ao uso e qualidade dos registros, a partir de conteúdos e metodologia comum para a microrregião;

Artigo 21º - Analisar e consolidar os resultados da revisão;

Artigo 22º - Demonstração dos resultados;

Artigo 23º - Emissão de relatórios periódicos.

III. Membros Componentes:

Artigo 24º - A Comissão será criada por designação da direção da unidade de saúde, por eleição do Corpo Clínico ou por qualquer outro método que a Instituição julgar adequado, devendo ser coordenada por um profissional médico, sendo constituída por um grupo multiprofissional (profissionais de nível superior e técnico) nos termos da legislação do CFM, e profissionais da unidade de saúde, que atuem nos setores de enfermagem e Corpo Clínico.

Artigo 25º - O mandato deverá seguir as diretrizes do CFM, podendo ser renovável. Na primeira reunião será ser eleito entre os membros um representante para presidir esta Comissão. Os encaminhamentos obedecerão ao Regimento Interno a ser elaborado e apresentado também na primeira reunião.

Artigo 26º - Os membros da Comissão de Prontuários distribuem-se na sequência abaixo:

a. Presidente (coordenador médico);

b. Membros Titulares (04 profissionais assistenciais e 02 profissionais administrativos);

c. Membro Suplente (04 profissionais assistenciais e 02 profissionais administrativos);

Artigo 27º - Para realização dos trabalhos da comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pela Diretoria da Unidade.

Artigo 28º - O tempo mínimo de dedicação por membro será definido pela Diretoria Técnica, de acordo com as necessidades e perfil da Instituição. A critério da Diretoria e da própria comissão, a carga horária total do membro poderá ser de uso exclusivo da comissão, desde que respeitadas as necessidades dos serviços.

IV. Frequência das Reuniões:

Artigo 29º - A Comissão de Prontuários reunir-se-á mensalmente com data, local e horários previamente definidos e informados aos seus membros, podendo haver convocação dos mesmos pelo Presidente para reuniões extraordinárias. Todas as reuniões deverão ser registradas em Ata juntamente com as ocorrências identificadas e os encaminhamentos sugeridos.

Artigo 30º - Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Técnico, pelo Diretor Médico, pela Instituição.

Artigo 31º - A Comissão de Prontuário Clínico, em suas reuniões mensais, tem como função primordial, discutir instrumentos para análise e sugerir medidas que possibilitem a padronização da guarda, registros, fichas de evolução e organização interna do prontuário. As atividades da comissão devem ter início com o reconhecimento da organização do arquivamento dos prontuários nas diversas unidades, mediante instrumento elaborado e testado pela própria.

V. Participação e Controle da Coordenação Médica:

Artigo 32º - A Diretoria da Unidade de Saúde poderão participar das reuniões da Comissão com a finalidade de auxiliar com fornecimento de informações.

VI. Reponsabilidades

Artigo 33º - A responsabilidade pelo prontuário do paciente cabe ao médico assistente e aos demais profissionais que compartilham do atendimento;

Artigo 34º - A responsabilidade pelo prontuário do paciente também cabe à hierarquia médica da instituição, nas suas respectivas áreas de atuação, que tem como dever zelar pela qualidade da prática médica ali desenvolvida;

Artigo 35º - A Cópia do prontuário, o próprio paciente pode obter cópia do seu prontuário. Basta solicitá-lo por escrito. Esta cópia poderá ser substituída por um laudo que contenha informações genéricas sobre sua saúde e as providências que deverão ser adotadas para melhor entendimento.

Artigo 36º - O sigilo da relação médico – paciente impede que qualquer familiar tenha acesso ao prontuário. Isso somente será possível se o paciente autorizar por escrito. Se o paciente for menor de idade ou incapaz, o acesso deve ser permitido ao seu representante legal, desde que comprovada tal condição documentalmente. Quanto às solicitações de autoridades, a cópia somente poderá ser cedida a autoridades judiciais desde que através de documentos oficiais.

VII.Avaliação: Indicadores Mínimos Obrigatórios

- Atender em 90% dos prontuários avaliados com registros e anotações qualificados e realização de plano de ação para aqueles que não atendem os pré-requisitos avaliados;

- Atingir 90% dos prontuários avaliados de acordo com o modelo estabelecido e padronizado pela Unidade;

- Categorização por tipologia de denúncias.

VIII. Atas:

Artigo 37º - Será realizado registro escrito sobre todos os acontecimentos e assuntos debatidos durante a reunião pelo membro eleito no início de cada reunião. Todos os encaminhamentos e pendências serão descritos para serem retomados na reunião subsequente. A leitura será realizada e todos os integrantes da reunião deverão assiná-la caso concordem com o conteúdo.

IX. Programa de Melhorias:

Artigo 38º - Será realizado análise de todo processo da comissão semestralmente ou caso seja necessário em qualquer tempo. O objetivo é a Melhoria contínua e maior efetivação da Comissão, aumentando a eficiência dos processos.

Artigo 1º - Será estabelecido como pontos para implantação do Programa de Melhoria: a análise e avaliação da situação; os objetivos para a melhoria; a pesquisa sobre as ações envolvidas na implantação de cada programa (atividades, responsáveis, recursos necessários); a implementação da metodologia escolhida e a análise a implementação e verificação se os objetivos estão sendo alcançados.

X. Cronograma anual de atividades (modelo)

Mês	*Atividade Principal*	*Ações Complementares*
Janeiro	*Reunião de instalação da comissão*	*Revisão do regimento interno e definição do plano de trabalho*
Fevereiro	*Auditoria de janeiro (amostra aleatória)*	*Elaboração de material educativo*
Março	*Análise de não conformidades*	*Reunião com coordenação médica e de enfermagem*
Abril	*Relatório trimestral consolidado*	*Palestra sobre boas práticas de registro*
Maio	*Avaliação de prontuários de pacientes graves*	*Estudo de caso e devolutiva à equipe*
Junho	*Reavaliação de indicadores*	*Envio de relatório semestral à Direção*
Julho	*Treinamento prático sobre registro de evolução*	*Análise de prontuários de pacientes com retorno*
Agosto	*Auditoria ordinária*	*Estudo sobre legibilidade e segurança jurídica*
Setembro	*Semana de Qualidade e Segurança*	*Apresentação dos principais achados do ano*
Outubro	*Revisão cruzada entre equipes*	*Encontro com equipe multiprofissional*
Novembro	*Consolidação dos indicadores anuais*	*Elaboração de plano de melhorias para o próximo ano*
Dezembro	*Reunião de avaliação anual*	*Apresentação do relatório final institucional*

A implantação da Comissão de Revisão de Prontuários no Hospital representa uma importante ferramenta de governança clínica e qualificação da assistência, permitindo não apenas a conformidade documental, mas também a melhoria da comunicação multiprofissional e da segurança do paciente. A atuação contínua e sistematizada da comissão contribui para o fortalecimento da cultura de qualidade e para o alinhamento dos registros clínicos com os padrões ético-legais exigidos no contexto da saúde pública.

2. COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS

A implantação da Comissão de Verificação de Óbitos no Hospital representa uma **estratégia** essencial para qualificar o cuidado prestado, promover a reflexão crítica sobre a prática assistencial e fortalecer a cultura de segurança do paciente. Nosso modelo está **estruturado, e articulado com os objetivos da Qualidade e Segurança do Paciente**, com **papel claro na melhoria contínua da assistência prestada**

Trata-se de um espaço educativo, ético e estratégico, que exige o compromisso institucional da SBCD e a participação ativa das equipes. Sua efetividade está relacionada à regularidade das reuniões, à metodologia de análise aplicada e à implementação das recomendações emitidas.

Em nossa proposta está prevista inclusive a interação entre as ações da Comissão de Revisão de Óbitos com o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), com a Comissão de Indicadores e Gestão da qualidade, explanadas no decorrer deste tópico.

A mortalidade em unidades de urgência e emergência representa um importante indicador de qualidade assistencial e requer análise contínua e sistematizada. A implantação de uma Comissão de Revisão de Óbitos (CRO) na Unidade de Pronto Atendimento tem como objetivo promover a análise técnica dos casos de óbitos ocorridos na unidade, visando identificar falhas, fortalecer processos de cuidado, promover educação permanente e melhorar a qualidade e segurança da assistência prestada.

Responsável em analisar óbitos, procedimentos e condutas profissionais. A comissão deverá reunir-se mensalmente, com possibilidade de convocação extraordinária em casos de óbitos múltiplos ou de alta complexidade. Os casos de óbito deverão ser analisados no máximo

até 30 dias após a ocorrência. Cada reunião deverá ser registrada em ata e gerar indicador de análise estatística dos casos analisados.

A instituição prestadora de serviço de assistência médica classificada como hospital, independentemente do número de médicos em seu Corpo Clínico, deverá apresentar a COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITO, nos termos da Resolução CFM nº 2.171/2017.

A comissão contará com regimento interno próprio, padronizado pela SBCD e disponível em repositório de documentos da instituição, afim de normatizar o funcionamento da Comissão de Revisão de Óbitos no Hospital, formalizando competências, periodicidade das reuniões, fluxos de trabalho e responsabilidades dos membros.

A atuação da Comissão é técnico-científica, sigilosa, não podendo ser coercitiva ou punitiva e cujas ações devem estar voltadas à investigação e análise sobre as causas de óbitos.

As deliberações da Comissão, visando à correção ou reparação de distorções e irregularidades verificadas nas análises dos óbitos e no preenchimento das Declarações de Óbitos (DOs), devem ser encaminhadas primeiramente à diretoria/gestão médica, que irá notificar os médicos a respeito do preenchimento incorreto.

2.1 Constituição da Comissão

A comissão de revisão de óbitos terá composição mínima de um profissional médico, um profissional de enfermagem e outro profissional de saúde da instituição. Em caso de substituição dos membros, os nomes substitutos deverão ser encaminhados para Coordenação Médica. O coordenador da Comissão de Revisão de Óbito será obrigatoriamente médico. O quórum mínimo para deliberação será de metade mais um dos membros efetivos. As decisões serão tomadas por consenso; na ausência, por maioria simples.

Cargo/Função	Qut	Perfil
Coordenador Médico (Presidente da Comissão)	1	Preferencialmente com experiência em gestão clínica
Enfermeiro Responsável Técnico (RT)	1	Com conhecimento em protocolos e rotinas assistenciais
Farmacêutico RT	1	Com expertise em uso de medicamentos e segurança medicamentosa
Enfermeiro da Educação Permanente	1	Atuará na devolutiva pedagógica e treinamentos
Enfermeiro da CCIRAS ou Qualidade	1	Para analisar aspectos de segurança do paciente
Médico Plantonista (representante dos clínicos)	1	Rotativo conforme escala
Assistente Social	1	Para análise dos aspectos psicossociais e familiares
Membro da Direção Administrativa	1	Com função de garantir apoio institucional e logístico

2.2 Suas funções:

- Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos e analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade das informações contidas nos atestados de óbitos;

- Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos;

- Cientificar a Diretoria Médica da instituição sobre incorreções identificadas para esta cientificar aos envolvidos;

- Criar, conjuntamente com a Comissão de Revisão de Prontuários, instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito;

- Zelar pelo sigilo ético das informações;

- Emitir parecer técnico ou relatório e/ou relatório estatístico, quando solicitado pela Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado, desde que observadas as normas de sigilo ético das informações;

- Definir anualmente metas e estratégias de melhorias de registros de óbitos, sempre buscando a qualidade com atuação de educação permanente;

- Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes à Instituição;

- Verificar a incidência de óbitos por nosologias dentro do perfil epidemiológico da região e notificar à Divisão de Saúde da Comunidade, quando da variação do perfil.

- Realizar as correções necessárias das informações para encaminhamento à Secretaria de Saúde para registro correto das informações.

- A duração do mandato da Comissão de Revisão de Óbito será de no máximo 30 (trinta) meses, com os membros só podendo ser substituídos neste período a pedido. É fundamental a utilização de formulário padronizado para Comissão de Revisão de Óbitos.

Os resultados da comissão irão subsidiar as ações de **Educação Permanente**, incluindo ciclos formativos a partir das análises de prontuários.

2.3 PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA DE TRABALHO

Dispõe sobre a criação da Comissão de Verificação de Óbitos

Artigo 1º - A Comissão de Revisão de Óbitos é responsável pela avaliação da totalidade de óbitos ocorridos no Estabelecimento de Saúde, bem como dos laudos necroscópicos quando existirem, sendo um instrumento importante no conhecimento das causas da morte que contribuem para o aprimoramento da assistência à saúde.

Artigo 2º - É um importante instrumento de controle de qualidade nas instituições hospitalares, uma vez que a progressiva complexidade dos serviços e o avanço técnico e científico da medicina exigem uma constante avaliação.

O conhecimento da causa da morte contribui para o aprimoramento da assistência à saúde.

I. Finalidade:

Artigo 3º - Analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos.

Posição Institucional:

É um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da Instituição.

II. Proposta de regimento da comissão:

Artigo 4º - O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria da Instituição. A relação dos membros de cada mandato deverá ser aprovada em ata. Caso ocorra necessidade de substituição, está também deverá ser aprovada pela comissão, assim como pela Diretoria da Instituição.

Artigo 5º - Os presidentes da comissão, assim como todos os membros, serão nomeados pelos Diretores, e aprovados pela Instituição. Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela comissão.

Artigo 6º - Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, bem como de normas de preenchimento e qualidade do atestado de óbito ou relatórios de biópsias, poderá ser designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo pré-estabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

Artigo 7º - Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Artigo 8º - O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal pelo programa do Núcleo de Informação Hospitalar.

III. Atribuições da Comissão de Óbitos:

a. Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos a óbitos que lhe forem enviados;

b. Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito;

c. Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;

d. Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos;

e. Convocar o médico que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes;

f. Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito;

g. Comparar diagnóstico pré-operatório com os exames anatomopatológicos das peças cirúrgicas (avaliar amostra significativa, em porcentagem a ser definida pela própria comissão respeitando sua disponibilidade);

h. Correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necropsias, mesmo que realizadas pelo SVO (Serviço de Verificação de Óbitos);

i. Zelar pelo sigilo ético das informações;

j. Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pela Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado;

k. Assessorar a Direção de Departamento Técnico ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência;

l. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;

m. Desenvolver atividades de caráter técnico-cientifico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

IV. Atribuições do Presidente da Comissão, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

a. Convocar e presidir as reuniões;

b. Indicar seu vice-presidente;

c. Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante;

d. Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta;

e. Fazer cumprir o regimento.

f. Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva).

g. Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente. As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

h. Participação e Controle da Coordenação Médica:

i. Melhorar a eficácia dos serviços e conhecer a situação real das atividades desenvolvidas nas unidades de saúde;

j. Atuar como assessoria da Diretoria da instituição, cooperando também com todos os setores da unidade de saúde;

k. Ter caráter normativo e educativo, visando detectar qualquer rompimento à atenção integral do paciente;

l. Ter atribuições de Auditoria, atingindo aspectos técnicos, profissionais, éticos e administrativos das Equipes de Saúde.

V. Membros Componentes:

Artigo 9º - A composição se dará através de ofício subscrito pelo Coordenador Médico que indicará, no mínimo mais um médico (representante clinico), contendo nome completo, nº. de CRM dos médicos que comporão a Comissão de Revisão de Óbitos, e seu mandato deverá coincidir com o mandato do Diretor Médico.

Artigo 10º - Outros profissionais da área da saúde deverão compor o rol de membros da Comissão de Revisão de Óbitos: Enfermeiro responsável (RT), Farmacêutico (RT), Enfermeiro da Educação Permanente, Enfermeiro da CCIRAS ou Qualidade, Assistente Social e um Membro da Direção Administrativa

Especialidade definida a critério da Diretoria.

Artigo 11º - Para realização dos trabalhos da comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pela Diretoria da Unidade. O tempo mínimo de dedicação por membro será definido pela Diretoria Técnica, de acordo com as necessidades e perfil da Instituição. A critério da Diretoria e da própria comissão, a carga horária total do membro poderá ser de uso exclusivo da comissão, desde que respeitadas às necessidades dos serviços.

VI. Linha de Cuidado Materno Infantil

*A **Comissão de Óbito Materno Infantil ,** tem como principal função analisar os óbitos de mulheres em idade fértil, gestantes, puérperas, recém-nascidos, crianças e fetos, com o objetivo de **identificar causas evitáveis** e propor ações para melhorar a qualidade da atenção à saúde.*

a. Análise de óbitos:

Investigar os óbitos maternos, infantis e fetais ocorridos no território (inclusive domiciliares ou em trânsito).

b. Identificar falhas nos serviços de saúde e nas redes de atenção.

Verificar se houve demora no atendimento, no acesso ao serviço ou falhas na conduta médica.

c. Proposição de medidas preventivas:

Sugerir mudanças nos protocolos e fluxos assistenciais.

Recomendar capacitações e ações educativas para profissionais de saúde.

Propor melhorias nos serviços de atenção à gestante, puérpera e criança.

d. Articulação intersetorial:

Promover a integração entre diferentes níveis de atenção à saúde (primária, secundária e terciária).

Atuar junto a secretaria de saúde.

e. Produção de informação e vigilância:

Alimentar sistemas de informação (como o SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade).

Gerar dados e indicadores para subsidiar políticas públicas e planejamento em saúde.

VII. Frequência de Reuniões:

Artigo 12º - As reuniões serão realizadas uma vez por mês. Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Médico e pela Instituição.

VIII. Indicadores mínimos obrigatórios:

- Atingir 100% dos itens de qualidade previsto no preenchimento do atestado de óbito de acordo com o Ministério da Saúde;

- Avaliar 100% de prontuários de pacientes que foram a óbito (inclusive da linha materno infantil).

IX. Atas:

Artigo 13º - Será realizado registro escrito sobre todos os acontecimentos e assuntos debatidos durante a reunião pelo membro eleito no início de cada reunião. Todos os encaminhamentos e pendências serão descritos para serem retomados na reunião subsequente. A leitura será realizada e todos os integrantes da reunião deverão assiná-la caso concordem com o conteúdo.

X. Programa de Melhorias:

Artigo 14º - Será realizado análise de todo processo da comissão semestralmente ou caso seja necessário em qualquer tempo. O objetivo é a Melhoria contínua e maior efetivação da Comissão, aumentando a eficiência dos processos.

Artigo 15º - Será estabelecido como pontos para implantação do Programa de Melhoria: a análise e avaliação da situação; os objetivos para a melhoria; a pesquisa sobre as ações envolvidas na implantação de cada programa (atividades, responsáveis, recursos necessários); a implementação da metodologia escolhida e a análise a implementação e verificação se os objetivos estão sendo alcançados.

XI. Cronograma anual de atividades da Comissão de Revisão de Óbitos

Mês	Atividade Principal	Atividades Complementares
Janeiro	Reunião inicial de planejamento	Atualização do regimento, escalas e capacitação dos membros
Fevereiro	Revisão de óbitos de janeiro	Início do levantamento de indicadores trimestrais
Março	Revisão de óbitos e plano de ação	Treinamento sobre protocolos de reanimação
Abril	Reunião ordinária	Apresentação de casos à equipe assistencial
Maio	Análise e devolutiva trimestral	Revisão de protocolos assistenciais baseados nos achados
Junho	Reunião técnica de revisão	Envio de relatório semestral à Direção
Julho	Capacitação temática (paradas cardíacas)	Apresentação de indicadores à CCIRAS
Agosto	Análise ordinária	Estudo de caso complexo
Setembro	Reunião de integração com o SAMU	Avaliação de interface pré-hospitalar
Outubro	Semana de Segurança do Paciente	Apresentação de resultados e melhorias
Novembro	Atualização de instrumentos de registro	Reunião temática sobre comunicação de óbitos
Dezembro	Avaliação anual da comissão	Relatório final e planejamento do próximo ano

A implantação da Comissão de Verificação de Óbitos representa, assim, não apenas o atendimento a uma exigência legal, mas uma **estratégia institucional de qualificação da assistência** e promoção da cultura de responsabilidade e aprendizado contínuo.

FORMULÁRIO COMISSÃO DE ÓBITO

REVISÃO DE ÓBITO – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO			
NOME:		FICHA:	
DATA NASC.:	DATA INTERN.:	DATA ÓBITO:	

		S	N	N/A
1	Paciente terminal? Previamente paliativo? Paliativo definido nesta internação? SIM – prosseguir para item (21) / NÃO – prosseguir para item (2)			
2	Paciente com comorbidades que podem ter contribuído fortemente para o óbito? SIM – prosseguir para item (21) / NÃO – prosseguir para item (3)			
3	Foram utilizados todos recursos diagnósticos disponíveis na instituição aplicáveis ao caso? SIM – prosseguir para item (5) / NÃO – prosseguir para item (4)			
4	A não utilização dos recursos diagnósticos disponíveis pode ter contribuído fortemente para o óbito? SIM – prosseguir para item (22) / NÃO – prosseguir para item (5)			
5	Foram utilizados todos insumos farmacêuticos disponíveis na instituição? SIM – prosseguir para item (7) / NÃO – prosseguir para item (6)			
6	A não utilização dos insumos farmacêuticos disponíveis na instituição pode ter contribuído fortemente para o óbito? SIM – prosseguir para item (22) / NÃO – prosseguir para item (7)			
7	Ocorreu falta de assistência por falta de material médico-hospitalar? SIM – prosseguir para item (8) / NÃO – prosseguir para item (9)			
8	A Falta de assistência por falta de material médico-hospitalar pode ter contribuído fortemente para o óbito? SIM – prosseguir para item (22) / NÃO – prosseguir para item (9)			
9	Ocorreu falha em equipamento médico-hospitalar? SIM – prosseguir para item (10) / NÃO – prosseguir para item (11)			
10	A Falha em equipamento médico-hospitalar pode ter contribuído fortemente para o óbito? SIM – prosseguir para item (22) / NÃO – prosseguir para item (11)			
11	Alguma Medicação prescrita deixou de ser realizada? SIM – prosseguir para item (12) / NÃO – prosseguir para item (13)			
12	A Não administração da medicação pode ter contribuído fortemente para o óbito? SIM – prosseguir para item (22) / NÃO – prosseguir para item (13)			
13	Ocorreu algum erro de administração de medicação prescrita? SIM – prosseguir para item (14) / NÃO – prosseguir para item (15)			
14	O erro de administração de medicação prescrita pode ter contribuído fortemente para o óbito? SIM – prosseguir para item (22) / NÃO – prosseguir para item (15)			
15	O Médico deixou de realizar procedimento aplicável ao caso? SIM – prosseguir para item (16) / NÃO – prosseguir para item (17)			
16	A não realização do procedimento aplicável ao caso pode ter contribuído fortemente para o óbito? SIM – prosseguir para item (22) / NÃO – prosseguir para item (17)			
17	Ocorreu cumprimento de protocolos assistenciais institucionais? SIM – prosseguir para item (19) / NÃO – prosseguir para item (18)			
18	O não cumprimento de protocolos assistenciais pode ter contribuído fortemente para o óbito? SIM – prosseguir para item (22) / NÃO – prosseguir para item (19)			
19	Existia no momento do óbito, leito de UTI disponível? SIM – prosseguir para item (21) / NÃO – prosseguir para item (20)			
20	A falta de leito de UTI disponível pode ter contribuído fortemente para o óbito? SIM – prosseguir para item (22) / NÃO – prosseguir para item (21)			
21	( ) ÓBITO INEVITÁVEL			
22	( ) ÓBITO A ESCLAREVER			

SUS

CIDADE DE SÃO PAULO SAÚDE

3. COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

3.1 Definição: Conforme a Resolução CFM No 2.152/2016, que estabelece normas de organização, funcionamento, eleição e competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde, a Comissão de Ética Médica doravante referida como CEM. Nos termos dessa resolução, a CEM constitui-se como uma **extensão do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Catarina (CRM-MT)**, com funções **investigatórias, educativas e fiscalizadoras** do desempenho ético da medicina no âmbito da unidade de saúde. Além disso, a proposta também menciona a **Resolução CFM nº 1.657/2002**, detalhada no regimento interno, a qual regula os procedimentos éticos e administrativos da CEM. Ao reafirmar que a CEM é um órgão vinculado ao CREMEMT, a proposta assegura sua **imparcialidade, autonomia funcional e alinhamento normativo** com os preceitos do Conselho Federal de Medicina.

3.2 Membros Componentes: A escolha dos componentes se dará de acordo com as normas vigentes do Conselho Federal de Medicina e do Conselho Regional de Medicina do Estado de Catarina, em processo de eleição durante Assembleia do Corpo Clínico, não podendo ser candidato o Diretor Clínico, o Diretor Técnico, o Diretor Administrativo e os membros da Comissão Eleitoral especialmente designada para esse fim.

Para os estabelecimentos de saúde com até 99 médicos deverão ser eleitos 3 membros efetivos e 3 membros suplentes.

Entre os membros efetivos deverá ser escolhido o Presidente e o Secretário da Comissão

3.3 Objetivos da Comissão

Entre suas principais funções, destaca-se o caráter **fiscalizatório, educativo, sindicante e opinativo**, com atuação voltada à **supervisão, orientação e fiscalização do exercício da atividade**

médica, zelando para que as condições de trabalho, a autonomia profissional e a qualidade do atendimento respeitem os preceitos éticos e legais. A Comissão atua de forma ativa junto ao **Conselho Regional de Medicina (CRM-MT)**, comunicando infrações éticas, práticas médicas desnecessárias, irregularidades não corrigidas e o exercício ilegal da profissão. Também é responsável por **instaurar sindicâncias, elaborar relatórios circunstanciados**, manter o cadastro dos médicos atualizado e verificar a regularidade da instituição perante o CRM. A proposta ainda prevê a **promoção da ética institucional**, com ações preventivas voltadas à **conscientização do corpo clínico**, colaboração em processos educativos, produção de relatórios de atividades e orientação ao público sobre temas de ética médica. Ao integrar medidas preventivas, educativas e corretivas, a atuação da comissão reforça a cultura ética da unidade e fortalece os vínculos com os órgãos reguladores e fiscalizadores da profissão.

Principais atribuições para o primeiro ano:

I. Supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes, respeitem os preceitos éticos e legais;

II. Comunicar ao Conselho Regional de Medicina, quaisquer indícios de infração à lei ou dispositivos éticos vigentes;

III. Atuar de forma efetiva comunicando ao Conselho Regional de Medicina o exercício ilegal da profissão;

IV. Comunicar ao Conselho Regional de Medicina as irregularidades não corrigidas dentro dos prazos estipulados;

V. Comunicar ao Conselho Regional de Medicina, as práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, bem como adotar medidas para combater a má prática médica;

VI. Instaurar sindicância, instruí-la e formular relatórios circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina, sem emitir juízo;

VII. Verificar se a instituição onde atua está regularmente inscrita no Conselho Regional de Medicina e em dia com as suas obrigações;

VIII. Colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética Médica;

IX. Elaborar e encaminhar ao Conselho Regional de Medicina relatórios sobre as atividades desenvolvidas na instituição onde atua;

X. Atender as convocações do Conselho Regional de Medicina;

XI. Manter atualizado o cadastro dos médicos que trabalham na instituição onde atuam;

XII. Fornecer subsídios à Direção da instituição onde funciona, visando à melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;

XIII. Atuar preventivamente conscientizando o Corpo Clínico da instituição onde funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;

XIV. Promover a divulgação eficaz e permanente das normas complementares emanadas dos órgãos e autoridades competentes;

XV. Encaminhar aos Conselhos fiscalizadores das outras profissões da área de saúde que atuem na instituição representações sobre indícios de infração aos seus respectivos códigos de Ética;

XVI. Colaborar com os órgãos públicos e outras entidades de profissionais de saúde em tarefas relacionadas com o exercício profissional;

XVII. Orientar o público usuário da instituição de saúde onde atua sobre questões referentes à ética médica.

CRONOGRAMA IMPLANTAÇÃO 1º ANO	
1ª etapa	Elaborar Regimento interno da comissão
2ª etapa	Elaborar Ato Administrativo de Nomeação
3ª etapa	Elaborar da Comunicação de nomeação de comissão
4ª etapa	Elaboração do Cronograma das reuniões mensal.
5ª etapa*	Capacitação para equipe médica código de ética médica

3.4 Frequência: A Comissão de Ética médica se reunirá ordinariamente, uma vez por mês e extraordinariamente, quando for necessário, em dia, local e hora previamente estabelecidos, devendo ser lavrada em livro próprio

a. **Controle pela Direção Médica:** Por ser uma comissão de sigilo somente será encaminhado parecer a direção das reuniões em casos específicos discutidos pela comissão. Comissão sob sigilo: a ata deve ficar em poder da própria comissão.

3.6 PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA E CRONOGRAMA DA COMISSÃO

Artigo 1º - Respeitando a resolução CFM nº 1657/2002, de 11 de dezembro de 2002 e correlatas propõe-se uma Comissão de Ética Médica. Os membros desta Comissão não poderão fazer parte das demais Comissões propostas no Hospital, não poderão exercer o cargo de Diretor Técnico, clínico ou administrativo ou estar em débito com o Conselho Regional de Medicina.

Artigo 2º - O principal objetivo da Comissão de Ética Médica é opinar, educar e fiscalizar o desempenho ético da medicina.

Artigo 3º - A Comissão deverá ser constituída através de eleição direta, realizando a primeira reunião logo após a posse, onde serão apresentados a todos os membros os Capítulos I; II; III; V e VI que compõe o anexo da Resolução CFM nº 1.657/2002 e também será eleito o presidente da Comissão.

Artigo 4º - O mandato seguirá as diretrizes da Resolução CFM nº 1.657/2002, podendo ser renovável.

I. Finalidade:

Artigo 5º - Garantir a prática médica dentro dos princípios do Código de Ética Médica.

Artigo 6º - A comissão tem funções opinativas, educativas e fiscalizadoras do desempenho Ético da Medicina.

Artigo 7º - A Comissão de Ética é uma extensão, junto à instituição Hospitalar, do Conselho Regional de Medicina, estando a ele vinculada e subordinada, com valor já reconhecido no Código de Ética Médica publicado em 1988.

Artigo 8º - Devem atender a Resolução CFM 1.657/2002, que estabelece normas de organização, funcionamento e eleição, competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de Saúde, e dá outras providências.

II. Posição Institucional:

Artigo 9º - As Comissões de Ética são vinculadas ao Conselho Regional de Medicina e devem manter a sua autonomia em relação às instituições onde atuam, não podendo ter qualquer vinculação ou subordinação à direção do estabelecimento.

Artigo 10º - Cabe ao diretor técnico prover as condições necessárias ao trabalho da Comissão de Ética.

III. Proposta de Regimento da Comissão:

Artigo 11º - Supervisionar, orientar e fiscalizar o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes respeitem os preceitos éticos e legais;

Artigo 12º - Comunicar ao Conselho Regional de Medicina local quaisquer indícios de infração à lei ou dispositivos éticos vigentes;

Artigo 13º - Comunicar ao Conselho Regional de Medicina local o exercício ilegal da profissão;

Artigo 14º - Comunicar ao Conselho Regional de Medicina local práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, bem como adotar medidas para combater a má prática médica;

Artigo 15º - Instaurar sindicância instrui-la e formular relatório circunstanciado sobre eventuais problemas, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina local, sem emitir juízo;

Artigo 16º - Verificar se a instituição onde atua está regularmente inscrita no Conselho Regional de Medicina local e em dia com suas obrigações;

Artigo 17º - Colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética Médica;

Artigo 18º - Elaborar e encaminhar ao Conselho Regional de Medicina local relatórios sobre as atividades desenvolvidas na instituição onde atua;

Artigo 19º - Manter atualizado o cadastro dos médicos que trabalham na instituição onde atua;

Artigo 20º - Fornecer subsídios à Direção da Instituição onde funciona, visando a melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;

Artigo 21º - Atuar preventivamente, conscientizando o Corpo Clínico da instituição onde funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;

Artigo 22º - Promover a divulgação eficaz e permanente das normas complementares emanadas dos órgãos e autoridades competentes;

Artigo 23º - Orientar o público usuário da instituição de saúde sobre questões referentes à Ética Médica.

IV. Participação e Controle da Coordenação Médica:

Artigo 24º - O Diretor Médico e o Diretor Técnico da Unidade poderão participar das reuniões da Comissão de Ética Médica com a finalidade de auxiliar com fornecimento de informações, porém sem poder de voto e/ou de decisões.

V. Atribuições:

Artigo 25º - Orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão dentro da Instituição;

Artigo 26º - Verificar as condições oferecidas pela instituição para o exercício profissional, bem como a qualidade do atendimento prestado aos pacientes, sugerindo modificações que venham julgar necessárias;

Artigo 27º - Denunciar às instâncias superiores, inclusive o Conselho Regional de Medicina, as eventuais más condições de trabalho na instituição;

Artigo 28º - Colaborar com o Conselho Regional de Medicina divulgando resoluções, normas e pareceres;

Artigo 29º - Assessorar a Diretoria Médica, administrativa e técnica da instituição, dentro de sua área de competência;

Artigo 30º - Proceder Sindicância a pedido de interessados, médicos, Delegacias do Conselho Regional de Medicina e do próprio Conselho ou por iniciativa própria, visando dirimir conflitos e dúvidas existentes na instituição.

Artigo 31º - As Sindicâncias instauradas pela Comissão de Ética Médica obedecerão aos seguintes preceitos:

a. Reclamação por escrito e devidamente identificada;

b. Comunicação escrita do Diretor Médico;

c. Deliberação da própria Comissão de Ética Médica;

d. Solicitação da Delegacia Regional do Conselho Regional de Medicina;

e. Solicitação do Conselho Regional de Medicina do Estado

f. As peças deverão ser capeadas e organizadas em ordem cronológica

g. Se houver alguma denúncia envolvendo um Membro da Comissão de Ética Médica, o mesmo deverá se afastar exclusivamente da Sindicância.

h. Aberta a Sindicância, a Comissão de Ética Médica informará o fato aos envolvidos concedendo-lhes um prazo de 15 (quinze) dias úteis após o recebimento do aviso, para apresentação de relatório escrito acerca da questão, oportunidade em que será facultada a exibição do rol de testemunhas, garantindo-se a produção de todas as provas.

i. As Sindicâncias deverão ser concluídas no prazo máximo de 60 dias, prorrogáveis por igual período a critério do Presidente, mediante solicitação justificada por escrito ao Conselho Regional de Medicina.

Artigo 32º - Todos os documentos relacionados com os fatos, quais sejam: prontuários, fichas clínicas, ordens de serviços e outros, que possam colaborar no deslinde da questão, deverão ser compilados à Sindicância.

Artigo 33º - O acesso a estes documentos é facultado somente às partes e a Comissão de Ética Médica;

Artigo 34º - Toda e qualquer peça acostada a Sindicância deverá ser capeada, organizada e numerada em ordem cronológica e numérica.

Artigo 35º - O Presidente da Comissão de Ética Médica nomeará pelo menos um membro sindicante para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão.

Artigo 36º - Estando evidenciada a existência de indícios de infração administrativa, o resultado deverá ser encaminhado aos Diretores Clínicos, conforma previsão do Regimento Interno do Corpo Clínico da Instituição, para que determine as providências a serem adotadas.

Artigo 37º - Havendo indícios de infração ético-profissional, cópia da Sindicância deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina de São Catarina, pôr se tratar do único órgão com competência para julgar infrações éticas neste Estado.

VI. Membros Componentes:

Artigo 38º - A escolha dos componentes se dará de acordo com as normas vigentes do Conselho Federal de Medicina e do Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina, em processo de eleição durante Assembleia do Corpo Clínico, não podendo ser candidato o Diretor

Médico, o Diretor Técnico, o Diretor Administrativo e os membros da Comissão Eleitoral especialmente designada para esse fim.

Artigo 39º - Para as unidades de saúde com até 99 médicos serão eleitos 3 membros efetivos e 3 membros suplentes.

Artigo 40º - Entre os membros efetivos deverá ser escolhido o Presidente e o Secretário da Comissão.

VII. Constituição:

Artigo 41º - A comissão de Ética será composta por um (1) presidente, (1) um secretário e demais membros efetivos e suplentes;

Artigo 42º - O critério de proporcionalidade da constituição da Comissão assim como sua eleição e mandato, devem estar de acordo com as resoluções do Conselho Federal de medicina, resolução 1.657/2002.

VIII. Frequência de Reuniões:

Artigo 43º - A reuniões serão realizadas mensalmente, podendo ser realizada reunião extraordinária, convocada por seu Presidente ou pela maioria dos seus membros, sempre que necessário. Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Técnico, pelo Diretor Médico, pela Instituição.

IX. Indicadores a serem acompanhados pela Comissão

- Número e taxa de sindicâncias instauradas;

- Tempo para finalização do dia da denúncia até a o fechamento do caso;

- Índice de sindicância por especialidade;

- Categorização por tipologia de denúncias.

X. Atas:

Artigo 44º - Será realizado registro escrito sobre todos os acontecimentos e assuntos debatidos durante a reunião pelo membro eleito no início de cada reunião. Todos os encaminhamentos e pendências serão descritos para serem retomados na reunião subsequente. A leitura será realizada e todos os integrantes da reunião deverão assiná-la caso concordem com o conteúdo.

XI. Programa de Melhorias:

Artigo 45º - Será realizado análise de todo processo da comissão semestralmente ou caso seja necessário em qualquer tempo. O objetivo é a Melhoria contínua e maior efetivação da Comissão, aumentando a eficiência dos processos.

Artigo 46º - Será estabelecido como pontos para implantação do Programa de Melhoria: a análise e avaliação da situação; os objetivos para a melhoria; a pesquisa sobre as ações envolvidas na implantação de cada programa (atividades, responsáveis, recursos necessários); a implementação da metodologia escolhida e a análise a implementação e verificação se os objetivos estão sendo alcançados.

x. Cronograma

CRONOGRAMA ÉTICA MÉDICA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Elaborar regimento da Comissão de acordo com a legislação específica;												
Estabelecer rotinas para o aperfeiçoamento dos serviços prestados;												
Colaborar nos programas de treinamento implementados no Hospital												
Realizar o planejamento de atividades educativas, de supervisão e fiscalização desempenho ético da medicina												
Divulgar o Código de Ética Medica ao Corpo Clinico												
Desenvolver ações educativas que orientem os Profissionais Médicos												
Divulgar temas relativos à Ética Médica												
Emitir relatórios à Direção, visando à melhoria das condições de trabalho e da assistência médica na instituição												

A Comissão de Ética Médica contribui de forma estratégica para o fortalecimento da governança clínica e da cultura ética na unidade de saúde. Sua estrutura assegura atuação educativa, fiscalizadora e preventiva, promovendo o cuidado responsável e a valorização da conduta profissional.

Ao integrar-se com os princípios do SUS — como a universalidade, a integralidade e o respeito ao usuário —, a Comissão de Ética Médica proposta representa um instrumento essencial para qualificar a assistência, garantir direitos e consolidar um ambiente institucional seguro, ético e humanizado.

4. COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

4.1 Definição e Finalidade

A Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) é uma instância representativa do Conselho Regional de Enfermagem (COREN) no âmbito institucional, com respaldo nas Resoluções COFEN nº 564/2017 e nº 593/2018, e na Lei nº 5.905/73, que dispõe sobre a criação e funcionamento das comissões de ética.

A CEE tem funções educativas, consultivas e fiscalizadoras, com o propósito de promover a conduta ética, orientar o exercício profissional da equipe de enfermagem e contribuir para a qualidade e segurança do cuidado prestado aos usuários do SUS. Propõe-se sua constituição nas unidades de saúde, como mecanismo de fortalecimento da identidade profissional, da responsabilização ética e da qualificação da assistência.

4.2 Composição e Funcionamento

A constituição da CEE será feita mediante processo eleitoral direto, respeitando os seguintes critérios:

A comissão será composta por **três membros eleitos** (presidente, secretário e vogal), conforme normas do COFEN.

Participação exclusiva de profissionais de enfermagem regularmente inscritos e adimplentes junto ao COREN;

Vedação à participação de enfermeiros responsáveis técnicos, profissionais em débito com o Conselho e membros de outras comissões institucionais.

Após a posse, será realizada a primeira reunião deliberativa com apresentação dos membros e eleição dos cargos: presidente (obrigatoriamente enfermeiro), secretário e vogal.

O mandato dos membros seguirá os prazos e critérios estabelecidos pelas Resoluções do COFEN.

Periodicidade das Reuniões: As reuniões ordinárias serão realizadas mensalmente, em data e horário definidos pelo grupo. Em casos urgentes, reuniões extraordinárias poderão ser convocadas.

Sigilo: Toda a documentação, especialmente atas e relatórios de apuração, será mantida sob guarda exclusiva da Comissão, com caráter sigiloso e restrito.

4.3. Atribuições

Compete à CEE:

- Orientar os profissionais quanto à conduta ética e legal no exercício da enfermagem;
- Atuar preventivamente em situações de risco ético e conflito de atribuições;
- Conduzir apurações preliminares de possíveis infrações ético-disciplinares;
- Encaminhar representações e relatórios ao COREN, conforme os dispositivos legais;
- Promover ações educativas e reflexivas sobre a ética profissional no cotidiano dos serviços;
- Realizar diligências, acareações, oitivas, coletas de provas e histórico profissional, respeitando os princípios constitucionais da **ampla defesa**, do **contraditório** e do **devido processo legal**.

Os processos seguem o rito previsto na **Constituição Federal de 1988**, **Código de Processo Penal**, **Lei nº 7.498/86** (regulamentação do exercício da enfermagem) e resoluções do COFEN, assegurando integridade e legalidade em todo o trâmite.

4.4. Integração com Qualidade e Segurança

A Comissão de Ética de Enfermagem integrará suas atividades com o **Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente**, participando ativamente das estratégias de **cuidado seguro**, notificações de incidentes e fortalecimento da **cultura ética e organizacional**, conforme diretrizes da Política Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

4.5. Indicadores de Desempenho

- % de profissionais capacitados em ética profissional;
- Nº de ações educativas e rodas de discussão realizadas;
- Taxa de notificações éticas com plano de ação implementado;
- Participação da CEE nas reuniões de Qualidade e Segurança do Paciente (%).

4.6. Objetivos para o Primeiro Ano de Implantação

Cronograma Operacional:

Etapa	Ação
1ª	Elaboração do Regimento Interno da Comissão
2ª	Elaboração do Ato Administrativo de Nomeação
3ª	Comunicação oficial da composição da Comissão
4ª	Planejamento do cronograma de reuniões mensais
5ª	Definição dos indicadores e metas de avaliação
6ª	Integração formal com o Núcleo de Qualidade e Segurança

Controle pela Direção Médica: Validação das atas mensais, planos de ação e indicadores.

4.7. PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ÉTICA ENFERMAGEM COM CRONOGRAMA DA COMISSÃO

Artigo 1º - O principal objetivo da Comissão de Ética de Enfermagem é fortalecer o componente ético na prática de Enfermagem.

Artigo 2º - Tem a função de atender às demandas éticas dos titulares e usuários da rede de saúde. Ela é responsável pela abertura do processo ético disciplinar no âmbito do Sistema COFEN/COREN, o que aprova a decisão do COREN.

Artigo 3º - O processo ético disciplinar segue o rito da Constituição Federal de 1988, CPP, Lei 5.905/73, Lei 7.498/86 e Resoluções COFEN 252/01 e 311/07, que tem por objetivo apurar possíveis infrações éticas disciplinares dos titulares no exercício profissional, respeitados os princípios constitucionais da ampla defesa e o contraditório, além dos meios e recursos a eles inerentes.

Artigo 4º - Compete à Comissão ouvir as partes e testemunhas, expedindo citações e notificações; recolher provas para os esclarecimentos dos fatos; ouvir o depoimento das pessoas e fazer a acareação; determinar perícias e diligências e averiguar os antecedentes profissionais do denunciado;

Artigo 5º - Concluída a instrução, após o julgamento, será aplicada a sanção disciplinar cabível descrita na Lei Regimental do Exercício Profissional.

Artigo 6º - Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional.

Artigo 7º - Incentivar a organização das Comissões de Ética de Enfermagem em todas as instituições onde houver atividades de enfermagem.

Artigo 8º - Assessorar os profissionais de enfermagem na criação de Comissão de Ética de Enfermagem.

Artigo 9º - Sensibilizar os profissionais de enfermagem sobre a importância da notificação e averiguação das intercorrências no exercício ético dos profissionais de enfermagem.

Finalidade:

Artigo 10º - Fortalecer o componente ético dos profissionais de enfermagem do Hospital através da análise das intercorrências notificadas, por meio de denúncia formal e/ou auditoria.

Artigo 11º - Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional.

Artigo 12º - Colaborar com o COREN-SP no combate ao exercício ilegal da profissão.

Proposta de Regimento da Comissão

Artigo 13º - O órgão de enfermagem da instituição deverá garantir as condições necessárias para o desenvolvimento das atividades da Comissão de Ética.

Artigo 14º - O COREN prestará assessoria à Comissão de Ética quando se fizer necessário

Artigo 15º - A Comissão de Ética de Enfermagem reunir-se-á uma vez por mês ordinariamente, em dia, hora e local pré-determinados, podendo reunir-se extraordinariamente quando houver necessidade.

Artigo 16º - A ausência não justificada em mais de 3 (três) reuniões consecutivas e/ou alternadas excluirá automaticamente o membro efetivo da Comissão de Ética de Enfermagem, devendo ser convocado o respectivo suplente

Artigo 17º - O Órgão de Enfermagem da Instituição garantirá as condições necessárias para o desenvolvimento das atividades da Comissão de Ética de Enfermagem.

Membros Componentes:

Artigo 18º - As Comissões de Ética são compostas por três membros - presidente, secretário e vogal.

Artigo 19º - As funções do Presidente e Vice-Presidente deverão ser exercidas exclusivamente por enfermeiros e adaptar à realidade dessa Instituição.

Artigo 20º - A Comissão de Ética de Enfermagem é formada por enfermeiros, técnicos e/ou auxiliares de enfermagem efetivos com seus respectivos suplentes.

Artigo 21º - A Comissão de Ética de Enfermagem poderá ser reconduzida por igual período.

Frequência das Reuniões:

Artigo 22º - As reuniões serão realizadas mensalmente, em data e horário estipulados pelo grupo;

Artigo 23º - Quando houver algum assunto de urgência a ser discutido, será convocada uma reunião extraordinária;

Artigo 24º - Todas as reuniões serão registradas em atas e encaminhadas à Direção da unidade com o devido gerenciamento da equipe multiprofissional da Associação.

Participação e Controle da Coordenação Médica:

Artigo 25º - O Diretor Médico e o Diretor Técnico da Unidade de Saúde poderão participar das reuniões da Comissão de Ética de Enfermagem com a finalidade de auxiliar com fornecimento de informações, porém sem poder de voto e/ou de decisões.

Indicadores a serem acompanhados pela Comissão

Número e taxa de sindicâncias instauradas;

Tempo para finalização do dia da denúncia até a o fechamento do caso;

Índice de sindicância por especialidade;

Categorização por tipologia de denúncias.

Atas:

Artigo 26º - Será realizado registro escrito sobre todos os acontecimentos e assuntos debatidos durante a reunião pelo membro eleito no início de cada reunião. Todos os encaminhamentos e pendências serão descritos para serem retomados na reunião subsequente. A leitura será realizada e todos os integrantes da reunião deverão assiná-la caso concordem com o conteúdo.

Programa de Melhorias:

Artigo 27º - Será realizado análise de todo processo da comissão semestralmente ou caso seja necessário em qualquer tempo. O objetivo é a Melhoria contínua e maior efetivação da Comissão, aumentando a eficiência dos processos.

Artigo 28º - Será estabelecido como pontos para implantação do Programa de Melhoria: a análise e avaliação da situação; os objetivos para a melhoria; a pesquisa sobre as ações

envolvidas na implantação de cada programa (atividades, responsáveis, recursos necessários); a implementação da metodologia escolhida e a análise a implementação e verificação se os objetivos estão sendo alcançados.

Cronograma

CRONOGRAMA ÉTICA DE ENFERMAGEM	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*
Elaborar regimento da Comissão de acordo com a legislação do COFEN.												
Estabelecer rotinas para o aperfeiçoamento e sistematização dos serviços prestados;												
Colaborar nos programas de treinamento implementados no hospital												
Realizar o planejamento de atividades educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da Enfermagem												
Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem												
Desenvolver ações educativas que orientem os Profissionais de Enfermagem												
Promover medidas que divulguem os assuntos referentes à ética profissional da assistência de enfermagem em consonância com os princípios éticos;												
Avaliação de denuncias												
Emitir relatórios das atividades de educação e Fiscalização do desempenho ético da enfermagem												

5. COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÕES

51. Definição

A Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (CCIRAS) é uma instância técnico-assessora permanente, vinculada à Direção Técnica da unidade de saúde, com atuação obrigatória conforme as normativas da ANVISA (RDC nº 50/2002), Portaria MS nº 2.616/1998, RDC nº 453/1998 e legislações correlatas. Tem como finalidade estruturar e acompanhar, de forma contínua, o planejamento, a execução e a avaliação das ações de prevenção e controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS).

Sua atuação está diretamente articulada ao Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) e às comissões de apoio institucional, tais como: Comissão de Eventos Adversos, Comissão de Óbitos e Comissão de Ética Médica e de Enfermagem, assegurando a transversalidade das ações e a melhoria contínua da assistência.

5.2. Composição e Qualificação Técnica da Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde e Resistência Microbiana

A Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (CCIRAS), será composta por equipe multiprofissional especializada, com formação técnica compatível com as atribuições previstas nas normas da ANVISA e do Ministério da Saúde. A composição mínima incluirá:

- 01 Médico(a) infectologista (preferencialmente como coordenador);
- 01 Enfermeiro(a) com formação específica em controle de infecção;
- 01 Farmacêutico(a), com responsabilidade pelo uso racional de antimicrobianos;
- 01 Representante da equipe de higienização;
- 01 Apoio administrativo, para sistematização de documentos e dados.

Poderão ser incluídos, conforme a complexidade da unidade com perfil técnico compatível com as ações de prevenção e vigilância epidemiológica.

Todos os membros da Comissão serão formalmente nomeados por **Ato Administrativo da Direção Técnica** e deverão possuir vínculo empregatício regular com a unidade, carga horária compatível com as demandas assistenciais e disponibilidade para participação ativa nas reuniões, treinamentos e ações de campo. A nomeação será acompanhada da publicação de um **Regimento Interno**, contendo atribuições específicas, periodicidade das reuniões, formas de deliberação e fluxo de comunicação institucional.

5.3. Atribuições da Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde e Resistência Microbiana

Compete à Comissão:

- Elaborar, revisar e monitorar o **Plano de Prevenção e Controle de IRAS**, com definição de metas, **cronograma e indicadores** de processo e resultado;
- Implementar **rotinas de biossegurança, limpeza e desinfecção** das áreas críticas, semicríticas e não críticas, em conjunto com a equipe de higienização;
- Realizar **vigilância epidemiológica ativa** de infecções, com notificações internas e externas, investigação de surtos e elaboração de relatórios de rastreabilidade e causalidade;
- Promover **formação continuada dos profissionais** da unidade sobre boas práticas de prevenção, com ênfase em precauções padrão, higiene das mãos, uso correto de EPIs e limpeza de superfícies;
- Monitorar o uso de antimicrobianos, em articulação com a farmácia clínica e o corpo clínico, promovendo o uso racional conforme protocolos assistenciais;
- Participar das reuniões do **Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)** e das demais comissões institucionais (Comissão de Eventos Adversos, Comissão de Óbitos, Comitês de Ética etc.), promovendo **governança clínica integrada** e ações intersetoriais.

5.4. Periodicidade das Reuniões

A Comissão realizará **reuniões mensais ordinárias**, com registro em ata e assinatura dos presentes. **Reuniões extraordinárias** poderão ser convocadas a qualquer momento, sempre que

houver: notificação de evento adverso grave ou surto; alterações nos protocolos clínico-assistenciais; e requisições das autoridades sanitárias ou da direção técnica.

5.5. Registros:

A CCI manterá atualizados os seguintes registros: dos **indicadores** de monitoramento (Densidade de infecção por tipo de procedimento; Taxa de adesão à higiene das mãos; Taxa de uso de antimicrobianos por paciente-dia; Taxa de ocupação de precaução de contato); das **atas das reuniões** mensais, do **Plano anual de ações**, com cronograma de implantação e responsáveis técnicos e dos **relatórios** trimestrais e anuais de vigilância, com consolidação dos dados de infecção e análise crítica dos resultados;

Os dados consolidados serão encaminhados regularmente aos sistemas oficiais de notificação, como o **Notivisa**, quando cabível, e apresentados em reuniões institucionais para **apoio à tomada de decisão gerencial e clínica**.

5.5.1PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde COM CRONOGRAMA DA COMISSÃO

Artigo 1º - A finalidade da Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde é desenvolver de forma sistemática o rastreamento de infecções, notifica os casos, consolida os dados em indicadores, promove campanhas de prevenção e desenvolve ações de combate e controle de surtos e epidemias. Além dessas ações, atua junto a Comissão de Farmácia e Terapêutica gerenciando o programa de uso racional de antimicrobianos.

Membros Componentes:

Artigo 2º - A CCIRAS deverá ser composta por profissionais da área de saúde, de nível superior, formalmente designados. Os membros da CCIRAS serão de dois tipos: consultores e executores, sendo que o Presidente ou Coordenador da Comissão da CCIRAS será qualquer um dos membros da mesma, indicado pela direção do hospital.

Artigo 3º - Os membros consultores serão os representantes, dos seguintes serviços: Serviço médico; Serviço de enfermagem; Serviço de farmácia; Laboratório de microbiologia; Administração.

Artigo 4º - Os membros executores da CCI representam ***Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde****. e, portanto, são encarregados da execução das ações programadas de controle de infecção hospitalar;*

Artigo 5º - Os membros executores serão:

Técnicos de nível superior da área de saúde, sendo, no mínimo 1 enfermeiro e um médico infectologista.

Proposta de Regimento da Comissão:

Artigo 6º - Elaborar, implementar, manter e avaliar o programa de controle de infecção, adequado às características e necessidades da instituição, contemplando, no mínimo, ações relativas a:

Implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares;

Adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico- operacionais, visando à prevenção e controle das infecções hospitalares;

Capacitação do quadro de funcionário e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares;

Uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares;

Artigo 7º - Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares e aprovar as medidas de controle propostas pelos membros executores da CCI;

Artigo 8º - Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle;

Artigo 9º - Elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima de instituição e às chefias de todos os setores do hospital, a situação do controle das infecções hospitalares, promovendo seu amplo debate na comunidade hospitalar;

Artigo 10º - Elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso do hospital, por meio de medidas de precaução e de isolamento;

Artigo 11º - Adequar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e ao tratamento das infecções hospitalares. Definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a instituição;

Artigo 12º - Cooperar com o setor de treinamento ou responsabilizar-se pelo treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito ao controle das infecções hospitalares;

Artigo 13º - Elaborar regimento interno para a Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde

Artigo 14º - Cooperar com a ação do órgão de gestão do SUS, bem como fornece, prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes;

Artigo 15º - Notificar, na ausência de um núcleo de epidemiologia, ao organismo de gestão do SUS, os casos diagnosticados ou suspeitos de outras doenças sob vigilância epidemiológica (notificação compulsória), atendidos em qualquer dos serviços da unidade, e atuar cooperativamente com os serviços de saúde coletiva;

Artigo 16º - Notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do organismo de gestão do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas a utilização e/ou produtos industrializados.

Frequência das reuniões

Artigo 17º - Ocorrência de reuniões semanalmente até a conclusão do Plano de Prevenção e Controle de Infecções Hospitalares; Em seguida, mensal rotineiramente e extraordinariamente nos casos de alterações de comportamento epidemiológica nos diversos setores do hospital.

Controle pela Direção Médica

Serão realizados supervisão e acompanhamento.

As discussões e encaminhamentos deverão ser registrados em Ata

Indicadores Mínimos Obrigatórios

Taxa de incidência e de prevalência de infecções hospitalares;

Taxa de infecção em cirurgias não contaminadas;

Taxa de infecção em cirurgias potencialmente contaminadas;

Taxa de letalidade por infecções hospitalares;

Taxa de infecção por sítio específico;

Coeficientes de sensibilidade aos antimicrobianos;

Índice de consumo de antimicrobianos;

Notificação compulsória pelos médicos, dos casos de infecção mediante preenchimento de Ficha de Notificação de Infecções;

Pesquisas periódicas de prevalência de infecção;

Levantamento bacteriológico da frequência e dos coeficientes de sensibilidade.

Atas:

Será realizado registro escrito sobre todos os acontecimentos e assuntos debatidos durante a reunião pelo membro eleito no início de cada reunião. Todos os encaminhamentos e pendências serão descritos para serem retomados na reunião subsequente. A leitura será realizada e todos os integrantes da reunião deverão assiná-la caso concordem com o conteúdo.

Programa de Melhorias:

Será realizado análise de todo processo da comissão semestralmente ou caso seja necessário em qualquer tempo. O objetivo é a Melhoria contínua e maior efetivação da Comissão, aumentando a eficiência dos processos.

Será estabelecido como pontos para implantação do Programa de Melhoria: a análise e avaliação da situação; os objetivos para a melhoria; a pesquisa sobre as ações envolvidas na implantação de cada programa (atividades, responsáveis, recursos necessários); a implementação da metodologia escolhida e a análise a implementação e verificação se os objetivos estão sendo alcançados.

Cronograma

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DA CCIH		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Vigilância Epidemiológica das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde	Reunião com o colegiado gestor do hospital para apresentação do CCIH												
	Vigilância microbiológica no Serviço de Nutrição: dos alimentos, utensílios e mãos do manipulador através do laboratório terceirizado												
	Apresentar relatório para a Vigilância à Saúde do território e para os diversos setores do Hospital												
	Implantar e manter política de uso racional de antimicrobianos.												
	Divulgar informes epidemiológicos nos quadros da CCIH instalados nas unidades de internação												
	Implementar um programa para avaliar o consumo de antimicrobianos sentinelas sob definição da CCIH e CFT.												
	Encaminhar para o Serviço de Vigilância Epidemiológica as notificações das doenças compulsórias a ser realizada pela equipe												
	Implantar e implementar o sistema de vigilância dos												

	procedimentos técnicos operacionais e/ou assistenciais nos setores												
	Implantar o Núcleo Hospitalar de Epidemiologia e Controle de Infecções												
Educação permanente	Promover atualização para os funcionários da higienização do ambiente hospitalar												
	Programar treinamento para os profissionais da Fisioterapia: Noções de Prevenção e Controle da Infecção Hospitalar												
	Programar treinamento para os Profissionais do Serviço de Nutrição e Dietética (SND)												
	Comemorar o Dia Nacional de Controle da Infecção Hospitalar												
	Realizar Campanha da Higienização das Mãos												
	Elaborar, em parceria com a Coordenação de Enfermagem, o planejamento das ações educativas relacionadas à assistência da prevenção e controle de IRAS: Treinamento introdutório para os profissionais de enfermagem												
	Participar do curso introdutório dos funcionários recém-contratados sobre medidas básicas de prevenção e controle da infecção hospitalar												
	Promover o Simpósio de tratamento de lesões e curativos												
	Promover Bate-papo da CCIH com temas relevantes de Controle de Infecção Hospitalar												
Protocolos, rotinas e normas técnico-operacionais	Atualizar as instruções de trabalho técnico já disponibilizadas nas unidades assistenciais.												
	Revisar e elaborar em parceria com a equipe de Terapia Ocupacional, Psicólogos, Fisioterapeutas, Nutricionistas, Assistentes Sociais e Fonoaudiólogos, rotinas relacionadas com o												

	processo assistencial do paciente, de competência técnica destes profissionais												
	Revisar e validar os protocolos assistenciais de obstetrícia/ginecologia. assim como os critérios de inclusão dos procedimentos, revisão e organização dos bancos de dados e revisão dos critérios de infecção.												
	Participar da atualização da lista de medicamentos padronizados pela CFT.												
	Revisar a padronização dos antibiótioos padronizados pelo serviço												
Visitas Técnicas (internas)	Implantação de CHECK LIST: Higienização do ambiente hospitalar												
	Cronograma de inspeção: Obstetrícia /Serviço de apoio												
Biossegurança	Revisar as normas e rotinas da indicação e supervisão das precauções de acordo com as vias de transmissão.												
	Revisar e implantar o protocolo de atendimento a acidentes com material biológico												
Produção Científica e Publicações	Realizar estudo de campo, a ser definido												
	Produção, publicação e distribuição de um manual para os profissionais de nível universitário do Hospital – protocolos de antimicrobianos, princípios e rotinas básicas em prevenção e controle da infecção hospitalar												
	7) Participação Comissões Internas e Externas												

6. COMISSÃO DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES – CIPA

6.1 Definição:

É um instrumento que os trabalhadores dispõem para tratar da prevenção de acidentes do trabalho, das condições do ambiente do trabalho e de todos os aspectos que afetam sua saúde e segurança. A CIPA é regulamentada pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) nos artigos

162 a 165 e pela Norma Regulamentadora 5 (NR-5), contida na portaria 3.214 de 08.06.78 baixada pelo Ministério do Trabalho, atualizada pela NR 32.

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) é uma instância obrigatória nos Hospitais vinculadas ao SUS, conforme estabelece a Norma Regulamentadora nº 5 (NR-5), atualizada pela Portaria MTP nº 422/2022. Sua função é atuar na promoção da saúde e integridade física dos trabalhadores, contribuindo diretamente para a melhoria das condições do ambiente de trabalho e para a prevenção de acidentes e doenças ocupacionais.

6.2 Membros:

A composição da CIPA deve respeitar o dimensionamento proporcional ao número de trabalhadores lotados na unidade. Para Hospital será obrigatória a constituição de uma comissão completa. A CIPA deve ser composta por representantes dos empregados, eleitos por votação direta, e representantes do empregador, designados pela Direção Técnica da unidade.

A comissão deve ser formada, se possível por membros que representem diferentes setores e turnos do Hospital, garantindo pluralidade e representatividade. Entre os profissionais indicados, destacam-se: enfermeiros, técnicos de enfermagem, recepcionistas, profissionais da limpeza, vigilância, apoio administrativo e, sempre que possível, um representante da equipe médica. Essa diversidade fortalece o diagnóstico participativo das condições de trabalho e a elaboração de ações de prevenção mais adequadas à realidade da unidade.

O presidente da CIPA deve ser nomeado pela gestão do Hospital, enquanto o vice-presidente será eleito entre os representantes dos trabalhadores. Todos os membros titulares e suplentes devem ser capacitados em curso específico de 20 horas sobre segurança do trabalho, conforme previsto na NR-5. É indispensável que os integrantes possuam vínculo funcional regular com a unidade e disponibilidade para participação ativa nas reuniões mensais e inspeções periódicas.

Além das ações autônomas, a CIPA deve manter articulação direta com o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), colaborando na elaboração do Mapa de Risco da unidade, na

condução de análises de acidentes de trabalho e na promoção de campanhas educativas, como a Semana Interna de Prevenção de Acidentes (SIPAT). Essa integração favorece a cultura de segurança institucional e fortalece as ações de cuidado centrado tanto no trabalhador quanto no paciente.

A formalização da comissão deverá ser realizada por meio de ato administrativo publicado pela Direção Técnica, acompanhado de regimento interno, cronograma de reuniões ordinárias e plano anual de ações. Esse conjunto de medidas garante conformidade legal, eficácia operacional e alinhamento com os critérios de avaliação de desempenho contratual nas unidades do SUS.

6.3. Objetivos e Atribuições:

As atribuições básicas que os componentes da CIPA deverão exercer de acordo com a legislação vigente serão as seguintes:

Investigar e analisar os acidentes ocorridos na Unidade de Saúde;

Sugerir as medidas de prevenção de acidentes julgadas necessárias por iniciativa própria ou sugestão de outros empregados e encaminhá-las ao Diretor Técnico e ao departamento de segurança do trabalho das Unidades de Saúde;

Promover a divulgação e zelar pela observância das normas de segurança, ou ainda, de regulamentos e instrumentos de serviço emitidos pelo empregador;

Promover anualmente a Semana Interna de Prevenção de Acidentes (SIPAT);

Sugerir a realização de cursos, palestras ou treinamentos, quanto à engenharia de segurança do trabalho, quando julgar necessário para o melhor desempenho dos empregados;

Manter controle sobre as condições de trabalho dos funcionários e equipamentos e comunicar ao Diretor Técnico as irregularidades encontradas;

Elaborar anualmente o Mapa de Risco

✓ Plano de Ação Anual – CIPA e Cronograma para o ano I na Hospital

Mês	**Ação Estratégica**	**Objetivos**
1º mês	Constituição da CIPA por ato administrativo e eleição dos representantes Elaboração do Regimento Interno e aprovação em reunião inaugural	Equipe de trabalho Regimento homologado
2º mês	Capacitação obrigatória de 20 horas para os membros da CIPA	Certificados emitidos
3º mês	Diagnóstico preliminar das condições de trabalho e levantamento de riscos setoriais	Relatório diagnóstico
4º mês	Elaboração e validação do Mapa de Riscos da Hospital	Mapa de Risco afixado
5º mês	Estabelecimento do Plano de Inspeções Mensais por setor (checklists)	Plano aprovado e publicado
6º mês	Realização de inspeções nos ambientes da Hospital (1ª rodada) e emissão de relatório	Relatório com plano de ação corretivo
7º mês	Campanha educativa sobre ergonomia e pausas ativas no trabalho	Cartazes, rodas de conversa
8º mês	Realização da 1ª SIPAT (Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho)	Programação de 5 dias com registro de público
9º mês	Atualização do Mapa de Riscos com base nos eventos e inspeções do semestre	Mapa atualizado
10º mês	Articulação com o NSP para análise conjunta de eventos relacionados à segurança ocupacional	Relatório conjunto e fluxos integrados
11º mês	Rodada final de inspeções com validação de indicadores de resolutividade	Comparativo: irregularidades vs. medidas adotadas
12º mês	Elaboração do Relatório Anual da CIPA + Planejamento para o 2º ano	Relatório entregue e planejamento validado

6.4 Indicadores de Acompanhamento

Indicador	Meta
% de trabalhadores atingidos por ações da SIPAT	≥ 80%
Nº de inspeções realizadas no ano	≥ 10
% de irregularidades com ação corretiva implementada	≥ 75%
Tempo médio de resposta a notificações de risco	≤ 15 dias
% de membros capacitados conforme NR-5	100%

Integração com o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)

Ao longo do ano, a CIPA atuará de forma colaborativa com o NSP em ações como a atualização do **Mapa de Risco**, a análise conjunta de eventos adversos relacionados a ambientes inseguros e a organização de eventos educativos voltados tanto para profissionais quanto para usuários. Essa articulação será essencial para promover uma **cultura de segurança abrangente**, que considere os riscos ocupacionais e assistenciais de forma integrada, conforme diretrizes da **Política Nacional de Segurança do Paciente** e da **NR-32**.

6.5. REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES – CIPA

Artigo 1º - É um instrumento que os trabalhadores dispõem para tratar da prevenção de acidentes do trabalho, das condições do ambiente do trabalho e de todos os aspectos que afetam sua saúde e segurança. A CIPA é regulamentada pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) nos artigos 162 a 165 e pela Norma Regulamentadora 5 (NR-5), contida na portaria 3.214 de 08.06.78 baixada pelo Ministério do Trabalho, atualizada pela NR 32.

Finalidades:

Artigo 2º - Investigar e analisar os acidentes ocorridos no Hospital;

Artigo 3º - Sugerir as medidas de prevenção de acidentes julgadas necessárias por iniciativa própria ou sugestão de outros empregados e encaminhá-las ao Diretor Técnico e ao departamento de segurança da unidade de saúde;

Artigo 4º - Promover a divulgação e zelar pela observância das normas de segurança, ou ainda, de regulamentos e instrumentos de serviço emitidos pelo empregador;

Artigo 5º - Promover anualmente a Semana Interna de Prevenção de Acidentes (SIPAT);

Artigo 6º - Sugerir a realização de cursos, palestras ou treinamentos, quanto à engenharia de segurança do trabalho, quando julgar necessário para o melhor desempenho dos empregados;

Artigo 7º - Registrar nos livros próprios as atas de reuniões ordinárias e extraordinárias e enviar cópia ao Diretor Técnico e ao departamento de segurança do trabalho;

Artigo 8º - Preencher ficha de informações sobre a situação da segurança da unidade de saúde e atividades da CIPA encaminhando para o Ministério do Trabalho;

Artigo 9º - Preencher ficha de análise de acidentes, que deverá ser enviada ao departamento de segurança da unidade. O modelo destas fichas pode ser encontrado em qualquer DRT;

Artigo 10º - Manter controle sobre as condições de trabalho dos funcionários e equipamentos e comunicar ao Diretor Técnico as irregularidades encontradas;

Artigo 11º - Elaborar anualmente o Mapa de Risco.

Proposta de Regimento da Comissão

Artigo 12º - O Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho terá como premissa no regimento promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador em seu local de trabalho.

Artigo 13º - A Segurança do Trabalho deve adotar medidas que visam minimizar os acidentes de trabalho, doenças ocupacionais e deverá abranger a Segurança, Higiene e Medicina

do Trabalho, Prevenção e Controle de Riscos em Máquinas, Equipamentos e Instalações, Psicologia na Engenharia de Segurança, Comunicação e Treinamento.

Artigo 14º - O SESMT deverá atuar conforme Legislação e Normas Técnicas, orientar quanto a Responsabilidade Civil e Criminal, realizar perícias, propor medidas de proteção do meio ambiente, avaliar ergonomia e iluminação, propor medidas de proteção contra incêndios e Gerência de Riscos.

Membros:

Artigo 15º - Será composta por quantidade de colaboradores onde a conta exata de participantes se dá por quantidade de profissionais atuantes na instituição sendo 1 para cada 20 trabalhadores.

Frequência das Reuniões:

Artigo 16º - Uma reunião ordinária por mês e tantas extraordinárias quanto forem necessárias.

Participação e Controle da Coordenadoria Médica:

Artigo 17º - Conhecer a situação real de segurança no ambiente de trabalho da unidade de saúde;

Artigo 18º - Atuar como assessoria da Diretoria Técnica e Diretoria Médica, orientando todos os setores da unidade de saúde sobre segurança no trabalho;

Indicadores Mínimos Obrigatórios

Número e taxa de acidentes ocorridos no trabalho e trajeto;

Índice de doenças ocupacionais identificadas nos trabalhadores;

Índice de perícias e afastamentos encaminhados ao INSS.

Atas:

Artigo 19º - Será realizado registro escrito sobre todos os acontecimentos e assuntos debatidos durante a reunião pelo membro eleito no início de cada reunião. Todos os encaminhamentos e pendências serão descritos para serem retomados na reunião subsequente. A leitura será realizada e todos os integrantes da reunião deverão assiná-la caso concordem com o conteúdo.

Programa de Melhorias:

Artigo 20º - Será realizado análise de todo processo da comissão semestralmente ou caso seja necessário em qualquer tempo. O objetivo é a Melhoria contínua e maior efetivação da Comissão, aumentando a eficiência dos processos.

Artigo 21º - Será estabelecido como pontos para implantação do Programa de Melhoria: a análise e avaliação da situação; os objetivos para a melhoria; a pesquisa sobre as ações envolvidas na implantação de cada programa (atividades, responsáveis, recursos necessários); a implementação da metodologia escolhida e a análise a implementação e verificação se os objetivos estão sendo alcançados.

I. Cronograma

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DA CIPA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria do SESMT;												
Elaborar plano de trabalho de ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;												
Definir metas do plano de trabalho												
Emitir relatório do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho;												
Realizar a avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;												
Fiscalizar sistematicamente os ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;												

Elaborar relatório para a direção das situações de risco que foram identificadas;												
Divulgar aos trabalhadores informações relativas 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;												
Emitir relatório para a Direção das CAT emitidas												
Promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT;												
Participar, anualmente, de Campanhas de Prevenção da AIDS.												
Emitir relatório anual												

7. COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

7.1. **Definição**:

Comissão de Farmacovigilância e Padronização de Medicamentos tem como principal finalidade garantir a segurança, eficácia e uso racional dos medicamentos utilizados no ambiente hospitalar ou nos serviços de saúde. Ela atua tanto na padronização dos medicamentos disponíveis quanto na monitorização dos efeitos adversos e reações indesejadas associados ao seu uso.

Considerando as disposições da Portaria nº 3.916/98 do Ministério da Saúde, que tem como propósito garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais e considerando as disposições da RDC 44/2009, que institui as atribuições do farmacêutico na Comissão de Farmácia e Terapêutica.

A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) é uma instância colegiada, de natureza consultiva, deliberativa e de caráter permanente, cujas ações devem estar voltadas para a seleção e promoção do uso racional e seguro de medicamentos.

7.2. Composição: A Comissão de Farmácia Terapêutica deverá contar com a seguinte composição e serão nomeados através de uma Ata de nomeação institucional formalmente.

- Um coordenador
- Uma secretaria
- Um representante do corpo clinico
- Um representante da Gestão / Coordenação
- Um representante do Almoxarifado
- Um representante do SCIH

7.3. Objetivos:

A Comissão de Segurança do Paciente (CFT) tem por finalidade assessorar a Diretoria da unidade e auxiliar na consolidação de todas as políticas e práticas de utilização de medicamentos e outros insumos farmacêuticos, por meio da seleção e padronização de medicamentos, do estabelecimento de critérios para seu uso e avaliação dos itens selecionados:

- Garantir que os medicamentos sejam prescritos, dispensados e utilizados de forma apropriada e segura, com base em evidências e nas necessidades do paciente.
- Desenvolver e atualizar diretrizes clínicas baseadas em evidências para orientar os profissionais de saúde na prescrição e administração de medicamentos.
- Monitorar e reportar eventos adversos relacionados ao uso de medicamentos, com o objetivo de garantir a segurança dos pacientes.
- Promover a educação e treinamentos dos profissionais de saúde sobre o uso adequado de medicamentos e terapias.
- Gerenciar o estoque de medicamentos para evitar desperdícios e garantir o acesso adequado aos tratamentos necessários.

- Analisar novas tecnologias e terapias emergentes para determinar sua relevância e impacto no cuidado ao paciente.
- Avaliar a relação entre os custos dos medicamentos e seus benefícios clínicos, comparando diferentes opções terapêuticas para determinar a mais eficiente em termos de custo.
- Compete à Diretoria Técnica e Alta Gestão acerca da CFT:
- Revisar conjunto a CFT o regimento interno, ações definidas, análises e planos de ação da CFT;
- Apoiar as ações e decisões realizadas pelo CFT, desde que coerente com a legalidade e os princípios da Administração;
- Zelar pelos princípios promulgados e aprovados pelo presente regimento interno;

CRONOGRAMA	
1ª etapa	Elaborar Regimento interno da comissão
2ª etapa	Elaborar Ato Administrativo de Nomeação
3ª etapa	Elaborar da Comunicação de nomeação de comissão
4ª etapa	Elaboração do Cronograma das reuniões mensal.
5ª etapa	Capacitação membros integrantes
6ª etapa	Implantação de indicadores.

7.4 Frequência:

As reuniões ocorrerão mensalmente de acordo com agenda pré-estabelecida uma vez do mês, sendo aceitável reuniões extraordinárias, considerando a gravidade do caso. Haverá reuniões dos subgrupos, também de frequência mensal.

As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo coordenador da comissão ou pela alta gestão.

✓ **Controle pela Direção Médica:** Responsável pela validação e acompanhamento sistemático das atas mensais das comissões, dos planos de ação decorrentes e dos indicadores de desempenho.

7.5 REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

Artigo 1º- Comissão de Farmacovigilância e Padronização de Medicamentos, tem por finalidade elaborar uma listagem de medicações disponíveis para a unidade de saúde, identificados por sua nomenclatura genérica (nome farmacológico), conforme Denominação Comum Brasileira (DCB), acrescida das formas de apresentações e concentrações, e suas respectivas indicações. Bem como definir estratégias que possibilitem a inclusão e exclusão de medicações nesta listagem. Também tem como uma de suas atribuições principais o monitoramento da segurança no uso de medicamentos. Para isso, atua na identificação, registro e análise de reações adversas a medicamentos (RAM), bem como de queixas técnicas relacionadas a produtos farmacêuticos. Também é responsável pela notificação de eventos adversos aos órgãos competentes, como a ANVISA, por meio da Rede Nacional de Farmacovigilância, além de investigar suspeitas de falhas terapêuticas, interações medicamentosas e possíveis casos de intoxicação medicamentosa.

Outra função essencial da comissão é a promoção do uso seguro e racional de medicamentos. Isso envolve o estabelecimento de protocolos terapêuticos e diretrizes clínicas, a realização de ações educativas direcionadas às equipes de saúde sobre prescrição, administração e monitoramento de medicamentos, além da implementação de estratégias para reduzir o uso inadequado, o desperdício e os custos associados aos tratamentos farmacológicos.

A comissão também presta apoio à gestão da assistência farmacêutica, subsidiando decisões da direção técnica e clínica em relação à aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos. Ademais, contribui de forma significativa para a avaliação de tecnologias em saúde no que diz respeito à incorporação de novos medicamentos na prática assistencial, com base em critérios de eficácia, segurança e custo-benefício.

I. Membros:

Artigo 2º- A Comissão de Farmacovigilância e Padronização de Medicamentos será composta por membros executores, sendo estes profissionais da área da saúde, de nível superior,

nomeados pela Direção da unidade, e por membros consultores, sendo estes profissionais da saúde, de nível superior que façam parte do quadro funcional da unidade.

Artigo 3º- Os membros executores, indicados pela Direção da unidade de saúde, serão encarregados da execução das ações programadas pela Comissão. São membros executores:

- *Diretor Técnico Médico*
- *Médico da CCIRAS*
- *Um membro da Administração*
- *Dois Farmacêuticos*
- *Uma enfermeira da CCIRAS*

II. Frequência das Reuniões:

Artigo 4º- Uma reunião ordinária por mês e tantas extraordinárias quanto forem necessárias.

III. Proposta de Regimento da Comissão:

Artigo 5º- Os membros consultores são médicos chefes de serviço ou na sua ausência será o especialista na área a ser consultada e que estão em contato direto com o paciente para restabelecer a sua saúde.

Artigo 6º- O mandato dos membros executores será de dois anos.

Artigo 7º- O presidente da Comissão de Farmácia e Terapêutica será um dos membros da mesma e indicado pela Direção da unidade.

Artigo 8º- A secretária da Comissão de Farmácia e Terapêutica será um dos membros da mesma e indicada pela Direção da Unidade de Saúde.

Artigo 9º- A Comissão funciona como um órgão assessor da administração, tendo assegurada a sua autonomia funcional.

Artigo 10º- A autonomia funcional se caracteriza pela independência em estabelecer normas de gerência sobre todas as atividades relacionadas a padronização de medicações.

IV. Indicadores Mínimos

- Avaliar e garantir boas condições de armazenamento de estoques e medicamentos termolábeis;

- Obter 100% de dispensação adequada e correta.

V. Atas:

Artigo 11º- Será realizado registro escrito sobre todos os acontecimentos e assuntos debatidos durante a reunião pelo membro eleito no início de cada reunião. Todos os encaminhamentos e pendências serão descritos para serem retomados na reunião subsequente. A leitura será realizada e todos os integrantes da reunião deverão assiná-la caso concordem com o conteúdo.

VI. Programa de Melhorias:

Artigo 12º- Será realizado análise de todo processo da comissão semestralmente ou caso seja necessário em qualquer tempo. O objetivo é a Melhoria contínua e maior efetivação da Comissão, aumentando a eficiência dos processos.

Artigo 13º- Será estabelecido como pontos para implantação do Programa de Melhoria: a análise e avaliação da situação; os objetivos para a melhoria; a pesquisa sobre as ações envolvidas na implantação de cada programa (atividades, responsáveis, recursos necessários); a implementação da metodologia escolhida e a análise a implementação e verificação se os objetivos estão sendo alcançados.

VII. Cronograma

CRONOGRAMA DA COMISSÃO DE FARMACOVIGILÂNCIA E PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Elaborar e submeter à apreciação da administração as normas da Comissão;												
Implementar as políticas institucionais relacionadas com seleção, prescrição e uso racional de medicamentos;												
Análise e discussão dos resultados identificados após implantação das políticas institucionais para readequação e alinhamento;												
Propor medidas e instruções necessárias para atuação nas fragilidades identificadas;												
Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos a comissão de farmácia e terapêutica;												
Compilação dos resultados e análise dos indicadores.												

8. COMISSÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

8.1. Definição:

A Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Saúde (CGRS) tem por finalidade coordenar, orientar e fiscalizar as atividades relacionadas ao gerenciamento de resíduos de serviços de saúde, de acordo com o estabelecido no Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde – PGRSS e as leis vigentes que regem o tema em âmbito municipal, estadual e federal. A CGRSS desempenha o papel de representante da Administração no desenvolvimento de ações que garantam que os resíduos gerados nos estabelecimentos de saúde pertencentes sejam coletados, armazenados, transportados e destinados de forma adequada e segura, visando proteger a saúde pública e preservar o meio ambiente.

8.2. Composição:

A Comissão deve ser composta por profissionais multidisciplinares, com capacidade de atuar direta ou indiretamente na gestão da mudança dos departamentos que representam para o cumprimento do PGRSS vigente, bem como monitorar, medir e melhorar as práticas quando possível. Os componentes são nomeados pela Gerência local para o cumprimento de mandato de dois anos, permitindo-se a recondução, conforme necessidade.

Minimamente, entretanto não restrito à, a CGRSS deve ser composta por:

- Representante do Serviço de Higiene;
- Representante Assistencial;
- Representante do setor administrativo – Infraestrutura;
- Representante da Segurança do Trabalho;
- Representante da Educação Continuada;
- Representante da Farmácia;

Para além dos profissionais representantes das áreas acima citadas, a Gerência pode identificar a necessidade de inclusão de membros de outros setores estratégicos para a condução dos processos da Comissão. A Comissão pode, ainda, contar com membros convidados para reuniões específicas de temas não recorrentes, sendo as gerencia envolvidas notificadas com antecedência para inclusão do representante na pauta.

IV. Fica estabelecido que a seleção para os cargos de vice-presidência e secretários da comissão se dão por meio de maioria simples dos votos de todos os membros da comissão e cumprirão mandato de dois anos, com a possibilidade de recondução pelo mesmo período, a menos que haja uma legislação superior que estabeleça o contrário.

V. Em caso de algum membro da comissão se ausentar por três reuniões consecutivas ou a seis reuniões alternadas durante um ano, sem justificativa, poderá ser solicitado seu desligamento e uma nova indicação. VI. A solicitação de desligamento da CGRSS deve ocorrer por meio de comunicado formal a presidência da comissão. Para casos em que haja vacância definitiva de um dos componentes da comissão deve ocorrer a indicação de um novo representante, pela área que ele representa, dentro de no máximo trinta dias. Em caso de expiração do prazo de indicação, a Comissão tem autonomia para indicar novo integrante.

8.3. Objetivos da Comissão para o primeiro ano.

CRONOGRAMA	
1ª etapa	Elaborar Regimento interno da comissão
2ª etapa	Elaborar Ato Administrativo de Nomeação
3ª etapa	Elaborar da Comunicação de nomeação de comissão
4ª etapa	Elaboração do Cronograma das reuniões mensal.
5ª etapa	Capacitação membros integrantes
6ª etapa	Implantação de indicadores.

Frequência: O CGRSS se reúne ordinariamente bimestralmente e extraordinariamente quando convocado pelo Presidente ou a pedido da maioria dos seus membros.

- As reuniões do CGRSS serão assistidas pela maioria simples dos seus membros e as deliberações serão tomadas com o voto favorável da maioria simples dos membros presentes à reunião.
- Toda e qualquer alteração a este Regimento requer, no mínimo, do voto afirmativo de 2/3 do total de seus membros da Comissão.
- A convocação de reuniões ordinárias e extraordinárias da CGRSS serão realizadas com antecedência mínima de quarenta e oito horas por telefone, e-mail ou pessoalmente. Para o último caso há a necessidade da assinatura de termo de ciência impresso.
- A antecedência de quarenta e oito horas pode ser reduzida para um máximo de vinte e quatro horas, havendo razões especiais, as quais podem ser indicadas na convocatória e consideradas no início da reunião convocada.
- O convite de convocação deverá ser acompanhado da pauta da reunião e das informações e documentos relativos ao tema tratado na pauta do dia. VII. Se uma reunião ordinária for cancelada ou suas atividades suspensas por falta de "quórum", uma nova reunião só poderá ser convocada até 24 horas após o cancelamento ou suspensão.
- De cada reunião será lavrada ata que, ficará disponível para considerações e avaliações de todos os integrantes presentes na reunião e após aprovação devem assiná-la afirmando concordância com o conteúdo.
- Pendências ou resoluções provenientes da reunião anterior devem ser lidas e constar o tratamento ou andamento na reunião subsequente.
- A ata das sessões da CGRSS, deve contemplar: o Natureza da sessão, data, horário de início e fim, local de sua realização e o nome de quem a presidiu; o Lista de presença dos

integrantes presentes, bem como os dos que não compareceram, justificando, quando cabível, motivação da ausência; o Breve resumo de discussões do dia e os resultados das votações.

- Encerrada a discussão de uma pauta, deve-se iniciar a votação e deliberada por maioria simples de votos dos presentes à reunião.
- Todos os integrantes devem votar sendo sua manifestação a favor ou contrária a pauta proposta.
- Por razões éticas, qualquer membro do CGRSS pode declarar que não votará em deliberações que envolvam direta ou indiretamente seus interesses particulares ou os interesses particulares de seus parentes até o segundo grau, inclusive cônjuge ou parceiro.

Controle pela Direção Médica: Responsável pela validação e acompanhamento sistemático das atas mensais das comissões, dos planos de ação decorrentes e dos indicadores de desempenho.

8.4. REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE (CGRSS)

Capítulo I – Da Comissão

Art. 1º – Definição e Finalidade

A Comissão de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde (CGRSS) tem por finalidade coordenar, orientar e fiscalizar as atividades relacionadas ao gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde, conforme as diretrizes do Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde (PGRSS) e em conformidade com a legislação municipal, estadual e federal vigente.

A Comissão atua como representante técnica da administração para garantir que os resíduos gerados na unidade sejam coletados, segregados, armazenados, transportados e destinados de forma segura e ambientalmente adequada, assegurando a proteção da saúde pública e a preservação do meio ambiente.

Capítulo II – Das Atribuições

Art. 2º – Compete à CGRSS:

I. Coordenar e monitorar a execução do PGRSS na unidade;

II. Propor ações de melhoria contínua na gestão de resíduos, com base em evidências técnicas e legais;

III. Orientar os setores sobre a correta segregação e manuseio dos resíduos;

IV. Acompanhar a distribuição e o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) relacionados à coleta e descarte de resíduos;

. Realizar ações educativas e de sensibilização junto às equipes da unidade;

VI. Participar da elaboração e revisão dos indicadores ambientais e operacionais;

VII. Estabelecer interface com os órgãos ambientais e de vigilância sanitária, quando necessário;

VIII. Solicitar a interrupção de práticas que ofereçam risco sanitário ou ambiental, com imediata notificação à gerência;

IX. Encaminhar propostas de atualização do PGRSS sempre que houver mudança significativa nos processos ou legislação.

Capítulo III – Da Composição

Art. 3º – Membros da Comissão

A Comissão deverá ser composta por profissionais multidisciplinares, com capacidade técnica para atuar na implementação e monitoramento do PGRSS nos setores sob sua responsabilidade. Os membros serão nomeados pela Gerência local, com mandato de dois anos, permitida a recondução.

Composição mínima:

01 Representante do Serviço de Higiene

01 Representante Assistencial

01 Representante da Infraestrutura / Setor Administrativo

01 Representante da Segurança do Trabalho

01 Representante da Educação Continuada

01 Representante da Farmácia

Parágrafo único – A Gerência poderá incluir membros de outros setores estratégicos ou convidados eventuais, conforme a pauta das reuniões e as necessidades institucionais.

Art. 4º – Funções e Eleição

Os cargos de Vice-Presidente e Secretário(a) da Comissão serão definidos por maioria simples de votos dos membros efetivos, com mandato de dois anos e possibilidade de recondução.

Capítulo IV – Do Funcionamento

Art. 5º – Reuniões

A CGRSS reunir-se-á:

Ordinariamente, a cada dois meses (bimestralmente);

Extraordinariamente, quando convocada pelo Presidente ou por solicitação de ao menos 50% dos membros.

Art. 6º – Convocação e Quórum

I. A convocação será realizada com antecedência mínima de 48 horas, por telefone, e-mail ou comunicação pessoal, sendo exigida assinatura de ciência nos casos presenciais.

II. Em situações excepcionais, o prazo de antecedência poderá ser reduzido para 24 horas, desde que justificado na convocatória.

III. A presença da maioria simples dos membros garante o quórum deliberativo.

IV. Reuniões suspensas ou canceladas por falta de quórum devem ser reagendadas em até 24 horas.

Capítulo V – Das Deliberações

Art. 7º – Votação

I. As deliberações serão tomadas por maioria simples dos votos dos membros presentes;

II. Todos os integrantes devem votar, exceto nos casos em que houver conflito de interesse, incluindo vínculos diretos com os temas tratados ou relação de parentesco até o 2º grau;

III. Alterações no regimento interno exigem o voto afirmativo de 2/3 do total de membros efetivos.

Capítulo VI – Das Atas

Art. 8º – Registro e Transparência

I. De cada reunião será lavrada ata contendo:

Natureza da sessão

Data, horário de início e fim

Local da reunião

Nome de quem a presidiu

Lista de presença (com justificativas, se aplicável)

Resumo das discussões

Resultado das votações

II. A ata será lida e aprovada ao final da reunião, com assinatura dos membros presentes. III. Pendências e deliberações não concluídas devem ser retomadas na reunião subsequente com atualização de status.

Capítulo VII – Da Permanência e Substituição

Art. 9º – Desligamento e Substituição

I. O membro que se ausentar sem justificativa por três reuniões consecutivas ou seis alternadas no período de um ano poderá ser desligado da Comissão;

II. O pedido de desligamento deverá ser formalizado à presidência;

III. A vacância deve ser suprida pela área representada em até 30 dias; em caso de inércia, a Comissão poderá indicar novo representante por maioria simples.

Capítulo VIII – Controle Institucional

Art. 10º – Acompanhamento pela Direção Médica

A Direção Médica ou Técnica da unidade será responsável por:

Acompanhar e validar as atas e planos de ação da Comissão;

Monitorar os indicadores de desempenho vinculados ao gerenciamento de resíduos;

Assegurar suporte institucional para a execução das ações propostas pela CGRSS.

9. COMISSÃO NSP E GERENCIAMENTO DE RISCOS

9.1. Definição:

A implantação do *A Comissão e Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente e Gerenciamento de Riscos* é obrigatória nas unidades hospitalares e de urgência vinculadas ao SUS, conforme estabelecido pela RDC ANVISA nº 36/2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Sua presença é condição estrutural para a gestão da qualidade assistencial e representa um dispositivo essencial na consolidação da cultura de segurança nas unidades de saúde.

Na Unidade Hospitalar, ambiente marcado por fluxos intensos, atendimentos críticos e desfechos de alta complexidade, *A Comissão e Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente e Gerenciamento de Riscos* adquire papel estratégico, atuando como elo entre a gestão assistencial, as comissões técnicas e os profissionais de linha de frente, promovendo intervenções imediatas, vigilância ativa e qualificação contínua dos processos.

Interligação com Comissões Técnicas

9.2 Objetivos do NSP

- Desenvolver uma cultura de segurança, integrando os profissionais à prevenção de riscos e redução de danos;
- Implantar e monitorar protocolos de segurança do paciente conforme as diretrizes do PNSP;
- Promover a notificação, análise e resposta estruturada a eventos adversos;
- Estabelecer indicadores assistenciais e de segurança com monitoramento contínuo;
- Atuar de forma articulada com as demais comissões, promovendo sinergia na gestão de qualidade e cuidado centrado no usuário.

9.3 Membros Componentes

A Comissão e Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente e Gerenciamento de Riscos será composto por equipe multiprofissional, com representações da enfermagem, medicina, farmácia, serviço social, segurança do trabalho e apoio administrativo, incluindo o envolvimento direto da Direção Técnica da Hospital.

A coordenação será exercida por um profissional da saúde com experiência em gestão de qualidade assistencial, preferencialmente enfermeiro ou médico com perfil técnico-gerencial.

Frequência das Reuniões:

Uma reunião ordinária por mês e tantas extraordinárias quanto forem necessárias.

9.4 Planos de Ação do NQSP – Eixos Prioritários

Eixo 1: Implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente

- Identificação segura do paciente;
- Prevenção de quedas e úlceras por pressão;
- Cirurgia segura (se aplicável);
- Higienização das mãos;
- Comunicação efetiva entre profissionais.

Eixo 2: Monitoramento de Eventos Adversos

- Implantação de sistema de notificação (interno e via NOTIVISA);
- Criação de comissões internas de investigação e análise de causa raiz (ACR);
- Registro e resposta com plano de ação e reavaliação do risco.

Eixo 3: Educação Permanente

- Capacitação contínua sobre boas práticas de segurança assistencial;
- Simulações clínicas e treinamentos in loco;
- Participação nas ações da Semana Nacional de Segurança do Paciente.

Eixo 4: Gestão de Indicadores

- Taxa de incidentes por 1.000 atendimentos;
- Taxa de notificação ativa de eventos adversos;
- Índice de adesão à higienização das mãos;
- Índice de participação dos trabalhadores em ações educativas;
- Tempo médio de resposta a notificações críticas.

CRONOGRAMA PARA O ANO I	
1ª etapa	Elaborar Regimento interno da comissão
2ª etapa	Elaborar Ato Administrativo de Nomeação
3ª etapa	Elaborar da Comunicação de nomeação de comissão
4ª etapa	Elaboração do Cronograma das reuniões mensal.
5ª etapa	Capacitação membros integrantes
6ª etapa	Implantação do fluxo de notificação de eventos
7ª etapa	Capacitação a todos colaboradores sobre fluxo e tratativas de eventos adversos
8º etapa	Implantação dos protocolos das metas de segurança.

9.5 Integração com Diretrizes do SUS e Metas Contratuais

O NQSP estará vinculado à Direção Técnica da Hospital, com reporte periódico e integração ao sistema de indicadores da contratualização. Seu plano de ação dialogará com:

- A Política Nacional de Humanização, no que tange à escuta qualificada e gestão participativa;
- Os parâmetros de qualidade exigidos nos contratos de gestão, com impacto direto na avaliação trimestral e nos componentes variáveis do financiamento;
- A acreditação institucional (ONA Nível 1), com foco na qualificação dos processos e gestão por indicadores.

Controle pela Direção Médica:

Responsável pela validação e acompanhamento sistemático das atas mensais das comissões, dos planos de ação decorrentes e dos indicadores de desempenho.

9.6 REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO E *NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE E GERENCIAMENTO DE RISCOS* COM CRONOGRAMA DA COMISSÃO

Capitulo 1 - DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º. A Comissão e Núcleo de Segurança do Paciente e Gerenciamento de Riscos foi instituído na Sociedade Brasileira Caminho de Damasco (SBCD), atendendo a resolução da diretoria colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária que dispõe sobre sua aplicabilidade aos serviços de saúde.

Art. 2º. A finalidade Comissão e Núcleo de Segurança do Paciente e Gerenciamento de Riscos é a de promover a cultura de segurança, através de implantação de políticas e documentos, bem como estabelecer e executar de forma sistemática e estruturada os processos, criar ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde.

Art. 3º. A Comissão e Núcleo de Segurança do Paciente e Gerenciamento de Riscos deve assegurar que os serviços prestados atendam padrões mínimos de qualidade, além de garantir a promoção e apoio para implantar ações voltadas à segurança do paciente.

Art. 4º. A Comissão e Núcleo de Segurança do Paciente e Gerenciamento de Riscos é uma instância, de natureza consultiva e deliberativa e conta com o apoio da direção da SBCD.

Art. 5º. Para efeitos desse regimento, serão seguidas algumas definições:

I - Cultura de segurança: conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde, sendo necessário promover nos profissionais responsabilização na assistência para sua própria segurança, dos pacientes, familiares.

II - A Comissão e Núcleo de Segurança do Paciente e Gerenciamento de Riscos instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente;

III - Dano: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico;

IV – Near miss: Incidente que não atingiu o paciente;

V – Incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde;

VI – Evento adverso: incidente que resulta em danos à saúde;

VII - Evento sentinela: evento com dano físico ou psicológico grave, resultando em perda de membro ou função, ou óbito;

VIII - Gestão de risco: aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional;

IX - Segurança do paciente: redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde;

Art. 6º. Evento adverso é a ocorrência imprevista, indesejável ou potencialmente perigosa na instituição de saúde que resulta em danos à saúde.

I - Eventos graves relacionados aos procedimentos cirúrgicos:

a) Cirurgia ou outro procedimento invasivo realizado no sítio errado.

b) Cirurgia ou outro procedimento invasivo realizado no paciente errado.

c) Realização de cirurgia ou outro procedimento invasivo errado em um paciente.

d) Retenção não intencional de corpo estranho em um paciente após cirurgia ou outro procedimento invasivo.

II - Eventos relacionados a produtos:

a) Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de medicamentos.

b) Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de produtos para saúde.

c) Óbito ou evento grave associado ao uso de produtos biológicos (vacina e hemoderivados, sangue e hemocomponentes, outros tecidos e células) contaminados.

d) Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de produto em desacordo com a indicação do fabricante (conforme registrado na Anvisa).

III - Eventos relacionados à proteção do paciente:

a) Alta ou liberação de paciente de qualquer idade que seja incapaz de tomar decisões, para outra pessoa não autorizada.

b) Óbito ou lesão grave de paciente associado à fuga do paciente.

Art. 7º. A Comissão e Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente e Gerenciamento de Riscos tem como objetivo assegurar que a saúde da população seja assistida de modo seguro, dessa forma, precisa intervir nos riscos gerados, independente do processo de trabalho, seja por produtos ou serviços, por meio de ações de controle, monitoramento e gerenciamento na prestação de cuidado.

Art. 8º. A implementação e o apoio de ações em diferentes processos de atenção, gestão e organização, deve ser promovida e apoiada pelo NSP.

Capitulo 2 – DAS COMPETÊNCIAS

Compete ao NSP :

I – Utilizar e implementar ferramentas de gestão de risco para o processo investigatório;

II - Realizar ações para a gestão de risco nas unidades;

II - Elaborar estratégias na unidade para promover articulação e integração multiprofissional;

III – Dispor de mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados na utilização de equipamentos de medicamentos e insumos, e tratar as não conformidades propondo ações preventivas e corretivas;

IV - Elaborar, implantar, divulgar e atualizar sempre que necessário o Plano de Segurança do Paciente;

V - Promover a melhoria dos processos de trabalho pelo estabelecimento por meio da adoção de boas práticas;

VI - Incorporar a participação do paciente na decisão do seu cuidado, sempre que possível;

VII - Implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;

VII - Estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde, a fim de mitigar a ocorrência de eventos adversos;

IX - Desenvolver, implantar, disseminar e acompanhar programas de capacitação dos membros do núcleo e demais profissionais em segurança do paciente;

X – Realizar análise e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

XI - Notificar ao Sistema nacional de vigilância sanitária – SNVS, os eventos adversos com dano moderado e grave decorrentes da prestação do serviço de saúde;

XII – Realizar a notificação de eventos sentinelas ao SNVS em até 72 horas;

XII - Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias;

XIII - Desenvolver o plano de ação de segurança do paciente atendendo as normas e rotinas institucionais;

XIV – Acompanhar os prazos e efetividades das ações notificadas, bem como efetividade das ações;

XV - Compartilhar e divulgar aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

XII - Guardar e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos;

XIV – Criar, sistematizar e disseminar conhecimentos sobre cultura de segurança do paciente;

XV – Preservar a honra e imagem do paciente, profissionais e terceiros;

XVI – Instituir a Comissão do Núcleo de Segurança do Paciente;

Capítulo 3 - NOMEAÇÃO E DA DESTITUIÇÃO

Art. 9º. *A instituição do núcleo de segurança do paciente ocorreu em cada unidade básica, foi constituída minimamente por uma equipe multiprofissional, composta por:*

I - Gestor da unidade;

II - Médico;

III - Enfermeiro;

IV - Farmacêutico;

V - Administrativo.

Art. 10º*. Os membros da Comissão e Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente e Gerenciamento de Riscos sede foi composto por profissionais de diferentes áreas de atuação. Os membros dos núcleos de segurança do paciente devem ser capacitados nas ferramentas de gerenciamento de riscos, segurança do paciente e em conceitos de cultura e melhoria da qualidade.*

Art. 11º *Esta Comissão e Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente e Gerenciamento de Riscos, durante as ações de implantação e implementação e a manutenção obedecerá às seguintes normas:*

- *Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013*
- *Resolução - RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013 Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série*
- *Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária– Brasília: Anvisa, 2014.*

Art. 12º: Em caso de necessidade de substituição o núcleo deverá indicar outro membro como responsável e providenciar a revisão do ato de nomeação.

Capítulo 4 – DA ESTRUTURA OPERACIONAL:

Art. 13º. A Comissão e Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente e Gerenciamento de Riscos adotou os seguintes princípios e diretrizes conforme RDC 36/2013;

I - A melhoria contínua dos processos de cuidado;

II - A disseminação sistemática da cultura de segurança;

III - A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;

IV - A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

Capítulo 5: DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 14º. Compete aos integrantes A Comissão e Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente e Gerenciamento de Riscos:

I. Participar das reuniões da A Comissão e Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente e Gerenciamento de Riscos;

II. Elaborar, implementar e gerenciar as ações pertinentes ao núcleo;

III. Garantir o sigilo das informações sobre paciente, profissional, terceiro, bem como dos processos, obtidos por meio de discussão nas reuniões e demais fontes, conforme deliberação;

IV. Manter em sigilo a identidade do notificador;

V. Direcionar os processos na coleta de informações e demanda decisória;

VI. Realizar análise, e avaliar os dados dos incidentes e eventos adversos oriundos da prestação de cuidado;

VII. Participar das discussões e realizar votações quando cabíveis;

VIII. Exercer as funções que lhes são atribuídas.

Art. 15º. Ao gestor da Comissão e Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente e Gerenciamento de Riscos

I. Fazer as notificações de eventos a SNVS;

II. Comunicar e presidir as reuniões do núcleo;

III. Realizar a convocação de reuniões extraordinárias quando necessário;

IV. Organizar a pauta das reuniões;

V. Elaborar e enviar documentos.

Capítulo 6 - DAS REUNIÕES

Art.16°. As reuniões das Comissão e Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente e Gerenciamento de Riscos serão realizadas mensalmente em data, horário e local preestabelecido conforme cronograma de reuniões da comissão;

Art. 17°. As reuniões A Comissão e Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente e Gerenciamento de Riscos serão realizadas com a presença mínima da metade dos membros integrantes e será necessário registrar em ata especifica do núcleo, e constar assinatura dos participantes na lista de presença;

Art. 18°. As reuniões extraordinárias podrão ser convocadas e realizados sempre que um membro do núcleo identificar necessidade de encontro para discussão;

Art. 19°. Em todas as reuniões será lavrada ata, relacionando os tópicos discutidos, decisões tomadas e lista de presença.

10. COMISSÃO – TERAPIA NUTRICIONAL

10.1 Constituição da Comissão

A Comissão da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (CEMTN), deverá contar com a seguinte composição e serão nomeados através de uma Ata de nomeação institucional e formalmente deliberada pela Diretoria Técnica do Hospital.

I. Coordenador clinico

II. Coordenador técnico administrativo;

III. Secretária (as);

IV. Nutricionista (as);

V. Farmacêutica (as);

VI. Fonoaudióloga (as);

VII. Enfermeira (as).

O membro será substituído caso não comparecer sem justificativa por três (03) reuniões seguidas ou a quatro (04) reuniões intercaladas durante o ano.

10.2 Objetivos da Comissão

A Comissão da equipe multiprofissional de terapia nutricional tem como objetivo organizar a assistência nutricional enteral e parenteral aos pacientes hospitalizados, estabelecendo as diretrizes técnico-administrativas para o adequado atendimento em terapia nutricional (TN).

10.3 Atribuições da Comissão da Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional.

Esclarecer as diretrizes técnico administrativas que devem nortear as atividades e suas relações com a Instituição;

Elaborar mecanismos para o desenvolvimento das etapas de triagem e vigilância nutricional, para identificar os pacientes que necessitam de TN;

Avaliar o estado nutricional do paciente conforme solicitação, indicar, acompanhar e realizar as alterações da TN, quando necessário, em comum acordo do médico responsável pelo paciente, com intuito de reabilitação nutricional pré-estabelecidos estabelecidos;

Assegurar as condições adequadas de indicação, prescrição, conservação, transporte e administração, controle clinico, laboratorial, até a avaliação final da TN;

Definir processos de avaliação nutricional, indicação, prescrição e acompanhamento da TN;

Evidenciar todos os resultados do controle e da avaliação, para garantir a qualidade;

Periodicamente atualizar os processos relativos aos pacientes e aos aspectos operacionais da TN.

10.4 MODELO DE REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA DE TRABALHO

A Diretora Técnica do Hospital nos termos dos respectivos Estatutos das Entidades.

Considerando sua proposta de valor em aperfeiçoamento e melhorias constantes nos processos e serviços prestados.

Considerando as disposições da legislação RDC nº 63, de 06 de julho de 2000 e Portaria MS/SNVS nº 272 de 08 de abril de 1998, publicada pela ANVISA, que institui os quesitos mínimos para a Terapia Nutricional Enteral e Parenteral, respectivamente. De acordo, RDC nº 45 de 12 de março de 2003, que dispõe sobre o Regulamento Técnico de Boas Práticas de Utilização das Soluções Parenterais em Serviços de Saúde.

CAPITULO I

Das Disposições Gerais

Art.1° – Fica definido através do presente, o regimento interno que submete a constituição, atribuições e funcionamento da Comissão da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (CEMTN) do Hospital, referindo a Equipe de Terapia Nutricional.

Art. 2° – A Comissão da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (CEMTN) é uma equipe multidisciplinar, tem como finalidade a execução, supervisão e avaliação permanente de todas as etapas da Terapia Nutricional (TN).

Art. 3° – O objetivo da CEMTN é assegurar a assistência nutricional efetiva, com intuito de precaver e tratar a desnutrição intrahospitalar, buscando proporcionar o cuidado completo, seguro e eficaz para o paciente.

CAPITULO II

Da Composição

Art. 4° – A Comissão da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (CEMTN), deverá contar com a seguinte composição e serão nomeados através de uma Ata de nomeação institucional e formalmente deliberada pela Diretoria Técnica do Hospital:

I. Coordenador clinico

II. Coordenador técnico administrativo;

III. Secretária (as);

IV. Nutricionista (as);

V. Farmacêutica (as);

VI. Fonoaudióloga (as);

VII. Enfermeira (as).

Art. 5° – O membro será substituído caso não comparecer sem justificativa por três (03) reuniões seguidas ou a quatro (04) reuniões intercaladas durante o ano.

CAPITULO III

Das Competências

Art. 6° – Compete a CEMTN:

I. Esclarecer as diretrizes técnico administrativas que devem nortear as atividades e suas relações com a Instituição;

II. Elaborar mecanismos para o desenvolvimento das etapas de triagem e vigilância nutricional, para identificar os pacientes que necessitam de TN;

III. Avaliar o estado nutricional do paciente conforme solicitação, indicar, acompanhar e realizar as alterações da TN, quando necessário, em comum acordo do médico responsável pelo paciente, com intuito de reabilitação nutricional pré-estabelecidos estabelecidos;

IV. Assegurar as condições adequadas de indicação, prescrição, conservação, transporte e administração, controle clinico, laboratorial, até a avaliação final da TN;

V. Definir processos de avaliação nutricional, indicação, prescrição e acompanhamento da TN;

VI. Evidenciar todos os resultados do controle e da avaliação, para garantir a qualidade;

VII. Periodicamente atualizar os processos relativos aos pacientes e aos aspectos operacionais da TN.

CAPITULO IV

Do Funcionamento da Comissão

Art. 7º – Para o pleno funcionamento da EMTN ficam estabelecidas as regras abaixo:

I. Reuniões com periodicidade bimestral, com data, local e horários previamente definidos e informados a todos os membros da Comissão e à Gerência Assistencial;

II. Sempre que necessário, a EMTN poderá convidar outros profissionais a participar das reuniões;

III. A ausência sem justificativa de um membro em duas reuniões consecutivas ou quatro reuniões não consecutivas no período de 12 meses será comunicada formalmente ao Superintendente do Hospital;

IV. Os registros decorrentes do processo são: ata de reunião e folha de presença que deverá ser mantida junto à ata de reunião;

V. Na ausência do Coordenador Técnico Administrativo, os membros da Equipe, a seus critérios, poderão realizar a reunião;

VI. As atualizações necessárias em relação aos membros e/ ou processo deverão ser documentadas através da revisão da Resolução, tornando revogadas as disposições em contrário a partir da divulgação dela.

Art. 8° – Serão definidas funções dentro da comissão conforme nomeações a seguir;

I. Coordenador clinico

a. Garantir que a qualidade dos procedimentos de TNE e TNP prevaleça sobre quaisquer outros aspectos;

b. Reportar situações de difícil solução à Gerência

II. Coordenador Técnico-Administrativo

a. Assegurar condições para o cumprimento das atribuições gerais da Equipe e dos profissionais da mesma, visando prioritariamente à qualidade e eficácia da TN;

b. Promover e incentivar programas de educação continuada, para os profissionais envolvidos na TN;

c. Padronizar indicadores de qualidade para TN, para aplicação pela CEMTN;

d. Gerenciar os aspectos técnicos e administrativos das atividades de TN;

III. Nutricionistas

a. Realizar visita diária ao paciente com TNE e TNP;

b. Realizar a avaliação do estado nutricional do paciente, utilizando indicadores nutricionais subjetivos e objetivos, com base em protocolo pré-estabelecido, de forma a identificar o risco ou a deficiência nutricional;

c. Elaborar a prescrição dietética com base nas diretrizes estabelecidas na prescrição médica;

d. Prescrever a nutrição enteral (NE) estabelecendo a sua composição qualitativa e quantitativa, seu fracionamento segundo horários e formas de apresentação;

e. Acompanhar a evolução nutricional do paciente em TNE e TNP, independente da via de administração, até alta nutricional;

f. Adequar a prescrição dietética, em consenso com o médico, com base na evolução nutricional e tolerância digestiva apresentadas pelo paciente;

g. Garantir o registro claro e preciso de todas as informações relacionadas à evolução nutricional do paciente;

h. Orientar o paciente, a família ou o responsável legal, quanto à preparação e à utilização da NE prescrita para o período após a alta hospitalar;

i. Assegurar que os rótulos da NE apresentem, de maneira clara e precisa, todos os dizeres exigidos pela RDC nº 63/2000;

j. Sinalizar no leito, para equipe de enfermagem, médico responsável pelo paciente e formalizar no sistema, quando houver interação droga nutriente;

k. Participar, promover e registrar as atividades de treinamento operacional e de educação continuada, garantindo a atualização de seus colaboradores, bem como para todos os profissionais envolvidos na preparação da NE;

l. Desenvolver e atualizar regularmente as diretrizes e procedimentos relativos aos aspectos operacionais da preparação da NE;

m. Supervisionar e promover autoinspeção nas rotinas operacionais da preparação da Nutrição Enteral;

n. Participar das reuniões, contribuindo com opiniões e respostas às demandas colocadas pela Coordenação e pelo grupo.

IV. Enfermeiros (as)

a. Orientar o paciente, a família ou o responsável legal quanto à utilização e controle da TNE e TNP;

b. Preparar o paciente, o material e o local para o acesso enteral;

c. Proceder ou assegurar a colocação da sonda oro/nasogástrica ou trans pilórica;

d. Assegurar a manutenção da via de administração;

e. Receber a NE e nutrição parenteral (NP) e assegurar a sua conservação até a completa administração;

f. Proceder à inspeção visual da NE e NP antes de sua administração;

g. Avaliar e assegurar a administração da NE e NP observando as informações contidas no rótulo, confrontando-as com a prescrição médica;

h. Avaliar e assegurar a administração da Nutrição Enteral, observando os princípios de assepsia, de acordo com as Boas Práticas de Administração da Nutrição Enteral (BPANE)

i. Detectar, registrar e comunicar à Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional e ou o médico responsável pelo paciente, as intercorrências de qualquer ordem técnica e ou administrativa;

j. Garantir o registro claro e preciso de informações relacionadas à administração e à evolução do paciente quanto ao: sinais vitais, tolerância digestiva e outros que se fizerem necessários;

k. Garantir a troca do curativo e ou fixação da sonda enteral, com base em procedimentos preestabelecidos;

l. Participar e promover atividades de treinamento operacional e de educação continuada, garantindo a atualização de seus colaboradores;

m. Elaborar e padronizar os procedimentos de enfermagem relacionados à TNE e TNP;

n. Zelar pelo perfeito funcionamento das bombas de infusão;

o. Assegurar que qualquer outra droga e ou nutriente prescritos, sejam administrados na mesma via de administração da NE e NP, conforme procedimentos pré-estabelecidos;

p. Participar das reuniões, contribuindo com opiniões e respostas às demandas colocadas pela Coordenação e pelo grupo.

V. Farmacêutico (a)

a. Organizar e operacionalizar as áreas e atividades da farmácia;

b. Participar, promover e registrar as atividades de treinamento operacional e de educação continuada, garantindo a atualização dos seus colaboradores;

c. Avaliar a formulação das prescrições médicas e dietéticas, quanto à compatibilidade físico-química, droga nutriente e nutriente-nutriente, a partir do perfil farmacoterapêutico registrado;

d. Sinalizar para o médico responsável do paciente e nutricionistas, quando houver interação droga nutriente;

e. Participar do processo de seleção, padronização, licitação e aquisição da farmácia de manipulação da nutrição parenteral;

f. Assegurar as prescrições, o recebimento, armazenamento e distribuição da nutrição parenteral;

g. Participar das reuniões, contribuindo com opiniões e respostas às demandas colocadas pela Coordenação e pelo grupo.

VI. Fonoaudióloga

a. Realizar visita uma vez na semana, nos pacientes com TNE;

b. Auxiliar na discussão em equipe, quanto à definição da via de alimentação adequada para o paciente;

c. Orientar pacientes e familiares quanto à indicação/contraindicação de dieta oral, promovendo maior compreensão do quadro clínico do paciente;

d. Definição de prognóstico para retorno seguro de dieta oral em pacientes que permaneceram em uso de dieta enteral/parenteral por longos períodos;

e. Avaliar condições de alimentação por via oral quando possível desmamar da dieta enteral/parenteral, mediante consenso da equipe;

f. Participar das reuniões, contribuindo com opiniões e respostas às demandas colocadas pela Coordenação e pelo grupo.

VII. Secretário (a)

a. Elaborar junto com equipe, o cronograma das reuniões;

b. Promover o registro das reuniões do grupo em ata e a participação dos convidados em folha de presença;

c. Manter os registros prontamente recuperáveis;

d. Controlar as saídas das reuniões com ação, responsável e prazo;

e. Reportar as atas das reuniões à Gerência Assistencial em até 10 dias úteis após a realização do encontro do grupo.

Avaliação: Indicadores Mínimos Obrigatórios

Percentual % de intercorrência gastrointestinal (diarréia)

Percentual da meta nutricional atingida em 72 horas

X. Cronograma anual de atividades (modelo)

CRONOGRAMA	
1ª etapa	Elaborar Regimento interno da comissão
2ª etapa	Elaborar Ato Administrativo de Nomeação
3ª etapa	Elaborar da Comunicação de nomeação de comissão
4ª etapa	Elaboração do Cronograma das reuniões mensal.
5ª etapa	Capacitação membros integrantes
6ª etapa	Implantação de indicadores.
7ª etapa	Proposta de relatório contínuo

11. COMISSÃO – SESMT

Definição:

Em relação ao SESMT, o item 4.1 da NR-04 estabelece que:

A Norma Regulamentadora n° 4, regulamentada pelo Ministério do Trabalho e do Emprego, estabelece os parâmetros e requisitos para constituição e manutenção dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT). A NR 4 trata sobre a obrigatoriedade das empresas em garantir e disponibilizar serviços especializados em segurança ocupacional.

O objetivo principal do SESMT é promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador. Em outras palavras, o serviço ajuda a tornar o ambiente laboral cada vez mais seguro e saudável para os trabalhadores. Isso deve ser feito, sempre que possível, de forma preventiva contra incidentes ou acidentes de trabalho, e até mesmo para **evitar doenças ocupacionais**.

De forma geral, o SESMT é responsável por atuar de forma estratégica, por meio de ações que diminuam ou eliminem riscos. Além disso, a equipe é responsável por treinar e **comunicar os empregados sobre perigos**, promovendo boas práticas para evitá-los.

As vantagens de contar com o SESMT nas empresas vai muito além da prevenção de acidentes e doenças, a atuação dessa equipe multidisciplinar resulta em benefícios como:

- Bem-estar e integridade física de trabalhadores;
- Melhores condições de trabalho;
- Empregados mais conscientes e atentos às normas de segurança;
- Redução e eliminação de riscos;
- Menos processos trabalhistas;
- Fortalecimento da cultura de segurança;
- Redução de custos com manutenções corretivas e obras não previstas;
- Boa reputação da empresa, entre outros benefícios.

O dimensionamento do SESMT é baseado no Quadro II na NR 4, que relaciona o grau de risco da atividade econômica da empresa e o número de empregados.

O grau de risco, por sua vez, é indicado pelo Quadro I da norma, no qual estão listados os CNAEs de cada atividade econômica.

O dimensionamento do SESMT leva em consideração o número de estabelecimentos da empresa e a atividade econômica principal exercida em cada um. Abaixo, você confere a reprodução do Quadro II para o dimensionamento do SESMT. Sendo a UPA classificada como grau 3 segue:

DIMENSIONAMENTO DOS SESMT		NÚMERO DE EMPREGADOS NO ESTABELECIMENTO							
GRAU DE RISCO	TÉCNICOS NECESSÁRIOS	50 a 100	101 a 251	251 a 500	501 a 1000	1001 a 2000	2001 a 3500	3501 a 5000	Acima de 5000: adicional para cada grupo de 4000 ou fração acima de 2000**
1	Técnico Seg. do Trabalho				1	1	1	2	1
	Engenheiro de Seg. do Trabalho						1*	1	1*
	Aux. Enfermagem do Trabalho						1	1	1
	Enfermeiro do Trabalho							1*	
	Médico do Trabalho					1*	1*	1	1*
2	Técnico Seg. do Trabalho				1	1	2	5	1
	Engenheiro de Seg. do Trabalho					1*	1	1	1*
	Aux. Enfermagem do Trabalho					1	1	1	1
	Enfermeiro do Trabalho							1	
	Médico do Trabalho					1*	1	1	1
3	Técnico Seg. do Trabalho		1	2	3	4	6	8	3
	Engenheiro de Seg. do Trabalho				1*	1	1	2	1
	Aux. Enfermagem do Trabalho					1	2	1	1
	Enfermeiro do Trabalho							1	
	Médico do Trabalho				1*	1	1	2	1
4	Técnico Seg. do Trabalho	1	2	3	4	5	8	10	3
	Engenheiro de Seg. do Trabalho		1*	1*	1	1	2	3	1
	Aux. Enfermagem do Trabalho				1	1	2	1	1
	Enfermeiro do Trabalho							1	
	Médico do Trabalho		1*	1*	1	1	2	3	1

Junto à CIPA, o SESMT deve verificar o uso correto, bem como as condições e a higienização de EPIs. Por isso, o uso de checklists é capaz de promover inspeções precisas junto às equipes, **identificando qualquer tipo de desvi**o relacionado à distribuição ou utilização desses dispositivos.

Objetivos da Comissão para o primeiro ano.

a) elaborar ou participar da elaboração do **inventário de riscos**;

b) acompanhar a implementação do **plano de ação do *Programa de Gerenciamento de Riscos – PGR***;

c) implementar medidas de prevenção de acordo com a classificação de risco do PGR e na ordem de prioridade estabelecida na Norma Regulamentadora nº 01 (NR-01) – Disposições Gerais e Gerenciamento de *Riscos Ocupacionais*;

d) elaborar plano de trabalho e monitorar metas, indicadores e resultados de segurança e saúde no trabalho;

e) responsabilizar-se tecnicamente pela orientação quanto ao cumprimento do disposto nas NR aplicáveis às atividades executadas pela organização;

f) manter permanente interação com a Comissão Interna de *Prevenção de Acidentes* – CIPA, quando existente;

g) promover a realização de atividades de orientação, informação e conscientização dos trabalhadores para a prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho;

h) propor, imediatamente, a interrupção das atividades e a adoção de medidas corretivas e/ou de controle quando constatar condições ou situações de trabalho que estejam associadas a grave e iminente risco para a segurança ou a saúde dos trabalhadores;

i) conduzir ou acompanhar as investigações dos acidentes e das doenças relacionadas ao trabalho, em conformidade com o previsto no PGR;

j) compartilhar informações relevantes para a prevenção de acidentes e de doenças relacionadas ao trabalho com outros SESMT de uma mesma organização, assim como a CIPA, quando por esta solicitado;

k) acompanhar e participar nas ações do **Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – *PCMSO***, nos termos da ***Norma Regulamentadora nº 07 (NR-07)***.

Membros Componentes:

- 01 Técnico de segurança do trabalho*
- Engenheiro do trabalho*
- Serviço de medicina com Medico do trabalho, enfermeiro do trabalho*

(*Equipe de suporte corporativo)
Presidente e Vice presidente da CIPA
Gerente ou coordenador administrativo
Enfermeiro controle de infecção
Enfermeiro do núcleo de segurança

Frequência das Reuniões: Uma reunião ordinária por mês e tantas extraordinárias quanto forem necessárias.

12. COMISSÃO DE FERIDAS/ESTOMIAS

CAPÍTULO I - "PRINCÍPIOS E OBJETIVOS"

Art. 1º - a Ata de abertura do Comissão de prevenção e tratamento de lesões de pele visa disciplinar a organização, constituição, ações e relações dos profissionais que utilizam as instalações desta instituição para o exercício de suas atividades, no que se refere a prevenção de lesões e cuidados á pacientes portadores de feridas Agudas ou Crônicas.

Parágrafo 1 - O Comissão de prevenção e tratamento de lesões de pele funciona em período integral, destina-se ao atendimento de pacientes para diagnósticos e tratamentos através da execução de ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, dirigidas ao indivídus e à família.

CAPÍTULO II - "ORGANIZAÇÃO E CONSTITUÇÃO DA COMISSÃO"

Art. 2º - O Comissão de prevenção e tratamento de lesões de pele é órgão de assessoria da Diretoria de Enfermagem, da Diretoria Clínica e Diretoria Administrativa estando a elas subordinadas.

Art. 3º – A comissão será composta por Membros Consultores designados formalmente pela Diretoria de Enfermagem, Diretoria Clínica e Diretoria Administrativa

formados por representantes de nível superior do Serviço Médico, do Serviço de Enfermagem, do Serviço de Farmácia, do SCIH e da Administração do Hospital.

Parágrafo 1 - O número de membros poderá ser aumentado ou diminuído, conforme a disponibilidade de pessoal e aumento de funções ou área do Hospital.

Parágrafo 2 - O Presidente do Comissão de prevenção e tratamento de lesões de pele deverá ser um enfermeiro, sendo a escolha realizada pela Diretoria de Enfermagem, Diretoria Clínica e Diretoria Administrativa .

Parágrafo 3 - O mandato de Presidente será por tempo indeterminado, podendo ser indicação da Diretoria de enfermagem, Diretoria Clínica e Diretoria Administrativa.

Parágrafo 4 - A substituição dos membros do Grupo poderá ocorrer sempre que necessário, independente de prazo, a critério da Diretoria de Enfermagem, da Diretoria Clínica e Diretoria Administrativa.

Parágrafo 5 – O Grupo terá sua ação limitada ao âmbito interno deste Hospital, para a qual foi constituída.

Parágrafo 6 - A participação no Grupo não implicará em qualquer vantagem econômica para seus membros.

CAPÍTULO III - "COMPETÊNCIA, DIREITOS E DEVERES"

Art. 4º - O Comissão de prevenção e tratamento de lesões de pele deverá desenvolver, deliberada e sistematicamente, ações que visem à redução máxima possível da incidência e gravidade das lesões de pele, em concordância com as normas éticas, legais e administrativas da instituição.

Parágrafo único - Serão utilizados pela Comissão de prevenção e tratamento de lesões de pele os conceitos e critérios definidos pela legislação e técnicas vigentes.

Art. 5º - Competência:

a) Definir diretrizes para a ação de controle e prevenção de lesões Agudas ou Crônicas, adquiridas ou não na instituição, para pacientes internados ou em tratamento ambulatorial;

b) Permitir intervenções sistematizadas e padronizadas nos procedimentos relacionados á realização de curativos;

c) Avaliar e Utilizar o Programa de prevenção para lesão por pressão;

d) Reduzir riscos de lesões cutâneas, período de tratamento das mesmas e tempo de internação hospitalar dos clientes com risco ou portadores de feridas e/ou úlceras;

e) Diminuir riscos de infecções hospitalares, bem como seus custos;

f) Avaliar, sistemática e periodicamente, as informações provindas de órgãos competentes ao assunto;

g) Comunicar, regular e periodicamente, à Direção de enfermagem e às Chefias de todos os setores do Hospital, a situação das lesões, promovendo seu amplo debate na comunidade hospitalar.

Art. 6º - Compete ao Presidente:

a) Respeitar e fazer cumprir o Regimento Interno;

b) Presidir e coordenar todas as atividades;

c) Representar o Grupo junto à Diretoria do Hospital e Diretoria de Enfermagem;

d) Encaminhar as resoluções, pareceres, sugestões e relatórios à Diretoria de Enfermagem, Diretoria Clínica e Diretoria Administrativa;

e) Subscrever todos os documentos e resoluções do Grupo previamente aprovados pelos membros desta;

f) Convocar periodicamente as reuniões;

g) Convocar reuniões extraordinárias, quando necessário;

h) Aprovar a ordem do dia das reuniões;

i) Instar pelo provimento das necessidades;

j) Participar nos órgãos colegiados deliberativos e formuladores de política da Instituição, quando convocado;

Art. 7º - Compete ao Vice-Presidente:

a) Representar o Presidente nas reuniões, em sua ausência, ou quando se fizer necessário.

Art. 8º - Compete aos Membros:

a) Comparecer a todas as reuniões ou, em seu impedimento, encaminhar substituto;

b) Desempenhar tarefas para as quais for designado em reunião.

Art. 9º - Compete as Secretárias:

a) Efetuar a convocação dos membros para as reuniões;

b) Circular a lista de presença;

c) Redigir as atas e submetê-las à aprovação dos participantes;

d) Arquivar e Organizar as informações.

CAPÍTULO IV - "DISPOSIÇÕES GERAIS"

Art. 10° - O Comissão de prevenção e tratamento de lesões de pele reunir-se-á, ordinariamente, a cada mês, e extraordinariamente, quando se fizer necessário, em dia, hora e local previamente estabelecidos, convocada, no mínimo, com quarenta e oito horas de antecedência, devendo sempre, ser lavrada ata em livro próprio. As reuniões terão tempo máximo de 60 minutos.

Art. 11º - Para aprovação das deliberações em reunião, exigir-se-á um quorum mínimo, correspondente a metade mais um, prevalecendo a vontade da maioria.

Art. 12º - Poderão participar da reunião, sem direito a voto, elementos especialmente convidados.

Art. 13º - A presença em reunião é obrigatória a todos os membros:

Parágrafo 1 - A falta não justificada de um membro a duas reuniões consecutivas ou a três reuniões não consecutivas no período de doze meses ocasionará seu desligamento automático e outro membro da área deverá ser indicado para substituí-lo.

Art. 14º - É dever de todo membro divulgar os conhecimentos de curativos e seus meios de prevenção.

Parágrafo 1 - Os profissionais envolvidos no Grupo estarão integrados com as técnicas, indicações, contra-indicações e tempo da troca de curativos, mantendo-se assim, atualizados em seus conhecimentos, contribuindo na orientação e prevenção para ausência das lesões, cicatrização total da ferida em tempo esperado e ausência de complicações.

Art. 15º - Sempre que possível, os membros deverão ser técnicos no assunto ou convenientemente preparados para este fim.

Art. 16º - As decisões consideradas resoluções do Grupo serão encaminhadas à Diretoria de Enfermagem, Diretoria Clínica e Diretoria Administrativa para parecer final e providências administrativas.

Art. 17º - Os casos omissos nesta Ata serão discutidos e resolvidos em reunião do Grupo e submetidos à apreciação final da Diretoria de Enfermagem, Diretoria Clínica e Diretoria Administrativa.

Art. 18º - O atendimento deste grupo é direcionado exclusivamente aos clientes do Sistema Único de Saúde – SUS.

CAPÍTULO V - "DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS"

Art. 19º - Haverá um período de 3 meses, após aprovação deste, para que todos tenham conhecimento do documento e sejam tomadas as providências para atendê-lo.

Art. 20º - A presente ATA foi aprovado pelo Comissão de Prevenção e tratamento de lesão de pele, Diretoria de enfermagem, Diretoria Clínica e Diretoria Administrativa, com vigência a partir desta data, revogando as disposições existentes em contrário.

12.1 Frequência das Reuniões: Uma reunião ordinária por mês e tantas extraordinárias quanto forem necessárias.

12.2 Cronograma:

CRONOGRAMA IMPLANTAÇÃO 1º ANO	
1ª etapa	Elaborar Regimento interno da comissão
2ª etapa	Elaborar Ato Administrativo de Nomeação
3ª etapa	Elaborar da Comunicação de nomeação de comissão
4ª etapa	Elaboração do Cronograma das reuniões mensal.
5ª etapa	Capacitação para equipe médica código de ética médica

ACOLHIMENTO E RECEPÇÃO

O Programa de Acolhimento compreende duas dimensões complementares e interdependentes no âmbito da gestão de recursos humanos. A primeira refere-se ao **acolhimento institucional dos colaboradores**, especialmente os recém-admitidos, com o objetivo de integrá-los à cultura organizacional, às diretrizes assistenciais e aos fluxos operacionais do serviço. Esse acolhimento é conduzido pelo **Núcleo de Educação Permanente (NEP)**, responsável por organizar momentos formativos e de integração que possibilitem ao novo trabalhador compreender o funcionamento da unidade, seus valores, metas e responsabilidades. Já a segunda *dimensão diz respeito ao* ***preparo técnico e atitudinal da equipe para acolher os usuários do serviço de saúde****, promovendo escuta qualificada, vínculo e humanização do atendimento. Dessa forma, o programa deve ser estruturado para atender ambas as finalidades: receber o trabalhador com segurança e pertencimento, e capacitá-lo para atuar de forma ética, empática e resolutiva diante das demandas da população usuária.*

✓ **Programa de Acolhimento aos funcionários: Equipe, Sistematização e Funcionamento**

O **Programa Acolher** é uma prática estruturada de apoio emocional e escuta qualificada na SBCD, implementada pelo DHO regulamentada pelo Procedimento Operacional Padrão (POP.SBCD.DHO.009 - anexo). Sua proposta é cuidar de quem cuida, promovendo permanência institucional e bem-estar psicológico.

- Equipe necessária:
  - Psicóloga Organizacional (dedicação exclusiva ao Acolher).
  - Analistas do DHO (atuação em escutas, rodas e articulação com lideranças).
  - Supervisora de DHO (coordenação estratégica).
  - Parcerias com residentes e estagiários (em proposta de expansão).
- **Sistematização de Trabalho:**
  - Triagem via escutas espontâneas ou encaminhamentos das lideranças.

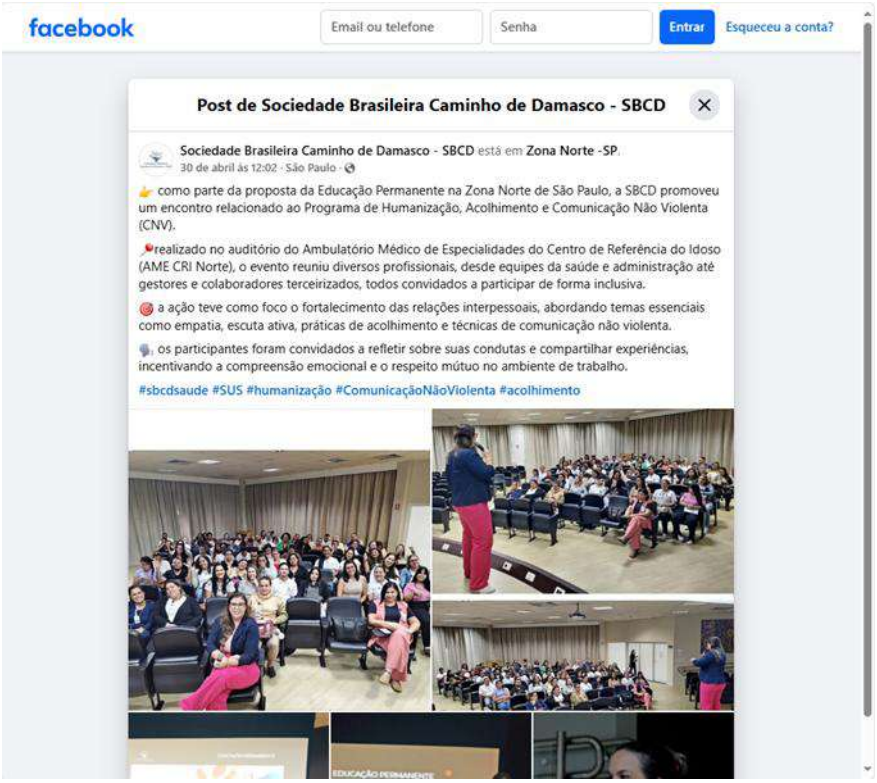
- Atendimento individual e rodas coletivas temáticas.
- Registro das escutas (sem exposição da identidade).
- Indicadores de adesão e acompanhamento.
- Intervenções específicas por unidade com apoio institucional.

- **Horário de funcionamento:**
  - Segunda a sexta, das 8h às 17h.
  - Com flexibilidade para atender agendas específicas ou situações emergenciais nas unidades.

✓ **Programa de Acolhimento, humanização e comunicação não violenta:**

Encontros bimestrais com aproximadamente 3 horas de duração para o desenvolvimento de habilidades essenciais para um acolhimento mais humano, uma comunicação mais eficaz e um ambiente de trabalho mais harmonioso.

Divulgação Facebook:



Mergulho no tema de humanização e comunicação não violenta na integração específica (treinamento voltado aos novos colaboradores com temas específicos voltados para todos os colaboradores da unidade.):

POP.SBCD.DHO.003- PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS COLABORADORES V.03

POP.SBCD.EDC.007 PROGRAMA DE ACOLHIMENTO, HUMANIZAÇÃO E COMUNICAÇÃO NÃO VIOLENTA

SBCD TRANSPARÊNCIA COMUNICAÇÃO RECURSOS HUMANOS CONTATO

SBCD LANÇA O PROGRAMA LAÇOS DE ACOLHIMENTO

Assistir no YouTube

A **Sociedade Brasileira Caminho de Damasco (SBCD)**, junto a Prefeitura Municipal de Cubatão e da Secretaria Municipal de Saúde, lançaram nesta quinta-feira, 3 de abril, o programa "Laços de Acolhimento" na Unidade de Saúde da Família (USF) Jardim Nova República, em Cubatão. A iniciativa é voltada à ampliação do cuidado às gestantes atendidas na rede pública do município.

O evento de lançamento contou com a presença do presidente da SBCD, Luis Antonio Picerni Herce, da vice-prefeita Andrea Castro, e do secretário municipal de Saúde, Márcio Luiz Amorim Oliveira. Além de gestores, profissionais de saúde, lideranças da comunidade, entre outras autoridades locais. As gestantes foram recebidas com um café da manhã e receberam kits maternidade, em uma manhã marcada pelo acolhimento, orientação e atenção integral.

Desenvolvido pela SBCD, entidade responsável pela gestão da Atenção Primária à Saúde e do Hospital Municipal de Cubatão, o projeto tem como principal objetivo garantir pelo menos seis consultas de pré-natal para cada gestante atendida. E assim, promover o acompanhamento qualificado e contínuo desde a gestação até o pós-parto.

LAÇOS DE ACOLHIMENTO

"É um projeto que traz benefícios reais para as gestantes. A gente percebe o quanto o acolhimento, a escuta e a presença de uma equipe preparada fazem diferença para essas mulheres. Muitas chegam inseguras e saem fortalecidas. Com informações e apoio para viver esse momento de forma mais tranquila e segura", destaca Fábio Pampolha, gerente médico da SBCD em Cubatão.

Pautadas no cuidado **humanizado,** ações de aprendizagem voltadas para todos os colaboradores são realizadas pela SBCD. Com o objetivo de desenvolver, engajar e valorizar o

time, afim de aprimorar o atendimento humanizado e empático, promovendo uma comunicação efetiva e não violenta temos as seguintes ações:

Capacitações constantes: Treinamentos programados para todos os colaboradores da unidade com dinâmicas e reflexões para aplicação prática.

Treinamento Mestres da Hospitalidade: Curso envolveu temáticas de atendimento ao cliente, técnicas de comunicação eficaz e atendimento humanizado e sua importância.

Treinamento Atendimento: Um olhar para o idoso

Treinamento voltado para os colaboradores que têm alguma interação com o público da Terceira Idade:

Dessa forma, o Programa de Acolhimento consolida-se como uma estratégia essencial para a valorização e o fortalecimento das equipes, promovendo um ambiente de trabalho saudável, colaborativo e sensível às necessidades humanas. Ao integrar o cuidado com os trabalhadores – por meio do Programa Acolher e das ações conduzidas pelo NEP – com o desenvolvimento de competências voltadas à humanização, àescuta ativa e à comunicação não violenta, a instituição reafirma seu compromisso com a excelência do cuidado, o bem-estar organizacional e a qualidade da assistência prestada aos usuários. Trata-se, portanto, de um eixo transversal da gestão de pessoas, que articula formação, apoio emocional, engajamento e ética no cotidiano do trabalho em saúde.

ORIENTAÇÕES E VISITAS

Procedimentos e Normas para Visitas e Acompanhantes

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

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco (SBCD)

Introdução

As visitas hospitalares e o acompanhamento de pacientes internados são aspectos fundamentais para a humanização da assistência à saúde, fortalecendo o vínculo entre o paciente, seus familiares e a equipe multiprofissional. Entretanto, a presença de acompanhantes e visitantes deve observar critérios que assegurem segurança, privacidade, controle de infecção e o bom funcionamento da unidade hospitalar.

Este documento estabelece as normas e procedimentos para visitas e acompanhamento, de forma a equilibrar o acolhimento humanizado com a gestão eficiente dos fluxos e o cumprimento das normas de biossegurança.

Princípios Gerais

Garantir a humanização da atenção hospitalar, respeitando o direito do paciente à presença de acompanhante e de visitas;

Manter o ambiente hospitalar seguro e controlado, prevenindo riscos assistenciais, contaminações e intercorrências;

Promover o acolhimento solidário e a comunicação efetiva entre equipe, paciente e familiares;

Organizar os fluxos de entrada, permanência e saída de visitantes e acompanhantes com base em critérios de segurança, horário e tipologia da unidade;

Assegurar o cumprimento das legislações vigentes, em especial:

Lei nº 10.241/2001 (Código de Direitos dos Usuários dos Serviços de Saúde);

Lei nº 11.104/2005 (Direito a acompanhante em internação pediátrica);

Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003);

Política Nacional de Humanização (PNH – Ministério da Saúde).

Normas Gerais de Visitação

3.1. Horários de Visita

As visitas ocorrerão em horários pré-estabelecidos, definidos pela Direção Técnica e afixados em local visível nas portarias e enfermarias;

As unidades de internação geral terão duas janelas diárias de visitação, com duração média de 1 hora;

As unidades críticas (UTI, Centro Cirúrgico e Isolamento) terão horários diferenciados e controlados, conforme protocolos de segurança e biossegurança.

Controle de Acesso

- O acesso de visitantes será autorizado mediante **identificação pessoal** e **registro no sistema de controle de portaria**;
- É vedada a entrada de visitantes portando **alimentos, flores, objetos cortantes, bebidas ou aparelhos eletrônicos não autorizados**;

- Visitantes com sintomas gripais, doenças infectocontagiosas ou em tratamento clínico não poderão adentrar as áreas assistenciais;
- É obrigatória a **higienização das mãos** e, quando indicado, o uso de **máscara facial** antes da entrada.

Limite de Visitantes

- Cada paciente poderá receber até **dois visitantes por vez**, respeitando a capacidade física do leito e as recomendações da equipe de enfermagem;
- Em casos especiais (ex.: terminalidade, cuidados paliativos ou pós-operatório delicado), a Direção Técnica poderá autorizar exceções.

Acompanhantes

Direitos e Indicações

- O direito a acompanhante é assegurado a:
    - **Pacientes menores de 18 anos**;
    - **Pacientes idosos (≥60 anos)**;
    - **Pessoas com deficiência física ou mental**;
    - **Gestantes, parturientes e puérperas**, conforme Lei nº 11.108/2005;
- A presença de acompanhante em outros casos poderá ser autorizada por **indicação médica ou social**, considerando aspectos clínicos e emocionais.

Responsabilidades do Acompanhante

- Cumprir as normas e horários estabelecidos;
- Utilizar **crachá de identificação** e permanecer restrito à área designada;
- Manter conduta respeitosa com pacientes, profissionais e outros acompanhantes;
- Não manipular medicamentos, equipamentos ou materiais hospitalares;
- Comunicar à equipe assistencial qualquer intercorrência com o paciente;
- Zelar por seus pertences, sendo o hospital isento de responsabilidade por perdas ou extravios.

Direitos do Acompanhante

- Receber **orientações da equipe de enfermagem** sobre normas e cuidados básicos;
- Ter direito a **cadeira de descanso e refeição diária** fornecida pela instituição;
- Ter assegurado o acesso a **sanitário exclusivo e ambiente de apoio**;
- Participar, quando aplicável, de **ações educativas e reuniões de orientação familiar**.

Normas de Conduta e Segurança

1. É proibido o consumo de alimentos, bebidas alcoólicas ou o uso de cigarros nas dependências hospitalares;
2. Visitantes e acompanhantes devem manter tom de voz moderado, respeitando o ambiente hospitalar;
3. É vedada a captura de imagens ou vídeos sem autorização prévia da Direção;

4. Situações de indisciplina, desrespeito ou violação das normas poderão resultar na **suspensão imediata do direito de visita/acompanhamento**;
5. A equipe de segurança hospitalar atuará em conjunto com o **Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)** e o **Serviço Social** para avaliação de casos excepcionais.

Humanização e Comunicação com Famílias

- A equipe multiprofissional deve manter **comunicação empática e transparente** com familiares, fornecendo informações atualizadas sobre o estado clínico do paciente e os cuidados prestados;
- O hospital garantirá a realização de **visitas virtuais** (por videochamada) quando houver restrição presencial por isolamento ou controle epidemiológico;
- O Serviço Social e a equipe de Psicologia apoiarão familiares em situações de **luto, óbito ou longas internações**, promovendo acolhimento humanizado.

Disposições Finais

- Todas as normas e fluxos serão periodicamente revisados pelo **Núcleo de Segurança do Paciente** e pela **Diretoria Técnica**, com base em indicadores de satisfação e eventos relacionados a acompanhantes e visitantes;
- O descumprimento das orientações aqui descritas implicará nas sanções administrativas previstas no Regimento Interno;
- As atualizações deste documento integrarão o conjunto de **Protocolos Operacionais Padrão (POP's)** da instituição.

Conclusão

A adoção deste conjunto de normas reforça o compromisso do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto** com a **assistência centrada no paciente e na família**, aliando **humanização, segurança e responsabilidade institucional**.

Com visitas bem estruturadas, acolhimento ético e fluxos controlados, o hospital assegura o equilíbrio entre o cuidado técnico e o afeto, pilares essenciais da atenção humanizada.

PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO

PROGRAMA INSTITUCIONAL DE HUMANIZAÇÃO

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

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco (SBCD)

1. 1. Introdução

A presente proposta visa à implantação do **Programa Institucional de Humanização e Acolhimento** do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**, sob gestão da **Sociedade Brasileira Caminho de Damasco (SBCD)**, com foco na **qualificação da atenção à saúde**, na **valorização do cuidado centrado na pessoa** e na **melhoria das condições de trabalho dos profissionais**.

O Programa fundamenta-se nas diretrizes da **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH)** e no **Programa Nacional de Humanização da Assistência**

Hospitalar (PNHAH), constituindo-se como um **instrumento estratégico de gestão participativa e de mudança cultural**.

Visa consolidar práticas de acolhimento, escuta qualificada, empatia, vínculo e corresponsabilidade, integrando os princípios da humanização às dimensões da **assistência, gestão e formação profissional**.

2. 2. Objetivos Gerais e Específicos

Objetivo Geral

Implantar e consolidar uma **política institucional de humanização** no HRDJSN, integrando as ações assistenciais, administrativas e de gestão de pessoas, com foco na **qualidade do cuidado e na valorização da vida**.

Objetivos Específicos

- Promover a mudança cultural institucional voltada à valorização da dignidade humana e da escuta ativa;
- Fortalecer o vínculo entre profissionais, usuários e gestores;
- Reduzir situações de conflito e de sofrimento ético no trabalho;
- Garantir condições dignas de acolhimento aos pacientes e acompanhantes;
- Melhorar a satisfação dos usuários e dos trabalhadores;
- Implementar indicadores de qualidade e desempenho ligados à humanização.

3. 3. Eixos Norteadores da Proposta

O programa será desenvolvido a partir de quatro eixos estratégicos:

4. **Humanização da Assistência:** assegurar um cuidado centrado na pessoa, com práticas de acolhimento, respeito e empatia;
5. **Valorização do Trabalhador:** promover saúde mental, condições adequadas de trabalho e reconhecimento profissional;
6. **Gestão Participativa e Solidária:** fortalecer o diálogo entre equipes e instâncias de decisão;
7. **Ambiência Humanizada:** aprimorar a infraestrutura física e simbólica dos espaços hospitalares, garantindo conforto, privacidade e acessibilidade.

8. 4. Etapas de Implantação

1ª Etapa – Sensibilização das Equipes de Saúde

Objetivo: mobilizar lideranças e equipes para compreenderem o cuidado humanizado como diretriz institucional e eixo de qualidade assistencial.

Ações:

- Oficinas temáticas sobre a PNH e PNHAH;
- Roda de conversa sobre empatia e escuta ativa;
- Campanha interna de sensibilização: “Cuidar de quem cuida”;
- Inserção da humanização nos processos de integração de novos colaboradores.

2ª Etapa – Constituição do Grupo de Trabalho de Humanização (GTH)

Objetivo: criar o Grupo de Trabalho de Humanização, responsável por planejar, monitorar e avaliar as ações.

Composição: representantes da Direção, Enfermagem, Medicina, RH, Serviço Social, Psicologia, Farmácia, Manutenção e Comunicação.

Ações:

- Criação de regimento interno;
- Planejamento de reuniões mensais e fóruns trimestrais;
- Interação permanente com o **Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)** e o **Serviço de Educação Permanente**.

3ª Etapa – Diagnóstico Situacional e Mapeamento de Potencialidades

Objetivo: identificar o grau de humanização existente no hospital, considerando a percepção de usuários e trabalhadores.

Metodologia:

- Aplicação de questionário de satisfação (usuário e trabalhador);
- Levantamento de infraestrutura e condições de ambiência;
- Avaliação de processos críticos (acolhimento, internação, alta, urgência).
- Elaboração do **Mapa Institucional de Humanização (MIH)**.

4ª Etapa – Elaboração do Plano Operacional de Humanização

Objetivo: construir, de forma participativa, um plano de ação com metas e indicadores mensuráveis.

Eixos do Plano:

- Acolhimento e escuta qualificada;

- Comunicação humanizada e empatia na assistência;
- Ambiência e conforto hospitalar;
- Apoio psicossocial aos trabalhadores;
- Educação permanente e valorização profissional;
- Campanhas de cultura e solidariedade hospitalar.

5ª Etapa – Implementação das Ações

Ações Prioritárias:

- Criação da **Sala de Escuta e Acolhimento**;
- Implantação do **Projeto "Mãos que Cuidam"** (acolhimento de acompanhantes);
- Encontros mensais “Diálogo Humanizado” entre direção e equipes;
- Jornada de Humanização Anual;
- Melhoria da ambiência (murais afetivos, sinalização empática, espaços de convivência).

6ª Etapa – Avaliação e Monitoramento Contínuo

Objetivo: monitorar o desempenho e os resultados do Programa, assegurando a melhoria contínua.

Instrumentos:

- Relatórios trimestrais do GTH;
- Pesquisas de satisfação;
- Análise de eventos adversos e feedbacks;

- Indicadores de desempenho (vide item 5).

9. 5. Indicadores e Metas do Programa de Humanização

Eixo	Indicador	Meta Anual	Fonte de Dados / Responsável
Acolhimento e Atendimento Humanizado	Grau de satisfação do usuário (escala de 0 a 10)	≥ 8,0	Pesquisa de Satisfação / Serviço Social
Comunicação com Usuários	Percentual de usuários que relatam informação clara sobre o tratamento	≥ 90%	Formulário de Alta / Ouvidoria
Valorização dos Trabalhadores	Índice de satisfação dos colaboradores	≥ 80%	RH / GTH
Ambiência Hospitalar	Percentual de áreas críticas com adequações humanizadas (sinalização, conforto, iluminação)	100% em 12 meses	GTH / Engenharia Clínica
Escuta e Participação	Número de reuniões do GTH com representação de todos os setores	12 por ano	Atas / Secretaria do GTH
Comunicação Institucional	Frequência de ações educativas e culturais internas	1 por mês	GTH / Educação Permanente
Cuidado Integral e Acolhimento Familiar	Percentual de acompanhantes capacitados e orientados sobre direitos e deveres	≥ 90%	Enfermagem / Serviço Social

10. 6. Governança e Responsabilidades

- **Direção Geral:** coordenação institucional e validação dos planos de ação;
- **GTH:** execução e monitoramento das atividades;
- **Educação Permanente:** apoio pedagógico e capacitação;

- **Serviço Social e Psicologia:** gestão da escuta e apoio emocional;
- **Ouvidoria:** monitoramento da satisfação e gestão de sugestões/reclamações;
- **Comunicação Institucional:** divulgação de resultados e campanhas educativas.

11. 7. Considerações Finais

O **Programa de Humanização do HRDJSN** consolida a visão da SBCD de que a **qualidade técnica e a sensibilidade humana são indissociáveis**. A humanização é compreendida não apenas como um conjunto de ações pontuais, mas como um **modelo de gestão**, uma **postura ética** e uma **estratégia de melhoria contínua** da atenção hospitalar.

Com indicadores claros, metas objetivas e engajamento coletivo, o programa busca transformar o hospital em um **ambiente de cuidado integral**, acolhendo o paciente, a família e o trabalhador de forma digna, empática e segura.

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO E SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO (SAU)

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

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco (SBCD)

1. 1. Objetivo Geral

Implantar e consolidar um **Programa Institucional de Pesquisa de Satisfação e Participação do Usuário**, como ferramenta de **gestão da qualidade, humanização e controle social**, voltado à melhoria contínua dos processos assistenciais e administrativos no **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**.

A iniciativa integra o modelo de **gestão participativa e escuta qualificada** adotado pela SBCD, em conformidade com as diretrizes da **Política Nacional de Humanização (PNH)**, da **Carta dos Direitos dos Usuários do SUS** e da **Organização Nacional de Acreditação (ONA)**.

2. 2. Pesquisa de Satisfação do Usuário

A **Pesquisa de Satisfação** constitui um instrumento de monitoramento permanente da qualidade percebida pelos usuários, subsidiando o processo decisório e a melhoria dos serviços prestados.

Seu foco principal é a **escuta ativa e sistematizada** dos usuários e acompanhantes, gerando evidências que retroalimentam os planos de ação da instituição.

2.1 Objetivos Específicos

- Avaliar, de forma contínua, a percepção dos usuários quanto à **qualidade da assistência e dos serviços**;
- Identificar **fragilidades e potencialidades** dos processos organizacionais;
- Fomentar o **controle social e a corresponsabilidade** do cidadão na melhoria da atenção à saúde;
- Produzir **indicadores de satisfação e desempenho assistencial** para subsidiar decisões estratégicas;
- Divulgar os resultados de forma **transparente e educativa**, promovendo engajamento social.

2.2 Dimensões Avaliadas

3. **Acolhimento e tempo de espera**;
4. **Clareza das informações** fornecidas pela equipe de saúde;
5. **Respeito, empatia e privacidade** no atendimento;
6. **Condições de limpeza, conforto e ambiência**;
7. **Atendimento multiprofissional** (enfermagem, médicos, recepção, farmácia, nutrição, fisioterapia, etc.);
8. **Efetividade percebida do cuidado e resolutividade do serviço**;
9. **Segurança e confiança no tratamento**.

2.3 Metodologia de Aplicação

- Aplicação **mensal** da pesquisa a **no mínimo 10% dos usuários** atendidos nos serviços de urgência, internação e ambulatorial;
- Utilização de **formulário estruturado e anônimo**, em formato físico e digital (tablets ou QR code em cartazes e pulseiras);
- A pesquisa será conduzida por equipe treinada do **Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU)**, sob supervisão do **Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)**;
- A tabulação e análise dos resultados serão realizadas pelo setor de **Planejamento e Qualidade** da SBCD, com emissão de relatórios gerenciais mensais;
- Os resultados serão discutidos em reuniões do **Conselho Gestor**, **GTH (Grupo de Trabalho de Humanização)** e **Comissões de Qualidade**, para definição de ações corretivas e preventivas;
- A **divulgação pública** dos resultados ocorrerá em murais, site institucional e boletins informativos, fortalecendo a transparência e o compromisso social.

2.4 Instrumentos e Escala de Avaliação

- Questionário estruturado com perguntas fechadas e abertas;
- Escala de satisfação de **1 a 5** (muito insatisfeito a muito satisfeito);
- Campo aberto para sugestões e relatos de boas práticas;
- Categorização das respostas em eixos temáticos: acolhimento, atendimento profissional, ambiência e segurança.

2.5 Análise e Uso dos Resultados

Os dados coletados gerarão **indicadores mensuráveis** que comporão o **Painel de Satisfação Institucional**, com as seguintes métricas:

Indicador	Meta Anual	Fonte / Responsável
Índice de satisfação geral do usuário	≥ 85%	SAU / NQSP
Percentual de respostas “muito satisfeito” no atendimento profissional	≥ 80%	Pesquisa SAU
Taxa de respostas espontâneas (engajamento do usuário)	≥ 15%	SAU / GTH
Percentual de ações corretivas implementadas após feedback	≥ 90%	Direção Técnica / Qualidade
Tempo médio de resposta às manifestações do usuário	≤ 5 dias úteis	SAU / Ouvidoria

Estratégias de uso dos resultados:

- Inclusão dos indicadores no **Relatório Trimestral de Gestão**;
- Discussão dos resultados nas **reuniões de lideranças e comissões**;
- Implantação de **planos de melhoria contínua (PDCA)**;
- Reconhecimento e divulgação de **boas práticas identificadas**;
- Realimentação dos resultados aos colaboradores (“feedback institucional”).

10. 3. Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU)

O **SAU** é o canal institucional de comunicação direta com o cidadão, destinado a receber, registrar, encaminhar e acompanhar manifestações dos usuários, fortalecendo a **transparência**, o **acolhimento** e a **gestão participativa**.

3.1 Finalidade

- Promover a **escuta qualificada** e a mediação de conflitos;
- Encaminhar e acompanhar manifestações até sua solução final;
- Subsidiar a gestão hospitalar com relatórios gerenciais e indicadores de satisfação;
- Fortalecer a credibilidade e a imagem institucional do HRDJSN.

3.2 Modalidades de Atendimento

- **Presencial:** balcão de atendimento na recepção principal (segunda a sexta, 08h às 17h);
- **Telefone institucional e WhatsApp corporativo**;
- **E-mail institucional** (atendimento@sbcaminhodamasco.org.br);
- **Caixas de sugestões e elogios** (em todas as portarias e setores 24h/dia);
- **Atendimento por correspondência física ou digital**.

3.3 Composição da Equipe

- Coordenador(a) do SAU;
- Assistente Social;
- Dois colaboradores administrativos;
- Apoio das equipes de recepção e ouvidoria;
- Supervisão técnica do Núcleo de Qualidade e do GTH.

3.4 Atribuições

- Distribuir e recolher formulários de pesquisa de satisfação;
- Atuar segundo os princípios da humanização e da ética pública;
- Encaminhar manifestações aos setores competentes e acompanhar prazos;
- Elaborar **relatórios mensais de desempenho e indicadores de qualidade**;
- Participar das reuniões do GTH e do Conselho Gestor;
- Orientar usuários e acompanhantes sobre direitos, deveres e fluxos hospitalares;
- Alimentar sistema informatizado com registros e protocolos de atendimento.

3.5 Sistema Informatizado de Controle

- Cada manifestação receberá **número de protocolo e classificação tipológica:**
    - Informação;
    - Sugestão;
    - Reclamação;
    - Elogio;
    - Denúncia.
- Emissão de relatórios automáticos por setor, tipo de demanda e tempo de resposta;
- Geração de **Painel de Transparência Interna**, permitindo visualização das tendências e reincidências.

11. 4. Consentimento Informado

O **Consentimento Informado** integra o eixo ético-legal do programa, assegurando o direito do paciente à autonomia e à decisão consciente sobre seu tratamento.

Diretrizes Institucionais:

- Obrigatório para procedimentos invasivos, transfusões, anestesias, sedação e cirurgias;
- Elaborado em linguagem acessível, com explicitação de riscos, benefícios e alternativas;
- Assinatura após compreensão total do paciente ou responsável legal;
- Registro obrigatório em prontuário e arquivamento digital;
- Respeito às diversidades culturais, religiosas e cognitivas.

12. 5. Resultados Esperados

Sociais

- Ampliação da **satisfação e participação ativa** dos usuários e familiares;
- Fortalecimento do **controle social e da cidadania sanitária**;
- Redução das manifestações negativas recorrentes (>20% em 6 meses).

Corporativos

- Melhoria da **qualidade assistencial** e do **clima organizacional**;
- Integração da escuta do usuário ao **planejamento estratégico hospitalar**;
- Fortalecimento da **imagem institucional e credibilidade pública**;
- Cumprimento dos critérios de **certificação ONA – Dimensão 1 (Segurança) e Dimensão 2 (Gestão Integrada)**.

Conclusão

A **Pesquisa de Satisfação e o SAU** consolidam-se como pilares do modelo de **gestão humanizada e participativa** do HRDJSN, permitindo alinhar a visão da sociedade e dos profissionais ao compromisso da SBCD com a **excelência, ética e transparência**. A escuta sistemática e a devolutiva organizada fortalecem a cultura de **melhoria contínua**, promovendo um ambiente de cuidado centrado na pessoa, com qualidade técnica e sensibilidade humana.

4. ESTRUTURA TÉCNICA E RECURSOS HUMANOS

ESTRUTURA DIRETIVA

QUADROS MÉDICOS E TÉCNICOS

Os quadros médicos e técnico, encontram-se anexos ao Plano de Trabalho.

PROJETO DE TI

1. Contextualização e Fundamentação Técnica

A implantação do **Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP)** no âmbito do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto, em Ponta Porã/MS, representa uma etapa estratégica de modernização tecnológica e qualificação assistencial, atendendo às diretrizes estabelecidas pela **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS)** e às metas do **Plano Nacional de Saúde Digital**.

O PEP é um sistema informatizado de registro, armazenamento e gestão das informações clínicas e administrativas dos usuários do SUS, que substitui os prontuários físicos e garante **acesso rápido, seguro e integrado aos dados de saúde**.
Sua implantação está em conformidade com os seguintes referenciais normativos e legais:

- **Lei nº 13.787/2018** – dispõe sobre a digitalização e o uso de sistemas informatizados para guarda e manuseio de prontuários de pacientes;
- **Lei nº 13.709/2018 (LGPD)** – estabelece regras para o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais;
- **Portaria GM/MS nº 1.434/2020** – institui o Conecte SUS e a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS);
- **Resolução CFM nº 1.821/2007** – normatiza a digitalização e o uso do prontuário eletrônico em instituições de saúde;
- **Padrões HL7, FHIR e LOINC** – protocolos internacionais de interoperabilidade de dados clínicos.

A implantação do PEP permitirá à unidade hospitalar **otimizar fluxos assistenciais, reduzir redundâncias e aprimorar a qualidade do cuidado**, além de promover **transparência, rastreabilidade e segurança das informações clínicas**.

2. Objetivos e Abrangência

O projeto de implantação do Prontuário Eletrônico tem como objetivos estratégicos:

- **Integrar todos os setores assistenciais e administrativos** em uma plataforma única e interoperável;
- **Padronizar registros clínicos e operacionais**, eliminando o uso de papel e assegurando conformidade legal;
- **Garantir acesso em tempo real** ao histórico clínico do paciente por toda a equipe multiprofissional;
- **Permitir interoperabilidade plena** com sistemas estaduais, federais e municipais (RNDS, e-SUS AB, SIH/SUS, CNES, SISREG e SIGTAP);
- **Aprimorar a tomada de decisão clínica** por meio de informações consolidadas e indicadores eletrônicos;
- **Assegurar a confidencialidade e a integridade dos dados**, conforme a LGPD e protocolos de cibersegurança da SES/MS.

O sistema abrangerá todos os setores do hospital, incluindo **Pronto Atendimento, Internação, Centro Cirúrgico, UTI, SAD, Farmácia, SAME, CME e Laboratório**, além de módulos administrativos e gerenciais.

3. Estrutura de Implantação

A implantação seguirá uma **metodologia estruturada em cinco fases**, garantindo transição segura e continuidade dos serviços:

Fase 1 – Diagnóstico e Planejamento

- Levantamento dos sistemas legados e infraestrutura tecnológica existente;
- Análise de conectividade, rede, servidores e estações de trabalho;

- Definição dos perfis de acesso, fluxos de informação e requisitos de interoperabilidade;
- Planejamento das integrações com a **RNDS** e os sistemas da **SES/MS**.

Fase 2 – Configuração e Homologação

- Instalação e parametrização da plataforma PEP conforme os fluxos internos do hospital;
- Integração técnica via **APIs HL7/FHIR** para comunicação com e-SUS, CNES, SIH/SUS e SIGTAP;
- Homologação funcional dos módulos clínicos (evolução médica, enfermagem, exames, prescrições, relatórios e alta).

Fase 3 – Treinamento e Capacitação

- Realização de **capacitações teóricas e práticas** com abordagem de segurança da informação, padronização de registros e uso do sistema;
- Treinamento por categoria profissional (médicos, enfermagem, equipe administrativa, faturamento e TI);
- Disponibilização de **manuais operacionais e vídeos instrutivos** para suporte contínuo.

Fase 4 – Implantação Gradual e Operação Assistida

- Início do uso do sistema em ambiente piloto (por setor);
- Migração controlada de dados físicos para o sistema digital;
- Operação assistida pela equipe de TI e da contratada, com suporte presencial e remoto 24h.

Fase 5 – Consolidação, Auditoria e Monitoramento

- Avaliação de desempenho e indicadores de adoção do sistema;
- Auditorias técnicas e clínicas sobre qualidade e completude de registros;
- Geração de relatórios gerenciais e dashboards em tempo real;
- Manutenção preventiva, atualizações de segurança e backup criptografado.

4. Interoperabilidade e Integração de Sistemas

O PEP será compatível com a **Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS)** viabilizando o intercâmbio eletrônico de informações em tempo real entre diferentes níveis da Rede de Atenção à Saúde.

A arquitetura da solução adota os seguintes padrões técnicos:

- **HL7 e FHIR (Fast Healthcare Interoperability Resources)** – para troca de dados clínicos estruturados;
- **LOINC e TISS** – para padronização de terminologias e codificações médicas;
- **ICP-Brasil** – para assinatura digital de registros e laudos clínicos;
- **VPN e Criptografia AES-256** – para segurança da transmissão e armazenamento de dados.

Essa interoperabilidade permite a integração direta com **Telessaúde**, **Telediagnóstico**, **Farmácia Hospitalar**, **Regulação de Vagas**, **Faturamento**, **Gestão de Leitos** e **Controle de Indicadores Assistenciais**.

5. Segurança da Informação e Conformidade Legal

O sistema adotará camadas de **segurança multicamadas**, em conformidade com a **LGPD (Lei nº 13.709/2018)** e com as políticas internas da SES/MS:

- Controle de acesso por autenticação multifatorial;
- Registro de logs de auditoria e rastreabilidade de ações;
- Criptografia de dados sensíveis em repouso e em trânsito;
- Rotinas automáticas de backup e redundância geográfica;
- Política de sigilo e consentimento digital para acesso a dados do paciente.

A gestão de segurança será supervisionada pelo **Encarregado de Proteção de Dados (DPO)** e pelo **Responsável Técnico de TI**, assegurando conformidade com a legislação federal e estadual vigente.

6. Indicadores de Desempenho e Resultados Esperados

Indicador	Descrição	Meta
Percentual de setores integrados ao PEP	Setores hospitalares com uso ativo do sistema	100%
Tempo médio de registro de atendimento	Redução do tempo de preenchimento de prontuário	≤ 5 min
Taxa de completude de registros	Campos obrigatórios preenchidos corretamente	≥ 98%
Disponibilidade do sistema	Tempo de uptime operacional	≥ 99,5%
Redução do consumo de papel	Substituição de formulários físicos	≥ 90%
Satisfação do usuário (NPS)	Avaliação de usabilidade e suporte técnico	≥ 85%

7. Benefícios Institucionais

- **Centralização das informações clínicas e administrativas**, evitando duplicidades;
- **Agilidade no atendimento e redução de erros médicos**;
- **Melhoria da regulação e faturamento**, com dados integrados ao SIA/SUS e SIH/SUS;
- **Apoio à gestão e auditoria interna**, por meio de relatórios eletrônicos de produção;
- **Transparência e conformidade com normas legais e de acreditação hospitalar**;
- **Base estruturada para a Telessaúde e o Telediagnóstico**, viabilizando atendimento remoto e integração com plataformas digitais da SES/MS.

8. Conclusão

A **implantação do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP)** no Hospital Regional Dr. José de Simone Netto constitui um marco de transformação digital na gestão pública em saúde.

O modelo proposto garante **integração plena, interoperabilidade, segurança da informação e eficiência assistencial**, em conformidade com o **Edital de Chamamento Público de Ponta Porã/MS**, assegurando **excelência técnica, sustentabilidade e pontuação máxima no critério de Implantação de Processos e Inovação Tecnológica**.

POLÍTICA DE RH

✓ **Política de Recursos Humanos da SBCD – Sociedade Brasileira Caminho de Damasco**

A **Política de Recursos Humanos da SBCD** define as estratégias a serem adotadas para os colaboradores no contexto hospitalar. Está pautada na **missão institucional** e nos **valores que norteiam a prática assistencial e administrativa** da SBCD, tendo como finalidade garantir o alcance dos objetivos organizacionais por meio do fortalecimento das equipes e da excelência na assistência.

Para fortalecer a relação entre colaborador e instituição, as estratégias são formalizadas por meio de **regimentos internos e Procedimentos Operacionais Padrão (POPs)**, que orientam o cotidiano das equipes e promovem o desenvolvimento profissional e institucional. O sucesso na **atração, desenvolvimento e retenção de talentos** está diretamente vinculado a essa política, que visa criar um ambiente de **alta motivação, desempenho, valorização e crescimento contínuo**.

Manter colaboradores assíduos, qualificados e engajados é um dos grandes desafios da gestão hospitalar. Para isso, a SBCD adota uma política clara, estruturada e flexível, que assegura **os direitos trabalhistas, a promoção da saúde do trabalhador** e a criação de um **ambiente organizacional favorável ao bem-estar e à produtividade**.

Diretrizes para nossa proposta

A proposta de gestão da para o Hospital Geral contempla um **programa estruturado de desenvolvimento humano e organizacional**, alinhado às diretrizes do **Sistema Único de Saúde (SUS)** e às especificidades da atenção hospitalar.

Fundamentada nos princípios da **Educação Permanente em Saúde (PNEPS)**, da **avaliação participativa e multiprofissional do PNASS** e nas orientações da **Política Nacional de Humanização (PNH)**, a proposta dedica atenção especial à **valorização dos trabalhadores da saúde**, reconhecendo-os como agentes centrais para a qualificação do cuidado. O foco está no **fortalecimento das capacidades individuais e coletivas das equipes multiprofissionais**, promovendo a **melhoria contínua da assistência hospitalar prestada à população usuária do SUS**.

Essa política se materializa em **quatro eixos estratégicos integrados**, que orientam a ação da SBCD na gestão de pessoas em hospitais gerais:

- Gestão do Desenvolvimento e da Capacitação Profissional – promovendo a formação contínua e o aprimoramento técnico e relacional das equipes.
- Avaliação Periódica de Desempenho e Clima Organizacional – com foco em feedbacks estruturados, planos de desenvolvimento e fortalecimento da cultura institucional.
- Gestão Estratégica da Informação para Melhoria Contínua – utilizando indicadores de desempenho e qualidade para tomada de decisão e aprimoramento das práticas.
- Integração com as Comissões Hospitalares e Núcleos Institucionais – como CCIH, Comissão de Prontuários, NEP, NIR, Núcleo de Segurança do Paciente, entre outros, garantindo a articulação entre a gestão de pessoas e os dispositivos essenciais para a governança hospitalar.

Demanda e Características Regionais

A política de RH do Hospital Geral gerido pela SBCD é moldada para atender à **dinâmica da demanda hospitalar e às especificidades do território**, com capacidade de adaptação às sazonalidades e perfis predominantes (trauma, clínico, cirúrgico, materno-infantil, entre outros). Equipes são remanejadas conforme a necessidade, mantendo a assistência ininterrupta e qualificada.

Recursos Limitados: O contexto hospitalar exige **otimização rigorosa dos recursos humanos e financeiros**. A SBCD investe em estratégias inovadoras para atrair, manter e capacitar profissionais mesmo diante de escassez de categorias ou restrições orçamentárias.

Adaptação às Mudanças: A instituição garante a **incorporação tempestiva de alterações legais, protocolares e regulatórias**, com atualização contínua das equipes assistenciais e administrativas.

Melhoria Contínua: A política promove a **escuta ativa e a responsividade**, ajustando processos e recursos conforme os indicadores institucionais e feedbacks dos profissionais, com foco na sustentabilidade da assistência hospitalar e no bem-estar das equipes.

Fatores Críticos de Sucesso e Abrangência

Para que a área de RH alcance padrões de excelência, a SBCD pauta sua atuação nos seguintes pilares:

- Humanização da gestão e das relações de trabalho
- Promoção da saúde e segurança ocupacional
- Integração com lideranças institucionais, sindicatos, sistema educacional e sociedade
- Adoção de tecnologias de informação para gestão de pessoas
- Articulação entre equipes assistenciais e administrativas com foco no paciente e na qualidade do cuidado

Metodologia de Implantação – Eixos Integradores

A implantação da política de RH para o Hospital Geral seguirá cinco eixos articuladores:

Diagnóstico e Mapeamento de Competências: Análise do perfil assistencial da instituição, identificação de competências e lacunas formativas, monitoramento de absenteísmo e sobrecarga.

Planejamento da Força de Trabalho: Dimensionamento de pessoal com base em parâmetros normativos, planejamento de escalas e banco de talentos para garantir continuidade assistencial em plantões críticos ou imprevistos.

Recrutamento, Integração e Capacitação Contínua: Processos seletivos transparentes e meritocráticos, integração institucional centrada nos princípios do SUS e da ética, e formação permanente focada em segurança do paciente, protocolos clínicos e liderança.

Avaliação de Desempenho, Reconhecimento e Retenção: Avaliação institucional periódica com devolutiva estruturada, planos de desenvolvimento individual (PDI), valorização de talentos, estratégias motivacionais e prevenção da rotatividade.

Governança e Gestão Participativa de Pessoas: Implantação de Núcleo de Gestão de Pessoas com cogestão e participação de colaboradores em comissões hospitalares, com foco em corresponsabilidade, transparência e melhoria contínua.

Resultados Esperados

Elevação da qualidade da assistência prestada por meio do desenvolvimento integral dos profissionais e do fortalecimento institucional.

Estabelecimento de boas práticas gerenciais, sistematizadas em protocolos e manuais de RH.

Redução da rotatividade e aumento da retenção de talentos, com engajamento e reconhecimento.

Fortalecimento da formação continuada e do planejamento orçamentário em recursos humanos.

Padronização dos processos de gestão de pessoas, assegurando segurança, eficiência e conformidade com os princípios da gestão pública e hospitalar.

POLÍTICA DE SELEÇAO DE PESSOAL

Esta proposta apresenta o modelo de Es**tabelecimento de Normas para Seleção e Contratação de Pessoal** e visa estabelecer diretrizes para os processos seletivos da SBCD - Sociedade Brasileira Caminho de Damasco.

Seu objetivo é garantir transparência, equidade e alinhamento técnico-comportamental dos profissionais contratados à missão da instituição.

Aplica-se a todos os colaboradores da área de Recursos Humanos, devendo ser observado em **todas as etapas de recrutamento, seleção e admissão**, promovendo a captação de perfis compatíveis com os requisitos técnicos e os princípios da SBCD.

- **Responsabilidade:** A Gestão e execução dos processos seletivos são de responsabilidade da Equipe Administrativa do RH Corporativo e das unidades operacionais.
- **Descrição de Cargo:** É o documento que define as atribuições, requisitos, responsabilidades e competências necessárias para o desempenho de determinada função. Cada colaborador possui sua descrição de cargo arquivada em seu prontuário funcional.
- **Requisição de Pessoal:** Consiste no formulário padrão utilizado para formalizar a abertura de vaga. A solicitação pode decorrer de substituição, ampliação de quadro ou novas demandas de serviços.
  - ✓ **Formulário proposto:**

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

SBCD - SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO

REQUISIÇÃO DE PESSOAL

Nº CONTROLE:

DATA DE EMISSÃO 07/05/2025

FILIAL:		LOCAL/CIDADE:	

1 – Tipo de Requisição:		2 – Identificação do Solicitante:	
TIPO:	PREENCHER	NOME:	
		FUNÇÃO:	

3 – Solicitação de Profissional:
FUNÇÃO:
SUBSTITUIÇÃO DE:
ESCALA:
HORÁRIO DE TRABALHO:

4 – Centro de Custo	
NOME DO CENTRO DE CUSTO:	

5 – Justificativa:

6 - Validações		
SOLICITANTE	RH CARGOS E SALÁRIOS	GERENTE ADMINISTRATIVO/ ASSISTENCIAL
SOLICITADO EM: ____/____/____	APROVADO: ____/____/____	APROVADO: ____/____/____

SUPERINTENDÊNCIA
APROVADO: ____/____/____

RODAPÉ		
CÓDIGO	REVISÃO	DATA DA ÚLTIMA REVISÃO
R&S001	1.3	16.08.2023

	FICHA DE DESCRIÇÃO DE CARGO		
	GRUPO ADMINISTRATIVO		
	Código: DC.SBCD.RH.012	Versão: 001	Página: 2 de 2

Competências Essenciais

- Habilidade técnica
- Planejamento
- Organização
- Cumprimento de prazos

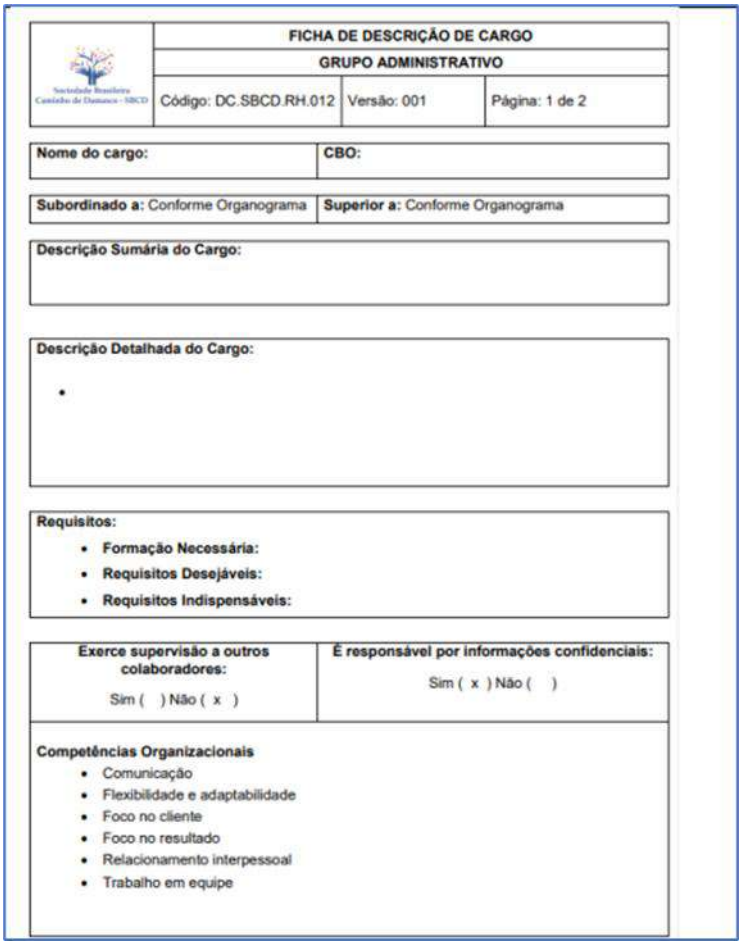
Competências Complementares

- Curiosidade e espirito de pesquisa.
- Negociação.

Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	Data elaboração: 01/2024	Data revisão: 01/2026

Nome Completo Sem abreviações:

Data de recebimento:



	FICHA DE DESCRIÇÃO DE CARGO		
	GRUPO ADMINISTRATIVO		
	Código: DC.SBCD.RH.012	Versão: 001	Página: 1 de 2

Nome do cargo:	**CBO:**
Subordinado a: Conforme Organograma	**Superior a:** Conforme Organograma

Descrição Sumária do Cargo:

Descrição Detalhada do Cargo:

-

Requisitos:

- **Formação Necessária:**
- **Requisitos Desejáveis:**
- **Requisitos Indispensáveis:**

Exerce supervisão a outros colaboradores: Sim ( ) Não (x)	**É responsável por informações confidenciais:** Sim (x) Não ( )

Competências Organizacionais

- Comunicação
- Flexibilidade e adaptabilidade
- Foco no cliente
- Foco no resultado
- Relacionamento interpessoal
- Trabalho em equipe

- **Recrutamento:** Processo conduzido pelo RH que visa identificar e atrair candidatos com perfil aderente às necessidades institucionais. A responsabilidade é do RH da unidade solicitante, que poderá optar por recrutamento interno ou externo.
- **Seleção:** Fase em que se realiza a triagem e avaliação dos candidatos com base em competências técnicas e comportamentais. A seleção compreende entrevistas, dinâmicas, avaliações e pareceres estruturados do RH e dos gestores responsáveis.

OP SBCD.EDC.RH.005 RECRUTAMENTO E SELEÇÃO

POP SBCD.RH.005 – CONTRATAÇÃO E GESTÃO DE JOVEM APRENDIZ

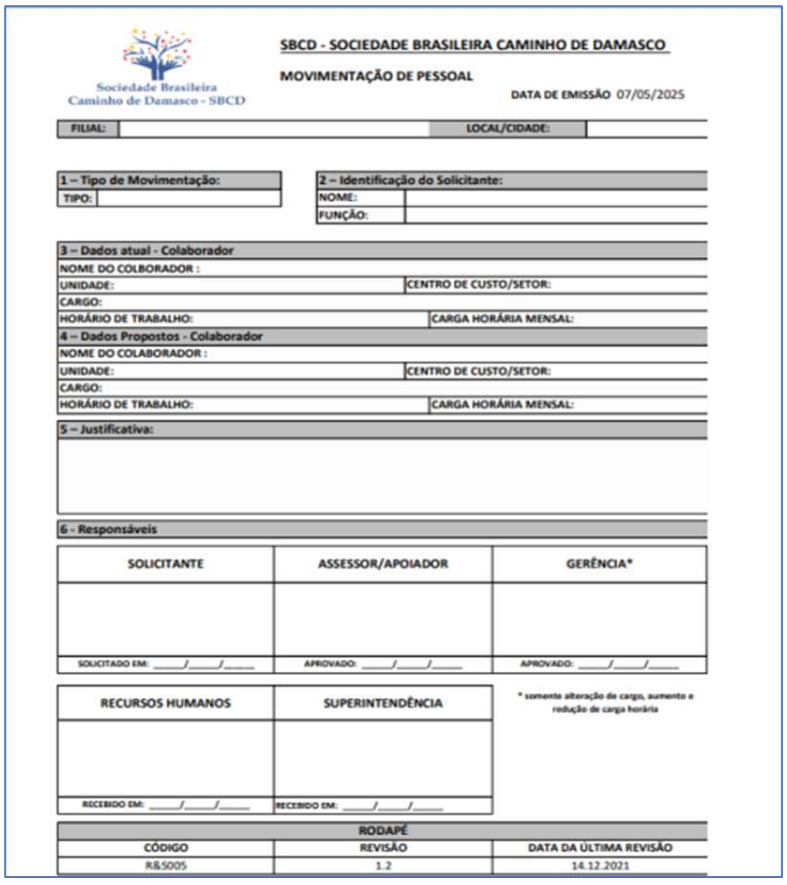
✓ **Indicadores e Acompanhamento**

- Objetivo dos Indicadores: Visa garantir a melhoria contínua dos processos seletivos e aferir a qualidade da contratação por meio dos seguintes instrumentos:
- Indicador de Turnover – Mensal

- Pesquisa de Satisfação dos candidatos – Trimestral
- SLA de fechamento de vagas – Trimestral
- Cumprimento de cotas legais (Jovem Aprendiz e PCD) Mensal
- Tempo médio de contratação – Máximo de 20 dias
- Atualização do Banco de Talentos – Permanente

✓ **Atribuições Complementares do RH**

- Recursos Humanos (RH): Responsável por conduzir processos seletivos, promover estratégias de recrutamento e manter banco de talentos.
- Desenvolvimento Humano Organizacional (DHO): Atua com treinamento, clima organizacional, suporte psicológico e acolhimento.
- Administração de Pessoal (DP): Gerencia a formalização de vínculos contratuais e ações trabalhistas conforme CLT e normativos sindicais.



Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

SBCD - SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO

MOVIMENTAÇÃO DE PESSOAL

DATA DE EMISSÃO 07/05/2025

FILIAL:		LOCAL/CIDADE:	

1 – Tipo de Movimentação:		2 – Identificação do Solicitante:	
TIPO:		NOME:	
		FUNÇÃO:	

3 – Dados atual - Colaborador			
NOME DO COLBORADOR :			
UNIDADE:		CENTRO DE CUSTO/SETOR:	
CARGO:			
HORÁRIO DE TRABALHO:		CARGA HORÁRIA MENSAL:	
4 – Dados Propostos - Colaborador			
NOME DO COLABORADOR :			
UNIDADE:		CENTRO DE CUSTO/SETOR:	
CARGO:			
HORÁRIO DE TRABALHO:		CARGA HORÁRIA MENSAL:	

5 – Justificativa:

6 - Responsáveis

SOLICITANTE	ASSESSOR/APOIADOR	GERÊNCIA*
SOLICITADO EM: ____/____/____	APROVADO: ____/____/____	APROVADO: ____/____/____

RECURSOS HUMANOS	SUPERINTENDÊNCIA
RECEBIDO EM: ____/____/____	RECEBIDO EM: ____/____/____

* somente alteração de cargo, aumento e redução de carga horária

RODAPÉ		
CÓDIGO	REVISÃO	DATA DA ÚLTIMA REVISÃO
RH.SO05	1.2	14.12.2021

✓ **Procedimentos Técnicos**

Os processos seletivos devem seguir o roteiro descrito no POP.SBCD.RH.006, com etapas específicas, desde a requisição da vaga até o arquivamento da documentação dos candidatos aprovados e não aprovados, com critérios definidos para cada etapa, aplicação de provas técnicas e entrevistas baseadas em competências.

Todas as práticas devem ser documentadas, auditáveis e respaldadas pelas diretrizes institucionais, garantindo lisura, legalidade, isonomia e alinhamento com as necessidades assistenciais da UPA Tobias Barreto.

✓ **Resultado Esperado**

Assegurar que os processos de seleção e contratação promovam excelência técnica, agilidade operacional, aderência institucional e inclusão, contribuindo para a composição de equipes altamente qualificadas e comprometidas com a assistência segura e resolutiva.

Este regulamento proposto deverá na fase de implantação da UPA ser atualizado conforme evolução das diretrizes institucionais, da Secretaria de Saúde e mudanças legais ou reestruturações organizacionais.

EDUCAÇÃO PERMANENTE

Fundamentação e Diretrizes

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma diretriz estratégica do Ministério da Saúde, concebida como um processo pedagógico contínuo que articula o aprender e o ensinar no cotidiano do trabalho em saúde. Baseia-se na problematização das práticas profissionais e das necessidades reais dos trabalhadores, usuários e gestores, promovendo transformações no processo de trabalho, na qualidade da atenção e na organização dos serviços.

A abordagem valoriza as experiências prévias dos profissionais, mobiliza metodologias ativas e favorece a aprendizagem significativa, participativa e situada. A EPS é um instrumento de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo o cuidado humanizado, resolutivo e integrado ao território.

Nesse sentido, a atuação da área de Educação Permanente da SBCD está alinhada às diretrizes do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES/MS), focando na formação em serviço, na valorização da prática cotidiana e na institucionalização da aprendizagem como eixo estruturante da gestão hospitalar.

✓ Objetivo Geral e Específicos

A implantação do Núcleo de Educação Permanente (NEP) no Hospital São Raimundo tem como propósito consolidar uma política institucional de formação contínua, voltada à qualificação técnica, ética e humanizada das equipes de saúde, promovendo a melhoria dos processos assistenciais e gerenciais, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). A proposta busca instituir práticas educativas no próprio ambiente de trabalho, alinhadas às necessidades reais dos profissionais e dos usuários, e fundamentadas em metodologias ativas e colaborativas.

Nesse contexto, o NEP atuará de forma articulada com as demais áreas do hospital, com o objetivo de levantar e analisar as necessidades de aprendizagem, formar e acompanhar multiplicadores internos, desenvolver ações educativas regulares e contextualizadas, integrar os processos de ensino, serviço e comunidade, e avaliar de maneira sistemática o impacto das ações formativas na qualidade do cuidado. Pretende-se ainda estimular a corresponsabilização dos profissionais nos processos de trabalho, valorizar o capital humano institucional, promover a melhoria contínua da assistência, otimizar o uso dos recursos financeiros destinados à formação, e fomentar práticas de cuidado mais eficazes, seguras e humanizadas. A proposta enfatiza a importância do trabalho interdisciplinar, da construção de competências técnicas, cognitivas e comportamentais, da integração entre teoria e prática, da adequação dos conteúdos à realidade do território, da inovação nos processos organizacionais e do fortalecimento do SUS como política pública.

- ✓ **Estratégia Metodológica e Operacional**

O Núcleo de Educação Permanente será o responsável pela articulação e implementação das ações de formação e desenvolvimento institucional no Hospital São Raimundo. Sua atuação será transversal a todos os setores, visando a institucionalização da aprendizagem em serviço como eixo estruturante da qualificação profissional e da melhoria contínua da assistência.

As estratégias metodológicas adotarão abordagens ativas de ensino-aprendizagem, como oficinas, rodas de conversa, estudo de caso, simulação realística e educação por pares. Essas metodologias serão adaptadas às características das equipes e às especificidades dos conteúdos, buscando sempre estimular a reflexão crítica, o protagonismo dos trabalhadores e a aplicação prática dos conhecimentos no cotidiano dos serviços. As ações formativas serão planejadas a partir da análise sistemática dos indicadores assistenciais, da escuta das lideranças e profissionais, e das prioridades institucionais.

A atuação do NEP se integrará aos setores de qualidade, segurança do paciente, controle de infecção, humanização e gestão hospitalar, promovendo ações conjuntas e fortalecendo os processos internos. Também serão estabelecidas parcerias com instituições de ensino superior para acolher estudantes e residentes em campo de prática, ampliando a articulação entre ensino, serviço e comunidade. A sistematização e o registro das ações formativas serão garantidos por meio de relatórios técnicos e avaliações periódicas de impacto, visando a transparência e a eficácia das intervenções.

- ✓ **Diagnóstico de Necessidades de Capacitação**

A identificação das necessidades formativas dos trabalhadores será realizada de forma permanente, sistemática e participativa, sendo considerada um eixo estratégico da gestão da educação em saúde. O processo terá como base a análise de múltiplas fontes de informação que evidenciem as lacunas de conhecimento, habilidades e atitudes que impactam diretamente na qualidade dos serviços prestados à população.

Serão considerados os dados de produção assistencial, como número de internações, atendimentos e desfechos clínicos, bem como indicadores de qualidade e segurança, incluindo eventos adversos, não conformidades e infecções relacionadas à assistência. Além disso, serão analisados os resultados de auditorias internas, notificações, relatórios de risco e demais instrumentos de monitoramento institucional. A escuta ativa das lideranças, trabalhadores e instâncias colegiadas complementará o processo, assim como o alinhamento às diretrizes estratégicas da gestão hospitalar e às pactuações firmadas com a Secretaria Municipal de Saúde.

A partir dessa análise crítica, o NEP definirá os eixos prioritários de formação, os temas estratégicos, os conteúdos programáticos e os perfis dos profissionais a serem capacitados em cada ação. O objetivo é garantir que a oferta formativa responda de maneira efetiva aos desafios

reais do processo de trabalho, promovendo o desenvolvimento contínuo das equipes e contribuindo para a excelência da atenção e da gestão hospitalar.

✓ **Públicos-Alvo**

As ações do NEP contemplarão os seguintes públicos:

- Profissionais de saúde e de apoio técnico-administrativo (efetivos, contratados, terceirizados);
- Estudantes em campo de prática (estágio curricular, internato, residência médica e multiprofissional);
- Lideranças institucionais (coordenações, direção técnica, preceptores);
- Profissionais da rede de atenção à saúde (Samu, Atenção Básica, hospitais de referência e retaguarda).

✓ **Composição e Estrutura do NEP**

O Núcleo de Educação Permanente será composto por profissionais multidisciplinares, com experiência em educação em saúde, ensino, pesquisa e extensão. Sua estrutura é adaptável à realidade de cada unidade hospitalar, considerando porte, complexidade e necessidades específicas.

A composição mínima sugerida do NEP inclui:

Função / Cargo	Atribuições Principais
Coordenador de Educação Permanente	Planejamento estratégico, articulação institucional e supervisão das ações formativas
Supervisor de Educação	Organização e monitoramento dos programas de capacitação e ensino
Enfermeiro de Educação Permanente	Apoio técnico às ações de capacitação assistencial e suporte metodológico
Médico (Preceptor/Supervisor)	Acompanhamento de estudantes e residentes, supervisão da formação médica em serviço

Analista Administrativo	Apoio logístico, controle documental e interface com setores administrativos
Analista de Treinamento	Execução técnica das ações formativas, elaboração de materiais e controle de indicadores

A formação acadêmica e a experiência profissional dos membros devem estar de acordo com as funções desempenhadas e alinhadas às diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), conforme Portaria GM/MS nº 198/2004, bem como, no que couber, à Portaria GM/MS nº 2048/2002, que trata da organização da assistência hospitalar.

✓ **Parcerias e Apoios Estratégicos**

A atuação do NEP poderá ser fortalecida por meio de parcerias com instituições acadêmicas, favorecendo projetos de pesquisa aplicada, estágios supervisionados e programas de residência. Também poderão ser convidados consultores e especialistas externos, que contribuam com formações específicas, palestras, cursos ou processos de mentoria.

✓ **Liderança Estratégica e Epidemiológica**

A área de Educação Permanente da SBCD conta com uma liderança altamente qualificada, composta por dois doutores em Políticas Públicas e Saúde, com ampla experiência em gestão, docência e pesquisa, o que assegura o alinhamento das ações educativas às prioridades institucionais e às necessidades de saúde da população.

Prof. Dr. Hugo Macedo Ferraz e Souza Júnior, médico de família e comunidade, é doutor em Saúde Pública pela USP e atual superintendente da SBCD. Com extensa atuação na gestão pública e formação de profissionais, coordena programas de residência médica e possui experiência nacional e internacional em projetos estratégicos de capacitação.

Prof. Dr. Edige Felipe de Sousa Santos, fisioterapeuta, doutor e pós-doutor em Epidemiologia pela USP, coordena a área de Epidemiologia da SBCD. Especialista em análise de

dados em saúde, possui sólida produção científica, reconhecida nacional e internacionalmente, com experiência docente e consultiva em instituições públicas e privadas.

✓ **Coordenação Estratégica e Inovação:**

Responsável por **integrar pesquisa, planejamento e atualização pedagógica** às ações de Educação Permanente em Saúde. Seu papel é assegurar que as estratégias formativas estejam constantemente alinhadas às **evidências científicas mais recentes**, às **tendências em educação em saúde** e às diretrizes do SUS.

Cabe a essa coordenação **impulsionar práticas inovadoras**, promover a articulação entre teoria e prática no ambiente de trabalho e desenvolver modelos educacionais que respondam às necessidades reais dos profissionais e das instituições de saúde, com foco na qualificação contínua e na transformação dos processos de cuidado.

Coordenadora de Educação Permanente: Dra.Thais Pola Baptista Coelho, doutoranda em Políticas Públicas para a Saúde pela USP, com formação em Liderança pela Harvard Kennedy School, possui mais de 12 anos de experiência em saúde básica, hospitalar e ensino superior. Atua com foco em gestão estratégica, inovação pedagógica e formação de equipes na Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS. Sua trajetória combina pesquisa acadêmica, coordenação de projetos formativos e avaliação de processos educacionais, assegurando que as ações de Educação Permanente sejam atualizadas, baseadas em evidências e alinhadas às diretrizes do SUS.

✓ **Coordenação Técnico-Pedagógica**

Com foco na pesquisa aplicada e na inovação educacional, sua atuação integra uma abordagem técnico-pedagógica que fortalece a Educação Permanente. Alinhando investigação acadêmica às práticas formativas, contribui para o desenvolvimento de estratégias baseadas em evidências e para a articulação entre teoria e prática nos serviços de saúde.

Coordenadora de Educação Permanente: Márcia Cristina Néspoli Ando. Mestranda em Ciências Médicas pela UnB, enfermeira e bacharela em Direito, com especializações nas áreas de

gestão, saúde pública e educação em saúde. Atua como Apoiadora Institucional do Ministério da Educação em São Paulo, com experiência prévia no Amazonas e na coordenação da Atenção Básica em nível municipal.

Tem sólida atuação em Educação Permanente, Estratégia Saúde da Família, saúde coletiva e gestão de sistemas, integrando formação acadêmica e prática de gestão em diferentes esferas do SUS.

- ✓ **Educação em Tecnologias Digitais:**

A área de Tecnologias Educacionais e Educação Digital é responsável por desenvolver soluções formativas inovadoras, acessíveis e multiplataforma, utilizando recursos digitais para ampliar o alcance e a efetividade das ações de Educação Permanente. Sua atuação está voltada à produção de conteúdos engajadores, com base em abordagens pedagógicas contemporâneas e no uso estratégico de tecnologias aplicadas à educação a distância (EAD).

Essa área tem como foco garantir a democratização do conhecimento, promovendo experiências de aprendizagem dinâmicas e adaptadas a públicos diversos, o que potencializa a capacitação de profissionais em diferentes níveis e contextos de atuação no SUS.

Especialista em Educação Corporativa: Eliana Morais Meireles, especialista em Tecnologias Aplicadas à Educação, com sólida carreira em educação corporativa, T&D e gestão de programas educacionais estratégicos. Atua no desenvolvimento de soluções formativas inovadoras, com domínio de metodologias como ADDIE, Kirkpatrick e Taxonomia de Bloom, além de ampla experiência em plataformas LMS, e-learning e produção de materiais didáticos. Com formação em Comunicação e Letras, alia conhecimento técnico em gestão de conhecimento e RH à experiência em comunicação institucional, eventos e mídias corporativas, tendo atuado em grandes empresas de tecnologia.

✓ **Gestão da Informação e Produção Científica:**

A área de Gestão da Informação e Produção Científica atua no suporte estratégico à pesquisa, organização do conhecimento e sistematização de boas práticas. Sua responsabilidade é garantir o acesso qualificado e atualizado à informação científica, contribuindo para a construção de evidências que sustentem as ações de Educação Permanente.

Com base em metodologias de curadoria, análise e disseminação da informação, essa área fortalece a capacidade institucional de produzir, registrar e compartilhar conhecimento, promovendo a cultura da pesquisa aplicada e da inovação nos serviços de saúde.

Especialista em Educação e Pesquisa: Zaida Carolina Pinheiro Alves. Graduada em Biblioteconomia e Ciência da Informação, com MBA em Educação Corporativa e certificações em Python para Análise de Dados, Data Science, Metodologia Científica e Gestão de Projetos. Atua há mais de 12 anos em gerenciamento da informação, T&D, compliance educacional, análise de indicadores (KPIs) e gestão de projetos de desenvolvimento.

Possui sólida experiência em pesquisa acadêmica e clínica, com domínio em levantamento bibliográfico, coleta e análise de dados, bem como em elaboração de relatórios e alimentação de sistemas gerenciais. Sua trajetória integra conhecimento técnico, visão estratégica e inovação aplicada à educação corporativa e à gestão do conhecimento.

Valor Estratégico da Atuação do NEP

A atuação integrada e especializada da equipe multidisciplinar que compõe o Núcleo de Educação Permanente (NEP) representa um **diferencial estratégico para qualquer unidade de saúde**. Combinando expertise técnica, visão sistêmica e foco em resultados, o NEP contribui diretamente para o **fortalecimento da assistência, da segurança do paciente e da eficiência organizacional**.

Por meio de **programas de treinamento e desenvolvimento baseados em melhores práticas clínicas, protocolos atualizados e evidências científicas**, o NEP promove a qualificação

das equipes, impactando na redução de eventos adversos, na melhoria dos resultados clínicos e na otimização dos processos de trabalho. A experiência em gestão educacional, aliada ao conhecimento das demandas assistenciais, permite o desenvolvimento de **soluções formativas que aprimoram os fluxos, fortalecem a comunicação entre equipes e promovem o uso racional dos recursos disponíveis**.

O planejamento das ações do NEP contempla a definição de **objetivos formativos, estratégias metodológicas e projetos integrados de educação permanente, pesquisa e extensão universitária**, com foco na transformação das práticas em saúde e no alinhamento com os valores institucionais.

Para embasar esse planejamento, a SBCD adota uma **ferramenta estruturada de levantamento de necessidades de treinamento**, que funciona como diagnóstico formativo abrangente. Esse processo considera a escuta qualificada de **gestores, trabalhadores, comunidade, poder público e demais atores institucionais**, possibilitando identificar lacunas de competências e direcionar de forma precisa os recursos educacionais.

A partir do diagnóstico, os cursos e ações são customizados para responder de forma efetiva às demandas identificadas, garantindo maior **pertinência, impacto e aderência às realidades locais**. Os treinamentos promovidos têm como objetivo central **qualificar o cuidado, fortalecer a segurança dos usuários em situações críticas e manter os profissionais atualizados** frente às constantes mudanças e exigências do sistema de saúde.

A efetividade das ações do NEP depende também da **integração com os demais setores da unidade**, assegurando a articulação necessária para **implementar o plano educacional pactuado com o município**, promover o desenvolvimento contínuo das equipes e consolidar a educação permanente como eixo estruturante da qualidade assistencial.

✓ **Estratégia Metodológica e Planejamento Pedagógico**

O modelo pedagógico adotado pelo NEP da SBCD é fundamentado na andragogia e no uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, com foco na autonomia, participação e engajamento dos profissionais de saúde. A construção das ações formativas tem início com o levantamento participativo de necessidades, por meio de rodas de conversa, questionários e análise de indicadores, aplicados junto aos gestores e equipes.

As estratégias utilizadas incluem:

- Cursos online síncronos e assíncronos, com recursos multimídia e módulos interativos;
- Gamificação, com uso de jogos educacionais e quizzes para estimular o aprendizado de forma lúdica e eficaz;
- Oficinas, PBL e simulação realística, especialmente na formação de multiplicadores;
- Ciclos temáticos mensais, com encontros presenciais ou híbridos;
- Integração com instituições de ensino e apoio da gestão municipal;
- Produção e compartilhamento de materiais educativos locais.

Essas abordagens permitem que o processo de aprendizagem seja flexível, atrativo e aplicável ao cotidiano dos serviços, promovendo maior adesão dos profissionais e impacto nas práticas de saúde.

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco - SBCD	ANO:	CRONOGRAMA – LEVANTAMENTO DE NECESSIDADE DE TREINAMENTO - EDUCAÇÃO CORPORATIVO/PERMANENTE Código: F.SBCD.EDC.018 - Versão 02

O Levantamento de Necessidades de Treinamento e Desenvolvimento é um cronograma da unidade, cujo objetivo é planejar e realizar treinamentos e capacitações para trabalhar fragilidades identificadas pelo gestor e equipe. Esse cronograma é flexível e pode ser ajustado conforme novas necessidades surgirem ou em situações atípicas no cenário de saúde, como surtos e epidemias.

Caso seja necessário alterar o cronograma inicial devido a situações emergentes ou à impossibilidade de sua realização, é imprescindível apresentar uma justificativa. Para que todas as ações sejam consideradas válidas, é obrigatória a apresentação da lista de presença física como evidência.

Enfermeira de Educação Permanente e/ou facilitador:	Unidade:
Elaborado junto com:	

SETORES / TEMÁTICAS	NOME DA AÇÃO EDUCATIVA	PÚBLICO ALVO	JUSTIFICATIVA/OBJETIVO	CARGA HORÁRIA	INDICADORES MONITORAMENTO	MODELO DE APRESENTAÇÃO	OBSERVAÇÃO	STATUS
	Insira aqui o treinamento que gostaria de realizar, visto as necessidades de capacitações e atualizações da equipe. (pode m inserir mais de uma opção, porém, deve ser realizado pelo menos 1 treinamento no mês, caso não seja possível, deve-se justificar e subtituir a temática, utilizando a guia ao lado (Relatório de Justificativa LNT)	Insira aqui a equipe a qual esse treinamento se destina.	Qual a justificativa desse treinamento? Capacitação, atualização, conversa, orientação,aprimoramento. Por qual motivo se destina esse treinamento?	Insira aqui a carga-horária total provável dessa ação.	Quais são os indicadores de treinamento que essa ação atende?	PRESENCIAL	Exemplo: Data que a eficácia será aplicada (Em média 60 dias após a ação pelo próprio facilitador)	
	JANEIRO							
	FEVEREIRO							

✓ **Método de Avaliação**

A SBCD reconhece que investir na formação interna dos trabalhadores do SUS, especialmente por meio da capacitação de facilitadores de educação nos serviços, fortalece a **capilaridade do conhecimento** e assegura a **sustentabilidade dos processos formativos**. Essa estratégia não apenas amplia o alcance das ações de Educação Permanente, como também valoriza e qualifica o profissional contratado, promovendo seu reconhecimento institucional.

Nesse contexto, o Núcleo de Educação Permanente (NEP) é responsável pela **avaliação sistemática dos programas e projetos educacionais**, com o objetivo de verificar o alcance dos objetivos propostos e a efetividade das atividades executadas. Para isso, são utilizados instrumentos próprios e estruturados, como:

- **Avaliação de Reação**, que coleta a percepção dos participantes sobre o conteúdo, o desempenho do facilitador, os recursos audiovisuais utilizados e as condições estruturais do ambiente;
- **Avaliação de Eficácia de Treinamento**, aplicada após a ação formativa, para mensurar o nível de absorção de conhecimento e a aplicação prática, com apoio de indicadores de monitoramento;
- **Pré e Pós-Testes**, que permitem comparar conhecimentos antes e depois da capacitação, mensurando o impacto direto sobre os resultados assistenciais e a transformação das práticas.

Todas essas avaliações são **baseadas no modelo de Kirkpatrick**, com destaque para a primeira dimensão — **Reação** — em que se busca analisar qualitativa e quantitativamente a satisfação do participante, a relevância percebida do conteúdo e o nível de engajamento nas atividades. Esse modelo assegura uma abordagem estruturada e contínua de melhoria dos processos educativos, em consonância com as diretrizes da Educação Permanente em Saúde.

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

AVALIAÇÃO DE REAÇÃO

Prezado Participante, com o objetivo de avaliar o treinamento ministrado e fornecer subsídios para a melhoria dos processos, solicitamos preencher este formulário com a sua visão sobre o curso finalizado.

Nome (Opcional)			
Programa	**Título:**	**Instrutor:**	**Data:**

Legenda: 1 - Fraco 2 - Regular 3 - Bom 4 - Excelente

		Conceituação			
		1	2	3	4
Avaliação do Instrutor	1. O instrutor demonstrou conhecer bem o assunto.				
	2. Houve incentivo a participação				
	3. Os métodos utilizados facilitaram o entendimento dos assuntos				
	4. Os recursos foram utilizados adequadamente (Flip Chart, etc)				
	5. A linguagem e postura do instrutor foram adequadas				

		Conceituação			
		1	2	3	4
Avaliação do Treinamento	1. Os assuntos despertaram seu interesse				
	2. A duração do treinamento foi adequada				
	3. A qualidade do material fornecido foi adequada e suficiente				
	4. O treinamento lhe proporcionou subsídios necessários para o seu trabalho				

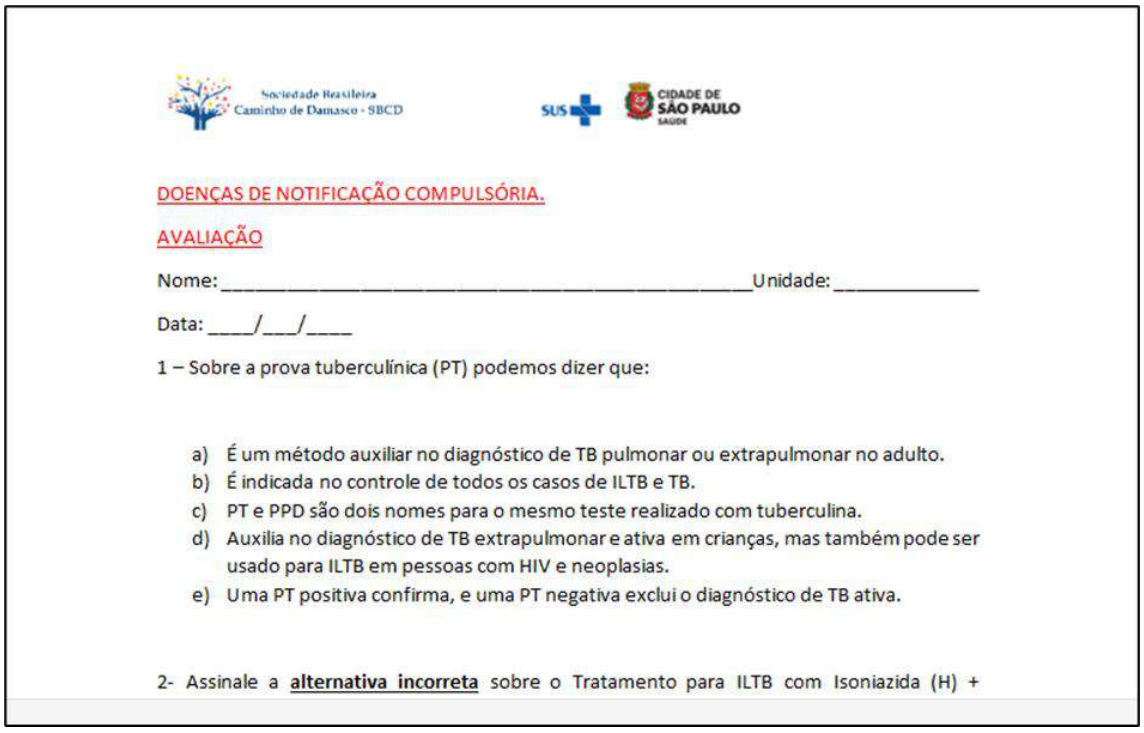
		Conceituação			
		1	2	3	4
Avaliação das Instalações	1. O local de realização do programa foi adequado				
	2. A iluminação foi suficiente				
	3. O material de suporte foi adequado (Retro-projetor, TV etc)				

Utilize o espaço abaixo para comentários e sugestões

Obrigada pela participação!
Sua avaliação e comentários serão muito importantes para aprimorarmos as ações de treinamento.

CÓDIGO	VERSÃO	DATA DA ÚLTIMA REVISÃO
F.SBCD.EDC.002	01	08/2023

Aprendizado: Avaliamos se o conteúdo foi absorvido imediatamente com testes e exercícios para verificar a aquisição do conhecimento. Por vezes aplicamos um pré teste para verificar o conhecimento prévio e depois mensurar o que foi conquistado no curso em questão.



Sociedade Brasileira Caminho de Damasco - SBCD

SUS

CIDADE DE SÃO PAULO SAÚDE

DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA.

AVALIAÇÃO

Nome: _____Unidade: _____

Data: ____/___/____

1 – Sobre a prova tuberculínica (PT) podemos dizer que:

a) É um método auxiliar no diagnóstico de TB pulmonar ou extrapulmonar no adulto.
b) É indicada no controle de todos os casos de ILTB e TB.
c) PT e PPD são dois nomes para o mesmo teste realizado com tuberculina.
d) Auxilia no diagnóstico de TB extrapulmonar e ativa em crianças, mas também pode ser usado para ILTB em pessoas com HIV e neoplasias.
e) Uma PT positiva confirma, e uma PT negativa exclui o diagnóstico de TB ativa.

2- Assinale a **alternativa incorreta** sobre o Tratamento para ILTB com Isoniazida (H) +

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco - SBCD

Código: F.SBCD.EDC.033 – Versão 01

Nome do teste

Nome		Data	
Instrutor		Unidade/setor	
Tipo de teste	( ) Pré teste	( ) Pós teste	

Digite as instruções do teste aqui. Por exemplo, instrua o aluno a escrever um pequeno parágrafo em resposta a cada uma das perguntas a seguir.

1. Digite sua primeira pergunta aqui
Insira a resposta à primeira pergunta
2. Insira sua segunda pergunta aqui
Insira a resposta à segunda pergunta
3. Digite sua terceira pergunta aqui
Insira a resposta à terceira pergunta
4. Digite sua quarta pergunta aqui
Insira a resposta à quarta pergunta
5. Digite sua quinta pergunta aqui
Insira a resposta à quinta pergunta

Comportamento: Percebemos se houve mudança no comportamento após a ação de aprendizagem em função do programa vivido. O conhecimento adquirido está sendo aplicado na prática? Qual a recompensa percebida pelo aprendiz (realizar uma determinada tarefa com um prazo menor por exemplo).

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco - SBCD	FORMULÁRIO DE EDUCAÇÃO RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DE EFICÁCIA Código: F.SBCD.EDC.015 Versão: 02	Logo da Unidade/Nome da Unidade

IDENTIFICAÇÃO DO TREINAMENTO	
Título:	**Data da ação:** ____/____/____
Tipo de proposta : ( ) Sensibilização ( ) Treinamento teórico ( ) Palestra ( ) Treinamento prático ( ) Roda de conversa ( ) Outras ações:_____	
Objetivo:	
Avaliação através de: ( )1. Entrevista/Questionário ( ) 2.Observação e/ou supervisão/Acompanhamento ( ) 3.Autoavaliação	
Número de participantes total do treinamento :_____	
Nº de avaliados : _____	
Nº de Respostas: Adequado(a) _____ Parcialmente Adequado(a)_____ Inadequado(a)_____	
Parecer final do avaliador:	
Nome Completo/Carimbo:	**Assinatura:**
Cargo:	**Data:** ____/____/____

PARA PREENCHIMENTO DO RESPONSÁVEL IMEDIATO	
Parecer final do responsável imediato:	
Treinamento foi eficaz: ( ) SIM ( ) NÃO	
Nome Completo/Carimbo:	**Assinatura:**
Cargo:	**Data:** ____/____/____

PARA PREENCHIMENTO DO SETOR DE TREINAMENTO/EDUCAÇÃO	
Análise de Eficácia do Treinamento: ( ) Treinamento Eficaz ( ) Treinamento Não Eficaz	
Plano de Ação (obrigatório para opção treinamento não eficaz):	
Prazo para ação: ____/____/____	**Responsável pela ação:**
Data da avaliação: ____/____/____	**Assinatura/carimbo:**
Nome completo?	**NEP:**

Resultados: Por meio de indicadores analisar o resultado da iniciativa pedagógica. Para que essa medição seja possível é necessário que os indicadores sejam colhidos antes da ação.

✓ **Multiplicadores Internos: Estratégia para Sustentabilidade e Engajamento**

A implementação de um programa de multiplicadores internos de treinamento nos serviços de saúde representa uma estratégia eficaz para ampliar a capacidade formativa da organização, promovendo o desenvolvimento contínuo das equipes e garantindo maior alinhamento às necessidades específicas de cada unidade.

Entre os principais benefícios dessa abordagem está a capacitação contínua e descentralizada, permitindo que o conhecimento seja disseminado de forma mais orgânica, prática e contextualizada. Ao reduzir a dependência de treinamentos externos, a instituição consegue otimizar custos, ao mesmo tempo em que aumenta a assertividade e a adaptabilidade das formações.

Os multiplicadores também atuam como agentes de integração e engajamento, fortalecendo o sentimento de pertencimento e responsabilidade entre os profissionais. Essa valorização contribui para o desenvolvimento de habilidades de liderança, comunicação e gestão, o que favorece o crescimento profissional e o fortalecimento das competências internas.

Outro ganho importante está na padronização de processos e práticas assistenciais, garantindo maior consistência na execução das atividades, redução de falhas e melhoria da segurança do paciente e da equipe. Além disso, os multiplicadores contribuem diretamente para a agilidade na implementação de mudanças, uma vez que são reconhecidos pelos colegas como pares confiáveis, facilitando a assimilação de novas diretrizes.

O impacto final de um programa bem estruturado de multiplicadores se reflete no aumento da qualidade do atendimento ao paciente, na promoção de uma cultura organizacional voltada ao aprendizado contínuo, na retenção de talentos e, consequentemente, na melhoria do desempenho global da instituição.

✓ **Atividades Propostas**

Mês	Atividade	Descrição	Responsável
1	Mapeamento das Necessidades de Aprendizagem	Diagnóstico participativo com trabalhadores	Coordenação EPS
2	Formação Inicial de Multiplicadores	Curso de Formação: Educação Permanente, Metodologias Ativas, Planejamento Educacional	Setor de Educação Institucional SBCD
3	Ciclo Temático: Acolhimento e Classificação de Risco	Estudo de caso + Oficina prática	Multiplicadores
4	Ciclo Temático: Segurança do Paciente	Simulação realística + discussão em grupo	Multiplicadores
5	Ciclo Temático: Comunicação em Saúde e Trabalho em Equipe	Role play + feedback estruturado	Multiplicadores
6	Ciclo Temático: Urgências Cardiovasculares e Protocolo de Dor Torácica	Capacitação prática + protocolo local	Médico coordenador / Multiplicadores
7	Seminário Interno de Boas Práticas	Apresentação de projetos locais e experiências exitosas	Comissão EPS
8	Avaliação de Impacto	Avaliação dos indicadores e percepção dos trabalhadores	Equipe gestora
12	Continuidade com novos ciclos e supervisão dos multiplicadores	Temas: Saúde Mental, Violência, Atendimento a Grupos Vulneráveis, Notificação Compulsória, etc.	NEP local

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES ANUAL DO NEP

O cronograma de atividades anual do NEP deve ser elaborado pelo próprio núcleo, com base nos seus objetivos, nas suas atribuições e nas necessidades de treinamento qualificando por prioridade, não devendo ser engessadas as temáticas pré-estabelecidas.

Proposta do modelo de cronograma de atividades Anuais (podendo ser mais de um curso/Treinamento por mês). O formato é estabelecido através do diagnóstico inicial e depois o desenvolvimento do levantamento de necessidade de treinamento, conforme demostrado abaixo, proposta para treinamento na fase de implantação.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DE APRENDIZAGEM													
Tema	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan
5W2H e Pareto – Análises e Relatórios.													
A importância da placa de jejum no leito.													
Acolhimento e classificação de risco no PSGO.													
Admissão no Centro Cirúrgico													
Adorno Zero													
Aleitamento materno													
Aplicação de Feedback – Onde encontrar as evidências para argumentação.													
Atendimento ao Cliente													
Atendimento ao paciente com necessidades especiais													
Atendimento ao paciente em casos de transferência.													
Atendimento ao paciente na Para Cardio respiratoria													
Atendimento Requisição													
Atualização em Normas de Biossegurança.													
Autonomia da Nutrição Clinica – Sistema													
Auxilio no ato anestésico													
Biossegurança no CME													
Boas práticas em saude: Uso adequado dos EPIs.													
Boas Práticas Integrativas para parto - Workshop.													
Boas Praticas na Auditoria de preparo e administração de medicamentos													
Boas Práticas: Vestimenta adequada, uso correto das palavras em cada situação.													
Calculo de Medicação Pediátrica na UTI NEO/PED													
Capacitação em Gerenciamento de Risco e Eventos Adversos													
Capacitação sobre medicamentos mais utilizados na area de atuação													
Cardiotocografia – interpretação e conduta.													
Colostroterapia, Técnica de dieta por copinho e Técnica de Translactação													
Comitê transfusional													
Comunicação Assertiva													
Comunicação efetiva, não violenta e humanizada													
Comunicação Eficaz no Atendimento Psiquiátrico													
Conciliação Medicamentosa													
Conferência de envio para o arquivo externo ACCESS													
Conferência e recebimento.													

Tema	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan
Recebimento e conferência de AIH, solicitação de parcial e identificação e sinalização das AIH pendente.													
Reduzir risco de queda e lesões por pressão													
Regra de lançamento diária de UTI.													
Regra de lançamento SUS.													
Simulação realística dos treinamentos apresentados ao longo do ano													
Síndromes Respiratórias													
Sistema de alarme e seguraça hospitalar													
SNE													
Metas Internacionais													
Solicitação de insumos para setor													
Tecnica de manipulação de SNE													
Técnicas de Comunicação Terapêutica:													
Técnicas de embalagens e armazenagem de material estéril													
Técnicas de pu7nção de fistula arteriovenosa													
Testagem rápida – HIV/Sífilis/ Hep B e C.													
Tipos de liderança													
Trabalho em equipe													
Treinamento em Controle de Infecção Hospitalar e Antibioticoprofilaxia													
Treinamento em Humanização e Atendimento ao Paciente Cirúrgico													
Treinamento sobre uso do ECG													
Uso adequado de Equipamentos de Proteção Individual - EPIs													
Uso de Tecnologia no Atendimento ao Usuário													
Uso racional de antimicrobianos:Estratégias de Stewardship e impacto Clínico													
Utilização das Ferramentas Planner e Teams													

Tema	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan
Consentimento informado - Informar ao paciente os riscos e beneficios dos procedimentos													
Contaminação cruzada													
Contenção Física e Química no Atendimento Psiquiátrico													
Controle de Infecção e Biossegurança													
Controle de temperatura e Limpeza													
Cuidados com a pele do RN Prematuro.													
Cuidados com cateter central e troca de curativo													
Cuidados com catéter PICC/ Curativo de 24 horas e manutenção a cada 7 dias													
Curativos de fixação de fistula													
Descarte, quebra e contaminação													
Dispensação de vacinas e termolábeis													
Eletrocardiograma													
Ética e Confidencialidade no Atendimento ao Usuário													
Faltas e Emprestimos													
Farmacovigilância													
Fluxo de trabalho na CME e ratreabilidade dos materiais													
Gestão de Estoque													
Gestão de Pessoas – Resolução de Conflitos													
Gestão de segurança e normas													
Hematologia													
Hemotransfusão – Check list - Salutem													
Hipotermia Neonatal													
Humanização no atendimento e Comunicação													
Interações entre medicamento e alimentação													
Inventário													
Lavagem das mãos													
Lavagem das mãos e precauções de contato													
Lavagem das mãos e precauções de contato / Inspeções prediais													
Manejo de curativos e feridas crônicas.													
Manejo em emergencias em terapia hiperbárica													
Manuseio de dispositivos invasivos													
Manutenção ,limpeza e desinfecção de maquinas e bancadas													

Medicamentos mais utilizados na área de atuação								■					
Medidas não farmacologicas para a insonia hospitalar, visando diminuir o uso de antipsicoticos durante a internação.		■											
Meta 1 - Identificação		■											
Meta 2 – Comunicação efetiva			■										
Meta 2 - Melhorr a comunicação entre os profissionais de saúde				■									
META 3 - Melhor a segurança na prescrição do uso e na administração de medicamentos							■						
Meta 4 – Procedimento seguro													■
Meta 5 - Prevenir infecções por meio da higiene das mãos					■								
Meta 6 – Prevenção de queda e LPP								■					
Método Canguro Prematuro										■			
Monitoramento de Sinais Vitais em Pacientes Isolados						■							
Notificação de evento – NSP		■											
Notificações de evento adversos									■				
O olhar assistencial do paciente com lesão por pressão.										■			
Organização no local de trabalho											■		
Orientações sobre diluição, incompatibilidades e estabilidade de medicamentos								■					
Parada Cardiorrespiratória Infantil	■												
PGRSS											■		
Plano de contingência													■
Plano de contingência do serviço de hemoterapia							■						
POP-Titulos e Protesto									■				
Postura ética e profissional / Lavagem das mãos	■												
Precaução e isolamento								■					
Preenchimento correto das dietas enterais.									■				
Prematuridade											■		
Prevenção e controle de Infecções			■										
Prevenção e manejo de complicações intra hemodialise										■			
Processo Finaceiros			■										
Punção Venosa periférica e cuidado com aceso periférico.							■						
RCP Infantil					■								

Definiremos o número de participantes para cada treinamento com base na disponibilidade da equipe e nos períodos programados, visando capacitar 20 colaboradores mensalmente, conforme as diretrizes deste edital.

✓ **Planos de Ação Específicos**

As ações específicas de Educação Continuada e Permanente são estruturadas com base em um plano anual de capacitação, voltado prioritariamente às equipes que atuam nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). Esse plano tem como objetivo qualificar os profissionais em temas críticos para a atenção à saúde, promovendo segurança, eficiência e humanização do cuidado.

Entre os temas prioritários abordados estão: classificação de risco, protocolos clínicos atualizados, fluxos assistenciais, humanização no atendimento, regulação do acesso e segurança

do paciente. Essas temáticas são escolhidas com base em indicadores assistenciais, demandas dos serviços e diretrizes institucionais.

Para viabilizar a formação, são utilizados recursos metodológicos diversificados, como simulação realística, oficinas práticas, cartilhas digitais, vídeos educativos e fóruns de discussão de casos clínicos. Tais recursos favorecem a aprendizagem ativa, o desenvolvimento de competências práticas e o engajamento dos participantes.

A avaliação das ações é conduzida por meio de pré e pós-testes, que permitem mensurar a evolução do conhecimento técnico, além da avaliação de reação dos participantes, que analisa o grau de satisfação, aplicabilidade e percepção de relevância da capacitação. Também são utilizados indicadores assistenciais, como o tempo de espera e os desfechos clínicos, para verificar o impacto direto das ações educativas na melhoria do cuidado prestado nas unidades.

AÇÕES ESPECÍFICAS DE GESTÃO DA QUALIDADE

- Acesso: Tempo médio de espera, proporção de pacientes classificados em até 10 minutos.
- Qualidade do cuidado: Reinternações em 72h, revisões de conduta e erros evitáveis.
- Efetividade: Adesão a protocolos clínicos e condutas baseadas em evidência.
- Eficiência: Giro de leitos de observação, absenteísmo e tempo de permanência. Aplicação de ferramentas como com relatórios mensais.

AÇÕES ESPECÍFICAS DA COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

- Composição: Coordenador médico, enfermeiro, farmacêutico, administrativo e membro do NEP.
- Objetivo: Garantir registro completo e seguro para tomada de decisão clínica e regulação.

- Regimento: Avaliações mensais, amostragem de 10% dos atendimentos, plano de melhoria por equipe.

AÇÕES ESPECÍFICAS DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO (SAU)

- Implantação de SAU com equipe capacitada em escuta e acolhimento.
- Pesquisa de satisfação semestral por NPS e formulários digitais.
- Divulgação em murais e painéis eletrônicos.
- Análise de sugestões para criação de planos de melhoria e devolutivas públicas.

AÇÕES ESPECÍFICAS PARA PROPOSTAS DE NOVOS PROJETOS PARA MELHORIA DA QUALIDADE DE ATENDIMENTO

- "UPA Segura": Projeto de redução de eventos adversos com capacitação e protocolos de segurança.
- "Fluxo Inteligente": Reorganização do acolhimento e classificação com monitoramento.
- "Cuidar da Equipe, Salvar Vidas": Programa de saúde mental e valorização profissional para plantonistas.
- Metodologia: Simulações, indicadores SMART e pactuação em Comissão Técnica de Acompanhamento (CTA).
- Cronograma: 3 ciclos quadrimestrais com relatórios e metas avaliadas.

AÇÕES ESPECÍFICAS PARA SGRSS - GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE

A capacitação tem como objetivo assegurar a implantação efetiva do **Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS)**, atendendo à **RDC ANVISA nº**

222/2018, à **Resolução CONAMA nº 358/2005** e demais normas aplicáveis. O foco é garantir a segregação, acondicionamento, transporte, armazenamento e destinação final adequados dos resíduos produzidos em unidades de saúde, respeitando os princípios legais, ambientais e de biossegurança.

O plano contempla desde a **segregação na fonte** até o tratamento e destino final dos resíduos, envolvendo todas as etapas operacionais: identificação e classificação de resíduos (infectantes, químicos, radioativos, comuns, perfurocortantes), escolha de embalagens adequadas e com cores padronizadas, transporte interno com EPIs, armazenamento conforme critérios de segurança e contratação de empresas terceirizadas licenciadas para tratamento e destinação final.

O **público-alvo** inclui todos os profissionais envolvidos na cadeia de gestão de resíduos: equipes de limpeza, enfermagem, corpo clínico, pessoal de apoio e gestores. Para início do processo, será feito um **levantamento de necessidades de treinamento (LNT)** por meio de observações, aplicação de questionários e entrevistas com lideranças para identificar falhas, lacunas de conhecimento e práticas inadequadas que devem ser corrigidas.

Com base no diagnóstico, o treinamento definirá **objetivos de aprendizagem claros**, como: segregar corretamente resíduos segundo sua classe; manusear e descartar materiais perfurocortantes com segurança; reconhecer riscos do descarte inadequado; aplicar as normas de acondicionamento, armazenamento e transporte interno.

O **conteúdo programático** será abrangente:

- Introdução ao PGRSS e legislação atual;
- Classificação e segregação de resíduos por tipo;
- Procedimentos para acondicionamento, transporte interno e armazenamento;
- Condutas em situações de emergência, como derramamentos ou exposições;
- Métodos de tratamento (ex: incineração, autoclavagem) e responsabilidades das empresas contratadas;
- Práticas sustentáveis: redução, reutilização, reciclagem e impactos ambientais.

A metodologia será mista, incluindo aulas teóricas, simulações práticas com estações de descarte, vídeos explicativos, cartilhas ilustradas, pôsteres e workshops. Além disso, serão formados **multiplicadores internos**, capacitados para reforçar as práticas no cotidiano e dar suporte local às equipes.

O **cronograma de capacitação** prevê:

- Treinamento inicial obrigatório para novos colaboradores ou mudanças de função;
- Reciclagens periódicas anuais ou bienais;
- Ações pontuais para atualizações normativas ou em caso de eventos adversos;
- Campanhas permanentes de conscientização por murais, comunicados e reuniões.

A **avaliação ocorrerá em três níveis**:

Reação: satisfação dos participantes com o conteúdo e formato;

Aprendizagem: testes e observações práticas;

Desempenho: auditorias e indicadores de aplicação no dia a dia (ex: taxa de segregação correta, acidentes com perfurocortantes).

Todos os treinamentos serão **documentados com listas de presença, certificados emitidos e relatórios gerenciais**, garantindo rastreabilidade e conformidade institucional.

-científica, assegurando a qualidade da formação e supervisão clínica.

✓ **ESTRATÉGIA GERAL DE APOIO AOS INDICADORES QUALITATIVOS**

O Núcleo de Educação Permanente (NEP) atuará como estrutura de apoio estratégico às Unidades de Pronto Atendimento (UPA), promovendo formação, supervisão, produção técnica e articulação institucional voltadas ao cumprimento dos indicadores qualitativos.

PLANO TÉCNICO-OPERACIONAL POR INDICADOR QUALITATIVO

Indicador Qualitativo	Estratégia da Educação Permanente	Frequência	Método
1. Acompanhamento da agenda de capacitação	Elaboração e monitoramento de calendário formativo conjunto, com cronograma compartilhado com CTA e coordenações	Mensal	Reuniões técnicas + sistema de registro digital
2. Monitoramento dos planos de ação das unidades	Apoio na elaboração e revisão dos planos; suporte técnico aos indicadores priorizados em cada plano	Bimestral	Oficina com coordenação + parecer técnico
3. Elaboração de relatórios de análise crítica	Produção de relatórios quadrimestrais com base em dados assistenciais e ações de capacitação executadas	Quadrimestral	Relatório analítico + parecer pedagógico
4. Participação em reuniões com CTA	Assento fixo do NEP nas reuniões com a Comissão Técnica de Acompanhamento	Mensal	Atas assinadas + plano de deliberações
5. Monitoramento dos Planos de Ação da Qualidade	Apoio à implantação dos planos de qualidade e uso de ferramentas como 5W2H e PDCA nas unidades	Trimestral	Visitas técnicas + relatórios de progresso
6. Elaboração de materiais de apoio e orientações técnicas	Criação de cartilhas, fluxogramas, vídeos e materiais para apoio à prática clínica e gestão	Mensal	Materiais digitais e físicos disponíveis em plataforma LMS
7. Execução das capacitações pactuadas	Realização de cursos presenciais, híbridos e EAD conforme pactuação com CTA e SESAPI	Conforme pactuação	Cursos, oficinas, rodas de conversa

✓ **AVALIAÇÃO E AJUSTES DE ROTA**

A avaliação do impacto das ações será realizada de forma contínua, incluindo:

- Análise dos relatórios de execução e cobertura das capacitações;
- Avaliação de reação e impacto nas unidades;
- Aplicação de instrumentos de feedback pelas coordenações locais;
- Atualização de planos de ação conforme análise crítica de resultados.

✓ **APOIO E ARTICULAÇÃO INTERINSTITUCIONAL**

- Comissão Técnica de Acompanhamento (CTA);

- Coordenação da UPAs;
- Comissão de Qualidade e Avaliação;
- Equipe de monitoramento da SMS.

DESCRITIVO DOS PROJETOS

DESCRITIVO DOS PROJETOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONAIS

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

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco (SBCD)

- **1. PROJETO ONA – CERTIFICAÇÃO DE QUALIDADE HOSPITALAR**

1.1. Objetivo

Implantar e consolidar o **Sistema de Gestão da Qualidade** no HRDJSN, com vistas à **certificação ONA – Nível 1 (Segurança)** e posterior progressão para **Nível 2 (Gestão Integrada)**, promovendo a segurança do paciente, a padronização de processos e a melhoria contínua dos resultados assistenciais.

1.2. Planejamento

- **Fase 1 – Sensibilização e Diagnóstico (Meses 1–2):** oficinas introdutórias, mapeamento de processos críticos e GAP Analysis ONA;
- **Fase 2 – Padronização Documental (Meses 3–4):** elaboração e revisão de POPs, protocolos e fluxogramas de segurança;
- **Fase 3 – Implantação dos Requisitos de Segurança (Meses 5–8):** capacitação das equipes e auditorias internas;
- **Fase 4 – Gestão da Melhoria Contínua (Meses 9–12):** implantação do ciclo PDCA e preparação para avaliação externa.

1.3. Cronograma Gantt (síntese)

Etapa	Meses
Diagnóstico e Planejamento	1–2
Padronização Documental e POPs	3–4
Treinamentos e Auditorias Internas	5–8
Avaliação e Certificação ONA	9–12

1.4. Metas

- 100% dos setores com POPs revisados e padronizados;
- Redução de 25% nas não conformidades críticas;
- Implantação de 10 indicadores de desempenho institucional;
- Obtenção da **Certificação ONA – Nível 1** até o 12º mês.

1.5. Resultados Esperados

- Melhoria da segurança do paciente e do desempenho assistencial;
- Integração entre áreas assistenciais e administrativas;
- Fortalecimento da imagem institucional junto à SES/MS;
- Cultura organizacional orientada à qualidade e ao aprendizado contínuo.

- **2. PROJETO DRG/P4P – GESTÃO BASEADA EM RESULTADOS**

2.1. Objetivo

Implantar o modelo de **Gestão Clínica e Econômica por DRG (Diagnosis Related Groups)** e **Pay for Performance (P4P)**, visando otimizar a eficiência hospitalar, alinhar recursos à produção assistencial e induzir boas práticas de desempenho.

2.2. Planejamento

- **Fase 1 – Implantação do Sistema DRG (Meses 1–3):** aquisição de software, capacitação médica e parametrização;
- **Fase 2 – Codificação Clínica e Análise de Casos (Meses 4–6):** integração com faturamento e auditoria;
- **Fase 3 – Indicadores P4P e Benchmarking (Meses 7–9):** cálculo de indicadores de desempenho clínico e econômico;
- **Fase 4 – Gestão Estratégica de Custos (Meses 10–12):** correlação entre DRG, custos e desempenho financeiro.

2.3. Cronograma

Etapa	Meses
Parametrização e Treinamento	1–3
Operacionalização do DRG	4–6
Avaliação de Desempenho e P4P	7–9
Consolidação e Integração Financeira	10–12

2.4. Metas

- 100% dos prontuários auditados com codificação DRG;
- 90% de conformidade com o perfil de internação esperada;
- 15% de redução do tempo médio de permanência (TMP) sem aumento de reinternações;
- Implantação de 5 indicadores P4P (eficiência, resolutividade, custo médio, taxa de reinternação, índice de mortalidade ajustado).

2.5. Resultados Esperados

- Redução de desperdícios e custos assistenciais;
- Aumento da previsibilidade financeira e eficiência operacional;
- Melhor alinhamento entre indicadores clínicos e econômicos;
- Geração de relatórios de desempenho comparativo (benchmarking estadual).

3. PROJETO TI – TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E INTEGRAÇÃO DIGITAL

3.1. Objetivo

Modernizar a infraestrutura tecnológica do HRDJSN, integrando sistemas de informação assistenciais, administrativos e de faturamento, com foco em **segurança da informação, rastreabilidade e interoperabilidade**.

3.2. Planejamento

- **Fase 1 – Diagnóstico e Planejamento (Meses 1–2):** levantamento de sistemas, servidores e fluxos de dados;
- **Fase 2 – Integração de Sistemas (Meses 3–6):** implantação do prontuário eletrônico unificado (PEP) e integração com faturamento SUS;
- **Fase 3 – Automação e Business Intelligence (Meses 7–9):** implantação de painéis de controle (dashboards);
- **Fase 4 – Segurança e Backup (Meses 10–12):** reforço da segurança cibernética e do armazenamento em nuvem.

3.3. Metas

- 100% dos setores operando com sistema unificado;
- 0% de perda de dados críticos;
- Disponibilidade de rede ≥ 99%;
- Implementação de 10 painéis BI de desempenho clínico-financeiro.

3.4. Resultados Esperados

- Redução de retrabalho e inconsistências de dados;
- Gestão em tempo real da produção hospitalar;
- Melhoria na segurança e sigilo das informações;
- Base sólida para acreditação ONA e auditorias externas.

- **4. PROJETO RH – GESTÃO DE PESSOAS E EDUCAÇÃO PERMANENTE**

4.1. Objetivo

Fortalecer a **gestão de pessoas** por competências, promovendo **educação permanente**, **valorização profissional** e **clima organizacional saudável**, em alinhamento com o modelo humanizado de gestão da SBCD.

4.2. Planejamento

- **Fase 1 – Diagnóstico e Mapeamento de Competências (Meses 1–2);**
- **Fase 2 – Plano de Capacitação e Desenvolvimento (Meses 3–6);**
- **Fase 3 – Gestão de Desempenho e Avaliação 360º (Meses 7–9);**
- **Fase 4 – Cultura Organizacional e Bem-Estar (Meses 10–12).**

4.3. Metas

- 100% dos colaboradores capacitados em protocolos assistenciais e POPs;
- Redução de 20% do absenteísmo;
- Implementação de 4 programas de valorização (Semana da Enfermagem, Jornada da Saúde Mental, Educação Continuada e Meritocracia);
- Implantação do **Manual de Gestão de Pessoas e Desenvolvimento Organizacional**.

4.4. Resultados Esperados

- Melhoria do desempenho organizacional e clima de trabalho;

- Equipes mais engajadas e capacitadas;
- Maior estabilidade e menor rotatividade de pessoal;
- Consolidação da cultura de aprendizado contínuo.

- **5. PROJETO QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE**

5.1. Objetivo

Implementar e consolidar o **Programa de Qualidade e Segurança do Paciente**, integrando práticas assistenciais baseadas em evidências e protocolos da OMS e da ANVISA, em articulação com o **Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)**.

5.2. Planejamento

- **Fase 1 – Implantação do NSP e Plano de Segurança (Meses 1–2);**
- **Fase 2 – Capacitação em Protocolos Prioritários (Meses 3–6);**
- **Fase 3 – Monitoramento de Indicadores (Meses 7–9);**
- **Fase 4 – Auditoria Interna e Revisão de Processos (Meses 10–12).**

5.3. Metas

- 100% dos setores com plano de segurança implementado;
- Redução de 30% de eventos adversos notificados;
- Realização de 12 reuniões do NSP/ano;
- 90% de conformidade nos 6 protocolos obrigatórios (cirúrgico, quedas, úlceras, medicação, identificação e infecção).

5.4. Resultados Esperados

- Cultura institucional de segurança e prevenção de riscos;
- Maior previsibilidade e eficiência assistencial;
- Integração com o processo de acreditação ONA e o modelo DRG/P4P;
- Melhoria perceptível da experiência do paciente.

6. CRONOGRAMA INTEGRADO DOS PROJETOS (RESUMO)

Projeto	Início	Conclusão	Responsável Institucional
ONA	Mês 1	Mês 12	Coord. Qualidade / Direção Técnica
DRG/P4P	Mês 1	Mês 12	Coord. Auditoria Médica / Faturamento
TI	Mês 1	Mês 12	Coord. Tecnologia e Informação
RH	Mês 1	Mês 12	Coord. Gestão de Pessoas
Qualidade e Segurança	Mês 1	Mês 12	Núcleo de Segurança do Paciente / GTH

- **7. RESULTADOS GLOBAIS ESPERADOS**
- Obtenção de **certificação ONA – Nível 1** até o 12º mês;
- Redução global de **20% nos eventos adversos**;
- **Elevação do índice de satisfação do usuário para ≥ 85%**;
- **Redução de 15% no custo assistencial médio por DRG**;

- **100% de informatização de processos críticos**;
- **Engajamento e valorização de 100% das equipes operacionais e assistenciais**;
- **Integração plena dos sistemas de qualidade, gestão de custos e pessoas**.

Conclusão

Os projetos estratégicos do HRDJSN constituem o **núcleo estruturante da modernização hospitalar** em Mato Grosso do Sul. Cada ação proposta está articulada às **políticas públicas estaduais de saúde**, à **Política Nacional de Humanização (PNH)** e aos **critérios de acreditação ONA**, garantindo **resultados mensuráveis, sustentabilidade institucional e excelência assistencial**.

A SBCD reafirma, assim, seu compromisso com uma **gestão pública eficiente, transparente e centrada no cuidado com a vida**.

COMPROVAÇÃO DE EXPERIÊNCIA EM GESTÃO

Os Atestados de Capacidade Técnica que comprovam a experiencia da Sociedade Brasileira Caminho de Damasco na gestão de serviços de saúde, listados no quadro abaixo, estão **devidamente anexados ao Plano de Trabalho**.

Nº	Entidade Emitente	Objeto/Serviço Prestado	Período de Execução
1	Prefeitura de Cubatão/SP	Complexo Hospitalar de Cubatão	**10/2023 – Vigente**
2	SESAPI/PI	Hospital Regional de Picos	**04/2024 – vigente**
3	Prefeitura de Cubatão/SP	Hospital Municipal de Cubatão	**02/2023 – vigente**
4	Prefeitura de Itu/SP	Hospital Municipal de Itu	**07/2019 – 07/2024**
5	Prefeitura de Itu/SP	Hospital Municipal de Itu	**06/2024 – 06/2025**
6	Prefeitura de Quissamã/SP	Hosp. Municipal Mariana de Jesus	**09/2017 – 01/2019**
7	SESAPI/PI	Hospital de Mocambinho	**06/2023 – vigente**
8	Prefeitura de Iturama/MG	Hospital Delfina A. Barbosa	**02/2024 - vigente**

CERTIDÕES PROFISSIONAIS

Os documentos comprobatórios da experiência dos profissionais abaixo, que comporão a Estrutura Diretiva da unidade, **encontram-se devidamente anexados ao Plano de Trabalho.**

DIRETOR GERAL

Dr. Mário Sapede Neto

CRM Nº 170.020-SP

DIRETOR TÉCNICO

Dr. Brás Henrique Dringoli Vieira Alves

CRM Nº 176.768-SP

GESTÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Os Atestados de Capacidade Técnica que comprovam a experiencia da Sociedade Brasileira Caminho de Damasco na gestão de serviços de saúde, listados no quadro abaixo, estão **devidamente anexados ao Plano de Trabalho**.

Nº	Entidade Emitente	Objeto/Serviço Prestado	Período de Execução
1	Prefeitura de Cubatão/SP	Complexo Hospitalar de Cubatão	**10/2023 – Vigente**
2	SESAPI/PI	Hospital Regional de Picos	**04/2024 – vigente**
3	Prefeitura de Cubatão/SP	Hospital Municipal de Cubatão	**02/2023 – vigente**
4	Prefeitura de Itu/SP	Hospital Municipal de Itu	**07/2019 – 07/2024**
5	Prefeitura de Itu/SP	Hospital Municipal de Itu	**06/2024 – 06/2025**
6	Prefeitura de Quissamã/SP	Hosp. Municipal Mariana de Jesus	**09/2017 – 01/2019**
7	SESAPI/PI	Hospital de Mocambinho	**06/2023 – vigente**
8	Prefeitura de Iturama/MG	Hospital Delfina A. Barbosa	**02/2024 - vigente**

CERTIFICAÇÕES ONA

Abaixo, apresentamos as Certificações ONA (Certificado de Acreditação Nacional) de unidades gerenciadas pela SBCD.

certificado
A Organização Nacional de Acreditação certifica o/a
UBS CONJUNTO DO IPESP
CNPJ: 13.864.377/0001-30
foi avaliado(a) pela Instituição Acreditadora Credenciada Fundação Carlos Alberto Vanzolini - FCAV, de acordo com o manual Brasileiro de Acreditação - Versão 2022, Norma de Serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) sendo-lhe conferido(a) Certificado de
ACREDITADO
São Paulo, 28 de Março de 2024
ACREDITADO
ONA
Fundação Vanzolini

certificado
A Organização Nacional de Acreditação certifica o/a
UBS JD APUANÃ - JOÃO KOCH
CNPJ: 13.864.377/0001-30
foi avaliado(a) pela Instituição Acreditadora Credenciada Fundação Carlos Alberto Vanzolini - FCAV, de acordo com o manual Brasileiro de Acreditação - Versão 2022, Norma de Serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) sendo-lhe conferido(a) Certificado de
ACREDITADO
São Paulo, 18 de Abril de 2024
ACREDITADO
ONA
Fundação Vanzolini

certificado

A Organização Nacional de Acreditação certifica o/a

UBS HORTO FLORESTAL

CNPJ: 13.864.377/0001-30

foi avaliado(a) pela Instituição Acreditadora Credenciada Fundação Carlos Alberto Vanzolini - FCAV, de acordo com o manual Brasileiro de Acreditação - Versão 2022, Norma de Serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) sendo-lhe conferido(a) Certificado de

ACREDITADO

São Paulo, 11 de Abril de 2024

ACREDITADO ONA

ONA Organização Nacional de Acreditação

Fundação Vanzolini

certificado

A Organização Nacional de Acreditação certifica o/a

UBS J FONTALIS

CNPJ: 13.864.377/0001-30

foi avaliado(a) pela Instituição Acreditadora Credenciada Fundação Carlos Alberto Vanzolini - FCAV, de acordo com o manual Brasileiro de Acreditação - Versão 2022, Norma de Serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) sendo-lhe conferido(a) Certificado de

ACREDITADO

São Paulo, 18 de Abril de 2024

ACREDITADO ONA

ONA Organização Nacional de Acreditação

Fundação Vanzolini

MS / SAS - SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE — SCNES — Página: 1
DRAC - Departamento de Regulação, Avaliação e Controle — Data: 26/06/2024
DATASUS — Relatório de Acreditações dos Estabelecimentos — Hora: 15:52
Competência: 06/2024 — Versão: 4.5.90

MUNICÍPIO : 355030 - SAO PAULO

CNES : 4049985 - AMA UBS WAMBERTO DIAS DA COSTA

Metodologia	Classificação	Instituição Avaliadora	Dt Inicial	Dt Final
02-MANUAL BRASILEIRO DE ACREDITACAO	01-ACREDITADO	01-ORGANIZACAO NACIONAL DE ACREDITACAO	22/01/2024	22/01/2026

CNES : 2788012 - UBS CONJUNTO DO IPESP

Metodologia	Classificação	Instituição Avaliadora	Dt Inicial	Dt Final
02-MANUAL BRASILEIRO DE ACREDITACAO	01-ACREDITADO	01-ORGANIZACAO NACIONAL DE ACREDITACAO	28/03/2024	28/03/2026

CNES : 2027690 - UBS DONA MARIQUINHA SCIASCIA

Metodologia	Classificação	Instituição Avaliadora	Dt Inicial	Dt Final
02-MANUAL BRASILEIRO DE ACREDITACAO	01-ACREDITADO	01-ORGANIZACAO NACIONAL DE ACREDITACAO	05/04/2024	05/04/2026

CNES : 2042541 - UBS DR JOSE TOLEDO PIZA

Metodologia	Classificação	Instituição Avaliadora	Dt Inicial	Dt Final
02-MANUAL BRASILEIRO DE ACREDITACAO	01-ACREDITADO	01-ORGANIZACAO NACIONAL DE ACREDITACAO	18/03/2024	18/03/2026

CNES : 2068044 - UBS HORTO FLORESTAL

Metodologia	Classificação	Instituição Avaliadora	Dt Inicial	Dt Final
02-MANUAL BRASILEIRO DE ACREDITACAO	01-ACREDITADO	01-ORGANIZACAO NACIONAL DE ACREDITACAO	11/04/2024	11/04/2026

CNES : 2787962 - UBS JACANA DR SEBASTIAO GABRIEL SAYAGO DE LAET

Metodologia	Classificação	Instituição Avaliadora	Dt Inicial	Dt Final
02-MANUAL BRASILEIRO DE ACREDITACAO	01-ACREDITADO	01-ORGANIZACAO NACIONAL DE ACREDITACAO	20/05/2024	20/05/2026

CNES : 2787172 - UBS JARDIM APUANA JOAO KOCH

Metodologia	Classificação	Instituição Avaliadora	Dt Inicial	Dt Final
02-MANUAL BRASILEIRO DE ACREDITACAO	01-ACREDITADO	01-ORGANIZACAO NACIONAL DE ACREDITACAO	18/04/2024	18/04/2026

CNES : 3323331 - UBS JARDIM DAS PEDRAS

Metodologia	Classificação	Instituição Avaliadora	Dt Inicial	Dt Final
02-MANUAL BRASILEIRO DE ACREDITACAO	01-ACREDITADO	01-ORGANIZACAO NACIONAL DE ACREDITACAO	18/06/2024	18/06/2026

MS / SAS - SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE	SCNES	Página: 2
DRAC - Departamento de Regulação, Avaliação e Controle		Data: 26/06/2024
DATASUS	Relatório de Acreditações dos Estabelecimentos	Hora: 15:52
Competência: 06/2024		Versão: 4.5.90

CNES : 5621267 - UBS JARDIM FLOR DE MAIO

Metodologia	Classificação	Instituição Avaliadora	Dt Inicial	Dt Final
02-MANUAL BRASILEIRO DE ACREDITACAO	01-ACRETIDADO	01-ORGANIZACAO NACIONAL DE ACREDITACAO	20/05/2024	20/05/2026

CNES : 2091720 - UBS JARDIM FONTALIS

Metodologia	Classificação	Instituição Avaliadora	Dt Inicial	Dt Final
02-MANUAL BRASILEIRO DE ACREDITACAO	01-ACRETIDADO	01-ORGANIZACAO NACIONAL DE ACREDITACAO	18/04/2024	18/04/2026

CNES : 9339833 - UBS JOVA RURAL

Metodologia	Classificação	Instituição Avaliadora	Dt Inicial	Dt Final
02-MANUAL BRASILEIRO DE ACREDITACAO	01-ACRETIDADO	01-ORGANIZACAO NACIONAL DE ACREDITACAO	22/12/2023	22/12/2025

CNES : 2788306 - UBS PARQUE EDU CHAVES

Metodologia	Classificação	Instituição Avaliadora	Dt Inicial	Dt Final
02-MANUAL BRASILEIRO DE ACREDITACAO	01-ACRETIDADO	01-ORGANIZACAO NACIONAL DE ACREDITACAO	31/01/2024	31/01/2026

CNES : 2027275 - UBS VILA ALBERTINA DR OSVALDO MARCAL

Metodologia	Classificação	Instituição Avaliadora	Dt Inicial	Dt Final
02-MANUAL BRASILEIRO DE ACREDITACAO	01-ACRETIDADO	01-ORGANIZACAO NACIONAL DE ACREDITACAO	06/02/2024	06/02/2026

CNES : 2027674 - UBS VILA NIVI

Metodologia	Classificação	Instituição Avaliadora	Dt Inicial	Dt Final
02-MANUAL BRASILEIRO DE ACREDITACAO	01-ACRETIDADO	01-ORGANIZACAO NACIONAL DE ACREDITACAO	20/05/2024	20/05/2026

CNES : 2789108 - UBS VILA NOVA GALVAO SONIA REGINA CAMPANELLI

Metodologia	Classificação	Instituição Avaliadora	Dt Inicial	Dt Final
02-MANUAL BRASILEIRO DE ACREDITACAO	01-ACRETIDADO	01-ORGANIZACAO NACIONAL DE ACREDITACAO	05/02/2024	05/02/2026

Total de Estabelecimentos : 15

METODOLOGIA DE VALOR EM SAÚDE

A **Sociedade Brasileira Caminho de Damasco**, organização social qualificada para a gestão de serviços públicos de saúde, **comprova estar em fase de estudos e implantação da Metodologia de Valor em Saúde – DRG Brasil® (Diagnosis Related Groups) e Pay for Performance (P4P)**, no âmbito do **Hospital Municipal de Cubatão (SP)**, conforme **Proposta Comercial formal datada de 15 de outubro de 2025**, apresentada pelo **Grupo IAG Saúde® / Valor em Saúde Brasil®**.

O referido documento, anexo a esta proposta, contempla:

- **Licenciamento do Módulo Essencial DRG Brasil®**, com núcleo de inteligência, auditoria da qualidade de codificação assistencial e painéis de análise de eficiência e permanência hospitalar (p. 4);
- **Cursos de Codificação em Saúde e Governança Clínica baseada em Valor**, com capacitação EaD e formação continuada das equipes técnicas e gestoras (p. 5);
- **Consultoria especializada em Governança Clínica e Gestão de Valor**, com duração inicial de 12 meses, conduzida por consultores seniores do Grupo IAG Saúde®, incluindo cronograma de acompanhamento, reuniões e metas de transformação assistencial (p. 6–7);
- **Previsão de integração automatizada da plataforma com sistemas de informação hospitalar (ERP e SIH/SIA/SUS)**, via API, permitindo retorno de indicadores de permanência e riscos assistenciais em tempo real (p. 7–8).

Essas ações configuram a **implantação progressiva do modelo de gestão baseado em valor**, que tem como pilares:

- A **mensuração da eficiência assistencial por complexidade clínica (DRG Brasil®)**;
- A **gestão da performance clínica e econômica (Pay for Performance – P4P)**;
- A **integração tecnológica e analítica com os sistemas públicos de informação (SIH/SIA)**;
- E a **formação permanente das equipes em governança clínica e codificação hospitalar**.

Dessa forma, a entidade **demonstra experiência técnica comprovada e aderência prática à metodologia de Valor em Saúde**, já **em fase de implantação operacional em unidade própria sob sua gestão (Hospital Municipal de Cubatão)**, o que confere **capacidade técnica imediata para replicação do modelo no Hospital Regional de Ponta Porã (SES/MS)**.

Evidência documental: "Proposta DRG Brasil – Sociedade Beneficente Caminho de Damasco – Hospital Municipal de Cubatão", de 15/10/2025, emitida pelo Grupo IAG Saúde®, contendo o detalhamento técnico do módulo de implantação, cronograma de governança clínica e infraestrutura tecnológica associada (p. 3–10).

ATESTADOS TÉCNICOS

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para os devidos fins, que a **SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO – SBCD**, inscrita no CNPJ sob o nº 48.211.585/0001-15, com sede à Rua Gabriela, 144 – Labienópolis – Garça – SP, representada pelo seu Presidente **Luis Antonio Picerni Herce**, brasileiro, solteiro, portador da cédula de identidade nº 11.784.356-8 SSP/SP e do CPF nº 034.804.548-44, Firmou o Contrato Emergencial nº 001/2023, com vigência de 180 dias a partir de 10/02/2023, por meio do qual realizou, com eficiência, a gestão, execução e operacionalização das ações do Complexo Hospitalar Municipal "Dr. Luiz Camargo da Fonseca e Silva". Posteriormente, deu continuidade aos serviços por meio do Contrato Emergencial nº 007/2023, que vigorou até 04/10/2023. Em seguida, celebrou o **Contrato de Gestão nº CG 10/2023**, com vigência iniciada em **05/10/2023**, para a **gestão, execução e operacionalização das ações e serviços de saúde do Complexo Hospitalar Municipal de Cubatão Dr. Luiz Camargo da Fonseca e Silva,** sendo serviço de **alta complexidade**, diretamente ligado ao PMAE – Programa Mais Acesso a Especialidades, abrangendo também a **retaguarda à saúde pública municipal**.

As atividades compreendem:

- **Serviços de urgência e emergência**, inclusive obstetrícia;
- **Procedimentos de média e baixa complexidade**, realizados em regime ambulatorial, hospitalar e de apoio diagnóstico e terapêutico;
- **Internação hospitalar** (enfermarias adulto e pediátrica, alojamento conjunto);
- **Atenção ambulatorial especializada**;
- Atuação em diversas especialidades médicas como: ginecologia e obstetrícia, cirurgia geral, cirurgia pediátrica, cirurgia torácica, cirurgia vascular, cardiologia, anestesiologia, nefrologia de alta complexidade, urologia, oncologia, cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgia bucomaxilofacial, cirurgia plástica, infectologia, ortopedia, colonoscopia, pediatria, endoscopia, clínica cirúrgica, cardiopediatria, dermatologia, clínica médica, radiologia,

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ALEX MOREIRA SANTOS JUNIOR, em quarta-feira, 11 de junho de 2025 10:54:11 GMT-03:00, CNS: 11.503-0 - OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS - 24º SUBDISTRITO INDIANÓPOLIS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

oftalmologia, ecocardiografia, terapia intensiva, pneumologia, hematologia, traumatologia, psiquiatria, Câmaras Hiperbáricas;

- Gestão de unidades críticas como: **UTI adulto, UTI neonatal e UTI pediátrica**, centro cirúrgico e hospital-dia;
- Apoio diagnóstico e terapêutico (laboratório, exames de imagem, farmácia, entre outros).

Destaca-se ainda, a realização de 729 (setecentos e vinte e nove) cirurgias em Regime de Hospital Dia, desde o início do contrato de gestão.

Declaramos que os serviços executados da assinatura do contrato de Gestão até o momento ocorreram de modo satisfatório, conforme as exigências técnicas, operacionais e administrativas, bem como o cumprimento das metas qualitativas e quantitativas, previstas em contrato, **nada havendo que desabone sua idoneidade técnico-operacional** na execução dos serviços contratados, conforme abaixo:

1º Ano de Contrato			
Indicador	Meta Estabelecida	Resultado Alcançado	Situação
Atendimentos mensais		19393	
Cirurgias	S/meta	1731	
Taxa de ocupação hospitalar	90%	70%	
Tempo médio de permanência	9	6,32	
Cirurgias eletivas realizadas	S/meta	1020	
taxa de infecção hospitalar	6	1,22	
índice de satisfação do usuário	80%	92,64%	
Exames laboratoriais realizados		348.012	
Tempo de espera para internação regulada	03:00:00	00:54:00	
Cobertura de retaguarda para rede municipal	Sim	Santa Casa de Santos e HGA – Hospital Guilherme Álvaro	
2º Ano de Contrato			
Indicador	Meta Estabelecida	Resultado Alcançado	Situação

Este documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ALEX MOREIRA SANTOS JUNIOR, em quarta-feira, 11 de junho de 2025 10:54:11 GMT-03:00, CNS: 11.503-0 - OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS - 24º SUBDISTRITO INDIANÓPOLIS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

Atendimentos mensais		21552	Meta Superada
Cirurgias		2405	Meta Atingida
Taxa de ocupação hospitalar	90%	72,38%	Dentro do Padrão
Tempo médio de permanência	9	5,79	
Cirurgias eletivas realizadas	S/meta	1267	
taxa de infecção hospitalar	6	1,22	
índice de satisfação do usuário	80%	82,90%	
Exames laboratoriais realizados		465.092	
Tempo de espera para internação regulada	03:00:00	01:54:00	
Cobertura de retaguarda para rede municipal	Sim	Santa Casa de Santos e HGA – Hospital Guilherme Álvaro	
3º Ano de Contrato			
Indicador	Meta Estabelecida	Resultado Alcançado	Situação
Atendimentos mensais		7281	Meta Superada
Cirurgias		960	Meta Atingida
Taxa de ocupação hospitalar	90%	78,87	Dentro do Padrão
Tempo médio de permanência	9	5,02	
Cirurgias eletivas realizadas	S/meta	613	
taxa de infecção hospitalar	6	0,5	
índice de satisfação do usuário	80%	82,06	
Exames laboratoriais realizados		168.400	
Tempo de espera para internação regulada	03:00:00	01:08:00	
Cobertura de retaguarda para rede municipal	Sim	Santa Casa de Santos e HGA – Hospital Guilherme Álvaro	

Produção Hospitalar do ano de 2024

Produção Hospitalar	
Internação Hospitalar	**Produção Anual HMC**
Unidade de Terapia Intensiva – UTI Tipo II Adulto	488
Saídas Hospitalares	Produção Anual HMC
Clínica Pediátrica	752
Clínica Cirúrgica/Médica	3.000

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ALEX MOREIRA SANTOS JUNIOR, em quarta-feira, 11 de junho de 2025 10:54:11 GMT-03:00, CNS: 11.503-0 - OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS - 24º SUBDISTRITO INDIANÓPOLIS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

Produção Ambulatorial	**Produção Anual HMC**
Primeira Consulta/Retorno/Interconsulta	21.552
Consulta Não Médica	1.987
Produção Pronto Atendimento Infantil	**Produção Anual Iturama**
Consulta de Emergência	12.536
Produção SADT	**Produção Anual HMC**
Laboratório de Análises Clínicas	465.092
Anatomia Patológica (incluindo biópsia de próstata)	4.655
Radiologia (incluindo Urografia excretora) com laudo	69.642
Ultrassonografia (incluindo doppler)	25.622
Endoscopia (pacientes a partir de 18 anos)	1.331
Colonoscopia (pacientes a partir de 18 anos)	942
Tomografia computadorizada com e sem contraste	10.813
Ecocardiograma adulto e criança	4.494
Eletrocardiograma com laudo	6.554
Estudo urodinâmico	100
TOTAL	**589.245**

Especificações da Unidade:

Tipo de Unidade
Hospitalar Geral

Descrição dos Leitos:

DESCRIÇÃO	**LEITOS EXISTENTES**
COMPLEMENTAR	
66 - UNIDADE ISOLAMENTO	11
75 - UTI ADULTO - TIPO II	10
81 - UTI NEONATAL - TIPO II	6
77 - UTI PEDIATRICA - TIPO I	2
ESPEC - CIRURGICO	
03 - CIRURGIA GERAL	16
06 - GINECOLOGIA	8
ESPEC - CLÍNICO	
31 - AIDS	1
33 - CLÍNICA GERAL	43

Este documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ALEX MOREIRA SANTOS JUNIOR, em quarta-feira, 11 de junho de 2025 10:54:11 GMT-03:00, CNS: 11.503-0 - OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS - 24º SUBDISTRITO INDIANÓPOLIS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

OBSTETRICO	
10 - OBSTETRICIA CIRURGICA	9
43 - OBSTETRICIA CLÍNICA	9
OUTRAS ESPECIALIDADES	
47 - PSIQUIATRIA	8
PEDIATRICO	
68 - PEDIATRIA CIRURGICA	6
45 - PEDIATRIA CLÍNICA	9
TOTAL	**138**

Atividade:

SERVIÇO
ATENÇÃO A DOENÇA RENAL CRONICA
ATENÇÃO A SAUDE AUDITIVA
CIRURGIA VASCULAR
COMISSÕES E COMITES
IMUNIZAÇÃO
REABILITAÇÃO
SERVIÇO DE ATENÇÃO A SAUDE REPRODUTIVA
SERVIÇO DE ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL, PARTO E NASCIMENTO
SERVIÇO DE ATENÇÃO CARDIOVASCULAR/CARDIOLOGIA
SERVIÇO DE ATENLÇÃO EM SAÚDE BUCAL
SERVIÇO DE ATENLÇÃO PSICOSSOCIAL
SERVIÇO DE DIAGNOSTICO DE LABORATÓRIO CLÍNICO
SERVIÇO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA E/OU CITOPATOLOGICA
SERVIÇO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM
SERVIÇO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS
SERVIÇO DE ENDOSCOPIA
SERVIÇO DE FARMACIA
SERVIÇO DE FISIOTERAPIA
SERVIÇO DE HEMOTERAPIA
SERVIÇO DE OFTALMOLOGIA
SERVILO DE ONCOLOGIA
SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA
SERVILO DE SUPORTE NUTRICIONAL
SERVIÇO DE TERAPIA INTENSIVA
SERVIÇO DE URGENCIA E EMERGENCIA
SERVIÇO DE VIDEOLAROSCOPIA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ALEX MOREIRA SANTOS JUNIOR, em quarta-feira, 11 de junho de 2025 10:54:11 GMT-03:00, CNS: 11.503-0 - OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS - 24º SUBDISTRITO INDIANÓPOLIS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

TRANSPLANTE

SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
TRANSPLANTE	AÇÕES PARA DOAÇÃO E CAPTAÇÃO DE ORGÃOS E TECIDOS
TRANSPLANTE	ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE TRANSPLANTADO
SERVIÇO DE ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	ACOMPANHAMENTO DO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO
SERVIÇO DE ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	ACOMPANHAMENTO DO PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL
SERVIÇO DE TERAPIA INTENSIVA	ADULTO
SERVIÇO DE FISIOTERAPIA	ASSISTÊNCIA FISIOTERAPEUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMOFUNCI
SERVIÇO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM ALTERAÇÕES OBSTETRICAS NEON
SERVIÇO DE FISIOTERAPIA	ASSITENCIA FISIOTERAPEUTIA EM ALTERAÇÕES ONCOLOGICAS
SERVIÇO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM QUEIMADOS
SERVIÇO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS ALTERAÇÕES NEUROLOGIA
SERVIÇO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS DISFUNÇÕES MUSCULO ESQUELET
REABILITAÇÃO	ATENÇÃO A SAÚDE DAS PESSOAS ESTOMIZADAS I
SERVIÇO DE ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL	ATENDIMENTO A PESSOA COM DEFICIÊNCIA
SERVIÇO DE URGENCIA E EMERGÊNCIA	ATENDICMENTO AO PACIENTE COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)
SERVIÇO DE ATENÇÃO CARDIOVASCULAR/CARDIOLOGIA	CARDIOLOGIA CLÍNICA
SERVIÇO DE VIDEOLAPAROSCOPIA	CIRURGICA
ATENÇÃO A DOENÇA RENAL CRONICA	CONFECÇÃO INTERVENÇÃO DE ACESSOS PARA DIALISE
SERVIÇO DE VIDEOLAPAROSCOPIA	DIAGNOSTICA
ATENÇÃO A SAÚDE AUDITIVA	DIAGNOSTICA EM AUDIOLOGIA/OTOLOGIA
SERVIÇO DE HEMOTERAPIA	DISGNOSTICO EM HEMOTERAPIA
SERVIÇO DE OFTALMOLOGIA	DIAGNOSTICO EM OFTALMOLOGIA
SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA	DIAGNOSTICO EM PNEUMOLOGIA
SERVIÇO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO DIGESTIVO
SERVIÇO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO GINECOLOGICO
SERVIÇO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO RESPIRATÓRIO
SERVIÇO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO URINÁRIO
SERVIÇO DE SUPORTE NUTRICIONAL	ENTERAL
SERVIÇO DE SUPORTE NUTRICIONAL	ENTERAL PARENTAL
SERVIÇO DE SUPORTE NUTRICIONAL	ENTERAL PARENTAL COM MANIPULAÇÃO FABRICAÇÃO

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ALEX MOREIRA SANTOS JUNIOR, em quarta-feira, 11 de junho de 2025 10:54:11 GMT-03:00, CNS: 11.503-0 - OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS - 24º SUBDISTRITO INDIANÓPOLIS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

SERVIÇO DE URGENCIA E EMERGENCIA	ESTABILIZAÇÃO DE PACIENTE CRÍTICO/GRAVE EM SALA DE ESTABILIZAÇÃO
SERVIÇO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO
SERVIÇO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA E/OU CITOPATOLOGIA	EXAMES ANATOMOPATOLOGICOS
SERVIÇO DE DIAGNOSTICO DE LABORATÓRIO CLÍNICO	EXAMES BIOQUIMICOS
SERVIÇO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA E/OU CITOPATOLOGIA	EXAMES CITOPATOLOGICOS
SERVIÇO DE DIAGNOSTICO DE LABORATÓRIO CLÍNICO	EXAMES COPROLOGICOS
SERVIÇO DE DIAGNOSTICO DE LABORATÓRIO CLÍNICO	EXAMES DE GENETICA
SERVIÇO DE DIAGNOSTICO DE LABORATÓRIO CLÍNICO	EXAMES DE UROANALISE
SERVIÇO DE DIAGNOSTICO DE LABORATÓRIO CLÍNICO	EXAMES EM OUTROS LIQUIDOS BIOLOGICOS
SERVIÇO DE DIAGNOSTICO DE LABORATÓRIO CLÍNICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E DEMOSTASIA
SERVIÇO DE DIAGNOSTICO DE LABORATÓRIO CLÍNICO	EXAMES HORMONAIS
SERVIÇO DE DIAGNOSTICO DE LABORATÓRIO CLÍNICO	EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS
SERVIÇO DE DIAGNOSTICO DE LABORATÓRIO CLÍNICO	EXAMES MICROBIOLOGICOS
SERVIÇO DE DIAGNOSTICO DE LABORATÓRIO CLÍNICO	EXAMES PARA TRIAGEM NEONATAL
SERVIÇO DE DIAGNOSTICO DE LABORATÓRIO CLÍNICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS
SERVIÇO DE DIAGNOSTICO DE LABORATÓRIO CLÍNICO	EXAMES TOXICOLOGICOS OU DE MONITORIZAÇÃO TERAPEUTICA
SERVIÇO DE FARMACIA	FARMACIA HOSPITALAR
CIRURGIA VASCULAR	FISTULA ARTERIOVENOSA COM ENXERTO
CIRURGIA VASCULAR	FISTULA ARTERIOVENOSA SEM ENXERTO
SERVIÇO DE ONCOLOGIA	HEMATOLOGIA
IMUNIZAÇÃO	INDIVIDUOS EM GERAL
SERVIÇO DE ATENÇÃO A SAUDE REPRODUTIVA	LAQUEADURA
SERVIÇO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	MAMOGRAFIA
SERVIÇO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL
SERVIÇO DE TERAPIA INTENSIVA	NEONATAL
COMISSÕES E COMITES	NUCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE
SERVIÇO DE ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PARTO EM GESTAÇÃO DE ALTO RISCO
SERVIÇO DE ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PARTO EM GESTAÇÃO DE RISCO HABITUAL
SERVIÇO DE TERAPIA INTENSIVA	PEDIATRICO
SERVIÇO DE HEMOTERAPIA	PROCEDIMENTOS DESTINADOS A OBTENÇÃO DO SANGUE PFINS DE ASSI

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ALEX MOREIRA SANTOS JUNIOR, em quarta-feira, 11 de junho de 2025 10:54:11 GMT-03:00, CNS: 11.503-0 - OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS - 24º SUBDISTRITO INDIANÓPOLIS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

Prefeitura Municipal de Cubatão

SERVIÇO DE HEMOTERAPIA	PROCEDIMENTOS ESPECIAIS EM HEMOTERAPIA
SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO GERAL/CLÍNICO
SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO OBSTETRICO
SERVIÇO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA
SERVIÇO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	SERVIÇO HOSPITALAR PARA ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL
SERVIÇO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	TESTE DE HOLTER
SERVIÇO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	TESTE ERGOMETRICO
SERVIÇO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
SERVIÇO DE OFTALMOLOGIA	TRATAMENTO CIRURGICO DO APARELHO DA VISÃO
SERVIÇO DE OFTALMOLOGIA	TRATAMENTO CLÍNICO DO APARELHO DA VISÃO
SEVIÇO DE PNEUMOLOGIA	TRATAMENTO DE DOENÇAS DAS VIAS AEREAS INFERIORES
ATENÇÃO A DOENÇA RENAL CRONICA	TRATAMENTO DIALITICO-HEMODIALISE
ATENÇÃO A DOENÇA RENAL CRONICA	TRATAMENTO NEFROLOGIA EM GERAL
ATENÇÃO A SAÚDE AUDITIVA	TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL
SERVIÇO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	ULTRASSONOGRAFIA
SERVIÇO DE ATENLÇÃO A SAÚDE REPRODUTIVA	VASECTOMIA

Cubatão, 10 de junho de 2025.

ASSINADO DIGITALMENTE POR
Marcio Luiz Amorim De Oliveira
CPF: 248.067.918-73

Márcio Luiz Amorim de Oliveira
Secretário Municipal de Saúde

Este documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ALEX MOREIRA SANTOS JUNIOR, em quarta-feira, 11 de junho de 2025 10:54:11 GMT-03:00, CNS: 11.503-0 - OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS - 24º SUBDISTRITO INDIANÓPOLIS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

ATESTAMOS, para os devidos fins e a quem possa interessar, para fins de comprovação de CAPACIDADE TÉCNICA que a **SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO - SBCD**, inscrita no CNPJ sob nº 48.211.585/0001-15, situada à Rua Gabriela, 144 – Labienópolis – Garça, Estado de São Paulo, CEP 17400-000, vem cumprindo de forma bastante satisfatória com a **OPERACIONALIZAÇÃO DA GESTÃO E NA EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS VOLTADOS AO FUNCIONAMENTO DO HOSPITAL MUNICIPAL DE ITU – CNES 2080184,** no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, bem como a execução das ações de apoio à gestão por meio das metas quantitativas e qualitativas pactuadas em **Contrato de Gestão Nº 140/2019**, com prazo de vigência de **15/07/2019 a 15/07/2024**, tendo por obrigação cumprir integralmente a execução de suas atividades assistenciais na gestão dos serviços de saúde em consonância com as Políticas de Saúde do Sistema Único de Saúde – SUS, diretrizes de **SMS-Itu** e em conformidade com o objeto contratual, sem nenhum fato, até o presente momento, que desabone a conduta e responsabilidade em relação às tarefas assumida.

ATIVIDADE

Atividade	Nível de atenção
AMBULATORIAL	MEDIA COMPLEXIDADE
Atividade	**Nível de atenção**
HOSPITALAR	MEDIA COMPLEXIDADE

ATENDIMENTO

Tipo de atendimento
AMBULATORIAL
INTERNACAO
SADT
URGENCIA

Secretaria Municipal de Saúde
Avenida Itu 400 anos, 111 - Itu Novo Centro
Telefone (11) 4886-9611/4886-9873 0 E-mail: secsaude@itu.sp.gov.br

TIPO DE UNIDADE

Tipo de unidade
HOSPITAL GERAL

SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

Serviço
ATENCAO EM UROLOGIA
SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA
SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA
SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM
SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS
SERVICO DE ENDOSCOPIA
SERVICO DE FISIOTERAPIA
SERVICO DE OFTALMOLOGIA
SERVICO DE PNEUMOLOGIA
TRANSPLANTE

SERVIÇOS E CLASSIFICAÇÃO

Serviço	Classificação
TRANSPLANTE	ACOES PARA DOACAO E CAPTACAO DE ORGAOS E TECIDOS
SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	ANGIOLOGIA
SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMOFUNCI
SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM ALTERACOES ONCOLOGICAS
SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS ALTERACOES EM NEUROLOGIA
SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS DISFUNCOES MUSCULO ESQUELET
SERVICO DE PNEUMOLOGIA	DIAGNOSTICO EM PNEUMOLOGIA

Secretaria Municipal de Saúde
Avenida Itu 400 anos, 111 - Itu Novo Centro
Telefone (11) 4886-9611/4886-9873 0 E-mail: secsaude@itu.sp.gov.br

SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO DIGESTIVO
SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO URINARIO
SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO
SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROENCEFALOGRAFICO
ATENCAO EM UROLOGIA	LITOTRIPSIA
SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA
SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA
SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
SERVICO DE OFTALMOLOGIA	TRATAMENTO CIRURGICO DO APARELHO DA VISAO
SERVICO DE PNEUMOLOGIA	TRATAMENTO DE DOENCAS DAS VIAS AEREAS INFERIORES
SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	ULTRASONOGRAFIA
SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA	VASECTOMIA

DESCRIÇÃO DOS LEITOS

Descrição	Leitos Existentes
COMPLEMENTAR	
UTI ADULTO - TIPO II	8
ESPEC - CIRURGICO	
CIRURGIA GERAL	6
ESPEC - CLINICO	
CLINICA GERAL	14
PEDIATRICO	
PEDIATRIA CIRURGICA	2
TOTAL	**30**

Secretaria Municipal de Saúde
Avenida Itu 400 anos, 111 - Itu Novo Centro
Telefone (11) 4886-9611/4886-9873 0 E-mail: secsaude@itu.sp.gov.br

Oficial Reg. Civ.
Jennifer Mar...
Escrevente

Atenciosamente

Itu, 20 de maio de 2024.

REG. CIVIL ITU - SP

Secretária Municipal de Saúde
Janaina Guerino de Camargo

OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DE ITU - SP
JOSÉ CLÁUDIO MURGILLO - *Oficial*
Praça Duque de Caxias, 46 - Centro - CEP 13300-103 - Fone: (11) 4023-7711 - Itu - SP

Reconheço, por semelhança, a firma de: JANAINA GUERINO DE CAMARGO.
Itu, 23 de maio de 2024.
Em testemunho ___ da verdade.

JENNIFER MACHADO DOS SANTOS - Escrevente Autorizada
Preço da firma R$ 8,22 ; Valor total R$ 8,22;

Oficial Reg. Civil P. N. de Itu/SP
Jennifer Machado dos Santos
Escrevente Autorizada

119057
FIRMA 1
S10462AA0230005

Secretaria Municipal de Saúde
Avenida Itu 400 anos, 111 - Itu Novo Centro
Telefone (11) 4886-9611/4886-9873 0 E-mail: secsaude@itu.sp.gov.br

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para os devidos fins, que a **SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO – SBCD**, inscrita no CNPJ sob o nº 48.211.585/0001-15, com sede à Rua Gabriela, 144 – Labienópolis – Garça – SP, representada pelo seu Presidente **Luis Antonio Picerni Herce**, brasileiro, solteiro, portador da cédula de identidade nº 11.784.356-8 SSP/SP e do CPF nº 034.804.548-44, vem cumprindo de forma bastante satisfatória com a **OPERACIONALIZAÇÃO DA GESTÃO E NA EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS VOLTADOS AO FUNCIONAMENTO DO HOSPITAL MUNICIPAL DE ITU – CNES 2080184**, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, bem como a execução das ações de apoio à gestão por meio das metas quantitativas e qualitativas pactuadas no **Contrato de Gestão nº 119/2024**, com prazo de vigência de **28/06/2024** até **27/06/2029**.

Declaramos que os serviços executados da assinatura dos contratos até o momento, ocorreram de modo satisfatório, conforme as exigências técnicas, operacionais e administrativas, bem como o cumprimento das metas qualitativas e quantitativas, previstas, nada havendo que desabone sua idoneidade técnico-operacional na execução dos serviços contratados, conforme abaixo:

1º Ano de Contrato			
Indicador	Meta Estabelecida	Resultado Alcançado	Situação
Comissões	Implantação	Implantado	Meta Atingida
Assistência farmacêutica	Implantação	Implantado	Meta Atingida
Arquivamento de prontuário	Implantação	Implantado	Meta Atingida
Protocolos clínicos assistenciais	Implantação	Implantado	Meta Atingida
Regulamento e normas e rotinas	Implantação	Implantado	Meta Atingida
Atualização do CNES	Implantação	Implantado	Meta Atingida
Taxa de infecção hospitalar	15% (GVE)		
Taxa de ocupação clínica cirúrgica	> 60%	91 %	Meta Superada
Temo de espera de SADT´s	< 30 dias	Implantado	Meta atingida
Efetividade da alta qualificada	NA	60%	Meta Atingida
Faturamento 1: no mês subsequente ao encerramento da AIH	>70% AIH	Implantado	Meta Superada
Faturamento 2: demanda de urgência ou eletiva	100% AIH	100 %	Meta Atingida
Taxa de suspensão de cirurgias	< 10%	7 %	Meta Atingida
Educação permanente	Implantação	Implantado	Meta Atingida
Informação aos usuários	Implantação	Implantado	Meta Atingida

Este documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ALEX MOREIRA SANTOS JUNIOR, em quinta-feira, 12 de junho de 2025 14:02:35 GMT-03:00, CNS: 11.503-0 - OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS - 24º SUBDISTRITO INDIANÓPOLIS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

Índice de satisfação do usuário	≥ 80%	Implantado	Meta Atingida
Humanização do atendimento	Implantação	Implantado	Meta Atingida
Internações clínicas, cirúrgicas e UTI	300 mensal	312 mensal	Meta Atingida
Cirurgias eletivas realizadas	250 mensal	358 mensal	Meta Superada
Taxa de ocupação hospitalar	> 85%	96%	Dentro do Padrão
Tempo médio de permanência leitos de clínica médica	< 10 dias	6,4 dias	Meta Atingida
Tempo médio de permanência leitos de clinica cirúrgica	< 5 dias	1,3 dias	Meta Atingida
Taxa de mortalidade institucional	< 6%	3%	Meta Atingida
Exames laboratoriais realizados	Sem meta estipulada	4.446	Meta Atingida
Diagnóstico por imagem	3.300	4197	Meta Superada

Produção Hospitalar no ano de 2024:

Produção Hospitalar	
Internação Hospitalar	**Produção Anual HMI**
Unidade de Terapia Intensiva – UTI Tipo II Adulto	472
Saídas Hospitalares	Produção Anual HMI
Clínica Médica	947
Clínica Pediátrica	NA
Clínica Cirúrgica	2544
Produção Ambulatorial	**Produção Anual HMI**
Primeira Consulta/Retorno/Interconsulta	1591
Consulta Não Médica	1248
Produção Pronto Atendimento Infantil	**Produção Anual HMI**
Consulta de Emergência	NA
Produção SADT	**Produção Anual HMI**
Laboratório de Análises Clínicas	57114
Anatomia Patológica (incluindo biópsia de próstata)	4384
Radiologia (incluindo Urografia excretora) com laudo	20951
Ultrassonografia (incluindo doppler)	8988
Endoscopia (pacientes a partir de 18 anos)	1349
Colonoscopia (pacientes a partir de 18 anos)	2084
Tomografia computadorizada com e sem contraste	15156
Biópsia de tireóide ou paratireoide - PAAF	10
Ecocardiograma adulto e criança	2332
Eletrocardiograma com laudo	NA
Nasofibrolaringoscopia	25

Este presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ALEX MOREIRA SANTOS JUNIOR, em quinta-feira, 12 de junho de 2025 14:02:35 GMT-03:00, CNS: 11.503-0 - OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS - 24º SUBDISTRITO INDIANÓPOLIS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

Retossigmoidoscopia (pacientes a partir de 18 anos)	NA
Estudo urodinâmico	NA
Cistoscopia	5

Especificações da Unidade:

TIPO DE UNIDADE
HOSPITAL GERAL

ATIVIDADE	NÍVEL DE ATENÇÃO
AMBULATÓRIAL	MÉDIA COMPLEXIDADE
ATIVIDADE	**NÍVEL DE ATENÇÃO**
HOSPITALAR	MÉDIA COMPLEXIDADE

Atendimento:

TIPO DE ATENDIMENTO
AMBULATORIAL
INTERNAÇÃO
SADT

Serviços especializados:

SERVIÇO
ATENÇÃO EM UROLOGIA
SERVIÇO DE ATENÇÃO CARDIOVASCULAR/CARDIOLOGIA
SERVIÇO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS
SERVIÇO DE ENDOSCOPIA
SERVIÇO DE FISIOTERAPIA
SERVIÇO DE OFTALMOLOGIA
SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA
TRANSPLANTE

Serviços e Classificação:

SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
TRANSPLANTE	AÇÕES PARA DOAÇÃO E CAPTAÇÃO DE ORGÃOS E TECIDOS
SERVIÇO DE ATENÇÃO CARDIOVASCULAR/CARDIOLOGIA	ANGIOLOGIA
SERVIÇO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMOFUNCI
SERVIÇO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM ALTERAÇÕES ONCOLOGICAS
SERVIÇO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS ALTERAÇÕES EM NEUROLOGIA
SERVIÇO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS

Este presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ALEX MOREIRA SANTOS JUNIOR, em quinta-feira, 12 de junho de 2025 14:02:35 GMT-03:00, CNS: 11.503-0 - OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS - 24º SUBDISTRITO INDIANÓPOLIS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

	DISFUNÇÕES MUSCULO ESQUELET
SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA	DIAGNOSTICO EM PNEUMOLOGIA
SERVIÇO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO DIGESTIVO
SERVIÇO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO URINÁRIO
SERVIÇO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO
SERVIÇO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	ESPIROMETRIA
SERVIÇO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROENCEFALOGRAFICO
ATENÇÃO EM UROLOGIA	LITOTRIPSIA
SERVIÇO DE ATENÇÃO À SAÚDE REPRODUTIVA	LAQUEADURA
SERVIÇO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA
SERVIÇO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA
SERVIÇO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
SERVIÇO DE OFTALMOLOGIA	TRATAMENTO CIRURGICO DO APARELHO DA VISÃO
SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA	TRATAMENTO DE DOENÇAS DAS VIAS AEREAS INFERIORES
SERVIÇO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	ULTRASSONOGRAFIA

Descrição dos Leitos:

DESCRIÇÃO	**LEITOS EXISTENTES**
COMPLEMENTAR	
UTI ADULTO - TIPO II	8
ESPEC - CIRURGICO	
CIRURGIA GERAL	6
ESPEC - CLÍNICO	
CLÍNICA GERAL	14
PEDIATRICO	
PEDIATRA CIRURGICA	2
TOTAL	**30**

Itu-SP, 11 de junho de 2025.

Documento assinado digitalmente
gov.br TIAGO TEXERA
Data: 12/06/2025 12:33:13-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

TIAGO TEXERA
SEDRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE
PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE ITU

Este presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ALEX MOREIRA SANTOS JUNIOR, em quinta-feira, 12 de junho de 2025 14:02:35 GMT-03:00, CNS: 11.503-0 - OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS - 24º SUBDISTRITO INDIANÓPOLIS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

República Federativa do Brasil - Estado do Rio de Janeiro
Prefeitura Municipal de Quissamã
Rua Conde de Araruama, 425 - Centro - Quissamã - RJ

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos para os devidos fins, que a **SOCIEDADE BENEFICENTE CAMINHO DE DAMASCO – SBCD**, CNPJ: 48.211.585/0001-15 vem cumprindo integralmente a execução das suas atividades assistenciais na gestão dos serviços de saúde aos usuários do Sistema Único de Saúde, conforme objeto contratual firmado com esta municipalidade para GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE no Hospital Municipal Maria Mariana de Jesus Hospital Municipal com emergência 24hs e internação nas clínicas médica, cirúrgica, pediátrica, psiquiátrica, obstétrica e UTI, com serviços de apoio diagnóstico, RX, ultrassonografia e laboratório de análises clínicas. Unidade de Pronto Atendimento Mário Barros Wagner, localizada em Barra do Furado, Centro de Atenção Psicossocial, Central de Abastecimento Farmacêutico, Centro de Saúde Benedito Pinto das Chagas e Centro de Especialidades Médicas, conforme detalhado no **Plano de Trabalho,** bem como com o cumprimento e atingimento das metas quantitativas e qualitativas estabelecidas no referido contrato, desde o mês de setembro de 2017.

Dados Gerais:

Números de atendimentos / Mês (Média): **12.000**

Número de funcionários diretos: **240**

Número de funcionários indiretos: **30**

Número de funcionários médicos: **67**

Silvana Flavia Soares de S. Barros
Secretária Municipal de Saúde
Matrícula 8474

República Federativa do Brasil - Estado do Rio de Janeiro
Prefeitura Municipal de Quissamã
Rua Conde de Araruama, 425 - Centro - Quissamã - RJ

Quantidade de Leitos:

Leitos no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - CNES

Item	Local	Quantidade
01	Clínica Cirúrgica – Cirurgia Geral	8
02	Clínica Geral – Clínica Médica e Repouso	28
03	Saúde Mental - Internação	04
04	Unidade de Isolamento – Precaução	02
05	UTI Adulto Tipo II	06
06	Obstetrícia Cirúrgica	10
07	Obstetrícia Clínica	04
08	Pediatria – Clínica Pediátrica, Repouso e Isolamento	17
09	Pneumologia Sanitária	01
10	Psiquiatria – Observação	01
11	Reabilitação	01
	Total	82

Dados da Contratante:

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
CNPJ: 31.505.027/0001-60
Rua Conde de Araruama, nº 425 – Centro – Quissamã – RJ

Dados da Contratada:

SOCIEDADE BENEFICENTE CAMINHO DE DAMASCO
Estabelecida na Rua: Garça nº 144 – Garça – São Paulo-SP
CNPJ: 48.211.585/0001-15
Responsável: Luis Antônio Picerni Herce
RG: 11.784.356-8
CPF: 034.804.548-44

Quissamã, 31 de janeiro de 2019.

SIMONE FLORES SOARES DE OLIVEIRA BARROS
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PIAUÍ
Av. Pedro Freitas, S/Nº, Bloco A, 1° Andar, Centro Administrativo - Bairro São Pedro, Teresina/PI, CEP 64.018-900
Telefone - http://www.saude.pi.gov.br

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Processo nº 00012.022254/2024-25

Interessado: SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO

ATESTAMOS, para os devidos fins e a quem possa interessar, para fins de comprovação de CAPACIDADE TÉCNICA que a **SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO - SBCD**, inscrita no CNPJ sob nº 48.211.585/0001-15, situada à Rua Gabriela, 144 – Labienópolis – Garça, Estado de São Paulo, CEP 17400-000, vem cumprindo de forma satisfatória com o **GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E À EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES DO UNIDADE INTEGRADA DO MOCAMBINHO (UIM) – CNES 2679671,** no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, bem como a execução das ações de apoio à gestão por meio das metas quantitativas e qualitativas pactuadas em **Contrato de Gestão Nº 35/2023**, com prazo de vigência de **20/06/2023 a 20/06/2028**, tendo por obrigação cumprir integralmente a execução de suas atividades assistenciais na gestão dos serviços de saúde em consonância com as Políticas de Saúde do Sistema Único de Saúde – SUS, diretrizes da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PIAUÍ - SESAPI** e em conformidade com o objeto contratual, sem nenhum fato, até o presente momento, que desabone a conduta e responsabilidade em relação às tarefas assumida.

QUADRO 01: ATIVIDADE

Atividade	Nível de atenção
AMBULATORIAL	MÉDIA COMPLEXIDADE
HOSPITALAR	INTERNAÇÃO

QUADRO 02: ATENDIMENTO

Tipo de atendimento
AMBULATORIAL
INTERNAÇÃO
SADT
URGÊNCIA

QUADRO 03: DESCRIÇÃO DOS LEITOS

Descrição	Leitos Existentes
ESPEC - CLINICO	
CLÍNICA GERAL	20
SAÚDE MENTAL	10
TOTAL	**30**

QUADRO 04: SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

Serviços
COMISSÕES E COMITES
IMUNIZAÇÃO

SERVIÇO DE ATENÇÃO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE
SERVICO DE ATENÇÃO EM SAUDE BUCAL
SERVICO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM
SERVIÇO DE DIAGNOSTICO POR MÉTODOS GRÁFICOS DINAMICOS
SERVIÇO DE FISIOTERAPIA
SERVIÇO DE HEMOTERAPIA
SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
SERVIÇOS POSTO DE COLETA DE MATERIAIS BIOLÓGICOS

QUADRO 05: SERVIÇOS E CLASSIFICAÇÃO

Serviços	Classificação
SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTÊNCIA FISIOTERAPEUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMOFUNCIONAIS
SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM ALTERACOES ONCOLOGICAS
SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTÊNCIA FISIOTERAPEUTICA NAS ALTERACÕES EM NEUROLOGIA
SERVICO DE ATENCAO EM SAUDE BUCAL	ATENDIMENTO A PESSOA COM DEFICIÊNCIA
SERVICO DE ATENCAO EM SAUDE BUCAL	CIRURGIA ORAL
SERVICO POSTO DE COLETA DE MATERIAIS BIOLOGICOS	COLETA REALIZADA FORA DA ESTRUTURA LABORATORIAL
SERVICO DE ATENÇÃO EM SAUDE BUCAL	DENTISTICA
SERVICO DE ATENCAO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE	DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO
SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	ESTABILIZAÇÃO DE PACIENTE CRÍTICO/GRAVE EM SALA DE ESTABILIZAÇÃO
SERVIÇO DE DIAGNOSTICO POR MÉTODOS GRÁFICOS DINÂMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO
IMUNIZAÇÃO	INDIVIDUOS EM GERAL
SERVIÇO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL
COMISSÕES E COMITES	NÚCLEO DE SEGURANCA DO PACIENTE
SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA
SERVIÇO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	SERVIÇO HOSPITALAR PARA ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL
SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	ULTRASONOGRAFIA

(assinado eletronicamente)
Yousef Qathaf Aguiar
Diretor da Unidade de Gestão em Saúde

(assinado eletronicamente)
Antônio Luiz Soares Santos
Secretário de Estado da Saúde

Documento assinado eletronicamente por **YOUSEF QATHAF AGUIAR - Matr.04022980**, **Gerente**, em 23/05/2024, às 14:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no Cap. III, Art. 14 do Decreto Estadual nº 18.142, de 28 de fevereiro de 2019.

Documento assinado eletronicamente por **ANTONIO LUIZ SOARES SANTOS - Matr.0000000-0**, **Secretário de Estado da Saúde**, em 23/05/2024, às 16:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no Cap. III, Art. 14 do Decreto Estadual nº 18.142, de 28 de fevereiro de 2019.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.pi.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **012676853** e o código CRC **13C5AF49**.

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para os devidos fins, que a **SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO – SBCD**, inscrita no CNPJ sob o nº 48.211.585/0001-15, com sede à Rua Gabriela, 144 – Labienópolis – Garça – SP, representada pelo seu Presidente **Luis Antonio Picerni Herce**, brasileiro, solteiro, portador da cédula de identidade nº 11.784.356-8 SSP/SP e do CPF nº 034.804.548-44, vem cumprindo de forma bastante satisfatória com a **OPERACIONALIZAÇÃO DA GESTÃO E NA EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS VOLTADOS AO FUNCIONAMENTO DO HOSPITAL MUNICIPAL DELFINA ALVES BARBOSA – ITURAMA/MG**, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, bem como a execução das ações de apoio à gestão por meio das metas quantitativas e qualitativas pactuadas no **Contrato de Gestão nº 15/2024**, com prazo de vigência de **16/02/2024** até **o momento.**

Declaramos que os serviços executados da assinatura do contrato até o momento, ocorreram de modo satisfatório, conforme as exigências técnicas, operacionais e administrativas, bem como o cumprimento das metas qualitativas e quantitativas, previstas, nada havendo que desabone sua idoneidade técnico-operacional na execução dos serviços contratados, conforme abaixo:

1º Ano de Contrato			
Indicador	Meta Estabelecida	Resultado Alcançado	Situação
Atendimentos mensais	10.000	57.844	Meta Superada
Cirurgias	320	1014	Meta Superada
Taxa de ocupação hospitalar	NA	36,6%	NA
Tempo médio de permanência	NA	3,6/dia	NA
Cirurgias eletivas realizadas	320	166	Dentro do Padrão
taxa de infecção hospitalar	NA	2%	NA
índice de satisfação do usuário	NA	86%	NA
Exames laboratoriais realizados	50.000	111.658	Meta Superada
2º Ano de Contrato			
Indicador	Meta Estabelecida	Resultado Alcançado	Situação
Atendimentos mensais	5.000	28.024	Meta Superada
Cirurgias	160	345	Meta Superada
Taxa de ocupação hospitalar	NA	31,62%	NA
Tempo médio de permanência	NA	2,86/dia	NA

Este documento presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ALEX MOREIRA SANTOS JUNIOR, em sexta-feira, 13 de junho de 2025 14:30:53 GMT-03:00, CNS: 11.503-0 - OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS - 24º SUBDISTRITO INDIANÓPOLIS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

Cirurgias eletivas realizadas	160	115	Dentro do Padrão
taxa de infecção hospitalar	NA	2%	NA
índice de satisfação do usuário	NA	89%	NA
Exames laboratoriais realizados	25.000	48.046	Meta Superada

Produção Hospitalar Março de 2024 à Março de 2025

Produção Hospitalar	
Internação Hospitalar	**Produção Anual HMDAB**
Saídas Hospitalares	Produção Anual HMDAB
Clínica Médica	590
Clínica Pediátrica	107
Clínica Cirúrgica	851
Produção Ambulatorial	**Produção Anual HMDAB**
Primeira Consulta/Retorno/Interconsulta	18.662
Produção Pronto Atendimento Infantil	**Produção Anual HMDAB**
Consulta de Emergência	10.530
Produção SADT	**Produção Anual HMDAB**
Laboratório de Análises Clínicas	130.918
Radiologia com laudo	19.174
Ultrassonografia (incluindo doppler)	5.824
Endoscopia (pacientes a partir de 18 anos)	402
Colonoscopia (pacientes a partir de 18 anos)	106
Tomografia computadorizada com e sem contraste	2.554
Biópsia de tireóide ou paratireoide - PAAF	23
Ecocardiograma adulto e criança	88
Eletrocardiograma com laudo	5.057

Especificações da Unidade:

TIPO DE UNIDADE
HOSPITAL GERAL

ATIVIDADE	**NÍVEL DE ATENÇÃO**
AMBULATÓRIAL	MÉDIA COMPLEXIDADE
ATIVIDADE	**NÍVEL DE ATENÇÃO**
HOSPITALAR	MÉDIA COMPLEXIDADE

Este presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ALEX MOREIRA SANTOS JUNIOR, em sexta-feira, 13 de junho de 2025 14:30:53 GMT-03:00, CNS: 11.503-0 - OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS - 24º SUBDISTRITO INDIANÓPOLIS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

Atendimento:

TIPO DE ATENDIMENTO
AMBULATORIAL
INTERNAÇÃO
SADT
URGÊNCIA

Serviços especializados:

SERVIÇO
ATENÇÃO A SAUDE AUDITIVA
ATENÇÃO EM UROLOGIA
ATENÇÃO ESPECIALIZADA A SAUDE BUCAL
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
COMISSÕES E COMITES
REABILITAÇÃO
SERVIÇO DE ATENÇÃO CARDIOVASCULAR/CARDIOLOGIA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MOVEL DE URGENCIAS
SERVIÇO DE CONTROLE DE TABAGISMO
SERVIÇO DE DIAGNOSTICO DE LABORATÓRIO CLÍNICO
SERVIÇO DE DIAGNOSTICO DE LABORATÓRIO CLÍNICO
SERVIÇO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM
SERVIÇO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM
SERVIÇO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS
SERVIÇO DE DISPENSAÇÃO DE ORTESES PROTESES E MATERIAIS ESPE
SERVIÇO DE ENDOCRINOLOGIA
SERVIÇO DE ENDOSCOPIA
SERVIÇO DE FARMACIA
SERVIÇO DE FISIOTERAPIA
SERVIÇO DE HEMOTERAPIA
SERVIÇO DE OFTALMOLOGIA
SERVIÇO DE SUPORTE NUTRICIONAL
SERVIÇO DE TRAMATOLOGIA E ORTOPEDIA
SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Este presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ALEX MOREIRA SANTOS JUNIOR, em sexta-feira, 13 de junho de 2025 14:30:53 GMT-03:00, CNS: 11.503-0 - OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS - 24º SUBDISTRITO INDIANÓPOLIS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

Serviços e Classificação:

SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
SERVIÇO DE CONTROLE DE TABAGISMO	ABORDAGEM E TRATAMENTO DO FUMANTE
SERVIÇO DE ATENDIEMTNO MOVEL DE URGENCIAS	AMBULANCIA DE TRANSPORTE
SERVIÇO DE ATENÇÃO CARDIOVASCULAR/CARDIOLOGIA	ANGIOLOGIA
SERVIÇO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMOFUNCI
SERVIÇO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM ALTERAÇÕES ONCOLOGICAS
SERVIÇO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS ALTERAÇÕES EM NEUROLOGIA
SERVIÇO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS DISFUÇÕES MUSCULO ESQUELET
REABILITAÇÃO	ATENÇÃO FISIOTERAPEUTICA
ATENÇÃO ESPECIALIZADA A SAUDE BUCAL	ATENDIMENTO A PESSOA COM DEFICIENCIA
ATENÇÃO A SAÚDE AUDITIVA	DIAGNOSTICO EM AUDIOLOGIA/OTOLOGIA
SERVIÇO DE HEMOTERAPIA	DIAGNOSTICO EM HEMOTERAPIA
SERVIÇO DE ENDOCRINOLOGIA	DIAGNOSTICOTRATAMENTO DAS DOENCAS ENDOCRINAS METABOLICAS E
SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO DIGESTIVO
SERVIÇO DE SUPORTE NUTRICIONAL	ENTERAL
SERVIÇO DE URGENCIA E EMERGENCIA	ESTABILIZAÇÃO DE PACIENTE CRITICO/GRAVE EM SALA DE ESTABILIZ
SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO
SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROENCEFALOGRAFICO
SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLÍNICO	EXAMES BIOQUIMICOS
SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLÍNICO	EXAMES BIOQUIMICOS
SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLÍNICO	EXAMES COPROLOGICOS
SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLÍNICO	EXAMES COPROLOGICOS
SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLÍNICO	EXAME DE GENETICA
SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLÍNICO	EXAMES DE UROANALISE
SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLÍNICO	EXAMES DE UROANALISE
SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLÍNICO	EXAMES EM OUTROS LIQUIDOS BIOLOGICOS
SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLÍNICO	EXAMES EM OUTROS LIQUIDOS BIOLOGICOS
SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLÍNICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA
SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLÍNICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA

Este presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ALEX MOREIRA SANTOS JUNIOR, em sexta-feira, 13 de junho de 2025 14:30:53 GMT-03:00, CNS: 11.503-0 - OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS - 24º SUBDISTRITO INDIANÓPOLIS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLÍNICO	EXAMES HORMONAIS
SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLÍNICO	EXAMES HORMONAIS
SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLÍNICO	EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS
SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLÍNICO	EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS
SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLÍNICO	EXAMES MICROBIOLOGICOS
SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLÍNICO	EXAMES PARA TRIAGEM NEONATAL
SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLÍNICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS
SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLÍNICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS
SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLÍNICO	EXAMES TOXICOLOGICOS OU DE MONITORIZACAO TERAPEUTICA
SERVIÇO DE FARMACIA	FARMACIA HOSPITALAR
SERVIÇO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	MAMOGRAFIA
SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL
COMISSOES E COMITES	NUCLEO DE SEGURANCA DO PACIENTE
SERVICO DE DISPENSACAO DE ORTESES PROTESES E MATERIAIS ESPE	OPM EM ODONTOLOGIA
SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROCEDIMENTOS DESTINADOS A OBTENCAO DO SANGUE PFINS DE ASSI
SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROCEDIMENTOS ESPECIAIS EM HEMOTERAPIA
SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO GERAL/CLÍNICO
SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA
SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA
ATENCAO PSICOSSOCIAL	SERVICO HOSPITALAR PARA ATENCAO A SAUDE MENTAL
SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA POR TELEMEDICINA
SERVICO DE OFTALMOLOGIA	TRATAMENTO CIRURGICO DO APARELHO DA VISAO
SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	ULTRASONOGRAFIA
ATENCAO EM UROLOGIA	UROLOGIA GERAL

Descrição dos Leitos:

DESCRIÇÃO	**LEITOS EXISTENTES**
COMPLEMENTAR	
UNIDADE ISOLAMENTO	1
ESPEC – CIRURGICO	
CIRURGIA GERAL	10
ESPEC - CLÍNICO	

Este presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ALEX MOREIRA SANTOS JUNIOR, em sexta-feira, 13 de junho de 2025 14:30:53 GMT-03:00, CNS: 11.503-0 - OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS - 24º SUBDISTRITO INDIANÓPOLIS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

CLÍNICA GERAL	20
OBSTETRICO	
OBSTETRICIA CIRURGICA	4
OUTRAS ESPECIALIDADES	
PSIQUIATRIA	2
PEDIATRICO	
PEDIATRIA CLÍNICA	3
TOTAL	**40**

Iturama/MG, 13 de junho de 2025.

EDER AGUIAR TEIXEIRA:04184034659

Assinado de forma digital por EDER AGUIAR TEIXEIRA:04184034659
Dados: 2025.06.13 13:16:04 -03'00'

Eder Aguiar Teixeira

Secretario Municipal de Saúde

Prefeitura Municipal de Iturama/MG

Este presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ALEX MOREIRA SANTOS JUNIOR, em sexta-feira, 13 de junho de 2025 14:30:53 GMT-03:00, CNS: 11.503-0 - OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS - 24º SUBDISTRITO INDIANÓPOLIS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SESAPI - PI

Av. Pedro Freitas, S/Nº Bloco A, 1° Andar, Centro Administrativo - Bairro São Pedro, Teresina/PI, CEP 64.018-900

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DE CONTRATO DE GESTÃO

Número do Contrato:	**CG 04/2024**
Número do Processo:	**00012.019471/2024-38**
Data da Assinatura:	**06/2024**
Término da Vigência:	**06/2029 (60meses - 05 anos)**
Objeto do Contrato:	**FORMAÇÃO DE PARCERIA COM VISTAS AO GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAUDE, NO CENTRO INTEGRADO DE REFERÊNCIA MÉDICA DE PICOS (CIEMP).**
Conveniado:	**SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO - SBCD**
CNPJ:	**48.211.585/0001- 15**
Tipo Beneficiário:	**ENTIDADE FILATRÓPICA**
Unidade Gestora:	**CENTRO INTEGRADO DE REFERÊNCIA MÉDICA DE PICOS - CIEMP (NHRP)**
Município:	**PICOS - PIAUÍ**
Período Avaliado:	**RELATÓRIO TRIMESTRAL DO NOVO HOSPITAL REGIONAL DE PICOS (NHRP), REFERENTE AO 2º TRIMESTRE DE 2025 (ABRIL, MAIO, JUNHO)**

I - INTRODUÇÃO

A Análise e Avaliação deste Relatório de Gestão, tem por objeto, averiguar os resultados de operacionalização das atividades, das ações e dos serviços em saúde no **NOVO HOSPITAL REGIONAL DE PICOS (NHRP).**

A SESAPI, em sua gestão Compartilhada com a **Damasco**, através do CONTRATO DE GESTÃO 04/2004, faz uso deste relatório para acompanhar, as atividades Assistenciais e Financeiras, do novo hospital de Picos, no **2º Trimestre de 2025 (ABRIL, MAIO, JUNHO**).

Enfatizando sempre, que é de fundamental importância, documentar e analisar os dados de execução de forma regular, a fim de identificar possíveis desafios e oportunidades de melhoria ao longo do processo. Isso permite ajustar as estratégias conforme necessário, para garantir o sucesso do plano de trabalho e o alcance dos objetivos estabelecidos.

Cabe ressaltar que o modelo de parceria do Poder Público com as Organizações Sociais encontra-se regulamentado pela legislação federal, por meio da Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, bem como, pelo Governo do Estado do Piauí, por meio da Lei Estadual nº 5.519 de 13 de dezembro de 2005, regulamentada pelo Decreto nº 22.089 de 19 de maio de 2023. Essa abordagem de parceria tem como objetivo central melhorar a gestão pública, promovendo a modernização e garantindo maior eficiência e qualidade nos serviços prestados aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse é um passo importante para fortalecer o sistema de saúde estadual e garantir um atendimento de qualidade à população.

Importante destacar ainda, que a SESAPI, definiu os indicadores e metas, que compõem a proposta de trabalho a ser cumprida pela OSS. Neste cenário, o presente relatório tem a finalidade de demonstrar o desempenho da **SBCD** (Sociedade Brasileira Caminhos de Damasco), em relação ao cumprimento das metas de indicadores vigentes. A descrição das ações apresentada abaixo, pode servir como uma referência didática, para mensurar o nível de execução final do plano de trabalho, para cada período específico. Além disso, essa abordagem simplifica a relação global de execução dos indicadores definidos, tornando mais fácil o acompanhamento e a avaliação do progresso ao longo do tempo.

2 – COMPOSIÇÃO DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

A Prestação de Contas, visa fornecer um relatório sobre a utilização dos recursos recebidos pela OSS, e deve documentar e justificar, as informações relacionadas à aplicação desses recursos, permitindo que a Secretaria de Saúde, através da **DUGES (DIRETORIA DE UNIDADE DE GESTÃO EM SAUDE)**, verifique se o objeto do contrato foi executado, através da descrição das atividades realizadas, da comprovação do alcance das metas e dos resultados esperados. A Prestação de Contas é, sem dúvidas, uma obrigação fundamental, pois demonstra transparência e responsabilidade na utilização dos recursos concedidos pela SESAPI.

Tabela 01: Composição da Prestação de Contas

REQUISITOS	CONFORMIDADE	RESPONSÁVEL
ABERTURA DO PROCESSO SEI	**SIM**	DAMASCO
Número do Contrato de Gestão.	**SIM**	DAMASCO
Assinatura do Diretor da OSS.	**SIM**	DAMASCO
RELATÓRIO TRIMESTRAL DESCREVENDO OS RESULTADOS DAS METAS		
Informações trimestrais a serem encaminhados a SESAPI/DUGES:	**NÃO**	DAMASCO

Censo hospitalar de origem dos pacientes atendidos;		
Pesquisa de satisfação de pacientes atendidos;	**SIM**	DAMASCO
Relatório de despesas realizadas;	**SIM**	DAMASCO
Folhas de pagamento dos empregados (pessoal e dirigentes) admitidos ou mantidos com recursos do contrato de gestão, indicando, no mínimo, a função desempenhada, data de admissão e a discriminação da composição dos valores pagos, em formatos sintéticos e analíticos;	**SIM**	DAMASCO
Relação dos servidores /funcionários cedidos, indicando no mínimo: nome, CPF, cargo, função;	**SIM**	DAMASCO
Taxa de absenteísmo dos servidores cedidos da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PIAUÍ–SESAPI** e dos colaboradores CLT da ORGANIZAÇÃO SOCIAL;	**NÃO**	DAMASCO
Fluxo de Caixa;	**SIM**	DAMASCO
Cópia das Notas Fiscais com comprovantes de pagamentos;	**SIM**	DAMASCO
Extratos Bancários com Notas de Esclarecimento;	**SIM**	DAMASCO
As despesas administrativas;	**SIM**	DAMASCO
Relação de todos os contratos firmados pela ORGANIZAÇÃO SOCIAL relativos ao objeto do Contrato de Gestão, o tipo de serviço, tipo de medição e o valor mensal	**SIM**	DAMASCO
Relação de novas aquisições e movimentações de patrimônio da Unidade Hospitalar;	**NÃO**	DAMASCO
Relatório de treinamentos, eventos e ações realizados na unidade no período;	**SIM**	DAMASCO
Relatório de débitos e créditos vencidos;	**SIM**	DAMASCO
Cópia das licenças e alvarás necessários à regular execução das atividades e/ou serviços da UNIDADE;	**SIM**	DAMASCO
CERTIDÕES		
Certidão Negativa de Débitos Estaduais.	**SIM**	DAMASCO
Certidão Negativa de Débitos Municipais.	**SIM**	DAMASCO
Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas.	**SIM**	DAMASCO
Certidão Negativa Unificada de Débitos dos Tributos Federais e Débito junto ao INSS.	**SIM**	DAMASCO
Certificado de Regularidade do FGTS-CRF.	**SIM**	DAMASCO
CONTRATOS E ADITIVOS		
Contrato celebrado assinado.	**SIM**	DAMASCO
Último aditivo, se houver, mais extrato de publicação no Diário Oficial do Estado do Piauí.	**NÃO SE APLICA**	DAMASCO
ANÁLISE E DESEMPENHO CONTRATUAL		
Relatório de indicadores.	**SIM**	DAMASCO
Análise de indicadores e metas.	**SIM**	DAMASCO
Nota explicativa, caso haja parcialidade de valores da parcela (GLOSAS).	**NÃO SE APLICA NO MOMENTO**	DAMASCO
Despacho para ciência e validação.	**SIM**	DAMASCO
Atesto assinado pelo Gestor do Contrato.	**SIM**	DAMASCO
Despacho assinado pelo Gestor e encaminhando a DUGES	**SIM**	DAMASCO

3 – ANÁLISE DE INDICADORES

3.1. METAS QUANTITATIVAS

Os indicadores Quantitativos fornecem um panorama detalhado da demanda dos serviços de saúde, permitindo que o planejamento estratégico seja ajustado de forma a garantir a melhoria contínua do atendimento prestado.

A unidade hospitalar do **NHRP**, hoje conta com **70 leitos operacionais** (sendo 10 leitos de UTI e 60 leitos de internação), teve um desempenho muito positivo, na análise desse segundo trimestre. Atingindo e em muitos indicadores, até superando as metas pactuadas para o número de leitos. Como fica evidenciado nos indicadores (tabela 02) das Cirurgias, Saídas Hospitalares e no SADT . Tomando como exemplo o indicador das cirurgias ortopédicas, que teve **início só em abril** deste ano e já no primeiro mês, mostrou uma eficiência de **730%**. Atingindo êxito também nas cirurgias eletivas e programadas.

Tabela 02

CRITÉRIO	PROCEDIMENTO	PACTUADO	REALIZADO	%	NOTA
Cirurgias	Cirurgia Ortopédica	58	416	693,3%	10
	Cirurgia Programada	68	63	136,9%	10
	Cirurgia Eletiva	82	372	442,8%	10
Saídas Hospitalares	Clínica Médica Adulta	189	1137	601,5%	10
	UTI Adulta	69	157	227,5%	10
SADT	Análises Clínicas	10.632	19.463	183%	10
	Eletrocardiograma	213	1.378	646,9%	10
	Fisioterapia	3.345	10.717	320,4%%	10
TOTAL DE PONTOS OBTIDOS		**80**			**80**

3.2. METAS QUALITATIVAS

Os indicadores Qualitativos (tabelas 03 e 04) demonstram, em sua maioria, um excelente desempenho, com diversas metas sendo superadas de forma significativa.

Tabela 03: Indicadores de Resultado

INDICADOR DE RESULTADOS QUALITATIVO	PACTUADO	REALIZADO	RESULTADO	NOTA	JUSTIFICATIVA	NOTA APÓS JUSTIFICATIVA
AÇÃO DESTINADA À EQUIPE VOLTADA À SEGURANÇA DO PACIENTE	APRESENTAÇÃO DE 2 AÇÕES PROTOCOLO MENSAIS (1 PONTO)	9	150%	1		1
CNES ATUALIZADO	100% DOS PROFISSIONAIS REGISTRADOS (1 PONTO)	100%	100%	1	Em processo p conseguir o CNPJ p cadastrar no CNES	1
EDUCAÇÃO PERMANENTE	2 CAPACITAÇÕES NO MÊS DE NO MÍNIMO 4H (1 PONTO)	9	100%	1		1
PREENCHIMENTO ADEQUADO DOS PRONTUÁRIOS	100% DOS PRONTUÁRIOS AUDITADOS COM PREENCHIMENTO ADEQUADO (1 PONTO)	100%	100%	1	.	1
REGISTRO CORRETO DOS BOLETINS CIRURGICOS	100% DOS BOLETINS CIRÚRGICOS COM PREENCHIMENTO ADEQUADOS (1 PONTO)	100%	100%	1		1
TAXA DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS	ACIMA DE 80% DOS USUÁRIOS ATENDIDOS SATISFEITOS (1 PONTO)	95,7%	119,63%	1		1
UTILIZAÇÃO DOS PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS PARA PACIENTES ATENDIDOS NA UNIDADE	95% DOS USUÁRIOS ATENDIDOS SEGUNDO PROTOCOLO (4 PONTOS)	95%	100%	4		4
TOTAL DE PONTOS OBTIDOS				**10**		**10**

Tabela 04: Indicadores de Desempenho

INDICADORES DE DESEMPENHO QUANTITATIVO	PACTUADO	REALIZADO	RESULTADO OBTIDO DA META	NOTA	OBS
Taxa de ocupação hospitalar	≥ 85 %	90,75%	106,7%	10	
Média de permanência hospitalar	≤ 4,5 dias	6,9	86,5%	10	considerando que a unidade apresenta apenas 70 leitos dos 226
Índice de intervalo de substituição (Horas)	≤ 3 horas	32min	100%	10	
Taxa de readmissão em UTI (48 H)	≤ 5%	0%	100%	10	
Taxa de readmissão hospitalar (29 Dias)	≤ 20%	0%	100%	10	
Percentual de ocorrência de glosas no SIH – DATASUS*	≤ 1%	0	100%	10	Não há como mensurar este indicador - EAS sem CNPJ
Percentual de suspensão de cirurgias programadas por condições operacionais (Causas relacionadas à organização da unidade)	≤ 3%	0%	100%	10	
Percentual de suspensão de cirurgias programadas por condições operacionais (Causas relacionadas ao paciente)	≤ 5%	0%	100%	10	

Percentual de investigação da gravidade de reações adversas a medicamentos (Farmacovigilância)	≥ 95%	100%	100%	10
Percentual de exames de imagem com resultado disponibilizado em até 24 horas	≥ 70%	100%	100%	10
Percentual de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS	<5%	0%	100%	10
TOTAL DE PONTOS OBTIDOS				**110**

3.3. ANÁLISE DA PONTUAÇÃO

Com base na análise das notas de Pontuação Global (Tabela 05), em relação ao resultado das **Metas Quantitativas, Metas Qualitativas** , houve um desempenho **"A - EXCELENTE** com uma pontuação média **10**, para as metas realizadas. Esse resultado positivo indica que as ações implementadas foram eficazes e contribuíram significativamente para alcançar os objetivos estabelecidos. O resultado desta avaliação reflete a alta qualidade e eficiência dos serviços prestados, destacando o compromisso da equipe em proporcionar uma assistência de saúde excelente à comunidade, mesmo este nosocômio estando com a parcial de apenas 70 leitos operacionais, mas com a previsão dos 226 definitivos.

Tabela 05: Análise de Pontuação Global - Trimestral

METAS	PACTUADO	REALIZADO	PONTUAÇÃO MÉDIA	CONCEITO
Indicadores Quantitativas	80	80	10	A - EXCELENTE
Indicadores de Resultados	10	10	10	A- EXCELENTE
Indicadores de Desempenho	100	100	10	A - EXCELENTE
TOTAL	**190**	**190**	**10**	**A -EXCELENTE**

Legenda:

PONTUAÇÃO GLOBAL	CONCEITO	VALOR A RECEBER DO VARIÁVEL
80% a 100%	**A - EXCELENTE**	100% da parcela variável
50% a 79,9%	**B - REGULAR**	98% da parcela variável
30% a 49,9%	**C - RUIM**	96,5% da parcela variável
abaixo de 30%	**D - INSUFICIENTE**	95% da parcela variável

4 - ANÁLISE CONTÁBIL-FINANCEIRA

Em atendimento às normas de controle e fiscalização da aplicação de recursos públicos, iniciamos a análise da prestação de contas apresentada referente ao 1º trimestre de 2025 com base nos documentos encaminhados. A análise concentrou-se, inicialmente, nos extratos bancários das contas vinculadas ao convênio/contrato de gestão, com o objetivo de verificar a regularidade dos repasses financeiros efetuados pelo Governo do Estado, bem como a movimentação e os saldos mensais registrados.

Foram examinados os seguintes aspectos:

a) Compatibilidade entre os valores repassados pelo Estado e os registros bancários apresentados;

b) Conciliação dos saldos bancários com os demonstrativos financeiros constantes na prestação de contas;

c) Identificação de eventuais divergências, inconsistências ou ausência de documentação comprobatória referente às movimentações financeiras realizadas;

d) Análise do Fundo de provisão, que tem como finalidade suportar as rescisões trabalhistas e ações judiciais.

O presente relatório tem como finalidade apresentar as constatações preliminares decorrentes dessa análise documental e subsidiar as etapas subsequentes do processo de avaliação da correta aplicação dos recursos públicos transferidos à entidade.

Tabela 6: Histórico de glosas e repasses financeiros

DESCRIÇÃO	MÊS			TOTAL
	abr/25	mai/25	jun/25	
	00012.015387/2025-26	00012.020013/2025-22	00012.025441/2025-41	
VALOR CONTRATUAL LIQUIDO MENSAL	**R$ 4.914.189,53**	**R$ 4.914.189,53**	**R$ 4.914.189,53**	**R$ 14.742.568,59**
RECEITAS LIQUIDAS	**R$ 5.029.581,25**	**R$ 5.052.845,70**	**R$ 5.033.365,44**	**R$ 15.115.792,39**
1) Repasses realizados	**R$ 4.914.189,53**	**R$ 4.914.189,53**	**R$ 4.914.189,53**	**R$ 14.742.568,59**
1.1) Valores contratuais	R$ 4.914.189,53	R$ 4.914.189,53	R$ 4.914.189,53	R$ 14.742.568,59
2) Rendimentos de aplic. financeira	**R$ 115.391,72**	**R$ 138.656,17**	**R$ 119.175,91**	**R$ 373.223,80**

2.1) Aplicação 30.387-9 Simples Ágil	R$ 73.642,33	R$ 68.116,80	R$ 49.632,74	R$ 191.391,87
2.2) Aplicação 30.387-9 Empresa Ágil	R$ 41.749,39	R$ 70.539,37	R$ 69.543,17	R$ 181.831,93
3) Glosas realizadas	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**

Analisando os extratos bancários, conta corrente e aplicações, a instituição de saúde obteve Receita Líquida de **R$ 15.115.792,39 (quinze milhões, cento e quinze mil, setecentos e noventa e dois reais e trinta e nove centavos)**. A natureza dessas receitas foram repasses mensais e rendimentos de aplicação financeira. O demonstrativo acima também apresenta que não houve glosas realizadas no trimestre.

Em relação à sistemática de execução financeira do contrato firmado, verifica-se que os repasses à organização social contratada, por parte da SESAPI foram realizados de acordo com cumprimento do cronograma de desembolso pactuado.

Tabela 7: Repasse financeiro referente ao trimestre abril, maio e junho de 2025

RUBRICA	MÊS			TOTAL
	abr/25	mai/25	jun/25	
1) Valor Bruto (F500)	R$ 15.333.318,00	R$ 15.333.318,00	R$ 15.333.318,00	R$ 45.999.954,00
2) Valor Bruto Proporcional	R$ 4.914.189,53	R$ 4.914.189,53	R$ 4.914.189,53	R$ 14.742.568,59
2) Valor retido (10%)	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
3) Valor líquido (F500)	R$ 4.914.189,53	R$ 4.914.189,53	R$ 4.914.189,53	R$ 14.742.568,59
4) Glosas a realizar	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
Percentual a pagar do valor retido	100%	100%	100%	
SALDO A TRANSFERIR (=Valor retido* (100,00%) - Glosas a realizar)	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	**R$ 0,00**

No decorrer do 2º trimestre não houve retenções dos repasses mensais e nem glosas a realizar. Em decorrência disso a instituição de saúde, não há valores a receber referente ao repasse trimestral.

Tabela 8: Saldos bancários

	Saldo inicial	Saldo final
1) Conta corrente	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**
1.1) Banco do Brasil	R$ 0,00	R$ 0,00
1.2) Banco Santander	R$ 0,00	R$ 0,00
2) Conta aplicação	**R$ 12.076.649,01**	**R$ 11.500.744,55**
2.1) Aplicação 30.387-9 Simples Ágil	R$ 9.944.108,57	R$ 5.063.582,69
2.2) Aplicação 30.387-9 Empresa Agil	R$ 2.132.540,44	R$ 6.437.161,86
Total	**R$ 12.076.649,01**	**R$ 11.500.744,55**

O quadro acima apresenta os saldos bancários em 01/04/2025 e 30/04/2025. De acordo com o levantamento realizado pela CEMA, o Fundo de provisão (3% dos repasses) deveria ter **R$ 1.769.108,23 (um milhão, setecentos e sessenta e nove mil cento e oito reais e vinte e três centavos)**. Podemos observar que a instituição de saúde possui esse recurso em caixa, cumprindo com o que foi estabelecido no contrato de gestão.

5- CONCLUSÃO

A **Secretaria de Estado da Saúde do Piauí (SESAPI)**, por meio da **Diretoria de Unidade de Gestão em Saúde (DUGES)**, ressalta a importância da **Gestão Compartilhada do NOVO HOSPITAL REGIONAL DE PICOS (CIEMPI),** com uma **Organização Social forte, comprometida com valores sólidos e focada na qualificação da gestão por resultados**. O objetivo é consolidar uma **cogestão eficiente e transparente**, garantindo **maior resolutividade, qualidade e satisfação dos serviços prestados aos usuários do SUS**.

Reconhecemos o empenho da **Sociedade Brasileira Caminhos de Damasco (DAMASCO)**, que, com sua equipe técnica e de gestão – tanto local quanto nacional –, tem buscado continuamente a excelência em suas ações. A OSS tem demonstrado compromisso com o cumprimento das normas e diretrizes estabelecidas, fundamentando sua atuação em protocolos científicos e técnicos que visam **a adoção das melhores práticas e a minimização de riscos aos pacientes**.

Neste sentido, a **DUGES**, juntamente com a Comissão Especial de Monitoramento e Avaliação (CEMA), parabeniza a OSS, pelo desempenho alcançado com nota **A de EXCELÊNCIA,** neste segundo relatório do NOVO HOSPITAL REGIONAL DE PICOS (CIEMP)**.**

Certamente, ao longo deste ano, com o aumento das ofertas e a ampliação das atividades e do número de leitos crescente, a tendência é de que com os relatórios futuros, tragam resultados ainda mais expressivos, refletindo diretamente em mais qualidade e acesso à assistência prestada à população.

Atenciosamente,

Comissão Especial de Monitoramento e Avaliação (CEMA)

Diretoria de Unidade de Gestão em Saúde (DUGES)

Documento assinado eletronicamente por **LUCIANA PIRES EUGÊNIO GOMES - Matr.03763129**, **Coordenadora**, em 18/09/2025, às 14:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no Cap. III, Art. 14 do Decreto Estadual nº 18.142, de 28 de fevereiro de 2019.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.pi.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0019504283** e o código CRC **69A24F3B**.

Referência: Caso responda este Documento, indicar expressamente o Processo nº 00012.035627/2025-17 SEI nº 0019504283

Criado por luciana.pires@saude.pi.gov.br, versão 51 por luciana.pires@saude.pi.gov.br em 18/09/2025 14:34:44.

DOCUMENTOS PROFISSIONAIS

DECLARAÇÃO DA ESTRUTURA DIRETIVA

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco – SBCD, CNPJ: 48.211.585/0001-15, entidade não governamental, sem fins lucrativos, com sede na Rua Gabriela, n. 144, Município de Garça, Estado de São Paulo, CEP 17400-970, representada pelo seu presidente **Luis Antonio Picerni Herce**, brasileiro, solteiro, advogado, portador do RG n. 11.784.356-8, **INDICA,** para a Estrutura Diretiva das unidades os seguintes profissionais:

- **Diretor Geral: MARIO SAPEDE NETO**, brasileiro, casado, médico, portador da cédula de identidade RG nº 38.143.854-5, inscrito no CPF/MF: 387.388.408-98, e-mail mario.sapede@sbcdsaude.org.br; experiência desde agosto de 2021 na SBCD, responsável por supervisionar e avaliar o desempenho institucional, coordenar os setores técnico, administrativo e assistencial, garantir o cumprimento de contratos, convênios e normas legais, representar o hospital perante órgãos públicos e parceiros e tomar decisões estratégicas visando eficiência e sustentabilidade.

- **Diretor Técnico: BRÁS HENRIQUE DRINGOLI VIEIRA ALVES,** brasileiro, solteiro, gerente médico, inscrito no CPF/MF: e-mail bras.alves@sbcdsaude.org.br; experiência desde julho de 2024 na SBCD, responsável por supervisionar e coordena as atividades médicas e assistenciais, assegurar o cumprimento das normas éticas e técnicas da medicina, controla a qualidade e a segurança da assistência aos pacientes, definir e acompanha protocolos clínicos e escalas médicas, atuar na interlocução com a direção geral e administrativa, garantir o cumprimento das exigências dos Conselhos de Medicina e da vigilância sanitária.

- **Diretor Administrativo: FÁBIO ANDRÉ SANTOS PAMPOLHA**, brasileiro, casado, médico, inscrito no CPF nº 510.696.012-68, e-mail fabio.pampolha@sbcdsaude.org.br; experiência desde fevereiro de 2024 na SBCD, responsável por elaborar relatórios de execução e indicadores administrativos, assegurar o

bom funcionamento da infraestrutura hospitalar, propor melhorias nos processos administrativos e de gestão.

- **Diretor de Enfermagem: LUIZA PROCOPIO DE CARVALHO,** brasileiro, solteira, enfermeira, inscrito no CPF/MF: 099.250.596-82, e-mail luiza.carvalho@sbcdsaude.org.br; experiência desde julho de 2024 na SBCD, responsável por coordenar e supervisiona a equipe de enfermagem, organizar os serviços de enfermagem e controla escalas, garantir a qualidade, ética e segurança da assistência, promover capacitação contínua da equipe, monitorar indicadores de qualidade e desempenho assistencial, assegurar conformidade com as normas dos Conselhos de Enfermagem (COFEN/COREN).

Para tanto, os indicados declaram ciência dos termos acima:

DocuSigned by:
Mario Sapede Sapede Neto
43E407F4A4A4448...

MARIO SAPEDE NETO

Assinado por:
Fábio André Santos Pampolha
3FF8F06DE052487...

FÁBIO ANDRÉ SANTOS PAMPOLHA

DocuSigned by:
D179A73E6C714DB...

BRÁS HENRIQUE DRINGOLI VIEIRA ALVES

Assinado por:
Luiza Procopio de Carvalho
DB7E9BA9F4444B7...

LUIZA PROCOPIO DE CARVALHO

Por ser expressão da verdade, firma a presente declaração. Nada mais.

São Paulo, 27 de outubro de 2025.

DocuSigned by:
Luis Antonio Picerni Herce
64F8CD58A0EC4C1...

SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO

Luis Antonio Picerni Herce

Mario Sapede Neto

Médico, Brasileiro, Casado. Natural de São Paulo/SP
RG: 38.143.854-5 / CPF: 387.388.408-98 / CRM 170.020-SP
Data de Nascimento: 03 de novembro de 1990.
Rua Marajó, 187, Loteamento Condomínio Fazenda da Ilha, Bolsão 01 – Embu Guaçu – São Paulo
Telefone: (11)99636-0359
E-mail: mariosapede@gmail.com / mario.sapede@sbcdsaude.org.br

FORMAÇÃO

☐ Médico Graduado no curso de Medicina da Universidade Anhembi Morumbi. 2009 - 2014.

☐ Pós Graduação em Pediatria pela Faculdade de Ciências da Saúde de São Paulo. 2016 – 2018.

☐ Médico Pediatra Titulado pela Sociedade Brasileira de Pediatria. 2019.

☐ Pós Graduado em Gestão de Serviços Hospitalares do Hospital Israelita Albert Einstein. 2019 - 2020.

☐ Médico Especialista em Medicina Preventiva e Social Titulado pela Associação Brasileira de Medicina Preventiva e Administração em Saúde. 2021.

☐ Médico com Área de Atuação em Administração em Saúde pela Associação Brasileira de Medicina Preventiva e Administração em Saúde. 2021.

FORMAÇÃO COMPLEMENTAR

☐ 2024

- Curso de Aprimoramento Profissional em Gestão em Saúde 5.0 - Futuro e Tendencias para a Saúde. Realizado pela Faculdade do Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Associação Beneficente Síria Hcor e Faculdade de Ciências da Saúde Moinhos de Vento.

☐ 2022

- Curso de PALS Provider – Suporte Avançado de vida em Pediatria. Realizado no Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Validade Setembro de 2024.

☐ 2019

- Curso Intensivo de Atualização em Pediatria Clínica. Realizado no Instituto da Criança da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

☐ 2018

- Curso de ACLS Provider – Suporte Avançado de vida em Cardiologia. Realizado no Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Validade Dezembro de 2020.

☐ 2015

- Curso de ATLS – Suporte Avançado de Vida no Trauma. Realizado na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP. Validade Setembro 2019.

☐ 2012

- XXIII Curso de Toxicologia Clínica - CEATOX-SP. Realizado no Instituto da Criança da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

PRODUÇÃO BIBLIOGRÁFICA

☐ 2014

1. MORELLI, S. G. S.; SAPEDE NETO, M.; SILVA, A. T. C.. **Burnout em médicos da Atenção Primária: uma revisão sistemática.** Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2014.

☐ 2012

2. SAPEDE NETO, M.; TRUDA, V. S.; AMANTHEA, F. A.; LIU, J. ; KIM, V.; TANIGUCHI, F.; MELO, M.; YAMAGUCHI, N.. **Programa de Combate ao Tabagismo**. Diagnóstico e Tratamento. São Paulo, 2012. (Prefácio, Pósfacio/Prefácio)>.

ATIVIDADES PROFISSIONAIS ATUAIS

☐ Superintendente Hospitalar da Sociedade Brasileira Caminho de Damasco desde setembro de 2023;

☐ Médico Socorrista estatutário da cidade de Itapecerica da Serra desde março de 2022;

☐ Responsável Técnico na Casa de Repouso Pousada Por do Sol desde fevereiro de 2015;

ATIVIDADES PROFISSIONAIS ANTERIORES

☐ Gerente Médico Institucional da Sociedade Brasileira Caminho de Damasco entre agosto de 2021 a novembro de 2023;

☐ Médico Pediatra Plantonista no Pronto Socorro Municipal de Avaré entre março de 2021 a novembro de 2022;

☐ Médico Pediatra no Consultório Médico DIGMED entre junho de 2017 a julho de 2023;

☐ Médico da Unidade de Suporte Avançado da Autopista Regis Bittencourt entre março de 2015 a agosto de 2021;

☐ Diretor Técnico do Hospital Municipal de Itu entre 14 de fevereiro de 2020 e agosto de 2021;

☐ Coordenador Médico e plantonista do serviço de 192 de Itu entre novembro de 2018 e maio de 2020;

☐ Diretor Clínico da UPA 24h Nossa Senhora Aparecida em Itu entre março de 2019 e fevereiro de 2020;

☐ Médico Pediatra da cidade de São Lourenço da Serra entre outubro de 2017 e dezembro de 2019;

☐ Diretor Técnico da Unidade Mista de Saúde de Juquitiba – SP entre fevereiro de 2017 a dezembro de 2018;

☐ Médico da Unidade de Suporte Avançado da Rodovia Rota das Bandeiras entre janeiro de 2016 e março de 2017;

☐ Médico da Unidade de Suporte Avançado do Rodoanel Mario Covas – Trecho Sul entre novembro de 2017 e outubro de 2018;

☐ Médico Clínico Geral e Pediatra no Instituto Médico São Cristóvão entre dezembro de 2014 e junho de 2016;

☐ Médico Plantonista no AMA Lauzane Paulista entre agosto de 2015 e janeiro de 2017;

☐ Médico Plantonista no Pronto Socorro de São Lourenço da Serra – SP entre outubro de 2017 e junho de 2018;

☐ Médico Plantonista no Pronto Socorro de Iguape – SP entre dezembro de 2014 e julho de 2015;

☐ Plantonista Estagiário no Centro de Assistência Toxicológica do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo entre junho de 2012 e junho de 2013;

☐ Presidente do Diretório Acadêmico Sergio Timerman do curso de Medicina da Universidade Anhembi Morumbi no ano de 2011;

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

☐ Inglês Intermediário (entende bem, lê bem, fala intermediário, escrita intermediária);

☐ Espanhol Básico;

☐ Conhecimento Avançado em Informática.

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco
8 a 1 m

- **Superintendente Hospitalar**
  Tempo integral
  set de 2023 - o momento · 1 ano 6 meses
  Presencial

- **Gerente Médico Institucional**
  Tempo integral
  set de 2021 - nov de 2023 · 2 anos 3 meses
  São Paulo, Brasil · Presencial

- **Diretor Técnico Hospital Municipal de Itu**
  Tempo integral
  fev de 2020 - ago de 2021 · 1 ano 7 meses

- **Coordenador Médico 192 Itu**
  nov de 2018 - mai de 2020 · 1 ano 7 meses

- **Diretor Clínico UPA 24h Nossa Senhora Aparecida**
  Tempo integral
  mar de 2019 - fev de 2020 · 1 ano

- **Diretor Médico UMS Juquitiba**
  Tempo integral
  fev de 2017 - dez de 2018 · 1 ano 11 meses

Sociedade Beneficente
Caminho de Damasco - SBCD

A Associação Brasileira de Medicina Preventiva e Administração em Saúde

A/C Dr. Antônio Eduardo Fernandes D'Aguiar
Diretor Presidente

São Paulo, 22 de setembro de 2021

Declaro para fins de Exame para Obtenção do Título de Especialista em Medicina Preventiva e Social e Exame para obtenção do Certificado de Área de Atuação em Administração em Saúde que o Dr. Mario Sapede Neto, médico inscrito sob CRM 170.020, presta serviços à Sociedade Beneficente Caminho de Damasco, inscrita no CNPJ 48.211.585/0001-15, desde março de 2017 na área de Administração em Saúde em funções de direção, chefia, gerência, assessoria, supervisão ou coordenação técnico-administrativa, nos cargos e períodos abaixo:

- Diretor Técnico do Hospital Municipal de Itu entre 14 de fevereiro de 2020 a agosto de 2021;
- Coordenador Médico do serviço de 192 de Itu entre novembro de 2018 a abril de 2020;
- Diretor Clínico da UPA 24h Nossa Senhora Aparecida em Itu entre março de 2019 a fevereiro de 2020;
- Diretor Técnico da Unidade Mista de Saúde de Juquitiba – SP entre março de 2017 a abril de 2019;

Atualmente o Dr. Mario Sapede exerce a função de Gerente Médico Institucional da Sociedade Beneficente Caminho de Damasco desde agosto de 2021.

24º INDIANÓPOLIS

Luis Antônio Picerni Herce
Presidente da Sociedade Beneficente Caminho de Damasco

24º SUBDISTRITO REGISTRO CIVIL
"INDIANÓPOLIS"
Alex Moreira Santos Junior
ESCREVENTE AUTORIZADO

Universidade Anhembi Morumbi

O Reitor da Universidade Anhembi Morumbi, Prof. Dr. Oscar Hipólito no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do

Curso de Medicina

em 10 de dezembro de 2014, confere o título de

Médico a

Mario Sapede Neto

brasileiro, natural do Estado de São Paulo, nascido a 03 de novembro de 1990
R. G. n.º 38.143.854-5 - SP

e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

São Paulo, 17 de dezembro de 2014.

universidade anhembi morumbi

Prof. Dr. Oscar Hipólito
Reitor

Regiane Aparecida Penteado Pontes
Secretária Geral

Mario Sapede Neto

UNIVERSIDADE ANHEMBI MORUMBI

CURSO DE MEDICINA

Reconhecido pela Portaria Ministerial n.º 606
de 19-11-2013 – D.O.U. de 20-11-2013.

UNIVERSIDADE ANHEMBI MORUMBI

Diploma Registrado sob o n.º 157306

Processo n.º 13489/15, nos termos do

Art. 48 § 1º da Lei 9394/96.

São Paulo, 26 de fevereiro de 2015

Elisabete da Silva Torres
Setor de Registro de Diplomas

De acordo.

Regiane Aparecida Penteado Pontes
Secretária Geral

ALBERT EINSTEIN
FACULDADE ISRAELITA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CERTIFICADO

Conferimos a **Mario Sapede Neto**, **RG. 38.143.854-5**, o presente certificado de conclusão do curso de Pós-Graduação *lato sensu* em:

Gestão de Serviços Hospitalares

na área de conhecimento em Administração de Setores Específicos, promovido pela Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, credenciado pela Portaria Ministerial MEC/SERES n.º 1 de 06/01/2012 e D.O.U. de 09/01/2012, realizado no período de 01/09/2019 a 31/08/2020, compreendendo 420 horas.

São Paulo, 29 de março de 2021.

Felipe de Freitas Mendonça Marques
Secretário Acadêmico da Pós-graduação

Profª Drª. Olga Guilhermina Dias Farah
Diretora de Ensino Superior

Titulado

Pós-Graduação *lato sensu*

HISTÓRICO ESCOLAR 2019-6				
Disciplina	**Corpo Docente**		**Carga Horária**	**Nota da Disciplina**
	Professor	**Titulação**	**h/a**	
Gestão da Informação e do Conhecimento	Sandra Christina Pereira Lima	Mestre	30	10,0
Ciclo Contábil-Financeiro	Cléber de Moraes Motta	Especialista	30	9,0
Cadeia de Suprimentos	Robson Danúbio da Silva César	Mestre	30	8,0
Estágio	Sandra Christina Pereira Lima	Mestre	40	10,0
Gestão Comercial	Cléber de Moraes Motta	Especialista	30	7,5
Gestão de Facilities	Lincoln Aragoni Gomes	Especialista	30	10,0
Gestão por Processos	Paula Vitali Miclos	Doutora	30	10,0
Gestão de Pessoas e Produtividades	Simone Cristina Azevedo Silva	Especialista	36	10,0
Introdução à Administração em Saúde e Gerenciamento de Projetos	Rubens Baptista Junior	Especialista	30	10,0
Metodologia da Pesquisa Científica	Olga Guilhermina Dias Farah	Doutora	24	8,7
Qualidade e Segurança em Saúde	Sandra Christina Pereira Lima	Mestre	50	10,0
Trabalho de Conclusão de Curso	Paula Vitali Miclos	Doutora	60	7,5
Carga horária total em hora/aula	---	---	**420**	---

Monografia: "O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E A IMPORTÂNCIA DAS ILPI'S COMO EMPREENDIMENTO", aprovada com nota 7,5

OBSERVAÇÃO: Este curso cumpre as exigências regulamentares da Resolução n.º 1 de 6 de abril de 2018 do Conselho Nacional de Educação.

São Paulo, 29 de março de 2021.

CERTIFICADO registrado sob o n.º 1505/21

Fl. 40 do livro RC 06

Em 15 de junho de 2021

DocuSign Envelope ID: FF2276B2-5913-46AE-BA8A-1F91277A6FB1

AMB
Associação Médica Brasileira

ABRAMPAS
Associação Brasileira de Medicina Preventiva e Administração em Saúde

Associação Médica Brasileira
Associação Brasileira de Medicina Preventiva
e Administração em Saúde

conferem ao

Dr. Mario Sapede Neto

portador do Título de Especialista em Pediatria o

Certificado de Atuação na Área de Administração em Saúde

São Paulo, 10 de dezembro de 2021

DocuSigned by:
C02F89FF6F7645F...
Dr. César Eduardo Fernandes
Presidente da AMB

DocuSigned by:
Antonio José Gonçalves
ABE35BB95536442...
Dr. Antonio José Gonçalves
Secretário-Geral da AMB

DocuSigned by:
Antonio Eduardo Fernandes D'Aguiar
2E56F98D81A142C...
Dr. Antônio Eduardo Fernandes D'Aguiar
Presidente da ABRAMPAS

DocuSigned by:
958C61F8C1BE4CE...
Dr. Raphael Tadashi Kaneko
Secretário-Geral da ABRAMPAS

DocuSign Envelope ID: FF2276B2-5913-46AE-BA8A-1F91277A6FB1

Registro 215294

Assinaram o Presidente e o Secretário Geral em exercício na data do registro.

Realização: OSWALDO CRUZ HOSPITAL ALEMÃO | hcor ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE SÍRIA | HOSPITAL MOINHOS DE VENTO

CERTIFICADO

A Faculdade do Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Associação Beneficente Síria Hcor
e Faculdade de Ciências da Saúde Moinhos de Vento,
certificam para os devidos fins que

Mario Neto

concluiu o Curso de Aprimoramento Profissional em
Gestão em Saúde 5.0 - Futuro e Tendências para a Saúde,
com carga horária de 180 horas.

São Paulo, segunda-feira, 11 de março de 2024

Profa. Ma. Elaine Emi Ito
Diretora Acadêmica
Hospital Alemão Oswaldo Cruz

Dr. Alexandre Biasi Cavalcanti
Superintendente de Ensino e Pesquisa
Associação Beneficente Síria Hcor

Ma. Vania Röhsig
Superintendente Assistencial e de Educação
Hospital Moinhos de Vento

Módulo 1 - Gestão em Saúde: Cases de Sucesso:

Aula 1 - Gestão em saúde baseada em valores e evidências
Aula 2 - Jornada do Paciente e Participação do Usuário
Aula 3 - Saúde Integral e Saúde Populacional
Aula 4 - Open Healh (LGPD, Compliance, Ética e Confidencialidade)
Aula 5 - ESG na Prática: desafios e oportunidades
Aula 6 - Novos Modelos de Negócio
Aula 7 - Análise e Gestão de Resultados Econômicos
Aula 8 - Gestão de Risco e Qualidade de Segurança
Aula 9 - Cases de Excelência em Saúde no Brasil e no Mundo

Módulo 2 - Tecnologias e Inovação em Saúde (Hype cycle healthcare):

Aula 1 - Inteligência Artificial e Machine Learning
Aula 2 - Metaverso na Saúde - Realidade Virtual e Aumentada Aplicada à Saúde
Aula 3 - IoMT - Internet das Coisas Médicas
Aula 4 - Data Science, Big Data e Analytics
Aula 5 - Startups do Mercado Healthtech

Módulo 3 - Futuro e Tendências para a Saúde:

Aula 1 - Marketing Digital e Comunicação em Saúde: novas tendências
Aula 2 - Planejamento Estratégico na Saúde: futuro
Aula 3 - Novas Estratégias em Gestão de Pessoas
Aula 4 - Gestão de Projetos e Metodologias Ágeis
Aula 5 - Tecnologias emergentes na saúde
Aula 6 - 5G na Saúde

Docusign Envelope ID: FF98DFEB-D39B-4F6F-94EA-313B3EEC1478

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS

Mediante o presente **Instrumento Particular**, de um lado,

SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO - SBCD, inscrita no CNPJ sob nº **48.211.585/0023-20**, estabelecida na Rua da Convenção, nº 550, Vila Nova, na cidade de Itu/SP, CEP 13.309-000, neste ato representada em conformidade com seu estatuto social, por seu Presidente Dr. Luis Antonio Picerni Herce, doravante denominada **CONTRATANTE**, e de outro lado,

BRÁS HENRIQUE SERVIÇOS MÉDICOS EIRELI, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 23.983.707/0001-60, com sede na Rua Madre Maria Inês, nº 598 – Jardim Rec. Dos Pássaros – Município de São João da Boa Vista, Estado de São Paulo – CEP: 13873-524, neste ato representado em conformidade com seu contrato social, pelo Dr. Brás Henrique Dringoli Vieira Alves, devidamente inscrito no CRM sob o nº 176768/SP, doravante denominada **CONTRATADA**, e quando em conjunto designadas como **PARTES**, resolvem, entre si, justo e de comum acordo, na melhor forma de direito, firmar o presente Contrato de prestação de serviços Médicos na especialidade de Gerência Médica das Unidades do Hospital Municipal de Itu - HMI/SP, que reger-se-á pelas cláusulas e condições abaixo estipuladas, pelas quais as **PARTES** se obrigam por si e seus sucessores, que mutuamente aceitam e outorgam:

Cláusula Primeira
Do Objeto

1.1. O objeto do presente contrato se caracteriza pela prestação de serviços Médicos na especialidade de Gerência Médica no **Hospital Municipal de Itu (HMI)- Itu/SP, Endereço à R. Convenção, 550 - Vila Nova, Itu - SP, 13309-000** para atender a demanda do contrato de gestão n. 119/2024 firmado entre a **CONTRATANTE** e o Município de Itu/ SP, de conhecimento total da **CONTRATADA**.

Cláusula Segunda
Da Vigência

2.1. O presente contrato terá prazo de vigência com efeitos e início a partir de 01/07/2024, se limitando a data 28/06/2028 de término do Contrato de Gestão sob nº. 119/2024 celebrado entre a **CONTRATANTE** e o Município de ITU/SP, que é de total conhecimento da **CONTRATADA**.

2.2. Em caso de desistência de uma das Partes, durante o período de vigência supracitado, poderá ser dado por findo este, desde que a parte desistente comunique por escrito a outra parte com no mínimo 30 (trinta) dias de antecedência.

Este documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ALEX MOREIRA SANTOS JUNIOR, em quarta-feira, 30 de abril de 2025 11:05:30 GMT-03:00, CNS: 11.503-0 - OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS - 24º SUBDISTRITO INDIANÓPOLIS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

Docusign Envelope ID: FF98DFEB-D39B-4F6F-94EA-313B3EEC1478

2.3. A **CONTRATANTE** poderá comunicar por escrito a rescisão imediata deste instrumento por conta do término ou rescisão do contrato de gestão desta com Munícipio de ITU/SP, por intermédio da Secretaria de Saúde, situação na qual não haverá quaisquer ônus para as Partes.

2.4. Qualquer renovação do prazo de vigência estabelecido neste contrato, deverá ser realizado de comum acordo pelas Partes e por termo aditivo devidamente assinado, não podendo ser renovado automaticamente por prazo indeterminado.

Cláusula Terceira
Do Preço e Forma de Pagamento

3.1. Pela prestação dos serviços objeto deste instrumento, a **CONTRATANTE** pagará à **CONTRATADA**, pela prestação de serviços Médicos na especialidade de Gerência Médica o valor total mensal de R$ 20.000,00 (vinte mil) reais, por meio de nota fiscal a ser emitida pela **CONTRATADA** e enviada com 15 (quinze) dias de antecedência ao endereço de e-mail: contratos@sbcdsaude.org.br, juntamente com as escalas médicas, relatório de produção e as seguintes certidões:

i. Certidão negativa de Débitos Tributários;
ii. Certificado de Regularidade do Empregador – FGTS;
iii. Certidão negativa de débitos Trabalhista;
iv. Cartão de CNPJ; e
v. Simples Nacional

3.2. Na composição da remuneração estão incluídos todos os custos da **CONTRATADA**, entre eles as alíquotas dos tributos de acordo com o perfil e enquadramento da empresa e manutenção de serviços.

3.3. A remuneração será paga até o 20º (vigésimo) dia do mês subsequente ao serviço prestado, através de depósito bancário em nome apenas da **CONTRATADA**.

Banco Itaú – Agência 0022 – Conta Jurídica 08860-3

3.3.1. Caso este dia recaia em um feriado ou em um final de semana, considera-se o pagamento para o próximo dia útil subsequente.

3.4. Para pagamento do valor disposto na cláusula **3.1.** do presente instrumento, a **CONTRATADA** deverá apresentar as notas fiscais à **CONTRATANTE**.

3.4.1. Caso seja comprovado algum erro, as notas deverão ser corrigidas através de carta de correção ou Nota Fiscal complementar e os respectivos pagamentos serão sustados até sua efetiva correção, sem que isso implique na paralisação dos serviços ou qualquer reajuste, caso o pagamento, em virtude do erro constatado, se der após a data de seu vencimento.

Este documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ALEX MOREIRA SANTOS JUNIOR, em quarta-feira, 30 de abril de 2025 11:05:30 GMT-03:00, CNS: 11.503-0 - OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS - 24º SUBDISTRITO INDIANÓPOLIS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

Docusign Envelope ID: FF98DFEB-D39B-4F6F-94EA-313B3EEC1478

3.5. Caso ocorra atraso no pagamento da fatura, por falta exclusiva da **CONTRATANTE**, incidirá sobre o valor em aberto a cobrança de multa de 2% (dois por cento) e juros de 1% (um por cento) ao mês, calculados por *rata die*.

3.6. O valor indicado na cláusula 3.1 é fixo e sob demanda, somente, poderá ser ajustado mediante negociação entre as partes, observadas, todavia, além da limitação orçamentária ao qual a **CONTRATANTE** está vinculado, a periodicidade mínima permitida pela legislação em vigor nesta data, somente após 12 (doze) meses da data de início do contrato, mediante aditivo ao contrato devidamente assinado pelas partes.

Cláusula Quarta
Das Obrigações da Contratada

4.1 A **CONTRATADA** se obriga a prestar para a **CONTRATANTE** os serviços descritos na **Cláusula Primeira** deste contrato, para a **CONTRATANTE**.

4.2 A **CONTRATADA** se compromete a executar os serviços contratados da melhor forma possível através da utilização de todo o seu conhecimento e capacidade técnica, em especial por meio do Dr. Brás Henrique Dringoli Vieira Alves, inscrito no Conselho Regional de Medicina sob o nº 176768/SP.

4.3. A **CONTRATADA** ainda se obriga a:

i. Prestar os serviços contratados conforme escala de serviços e períodos previamente determinados pela **CONTRATANTE;**
ii. Prestar as informações que lhe forem solicitadas pela **CONTRATANTE** ou por órgãos de fiscalização e controle a respeito dos serviços, atendimentos e demais dados relacionados sua atuação profissional perante a unidade de saúde, observadas as questões éticas e o sigilo profissional;
iii. Desempenhar suas atividades em conformidade com as normas gerais editadas pelo Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Conselho Federal de Medicina, regulamentos e diretrizes fixadas pela **CONTRATANTE** ou pelo ente público que figura no contrato de gestão;
iv. Apresentar mensalmente à **CONTRATANTE** relatório das atividades exercidas por força deste instrumento;
v. Preencher corretamente as fichas, formulários e outros documentos solicitados a respeito de suas atividades;
vi. Responsabilizar-se por todos os encargos trabalhistas, previdenciários, securitários, fiscais e comerciais, de seus funcionários, resultantes da execução deste instrumento, não transferindo à **CONTRATANTE** as responsabilidades por seus pagamentos, não podendo, assim, modificar o objeto do instrumento ou restringir a sua regularização;
vii. Garantir a qualidade dos serviços.

Este documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ALEX MOREIRA SANTOS JUNIOR, em quarta-feira, 30 de abril de 2025 11:05:30 GMT-03:00, CNS: 11.503-0 - OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS - 24º SUBDISTRITO INDIANÓPOLIS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

Docusign Envelope ID: FF98DFEB-D39B-4F6F-94EA-313B3EEC1478

4.4. Caso a **CONTRATANTE** venha a ser citada para integrar polo passivo de reclamação trabalhista, cível ou comercial ajuizada contra a **CONTRATANTE** e/ou a **CONTRATADA** e/ou qualquer subcontratado desta última por empregado ou contratado envolvido, direta ou indiretamente, na execução dos serviços, a **CONTRATANTE** fica expressamente autorizada a:

i. Reter da **CONTRATADA**, com base neste contrato, importância tão próxima quanto possível do valor das parcelas pleiteadas, a partir do 1º (primeiro) faturamento após a ocorrência do disposto nesta cláusula, caso a autoridade judiciária não a exclua do processo; e

ii. Ressarcir-se, nas mesmas condições acima previstas e independentemente do resultado da ação, do valor das despesas que forem despendidas ou incorridas pela **CONTRATANTE**, incluindo honorários de advogado, pericias judiciais, depósitos recursais e de garantias de execução, sejam provisórios ou definitivos, bem como as despesas incorridas na elaboração de petições e nos deslocamentos para audiência, o mesmo ocorrendo quanto ao preposto da **CONTRATANTE**, além das despesas, custas e emolumentos judiciais e do custo que incorrer para produzir suas provas.

Cláusula Quinta
Obrigações da Contratante

5.1. Cabe à **CONTRATANTE** pagar pontualmente os valores acordados quando da efetiva prestação dos serviços, na forma estipulada na cláusula **3.1**. do presente contrato e/ou quaisquer outros que vierem a ser previstos em Aditivos Contratuais.

5.2. Cabe à **CONTRATANTE**, ainda, proporcionar as condições necessárias para que a **CONTRATADA** possa desempenhar adequadamente os serviços contratados.

Cláusula Sexta
Da Rescisão

6.1. Considerar-se-á rescindido este contrato por quaisquer das Partes, independentemente de formalidade judicial ou extrajudicial, desde que ocorridas quaisquer das seguintes hipóteses:

i. Inadimplemento das obrigações por quaisquer das Partes;
ii. Se quaisquer das Partes requererem recuperação judicial ou extrajudicial, tornarem-se insolvente ou tiverem sua falência requerida;
iii. Motivos de força maior ou caso fortuito, conforme previstos no Código Civil Brasileiro, e que impeçam a consecução do objeto do presente instrumento;
iv. Rescisão ou término do contrato de gestão firmado entre a **CONTRATANTE** e o Município de Itu; e
v. Hipótese prevista na Cláusula Vigência.

Este documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ALEX MOREIRA SANTOS JUNIOR, em quarta-feira, 30 de abril de 2025 11:05:30 GMT-03:00, CNS: 11.503-0 - OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS - 24º SUBDISTRITO INDIANÓPOLIS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

Docusign Envelope ID: FF98DFEB-D39B-4F6F-94EA-313B3EEC1478

6.2. Caso a natureza do inadimplemento das obrigações não seja monetária, será concedido à Parte faltosa 05 (cinco) dias para sanar a violação, após notificação encaminhada pela Parte prejudicada especificando a falta e exigindo a correção pela outra Parte. Somente depois de decorrido o prazo final previsto nesta cláusula, contados da notificação da Parte inocente, é que haverá a rescisão do contrato nos termos da cláusula 6, item i do presente Contrato.

Cláusula Sétima
Das Disposições Gerais

7.1. O presente contrato expresso plenamente o entendimento entre as **PARTES** e todos os acertos anteriores, orais ou escritos ficam por meio deste cancelados. Os aditamentos a este Instrumento deverão ser celebrados por escrito e firmados pelas **PARTES** através de seus representantes legais.

7.2. Será considerada nula qualquer cessão deste contrato, de direitos ou obrigações decorrentes, por qualquer das **PARTES**, sem o prévio consentimento por escrito da outra parte.

7.3. A tolerância no descumprimento total ou parcial de qualquer disposição deste contrato por qualquer das **PARTES** não afetará sua validade nem implicará em novação das obrigações assumidas, significando mera liberdade pela outra parte.

7.4. A nulidade de quaisquer das disposições e/ou cláusulas deste contrato não prejudicará as demais disposições nele contidas, as quais permanecerão válidas e produzirão seus efeitos de direito, obrigando as **PARTES** contratantes.

7.5. Nenhuma das **PARTES** será responsável perante a outra pelo descumprimento de suas obrigações contratuais em decorrência de eventos de Força Maior ou Caso Fortuito, enquanto perdurarem e tiverem efeito, desde que comunique, por escrito, o fato, às demais partes, no prazo máximo de 03 (três) dias a contar da data da respectiva ocorrência.

7.6. Para os efeitos da cláusula **7.5.** do presente contrato, a ocorrência de Caso Fortuito ou Força Maior, tal como definido no parágrafo único do artigo 393 do Código Civil, eximirá as **PARTES** de suas obrigações enquanto estas circunstâncias persistirem, observando-se, entretanto, o previsto no artigo 399 do mesmo instituto legal e desde que imediatamente comunicada.

7.7. As **PARTES** se obrigam a manter a confidencialidade sobre todos os termos e negociações do presente instrumento, não os divulgando sob nenhuma forma, obrigando-se, ainda, as **PARTES** por si, seus empregados e prepostos, a manter sigilo sobre quaisquer dados, materiais, documentos, especificações técnicas ou comerciais, inovações ou aperfeiçoamentos da outra parte, que venham a ter acesso ou conhecimento, em razão do presente instrumento, não podendo, sobre qualquer pretexto ou desculpa, omissão, culpa ou dolo, revelar, reproduzir ou deles dar conhecimento público, salvo se houver consentimento expresso da outra parte, em documento próprio, por escrito. A obrigação prevista neste item subsistirá a qualquer tempo, inclusive após o término do presente instrumento.

Este documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ALEX MOREIRA SANTOS JUNIOR, em quarta-feira, 30 de abril de 2025 11:05:30 GMT-03:00, CNS: 11.503-0 - OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS - 24º SUBDISTRITO INDIANÓPOLIS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

Docusign Envelope ID: FF98DFEB-D39B-4F6F-94EA-313B3EEC1478

7.8. A **CONTRATADA** se declara apta à execução dos serviços aqui contratados, e que está regularmente inscrita junto aos órgãos competentes para tanto.

7.9. A **CONTRATADA** se obriga a participar de reuniões com a **CONTRATANTE**, quando solicitada antecipadamente.

7.10. As **PARTES** são consideradas, para todos os fins e efeitos de direito, como empresas absolutamente independentes, não criando este instrumento qualquer outra ligação entre elas além daquela gerada por força do presente ajuste, de natureza notadamente comercial, ou seja, o presente instrumento não firma em hipótese nenhuma, vínculo trabalhista ou associativo entre as **PARTES**, bem como entre seus funcionários e/ou prepostos.

7.11. O presente contrato obriga as **PARTES**, seus sucessores e/ou remanescentes.

7.12. Os tributos em geral que forem devidos em decorrência direta ou indireta do presente contrato e sua execução, constituem ônus de responsabilidade exclusiva do respectivo contribuinte, conforme definido pela norma tributária vigente.

7.13. As **PARTES** declaram e garantem, reciprocamente, que têm poderes para realizar este negócio e que o cumprimento deste contrato não infringe eventuais disposições legais que lhes foram aplicadas.

7.14. As Partes declaram, aceitam e ratificam, para os devidos fins legais que a assinatura deste Instrumento a mão ou por qualquer meio eletrônico, com ou sem certificado pela ICP-Brasil, inclusive e não exclusivamente Docusign ou qualquer meio de assinatura digital ou eletrônico, é considerada válida e plenamente eficaz pelas Partes, que a admitem como válida e apta a produzir de pleno direito todos os efeitos jurídicos decorrentes das obrigações e direitos decorrentes do presente Contrato e vincular as Partes, que renunciam neste ato a qualquer discussão relacionada à referida assinatura.

7.15. As partes dispensam a assinatura das testemunhas, conforme permite o art.784, 4° do CPC.

Cláusula Oitava
Da Lei Anticorrupção

8.1 As partes declaram neste ato que estão cientes, conhecem e entendem os termos da Lei 12.846/2013 e demais leis e diretrizes de anticorrupção, comprometendo-se, assim, a absterem-se de qualquer atividade que constitua uma violação das disposições destas Regras Anticorrupção.

8.2. Durante a execução desse contrato a **CONTRATADA** concorda que não deverá, por si e por seus administradores, diretores, subcontratados, consultores, fornecedores, representantes ou outros intermediários, oferecer, pagar, prometer pagar, ou autorizar o pagamento de qualquer dinheiro ou qualquer coisa de valor, direta ou indiretamente, incluindo, entre outros, suborno, entretenimento ou propina ("Pagamentos Impróprios"),

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ALEX MOREIRA SANTOS JUNIOR, em quarta-feira, 30 de abril de 2025 11:05:30 GMT-03:00, CNS: 11.503-0 - OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS - 24º SUBDISTRITO INDIANÓPOLIS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

Docusign Envelope ID: FF98DFEB-D39B-4F6F-94EA-313B3EEC1478

com a finalidade de influenciar qualquer ato ou decisão ou para assegurar qualquer vantagem indevida, ou direcionar negócios para qualquer das partes contratantes, a:

8.2.1. Nenhum oficial de Governo, funcionário de empresa estatal, partido político ou oficial deste, ou candidatos a cargos políticos;

8.2.2 Nenhuma pessoa enquanto souber ou suspeitar ou ter motivos para suspeitar que tal dinheiro ou outra coisa de valor seja repassada, na integra ou em parte, a um oficial de Governo ou um funcionário de uma empresa comercial estatal ou um oficial de um partido político ou candidato a cargo público;

8.2.3. Nenhuma outra pessoa para lhe encorajar a realizar suas funções ou deveres de maneira impropria ou recompensar uma pessoa por ter feito algo, independentemente se tal pessoa seja ou não um oficial de Governo.

8.3. CONTRATADA se obriga, sob as penas previstas no presente instrumento e na legislação aplicável, a observar e cumprir rigorosamente todas as leis cabíveis, incluindo, mas não se limitando a legislação brasileira anticorrupção, a legislação brasileira contra a lavagem de dinheiro, assim com as normas e exigências constantes das políticas internas da **CONTRATANTE**.

8.4. A CONTRATADA declara e garante que não está envolvida direta ou indiretamente, por meio de seus representantes, administradores, diretores, conselheiros, sócios, acionistas, assessores ou consultores, em qualquer atividade ou prática que constitua uma infração aos termos das leis anticorrupção.

8.5. A CONTRATADA declara e garante que não se encontra, assim como seus representantes, administradores, diretores, conselheiros, sócios, acionistas, assessores ou consultores, direta ou indiretamente sob investigação em virtude de denúncias de suborno e/ou corrupção no curso de um processo judicial e/ou administrativo ou foi condenada ou indiciada sob a acuação de corrupção ou suborno, suspeita de práticas terroristas e/ou lavagem de dinheiro por qualquer entidade governamental.

8.6. A CONTRATADA declara que, direta ou indiretamente, não irá receber, transferir, manter, usar ou esconder recursos que decorram de qualquer atividade ilícita, bem como não irá contratar como empregado ou de alguma forma manter relacionamento profissional com pessoas físicas ou jurídicas envolvidas em atividades criminosas, em especial pessoas investigadas pelos delitos previstos nas leis anticorrupção, de lavagem de dinheiro, tráfico de drogas e terrorismo.

8.7. A CONTRATADA se obriga a notificar prontamente, por escrito, a **CONTRATANTE** a respeito de qualquer suspeita ou violação do disposto na lei anticorrupção, legislação cabível e/ou nas políticas internas da **CONTRATANTE**.

8.8. A CONTRATADA declara e garante que os atuais representantes da **CONTRATADA** não são funcionários públicos ou empregados do governo e que informará por escrito, no prazo de 03 (três) dias úteis, qualquer nomeação de seus representantes como funcionários públicos ou empregados do governo.

Este documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ALEX MOREIRA SANTOS JUNIOR, em quarta-feira, 30 de abril de 2025 11:05:30 GMT-03:00, CNS: 11.503-0 - OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS - 24º SUBDISTRITO INDIANÓPOLIS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

Docusign Envelope ID: FF98DFEB-D39B-4F6F-94EA-313B3EEC1478

8.9. A CONTRATANTE poderá, a seu exclusivo critério, rescindir o presente instrumento, caso a **CONTRATADA** mantenha representante que se enquadre na condição aqui prevista, não sendo aplicáveis, no caso, quaisquer multas ou penalidades à **CONTRATANTE** decorrente da rescisão.

8.10. Caso seja descoberto que uma das partes tenha infringido qualquer das cláusulas supra citadas, a parte inocente terá o direito de rescindir o presente instrumento por justa causa, ficando a parte infratora responsável por:

8.10.1. se responsabilizar por qualquer multa ou despesa incorrida pela parte inocente e que tenha conexão ao pagamento impróprio;

8.10.2. Indenizar e isentar a parte inocente de quaisquer custos, taxas, juros, multas ou outras responsabilidades incorridas em conexão com ou que surgir a partir de investigações ou de defesa contra qualquer litígio ou outro procedimento judicial, administrativo ou legal que figurar como parte envolvida, a partir de fatos ou omissões da parte infratora ou de qualquer um de seus subcontratados ou agentes.

Cláusula Nona
Da Lei Geral de Proteção de Dados

9.1. Declara a **CONTRATADA** que todos os documentos solicitados para execução deste contrato, os quais contenham dados pessoais e dados sensíveis permanecerão arquivados em seu servidor com a eficácia da gestão de dados e proteções exigidas de privacidade e confidencialidade nos termos da Lei Geral de Proteção de Dados.

9.2. Declara ainda que após o término do prazo de acompanhamento da contratação retro estabelecido, os dados pessoais e sensíveis advindos deste contrato serão eliminados da base de dados da **CONTRATADA** nos termos da Lei Geral de Proteção de Dados.

9.3. Caso haja alguma interrupção ou rescisão dos serviços da **CONTRATADA**, todos os arquivos e dados pessoais e sensíveis ao longo da relação comercial serão eliminados da base de dados da **CONTRATADA** nos termos da Lei Geral de Proteção de Dados.

9.4. A **CONTRATADA** designou como Encarregado de Proteção de Dados o Dr. Brás Henrique Dringoli Vieira Alves, RG: 47148761-2 SSP/SP, CPF 395.712.918-46 e Conselho de Classe CRM nº 176.768 /SP.

9.5. Tendo em vista que, pelo serviço ora prestado, a **CONTRATADA** figura como operadora de Dados Pessoais dos usuários vinculados ao **CONTRATANTE** figurando esta, em consequência, como controladora dos dados coletados, com responsabilidades recíprocas quanto ao tratamento, alinham entendimento que “Leis Aplicáveis à Proteção de Dados” significa todas as leis, normas e regulamentos que regem o tratamento de dados pessoais, especificamente, a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Federal n. 13/709/2018, “LGPD”), além das normas e dos regulamentos adotados pelas competentes autoridades de proteção de dados.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ALEX MOREIRA SANTOS JUNIOR, em quarta-feira, 30 de abril de 2025 11:05:30 GMT-03:00, CNS: 11.503-0 - OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS - 24º SUBDISTRITO INDIANÓPOLIS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

Docusign Envelope ID: FF98DFEB-D39B-4F6F-94EA-313B3EEC1478

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Cláusula Décima
Das Assinaturas Eletrônicas

10.1. As Partes declaram, aceitam e ratificam, para os devidos fins legais que a assinatura deste Instrumento a mão ou por qualquer meio eletrônico, com ou sem certificado pela ICP-Brasil, inclusive e não exclusivamente Docusign ou qualquer meio de assinatura digital ou eletrônico, é considerada válida e plenamente eficaz pelas Partes, que a admitem como válida e apta a produzir de pleno direito todos os efeitos jurídicos decorrentes das obrigações e direitos decorrentes do presente Contrato e vincular as Partes, que renunciam neste ato a qualquer discussão relacionada à referida assinatura.

10.2. As partes dispensam a assinatura das testemunhas, conforme permite o art.784, 4° do CPC.

Cláusula Décima Primeira
Dos Endereços e informações

11.1. As comunicações entre as partes devem ser encaminhadas para os seguintes endereços e/ou endereços eletrônico a seguir informados:

SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO - SBCD Endereço: Vieira de Morais, 1713, 7º andar, Campo Belo, São Paulo/SP, CEP: 04.617-015 Telefones: (11) 5090-3030 / Cel.: (11) 91040-8935 E-mail (faturamento): contratos@sbcdsaude.org.br
BRÁS HENRIQUE SERVIÇOS MÉDICOS EIRELI Endereço: Rua Madre Maria Inês, nº 598 – Jardim Rec. Dos Pássaros – Município de São João da Boa Vista, Estado de São Paulo/SP Telefone: 55 (11) 98162-5528 E-mail: bras.alves@sbcdsaude.org.br

11.2. A partes devem ser informadas a respeito de quaisquer mudanças dos meios de comunicação no prazo de 48 (quarenta e oito) horas.

Cláusula Décima Segunda
Do Foro de Eleição

12.1. Fica eleito o Foro da Comarca de Itu/SP, para dirimir qualquer litígio decorrente do presente contrato que não possa ser resolvido por meio amigável, com expressa renúncia a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Este documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ALEX MOREIRA SANTOS JUNIOR, em quarta-feira, 30 de abril de 2025 11:05:30 GMT-03:00, CNS: 11.503-0 - OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS - 24º SUBDISTRITO INDIANÓPOLIS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

Docusign Envelope ID: FF98DFEB-D39B-4F6F-94EA-313B3EEC1478

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

E, por estarem assim de acordo em todas as condições e cláusulas estabelecidas neste contrato, firmam este instrumento particular de contrato, assinado pelas partes abaixo

Itu/SP, 30 de julho de 2024.

DocuSigned by:
Luis Antonio Picerni Herce
64F8CD58A0FC4C1...

SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO
Dr. Luis Antonio Picerni Herce
CONTRATANTE

DocuSigned by:
640A1BDD5B52488...
ANDREIA ZAMBONINI
Aprov:Ger.Contratos

DocuSigned by:
D179A73F6C714DB...

BRÁS HENRIQUE SERVIÇOS MÉDICOS EIRELI
Dr. Brás Henrique Dringoli Vieira Alves
CONTRATADA

Aprovação

Este documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ALEX MOREIRA SANTOS JUNIOR, em quarta-feira, 30 de abril de 2025 11:08:30 GMT-03:00, CNS: 11.503-0 - OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS - 24º SUBDISTRITO INDIANÓPOLIS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

ALBERT EINSTEIN
FACULDADE ISRAELITA DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

CERTIFICADO

Conferimos a **Brás Henrique Dringoli Vieira Alves**, **RG. 47.148.761-2**, o presente certificado de conclusão do curso de Pós-Graduação *lato sensu* em:

Gestão de Serviços Hospitalares

na área de conhecimento em Administração de Setores Específicos, promovido pela Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, credenciado pela Portaria Ministerial MEC/SERES n.º 1 de 06/01/2012 e D.O.U. de 09/01/2012, realizado no período de 01/09/2019 a 31/08/2020, compreendendo 420 horas.

São Paulo, 29 de março de 2021.

Felipe de Freitas Mendonça Marques
Secretário Acadêmico da Pós-graduação

Profª Dra. Olga Guilhermina Dias Farah
Diretora de Ensino Superior

Titulado

universidade anhembi morumbi

Laureate International Universities®

O Reitor da Universidade Anhembi Morumbi, Prof. Dr. Oscar Hipólito,
no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do

Curso de Medicina

em 08 de dezembro de 2015, confere o título de

Médico a

Brás Henrique Dringoli Vieira Alves

brasileiro, natural do Estado de São Paulo, nascido a 12 de dezembro de 1990, RG nº 47.148.761-2 – SP

e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

São Paulo, 18 de janeiro de 2016.

Prof. Dr. Oscar Hipólito
Reitor

Diplomado

Regiane Aparecida Penteado Pontes
Secretária Geral

Pós-Graduação *lato sensu*

HISTÓRICO ESCOLAR 2019-6				
Disciplina	**Corpo Docente**		**Carga Horária**	**Nota da Disciplina**
	Professor	**Titulação**	**h/a**	
Gestão da Informação e do Conhecimento	Sandra Christina Pereira Lima	Mestre	30	10,0
Ciclo Contábil-Financeiro	Cléber de Moraes Motta	Especialista	30	9,0
Cadeia de Suprimentos	Robson Danúbio da Silva César	Mestre	30	8,0
Estágio	Sandra Christina Pereira Lima	Mestre	40	10,0
Gestão Comercial	Cléber de Moraes Motta	Especialista	30	7,5
Gestão de Facilities	Lincoln Aragoni Gomes	Especialista	30	10,0
Gestão por Processos	Paula Vitali Miclos	Doutora	30	10,0
Gestão de Pessoas e Produtividades	Simone Cristina Azevedo Silva	Especialista	36	10,0
Introdução à Administração em Saúde e Gerenciamento de Projetos	Rubens Baptista Junior	Especialista	30	10,0
Metodologia da Pesquisa Científica	Olga Guilhermina Dias Farah	Doutora	24	9,2
Qualidade e Segurança em Saúde	Sandra Christina Pereira Lima	Mestre	50	10,0
Trabalho de Conclusão de Curso	Paula Vitali Miclos	Doutora	60	7,5
Carga horária total em hora/aula	---	---	**420**	---

Monografia: "O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E A IMPORTÂNCIA DAS ILPI'S COMO EMPREENDIMENTO", aprovada com nota 7,5

OBSERVAÇÃO: Este curso cumpre as exigências regulamentares da Resolução n.º 1 de 6 de abril de 2018 do Conselho Nacional de Educação.

São Paulo, 29 de março de 2021.

CERTIFICADO registrado sob o n.º 150421

Fl. 39N do livro RC 06

Em 15 de junho de 2021

UNIVERSIDADE ANHEMBI MORUMBI

CURSO DE MEDICINA

Reconhecido pela Portaria Ministerial n.º 606
de 19-11-2013 – D.O.U. de 20-11-2013.

UNIVERSIDADE ANHEMBI MORUMBI

Diploma Registrado sob o n.º 1678898

Processo n.º 79318/16, nos termos do

Art. 48 § 1º da Lei 9394/96.

São Paulo, 04 de abril de 2016

Tatiane de Lima Cicala
Setor de Registro de Diplomas

De acordo.

Regiane Aparecida Penteado Pontes
Secretária Geral

CFM-CRM

Conselho Federal de Medicina e
Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

Registro de Diploma

Nesta data, o presente diploma do Dr(a). **BRAS HENRIQUE DRINGOLI VIEIRA ALVES** foi registrado sob o número **176768**, de acordo com o artigo 17 da Lei nº 3.268 de 30 de setembro de 1957.

São Paulo, **15/12/2015**
Nº: 040974

Dr. Bráulio Luna Filho
Presidente

CRM

CFM-CRM

Realização: OSWALDO CRUZ HOSPITAL ALEMÃO | hcor ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE SÍRIA | HOSPITAL MOINHOS DE VENTO

CERTIFICADO

A Faculdade do Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Associação Beneficente Síria Hcor
e Faculdade de Ciências da Saúde Moinhos de Vento,
certificam para os devidos fins que

Bras Alves

concluiu o Curso de Aprimoramento Profissional em
Gestão em Saúde 5.0 - Futuro e Tendências para a Saúde,
com carga horária de 180 horas.

São Paulo, quarta-feira, 6 de março de 2024

Profa. Ma. Elaine Emi Ito
Diretora Acadêmica
Hospital Alemão Oswaldo Cruz

Dr. Alexandre Biasi Cavalcanti
Superintendente de Ensino e Pesquisa
Associação Beneficente Síria Hcor

Ma. Vania Röhsig
Superintendente Assistencial e de Educação
Hospital Moinhos de Vento

Módulo 1 - Gestão em Saúde: Cases de Sucesso:

Aula 1 - Gestão em saúde baseada em valores e evidências
Aula 2 - Jornada do Paciente e Participação do Usuário
Aula 3 - Saúde Integral e Saúde Populacional
Aula 4 - Open Healh (LGPD, Compliance, Ética e Confidencialidade)
Aula 5 - ESG na Prática: desafios e oportunidades
Aula 6 - Novos Modelos de Negócio
Aula 7 - Análise e Gestão de Resultados Econômicos
Aula 8 - Gestão de Risco e Qualidade de Segurança
Aula 9 - Cases de Excelência em Saúde no Brasil e no Mundo

Módulo 2 - Tecnologias e Inovação em Saúde (Hype cycle healthcare):

Aula 1 - Inteligência Artificial e Machine Learning
Aula 2 - Metaverso na Saúde - Realidade Virtual e Aumentada Aplicada à Saúde
Aula 3 - IoMT - Internet das Coisas Médicas
Aula 4 - Data Science, Big Data e Analytics
Aula 5 - Startups do Mercado Healthtech

Módulo 3 - Futuro e Tendências para a Saúde:

Aula 1 - Marketing Digital e Comunicação em Saúde: novas tendências
Aula 2 - Planejamento Estratégico na Saúde: futuro
Aula 3 - Novas Estratégias em Gestão de Pessoas
Aula 4 - Gestão de Projetos e Metodologias Ágeis
Aula 5 - Tecnologias emergentes na saúde
Aula 6 - 5G na Saúde

Carteira de Trabalho Digital

Data de emissão: 12/10/2019

Dados Pessoais

Nome civil

FABIO ANDRE SANTOS PAMPOLHA

CPF	Sexo	Data de nascimento	Nacionalidade
510.696.012-68	**Masculino**	**05/09/1978**	**Brasileiro**

Nome da mãe

MARIA ERCILIA SANTOS PAMPOLHA

Contratos de trabalho

07/02/2024 - Aberto

Empregador

SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO
CNPJ RAIZ: 48.211.585

Estabelecimento

SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO
CNPJ: 48.211.585/0011-97
RUA ARMANDO DE SALLES OLIVEIRA 210 11510020 CENTRO CUBATAO SP

Cargo	CBO Cargo
GERENTE MEDICO	**1421-05**

Tipo de contrato

Prazo indeterminado

Salário contratual

R$ 31.500,00 por mês

Relação de trabalho

Empregado

Tipo de admissão

Admissão

Fonte da informação

ESOCIAL

ANOTAÇÕES

10/03/2025 - Férias 10/03/2025 a 24/03/2025

02/10/2024 - Salário definido para R$ 31.500,00 Por mês , com efeito a partir de 01/03/2024

02/10/2024 - Relação de trabalho definida para Empregado

Documento assinado digitalmente pela Dataprev em 16/04/2025.
Este documento somente é válido acompanhado de um documento de identificação oficial.

Este documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ALEX MOREIRA SANTOS JUNIOR, em quarta-feira, 30 de abril de 2025 11:05:30 GMT-03:00, CNS: 11.503-0 - OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS - 24º SUBDISTRITO INDIANÓPOLIS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

Carteira de Trabalho Digital

Data de emissão: 12/10/2019

ANOTAÇÕES

07/02/2024 - Salário definido para R$ 30.000,00 Por mês

07/02/2024 - Tipo de contrato definido para Prazo indeterminado

07/02/2024 - Estabelecimento definido para SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO

07/02/2024 a (atual) - Cargo exercido de GERENTE MEDICO

07/02/2024 a (atual) - CBO Cargo exercido 1421-05

07/02/2024 - Admissão

OBSERVAÇÕES

02/10/2024 - Motivo alteração de salário: DISSÍDIO COLETIVO;ticket 207710

Documento assinado digitalmente pela Dataprev em 16/04/2025.
Este documento somente é válido acompanhado de um documento de identificação oficial.

Este documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ALEX MOREIRA SANTOS JUNIOR, em quarta-feira, 30 de abril de 2025 11:05:30 GMT-03:00, CNS: 11.503-0 - OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS - 24º SUBDISTRITO INDIANÓPOLIS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

493

República Federativa do Brasil
Ministério da Educação e do Desporto
Universidade do Estado do Pará

O Reitor da Universidade do Estado do Pará, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do curso de MEDICINA em três de dezembro de dois mil e dois, confere o título de ***MÉDICO*** *a* ***FÁBIO ANDRÉ SANTOS PAMPOLHA****, portador(a) da carteira de identidade n º 2797567 SSP/PA, nascido(a) em 05/09/78 natural do PARÁ e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.*

Belém, 03 de dezembro de 2002.

Reitor

Maria de Fátima Pinheiro Lemos
Diretora do Serviço de Registro e Controle Acadêmico

Fábio André S. Pampolha.
Diplomado(a)

OFICIAL DE REG. CIVIL DO DISTR. DE JD. SÃO LUIS
Estrada do Itapecerica nº 305 - São Paulo/SP
AUTENTICAÇÃO
Autentico a presente cópia conforme original apresentado do que dou fé.
02 ABR. 2018
Autenticação R$ 3,50

Curso de MEDICINA
Reconhecido pelo Decreto Federal nº 78525 de 30/09 de 1976
Publicado no DOU em 01/10/76

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA
DO ESTADO DO PARÁ

Inscrito a Fls. 127 do Livro 16
sob o Nº 7321 Em 17 de
DEZEMBRO de 2002
Belém, 17/12/2002
José Antonio Cordeiro
Presidente
Dr. José Antonio Cordeiro da Silva
Presidente

OFICIAL DE REG. CIVIL DO DISTR. DE JD. SÃO LUIS
Estrada de Itapecerica nº 305 - São Paulo/SP
AUTENTICAÇÃO
Autentico a presente cópia conforme original apresentado do que dou fé.
São Paulo, 02 ABR. 2013
ESCREVENTES:
Cristiane Monteiro dos Santos
Julie Eduarde Alves de Almeida
Daiana Alves Santana de Jesus
Dr. Rogério Callado Rodrigues - Substituto
VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICAÇÃO
1243AC0258879

MEC – UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ

Diploma registrado sob n.º 440
Livro n.º 1 MED fls. 440 em 03 de dezembro de 2002.
Processo n.º 08749/2002, de acordo com a Lei 9394/96 de 20.12.96.

SRD 03 de dezembro de 2002.

Secretaria do SERCA e
Responsável pelo Registro

CREMESP
Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
Registro de Diploma
Nesta data, o presente diploma do Dr(a). **FABIO ANDRE SANTOS PAMPOLHA** foi registrado sob o numero **115478**, de acordo com o artigo 17 da Lei Numero 3.268 de 30 de setembro de 1957
São Paulo, 13/10/2004
Nº 018329
JAIR SOARES
Seção de Registro de Profissionais

002522

495

República Federativa do Brasil
Ministério da Educação
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

UNIFESP
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
1933

495

Certificado

A Universidade Federal de São Paulo concede o presente certificado a **FÁBIO ANDRÉ SANTOS PAMPOLHA**, C.P.F. 510.696.012-68, pela conclusão do Curso de Especialização em GESTÃO EM SAÚDE , área de conhecimento CIÊNCIAS DA SAÚDE, realizado de acordo com a Resolução 01/2007 do Conselho Nacional De Educação, no período de 19/01/2015 a 30/06/2016, compreendendo 510 horas teóricas.

São Paulo, 01 de dezembro de 2016.

Fábio André Santos Pampolha Titulado(a)	Profa. Dra. Paola Zucchi Coordenador(a) do Curso	Profª. Ma. Raquel de Aguiar Furuie Pró-Reitora Adjunta de Extensão e Cultura

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ORDEM E PROGRESSO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
Cursos de Especialização e Aperfeiçoamento

Credenciada para oferecer Cursos de
Pós-Graduação Lato Sensu à Distância,
conforme Portaria MEC nº 1087 de 24/11/2015, recredenciamento
vinculado ao processo
nº 20116027 (sistema e-MEC).
Certificado registrado em 14/10/2016,
sob o N.º 2079
Livro 1/2016/São Paulo

Sonia Aparecida Juvenal
Chefe de Divisão da Secretaria Escolar Lato Sensu
Cursos de Especialização e Aperfeiçoamento
PROEC/UNIFESPCursos de Especialização e Aperfeiçoamento
PROEC/UNIFESP

UNIFESP
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
1933

Carteira de Trabalho Digital

Data de emissão: 22/06/2022

Dados Pessoais

Nome civil

LUIZA PROCOPIO DE CARVALHO

CPF	Sexo	Data de nascimento	Nacionalidade
099.250.596-82	**Feminino**	**18/06/1989**	**Brasileira**

Nome da mãe

LINA MARIA PROCOPIO DE CARVALHO

Contratos de trabalho

15/07/2024 - Aberto

Empregador

SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO
CNPJ RAIZ: 48.211.585

Estabelecimento

SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO
CNPJ: 48.211.585/0023-20
RUA DA CONVENCAO 550 13309000 VILA NOVA ITU SP

Cargo	CBO Cargo
GERENTE DE ENFERMAGEM HOSPITALAR	**1312-10**

Tipo de contrato

Prazo indeterminado

Salário contratual

R$ 6.796,40 por mês

Relação de trabalho

Empregado

Tipo de admissão

Admissão

Fonte da informação

ESOCIAL

ANOTAÇÕES

02/02/2025 - Salário definido para R$ 6.796,40 Por mês , com efeito a partir de 01/01/2025

Documento assinado digitalmente pela Dataprev em 21/02/2025.
Este documento somente é válido acompanhado de um documento de identificação oficial.

Carteira de Trabalho Digital

Data de emissão: 22/06/2022

ANOTAÇÕES

02/02/2025 - Relação de trabalho definida para Empregado

02/10/2024 - Salário definido para R$ 5.933,66 Por mês , com efeito a partir de 01/09/2024

15/07/2024 - Salário definido para R$ 5.748,00 Por mês

15/07/2024 - Tipo de contrato definido para Prazo indeterminado

15/07/2024 - Estabelecimento definido para SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO

15/07/2024 a (atual) - Cargo exercido de GERENTE DE ENFERMAGEM HOSPITALAR

15/07/2024 a (atual) - CBO Cargo exercido 1312-10

15/07/2024 - Admissão

OBSERVAÇÕES

02/02/2025 - Ticket 215217;Motivo alteração de salário: MÉRITO

02/10/2024 - ticket 206043;Motivo alteração de salário: DISSÍDIO COLETIVO

01/11/2023 - Aberto

Empregador
SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO
CNPJ RAIZ: 48.211.585

Estabelecimento
SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO
CNPJ: 48.211.585/0035-64
AVENIDA HENRY BORDEN 21 11515000 VILA SANTA ROSA CUBATAO SP

Cargo
GERENTE DE ENFERMAGEM HOSPITALAR

CBO Cargo
1312-10

Tipo de contrato
Prazo indeterminado

Salário contratual
R$ 13.000,00 por mês

Relação de trabalho
Empregado

Documento assinado digitalmente pela Dataprev em 21/02/2025.
Este documento somente é válido acompanhado de um documento de identificação oficial.

Carteira de Trabalho Digital

Data de emissão: 22/06/2022

Tipo de admissão
Admissão

Fonte da informação
ESOCIAL

ANOTAÇÕES

02/02/2025 - Salário definido para R$ 13.000,00 Por mês , com efeito a partir de 01/01/2025
02/02/2025 - Relação de trabalho definida para Empregado
02/10/2024 - Salário definido para R$ 11.963,67 Por mês , com efeito a partir de 01/09/2024
02/10/2024 a (atual) - Cargo exercido de GERENTE DE ENFERMAGEM HOSPITALAR
13/03/2024 a (atual) - CBO Cargo exercido 1312-10
01/01/2024 a 12/03/2024 - CBO Cargo exercido 1312-15
02/12/2023 - Salário definido para R$ 11.777,00 Por mês , com efeito a partir de 01/11/2023
01/11/2023 - Salário definido para R$ 11.215,88 Por mês
01/11/2023 - Tipo de contrato definido para Prazo indeterminado
01/11/2023 - Estabelecimento definido para SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO
01/11/2023 a (atual) - Cargo exercido de COORDENADOR DE ENFERMAGEM
01/11/2023 a 31/12/2023 - CBO Cargo exercido 1312-10
01/11/2023 - Admissão

OBSERVAÇÕES

02/02/2025 - Ticket 215217;Motivo alteração de salário: MÉRITO
02/10/2024 - Motivo alteração de salário: DISSÍDIO COLETIVO;ticket 206043
02/12/2023 - TICKET 184096;Motivo alteração de salário: DISSÍDIO COLETIVO

Documento assinado digitalmente pela Dataprev em 21/02/2025.
Este documento somente é válido acompanhado de um documento de identificação oficial.

500

unileste MG
Centro Universitário do Leste de Minas Gerais

Centro Universitário do Leste de Minas Gerais

O Reitor do Centro Universitário do Leste de Minas Gerais,
no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de
Enfermagem em 04 de julho de 2011, confere o título de

Bacharel em Enfermagem a

Luiza Procopio de Carvalho

brasileira, natural do Estado de Minas Gerais, nascida a 18 de junho de 1989

e outorga-lhe o presente diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Coronel Fabriciano, 4 de novembro de 2011

Genésio Zeferino da Silva Filho
Reitor

Luiza Procopio de Carvalho
Diplomado

José Vitório Tavares Moreira
Secretário de Ensino Superior

unilesteMG

501

FUNDAÇÃO EDUCACIONAL LUCAS MACHADO
FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS - MG
PÓS-GRADUAÇÃO CIÊNCIAS MÉDICAS - MG

Certificamos que **LUIZA PROCOPIO DE CARVALHO** concluiu o **MBA Auditoria em Saúde e Gestão da Qualidade**, no período de março de 2017 a outubro de 2018, com carga horária de 379 (Trezentas e setenta e nove) horas, nos termos que dispõe a Resolução Nº 1, de 08 de Junho de 2007, da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

Belo Horizonte, 09 de janeiro de 2020.

Prof. Wagner Eduardo Ferreira
Presidente da Fundação Educacional
Lucas Machado

Prof. José Celso Cunha Guerra Pinto Coelho
Diretor da Faculdade
Ciências Médicas - MG

Prof. Antônio Vieira Machado
Diretor Geral da Pós-Graduação
Ciências Médicas - MG

Prof. Marcelo Miranda e Silva
Diretor Acadêmico da Pós-Graduação
Ciências Médicas - MG

Profª. Anatércia Muniz Miranda Hoffmann
Coordenadora do Curso

Certificado

PÓS-GRADUAÇÃO
CIÊNCIAS MÉDICAS
UMA INSTITUIÇÃO FELUMA

COMPROVAÇÃO P4P/DGR

Proposta Comercial

HOSPITAL MUNICIPAL DE CUBATÃO

Sociedade Beneficente Caminho de Damasco

Sejam bem-vindos à Plataforma de Valor em Saúde do Brasil.

O Grupo IAG Saúde®

Desde 1992, existimos para transformar o sistema de saúde brasileiro e a vida das pessoas, com soluções completas em gestão e tecnologia voltadas exclusivamente para entrega de valor em saúde. A consolidação de marcas líderes no segmento vem revolucionando e nos permitindo levar a hospitais, operadoras e sistemas de saúde resultados assistenciais e econômicos surpreendentes. Somos comprometidos com o compartilhamento de conhecimento, o engajamento de pessoas e sobretudo com o empoderamento das instituições para a entrega de valor ao paciente. Vamos transformar juntos.

O DRG Brasil®

Grupos de Diagnósticos Relacionados (DRG) por algoritmos computacionais que preveem o consumo de recursos baseado na complexidade e criticidade clínica, associado a mensuração de desfechos assistenciais por indicadores epidemiológicos.

O DRG Brasil® disponibiliza referenciais 100% nacionais, pois é o único desenvolvido no Brasil, para o sistema de saúde brasileiro, adaptado as características, a estrutura e processos dos hospitais e sistemas de saúde, bem como aos condicionantes sociais do Brasil. Portanto, inteiramente adaptado à saúde suplementar ao SUS.

Assim, a plataforma DRG Brasil® fornece as condições necessárias para simplificar e acelerar a mudança do modelo assistencial e remuneratório em direção a formatos baseados em valor com foco na qualidade do cuidado.

Evolução constante: Vamos além de DRG. Somos o Valor em Saúde Brasil®

Único DRG do mundo em inteligência artificial. Usa a mais sofisticada inteligência artificial disponível, *Machine Learning* multinível, capaz de dizer com precisão se as variações de custos observadas podem ser atribuídas a complexidade clínica do paciente, ou a estrutura e processos do hospital, ou determinante socioculturais a que o indivíduo se encontra exposto.

Portanto, é a única plataforma tecnológica para gestão da entrega de valor que usa DRG em inteligência artificial (*Machine Learning* multinível).

Entenda nossa proposta, a seguir.

Este documento e seus anexos são restritos ao(s) destinatário(s) e poderão ser divulgados para pessoas que necessitem dessas informações para a realização de suas atividades. Se você o recebeu por engano, favor entrar em contato com o remetente imediatamente e apagá-lo de seus arquivos. Qualquer uso não autorizado, replicação ou disseminação deste documento ou parte dele é proibido. Antes de imprimir, pense no meio ambiente.

Resumo do Investimento da Plataforma Valor Saúde Brasil®

Produtos que fazem parte desta proposta (ver detalhamento nas tabelas a seguir)	Valor para o 1º Ano	Valor para o 2º Ano[1]
a) Licenciamento do Módulo Essencial DRG Brasil® (os itens incluídos estão detalhados na tabela 1 – abaixo)	R$ 72.000,00	R$ 72.000,00
b) Cursos de Codificação em Saúde e de Governança Clínica baseada em Valor (os itens incluídos estão detalhados na tabela 2 – abaixo)	R$ 75.000,00	-
c) Consultoria para transformação dos resultados (os itens incluídos estão detalhados na tabela 3 – abaixo)	R$ 72.000,00	-
Total	**R$ 219.000,00**	**R$ 72.000,00 [1]**

[1] Valores serão reajustados conforme índice estabelecido em contrato.

Este documento e seus anexos são restritos ao(s) destinatário(s) e poderão ser divulgados para pessoas que necessitem dessas informações para a realização de suas atividades. Se você o recebeu por engano, favor entrar em contato com o remetente imediatamente e apagá-lo de seus arquivos. Qualquer uso não autorizado, replicação ou disseminação deste documento ou parte dele é proibido. Antes de imprimir, pense no meio ambiente.

Detalhamento dos produtos e valores constantes da tabela resumo:

a. Tabela 1: Licenciamento do DRG Brasil® - Módulo Essencial (Itens obrigatórios) - DRG Brasil®

Licenciamento de uso: Módulo Essencial DRG Brasil®	Detalhamento do Produto	Valor mensal no 1º ano	Valor mensal no 2º ano
Núcleo de Inteligência DRG Brasil®	○ Code Helper ○ Auditoria da qualidade da codificação assistencial ○ Agrupador (categorizador de pacientes) ○ Refinamento Brasil ○ Complexidade clínica Brasil ○ Permanência hospitalar Brasil ○ Algoritmo de codificação automatizada	R$ 3.200,00	R$ 3.200,00
Análise para decidir	○ Analytics Essencial: Painéis Eficiência do Uso do Leito, Condições adquiridas, Readmissões não planejadas, ICSAP, Ambulatorização Cirúrgica, Perfil Epidemiológico, Especialidades, Mortalidade **Número ilimitado de acessos**	R$ 1.200,00	R$ 1.200,00
Infraestrutura e Educação Continuada em Codificação em Saúde	○ Data Center Benefício: Reduz custos locais com infraestrutura de TI. Agiliza atualizações e correção de erros. Data Center hospedado na Amazon Web Services (AWS), plataforma de armazenamento em nuvem mais adotada e abrangente do mundo, com segurança certificada.	R$ 800,00	R$ 800,00
	○ Educação continuada e suporte do cliente para codificação em saúde Benefício: Evita o risco de subdimensionamento de complexidade e de geração de DRG inadequado por falhas de codificação. O suporte é de 8 horas na semana/5 dias úteis por especialistas em codificação de saúde para sanar dúvidas e um programa de educação continuada da equipe de codificação do cliente ao longo de todo ano.	R$ 800,00	R$ 800,00
Módulo Essencial DRG Brasil®		**R$ 6.000,00 Valor mensal**	**R$ 6.000,00 [1] Valor mensal**

[1] Acrescido do valor de reajuste conforme acordado em contrato.

Este documento e seus anexos são restritos ao(s) destinatário(s) e poderão ser divulgados para pessoas que necessitem dessas informações para a realização de suas atividades. Se você o recebeu por engano, favor entrar em contato com o remetente imediatamente e apagá-lo de seus arquivos. Qualquer uso não autorizado, replicação ou disseminação deste documento ou parte dele é proibido. Antes de imprimir, pense no meio ambiente.

b) Tabela 2: A Plataforma Valor Saúde Brasil vai muito além de tecnologia: cursos

Cursos da Plataforma Valor Saúde Brasil	Detalhamento do Produto	Valor para o 1º ano	Valor para o 2º ano
Curso de Codificação em Saúde	Curso de Introdução ao DRG – para analistas de informação em saúde Carga horária máxima prevista: 44 horas por participante Modalidade: EaD e 1 encontro remoto síncrono de 3 horas Número de participantes: Ilimitado Curso permanente, enquanto período de vigência do contrato para a formação continuada de competências.	**Valor único: R$ 25.000,00**	**x**
Curso de Governança Clínica baseada em Valor	Curso de Governança Clínica – para Gestores – Versão Completa Modalidade: EaD Carga horária máxima prevista: 28 horas por participante Número de participantes: Ilimitado Curso permanente, enquanto período de vigência do contrato para a formação continuada de competências.	**Valor único: R$ 50.000,00**	**x**
Total para cursos	**x**	**R$ 75.000,00 valor único**	**x**

Este documento e seus anexos são restritos ao(s) destinatário(s) e poderão ser divulgados para pessoas que necessitem dessas informações para a realização de suas atividades. Se você o recebeu por engano, favor entrar em contato com o remetente imediatamente e apagá-lo de seus arquivos. Qualquer uso não autorizado, replicação ou disseminação deste documento ou parte dele é proibido. Antes de imprimir, pense no meio ambiente.

c) Tabela 3: A Plataforma Valor Saúde Brasil vai muito além de tecnologia: consultoria

Consultoria para transformação dos resultados	Detalhamento do Produto	Valor para esta proposta
Consultoria para implantação da Governança Clínica	Consultoria para implantação da governança clínica, conforme planejamento estratégico de saúde. A consultoria tem duração prevista de 12 meses podendo ser estendida no 2º ano a depender do interesse da Instituição. Consultoria realizada por Consultor Sênior, acompanhada por um Consultor Líder do Grupo IAG Saúde. O cronograma da consultoria será ajustado previamente entre as partes prevendo: • Horário • Pessoas e processos participantes • Pauta/objetivo da consultoria	R$ 6.000,00 Valor mensal Cobrança de início imediato, vinculada à prestação de serviços.
Total para consultoria	x	**R$ 72.000,00 valor único**

Este documento e seus anexos são restritos ao(s) destinatário(s) e poderão ser divulgados para pessoas que necessitem dessas informações para a realização de suas atividades. Se você o recebeu por engano, favor entrar em contato com o remetente imediatamente e apagá-lo de seus arquivos. Qualquer uso não autorizado, replicação ou disseminação deste documento ou parte dele é proibido. Antes de imprimir, pense no meio ambiente.

Considerações importantes:

É de responsabilidade do CONTRATANTE a definição de diretor *sponsor* do projeto que deverá, regularmente, conforme indicado pela CONTRATADA, reunir para acompanhamento e deliberações do projeto com vistas à garantir às implementações necessárias seja do projeto de tecnologia ou de consultoria.

O horário de trabalho do consultor é das 8:00 às 17:00 com 1 hora de intervalo para almoço, caso seja necessário consultoria presencial.

Nos valores acima **não** estão inclusas as despesas de logística de viagem e alimentação do(s) consultor(es) envolvido(s) nas consultorias presenciais. As despesas são de responsabilidade da CONTRATANTE, aos quais deverão ser reembolsadas à CONTRATADA, mediante apresentação de relatório de despesas.

O custo para **integração** de forma automática do sistema ERP com a Plataforma Valor Saúde Brasil® será de responsabilidade da instituição contratante, bem como o retorno via API da permanência prevista e dos riscos assistenciais.

Todas as **soluções adicionais da Plataforma Valor Saúde Brasil**, informada na página 8, serão de sessão não onerosa por 90 (noventa) dias para *Prova de Conceito – POC*, a partir da assinatura do contrato. Após esse período, a contratante deverá acordar através de termo aditivo, as tecnologias que continuarão sendo utilizadas.

A proposta foi elaborada com base nas informações do briefing enviado com 138 leitos e uma média de 400 altas/mês.

Quer saber mais sobre nosso sistema de gestão de compliance e segurança da informação?

Clique aqui e conheça nossa trajetória para adequação à LGPD.

Clique aqui e veja nossa declaração de conformidade do sistema de gestão de compliance.

Este documento e seus anexos são restritos ao(s) destinatário(s) e poderão ser divulgados para pessoas que necessitem dessas informações para a realização de suas atividades. Se você o recebeu por engano, favor entrar em contato com o remetente imediatamente e apagá-lo de seus arquivos. Qualquer uso não autorizado, replicação ou disseminação deste documento ou parte dele é proibido. Antes de imprimir, pense no meio ambiente.

Opções adicionais da Plataforma Valor Saúde Brasil® com pagamento mediante simples comunicação de ativação ao comercial pelo e-mail grupoiagsaude@grupoiagsaude.com.br

Soluções da Plataforma Valor Saúde Brasil®	Detalhamento do Produto	Valor mensal
Núcleo de Inteligência	o Mapeamento terminológico das tabelas do sistema de saúde brasileiro (SUS/Saúde suplementar)	R$ 2,00 por alta hospitalar/mês
	o Indicadores epidemiológicos	R$ 10,00 por alta hospitalar/mês
	o Algoritmo de inteligência artificial de agrupamento de diagnósticos relacionados	R$ 15,00 por alta hospitalar/mês
	o Algoritmo de inteligência artificial de desfechos assistenciais	R$ 15,00 por alta hospitalar/mês
Input e output dos dados	o Auditoria eletrônica da qualidade da base econômica	R$ 2,00 por alta hospitalar/mês
	o API de Retorno da permanência prevista	R$ 0,50 por alta hospitalar/mês
	o API de Retorno de dados da internação	R$ 0,50 por alta hospitalar/mês
	o API de Retorno dados assistenciais	R$ 1,00 por alta hospitalar/mês
	o API de Retorno Riscos Assistenciais	R$ 1,00 por alta hospitalar/mês
	o API de Retorno Parto Adequado	R$ 0,50 por alta hospitalar/mês
	o API de Retorno de Dados econômicos	R$ 0,50 por alta hospitalar/mês
	o Codificação compartilhada entre partes interessadas	R$ 2,00 por alta hospitalar/mês
	o Codificação beira leito: Valor saúde beira leito	R$ 2,00 por alta hospitalar/mês
	o Codificação off line	R$ 2,00 por alta hospitalar/mês
Análise para decidir	o Analytics Valor Saúde: Oportunidades econômicas e assistenciais	R$ 3,00 por alta hospitalar/mês
	o Analytics Valor Saúde: por linha de cuidado	R$ 3,00 por alta hospitalar/mês
	o Analytics valor Saúde: por população	R$ 3,00 por alta hospitalar/mês

Este documento e seus anexos são restritos ao(s) destinatário(s) e poderão ser divulgados para pessoas que necessitem dessas informações para a realização de suas atividades. Se você o recebeu por engano, favor entrar em contato com o remetente imediatamente e apagá-lo de seus arquivos. Qualquer uso não autorizado, replicação ou disseminação deste documento ou parte dele é proibido. Antes de imprimir, pense no meio ambiente.

	○ Módulos gerenciais de gestão assistencial	R$ 3,00 por alta hospitalar/mês
	○ Módulos gerenciais de gestão econômica	R$ 3,00 por alta hospitalar/mês
	○ Analytics Valor Saúde: Parto adequado	R$ 2,00 por alta hospitalar/mês
	○ Falha na Estrutura/Processo	R$ 3,00 por alta hospitalar/mês
Centro de Cuidados Colaborativo	○ BEL – Bem-estar e longevidade	R$ 6,00 por alta hospitalar/mês
Entrega de valor em saúde na beira do leito	○ Módulo segurança assistencial do app Valor Saúde Brasil	R$ 3,00 por alta hospitalar/mês
	○ Módulo alta segura do app Valor Saúde Brasil	R$ 3,00 por alta hospitalar/mês
	○ Módulo Gestão de riscos assistenciais e permanência	R$ 3,00 por alta hospitalar/mês
Escritório de Valor em Saúde	○ Módulos ○ Planejamento estratégico de saúde ○ Cadeia de valor ○ Indicadores ○ Análises críticas ○ Melhoria contínua ○ Tratamento das falhas ○ Gestão do conhecimento e documentos ○ Gestão de Riscos	R$ 3,00 por alta hospitalar/mês
Remuneração baseada em valor por episódio	○ Calculadora automatizada de custo/preço por agrupamento de complexidade DRG Brasil®	R$ 2,00 por alta hospitalar/mês
	○ Faturamento/pagamento por DRG	R$ 2,00 por alta hospitalar/mês
Remuneração baseada em valor por bônus (PBVB)	○ Simulador econômico de bônus pela entrega de valor	R$ 2,00 por alta hospitalar/mês
	○ Faturamento /pagamento por valor	R$ 2,00 por alta hospitalar/mês
	○ Calculadora de valor em saúde e mérito por médico	R$ 2,00 por alta hospitalar/mês
Remuneração baseada em valor por população (orçamento e *captation*)	○ Simulador econômico de orçamento ou capita	R$ 2,00 por alta hospitalar/mês
	○ Calculadora de valor e mérito para acompanhamento de contrato	R$ 2,00 por alta hospitalar/mês
	○ Faturamento /pagamento do orçamento e acompanhamento do contrato	R$ 2,00 por alta hospitalar/mês
Referencial Nacional	○ Índice de Valor do Sistema de Saúde Brasileiro (IVSB)	R$ 2,00 por alta hospitalar/mês

Este documento e seus anexos são restritos ao(s) destinatário(s) e poderão ser divulgados para pessoas que necessitem dessas informações para a realização de suas atividades. Se você o recebeu por engano, favor entrar em contato com o remetente imediatamente e apagá-lo de seus arquivos. Qualquer uso não autorizado, replicação ou disseminação deste documento ou parte dele é proibido. Antes de imprimir, pense no meio ambiente.

	○ Referencial Nacional DRG Brasil®	R$ 2,00 por alta hospitalar/mês
	○ Índice Nacional de Qualidade da Informação Clínica (IQIC)	R$ 2,00 por alta hospitalar/mês
Informações assistenciais disponível para o usuário	○ Resumo de Alta DRG Brasil®	R$ 2,00 por alta hospitalar/mês
	○ Centro de Cuidados Colaborativos – BEL – Bem-estar e longevidade	R$ 6,00 por alta hospitalar/mês
Gestão clínica, auditoria concorrente e auditoria eletrônica de contas ajustada a complexidade clínica	Gestão clínica e auditoria concorrente	R$ 30,00 por alta hospitalar/mês
	○ Auditoria eletrônica de contas ajustada a complexidade clínica	R$ 10,00 por alta hospitalar/mês
	○ Auditoria concorrente	R$ 5,00 por alta hospitalar/mês
Regulação clínica de internações	○ Autorizador automatizado de internações	R$ 15,00 por alta hospitalar/mês
Módulos Gerenciais	○ Gestão assistencial	R$ 3,00 por alta hospitalar/mês
	○ Gestão de custos e resultados econômicos	R$ 3,00 por alta hospitalar/mês

* Para todas as soluções adicionais listadas, a CONTRATANTE poderá utilizar por 90 (noventa) dias para *Prova de Conceito – POC*, após esse período pagará o valor conforme número de altas/mês.

Este documento e seus anexos são restritos ao(s) destinatário(s) e poderão ser divulgados para pessoas que necessitem dessas informações para a realização de suas atividades. Se você o recebeu por engano, favor entrar em contato com o remetente imediatamente e apagá-lo de seus arquivos. Qualquer uso não autorizado, replicação ou disseminação deste documento ou parte dele é proibido. Antes de imprimir, pense no meio ambiente.

IMPOSTOS

Todos os valores constantes desta proposta são valores brutos, já com a inclusão dos impostos.

VALIDADE

A validade dessa proposta será de 30 dias corridos.

CONFIDENCIALIDADE

Este documento contém informações estratégicas e confidenciais sobre o Grupo IAG Saúde®. As partes se comprometem a não divulgar a terceiros as informações.

MAIS INFORMAÇÕES

Agradecemos por essa oportunidade e nos colocamos à disposição para a realização dos trabalhos de assessoria em parceria com esta instituição.

Gostou da proposta? Solicite ao nosso Time de Relacionamento o envio da Minuta Contratual para iniciarmos o trabalho:

(31) 3241-6520 | (31) 98493-4415

grupoiagsaude@grupoiagsaude.com.br

Atenciosamente,

A Presidência.

Este documento e seus anexos são restritos ao(s) destinatário(s) e poderão ser divulgados para pessoas que necessitem dessas informações para a realização de suas atividades. Se você o recebeu por engano, favor entrar em contato com o remetente imediatamente e apagá-lo de seus arquivos. Qualquer uso não autorizado, replicação ou disseminação deste documento ou parte dele é proibido. Antes de imprimir, pense no meio ambiente.

TERMO DE ACEITE

Estamos de acordo com o conteúdo técnico, preço, apoio logístico e condições de pagamento apresentados na proposta em referência.

DADOS CADASTRAIS – PESSOA JURÍDICA	
Razão Social	
CNPJ	
Endereço completo	
Inscrição Municipal	
Inscrição Estadual	
E-mail para notas fiscais	
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (quem assinará o contrato)	
Nome Completo	
Cargo	
CPF	
E-mail	
DADOS DE UMA TESTEMUNH A (para assinar contrato)	
Nome Completo	
CPF	
E-mail	

_____, _____ de _____ de 2025.

Assinatura

grupoiagsaude@grupoiagsaude.com.br (Para encaminhamento deste termo assinado). Telefone: (31) 3241-6520

Este documento e seus anexos são restritos ao(s) destinatário(s) e poderão ser divulgados para pessoas que necessitem dessas informações para a realização de suas atividades. Se você o recebeu por engano, favor entrar em contato com o remetente imediatamente e apagá-lo de seus arquivos. Qualquer uso não autorizado, replicação ou disseminação deste documento ou parte dele é proibido. Antes de imprimir, pense no meio ambiente.

QUADRO MÉDICO E TÉCNICO

Quadro de Pessoal:

Forma de Vínculo	Setor	Profissional	Quantidade	Carga Horária Semanal	Período
CLT	GERÊNCIA ASSISTENCIAL	Gerente Assistencial - RT de enfermagem	1	40	DIURNO
CLT	EDUCAÇÃO PERMANENTE	Enfermeiro Educador em Saúde	2	40	DIURNO
CLT	SCIH	Supervisor de SCIH	1	40	DIURNO
CLT	SCIH	Técnico de enfermagem SCIH	1	40	DIURNO
CLT	SCIH	Enfermeiro SCIH	1	40	DIURNO
CLT	QUALIDADE/NSP	Enfermeiro qualidade/NSP	1	40	DIURNO
CLT	QUALIDADE/NSP	Supervisor de Qualidade	1	40	DIURNO
CLT	QUALIDADE/NSP	Analista de Qualidade	1	40	DIURNO
CLT	QUALIDADE/NSP	Aprendiz de Qualidade	1	40	DIURNO
CLT	GESTÃO ADMINISTRATIVA	Gerente Administrativo	1	40	DIURNO
CLT	GESTÃO ADMINISTRATIVA	Assistente Administrativo	1	40	DIURNO
CLT	GESTÃO ADMINISTRATIVA	Plantonista Administrativo Diurno	2	36	DIURNO
CLT	GESTÃO ADMINISTRATIVA	Plantonista Administrativo Noturno	2	36	NOTURNO
CLT	GESTÃO ADMINISTRATIVA	Analista de Contratos	1	40	DIURNO
CLT	GESTÃO DE PESSOAS	Supervisor de RH	1	40	DIURNO
CLT	GESTÃO DE PESSOAS	Analista de Recursos Humanos e DP	1	40	DIURNO
CLT	GESTÃO DE PESSOAS	Assistente de DP e RH	1	40	DIURNO
CLT	UTI ADULTO - TIPO II - 10 LEITOS	Supervisor de Enfermagem	1	40	DIURNO
CLT	UTI ADULTO - TIPO II - 10 LEITOS	Enfermeiro diurno	3	36	DIURNO
CLT	UTI ADULTO - TIPO II - 10 LEITOS	Enfermeiro noturno	3	36	NOTURNO
CLT	UTI ADULTO - TIPO II - 10 LEITOS	Técnico de enfermagem diurno	16	36	DIURNO
CLT	UTI ADULTO - TIPO II - 10 LEITOS	Técnico de enfermagem noturno	16	36	NOTURNO
CLT	UTI ADULTO - TIPO II - 10 LEITOS	Terapeuta Ocupacional	1	30	DIURNO
CLT	UTI ADULTO - TIPO II - 10 LEITOS	Fonoaudiólogo	1	30	DIURNO
CLT	UTI ADULTO - TIPO II - 10 LEITOS	Nutricionista	2	36	DIURNO
CLT	UTI ADULTO - TIPO II - 10 LEITOS	Psicólogo	1	40	DIURNO
CLT	UTI ADULTO - TIPO II - 10 LEITOS	Assistente Social	2	30	DIURNO
CLT	UTI ADULTO - TIPO II - 10 LEITOS	Auxiliar administrativo diurno	2	36	DIURNO
CLT	UTI ADULTO - TIPO II - 10 LEITOS	Supervisor de Enfermagem	1	40	DIURNO
CLT	UTI ADULTO - TIPO II - 10 LEITOS	Enfermeiro diurno	3	36	DIURNO
CLT	UTI ADULTO - TIPO II - 10 LEITOS	Enfermeiro noturno	3	36	NOTURNO
CLT	UTI ADULTO - TIPO II - 10 LEITOS	Técnico de enfermagem diurno	16	36	DIURNO
CLT	UTI ADULTO - TIPO II - 10 LEITOS	Técnico de enfermagem noturno	16	36	NOTURNO
CLT	UTI ADULTO - TIPO II - 10 LEITOS	Auxiliar administrativo diurno	2	36	DIURNO
CLT	CLINICA MÉDICA - 28 LEITOS + PSIQUIATRIA - 04 LEITOS = 32 LEITOS	Supervisor de Enfermagem	1	40	DIURNO
CLT	CLINICA MÉDICA - 28 LEITOS + PSIQUIATRIA - 04 LEITOS = 32 LEITOS	Enfermeiro diurno	4	36	DIURNO

CLT	CLINICA MÉDICA - 28 LEITOS + PSIQUIATRIA - 04 LEITOS = 32 LEITOS	Enfermeiro noturno	5	36	NOTURNO
CLT	CLINICA MÉDICA - 28 LEITOS + PSIQUIATRIA - 04 LEITOS = 32 LEITOS	Técnico de enfermagem diurno	14	36	DIURNO
CLT	CLINICA MÉDICA - 28 LEITOS + PSIQUIATRIA - 04 LEITOS = 32 LEITOS	Técnico de enfermagem noturno	15	36	NOTURNO
CLT	CLINICA MÉDICA - 28 LEITOS + PSIQUIATRIA - 04 LEITOS = 32 LEITOS	Auxiliar administrativo diurno	2	36	DIURNO
CLT	CLINICA CIRÚRGICA - 10 LEITOS + CLINICA ORTOPÉDICA - 19 LEITOS + GINECOLOGIA - 03 LEITOS = 32 LEITOS	Supervisor de Enfermagem	1	40	DIURNO
CLT	CLINICA CIRÚRGICA - 10 LEITOS + CLINICA ORTOPÉDICA - 19 LEITOS + GINECOLOGIA - 03 LEITOS = 32 LEITOS	Enfermeiro diurno	4	36	DIURNO
CLT	CLINICA CIRÚRGICA - 10 LEITOS + CLINICA ORTOPÉDICA - 19 LEITOS + GINECOLOGIA - 03 LEITOS = 32 LEITOS	Enfermeiro noturno	5	36	NOTURNO
CLT	CLINICA CIRÚRGICA - 10 LEITOS + CLINICA ORTOPÉDICA - 19 LEITOS + GINECOLOGIA - 03 LEITOS = 32 LEITOS	Técnico de enfermagem diurno	14	36	DIURNO
CLT	CLINICA CIRÚRGICA - 10 LEITOS + CLINICA ORTOPÉDICA - 19 LEITOS + GINECOLOGIA - 03 LEITOS = 32 LEITOS	Técnico de enfermagem noturno	15	36	NOTURNO
CLT	CLINICA CIRÚRGICA - 10 LEITOS + CLINICA ORTOPÉDICA - 19 LEITOS + GINECOLOGIA - 03 LEITOS = 32 LEITOS	Auxiliar administrativo diurno	2	36	DIURNO
CLT	EQUIPE MULTIDISCIPLINAR	Nutricionista	2	36	DIURNO
CLT	EQUIPE MULTIDISCIPLINAR	Psicólogo	1	40	DIURNO
CLT	EQUIPE MULTIDISCIPLINAR	Assistente Social	2	30	DIURNO
CLT	CENTRO CIRÚRGICO - 03 SALAS	Supervisor de Enfermagem	1	40	DIURNO
CLT	CENTRO CIRÚRGICO - 03 SALAS	Enfermeiro diurno	3	36	DIURNO
CLT	CENTRO CIRÚRGICO - 03 SALAS	Enfermeiro noturno	3	36	NOTURNO
CLT	CENTRO CIRÚRGICO - 03 SALAS	Técnico de enfermagem diurno	14	36	DIURNO
CLT	CENTRO CIRÚRGICO - 03 SALAS	Técnico de enfermagem noturno	8	36	NOTURNO
CLT	CENTRO CIRÚRGICO - 03 SALAS	Instrumentador Cirúrgico Diurno	3	36	DIURNO
CLT	CENTRO CIRÚRGICO - 03 SALAS	Instrumentador Cirúrgico Noturno	3	36	NOTURNO
CLT	CENTRO CIRÚRGICO - 03 SALAS	Auxiliar administrativo diurno	2	36	DIURNO
CLT	CME	Enfermeiro diurno	2	36	DIURNO
CLT	CME	Enfermeiro noturno	1	36	NOTURNO
CLT	CME	Técnico de enfermagem diurno	8	36	DIURNO
CLT	CME	Técnico de enfermagem noturno	6	36	NOTURNO
CLT	OBSTETRÍCIA CLÍNICA - 14 LEITOS + OBSTETRÍCIA CIRÚRGICA - 03 LEITOS = 17 LEITOS	Supervisor de Enfermagem	1	40	DIURNO
CLT	OBSTETRÍCIA CLÍNICA - 14 LEITOS + OBSTETRÍCIA CIRÚRGICA - 03 LEITOS = 17 LEITOS	Enfermeiro diurno	2	36	DIURNO
CLT	OBSTETRÍCIA CLÍNICA - 14 LEITOS + OBSTETRÍCIA CIRÚRGICA - 03 LEITOS = 17 LEITOS	Enfermeiro noturno	3	36	NOTURNO
CLT	OBSTETRÍCIA CLÍNICA - 14 LEITOS + OBSTETRÍCIA CIRÚRGICA - 03 LEITOS = 17 LEITOS	Técnico de enfermagem diurno	9	36	DIURNO
CLT	OBSTETRÍCIA CLÍNICA - 14 LEITOS + OBSTETRÍCIA CIRÚRGICA - 03 LEITOS = 17 LEITOS	Técnico de enfermagem noturno	9	36	NOTURNO
CLT	OBSTETRÍCIA CLÍNICA - 14 LEITOS + OBSTETRÍCIA CIRÚRGICA - 03 LEITOS = 17 LEITOS	Auxiliar administrativo diurno	2	36	DIURNO
CLT	OBSTETRÍCIA CLÍNICA - 14 LEITOS + OBSTETRÍCIA CIRÚRGICA - 03 LEITOS = 17 LEITOS	Auxiliar administrativo noturno	2	36	NOTURNO
CLT	PEDIATRIA CLÍNICA - 14 LEITOS + PEDIATRIA CIRÚRGICA - 02 LEITOS = 16 LEITOS	Enfermeiro diurno	2	36	DIURNO
CLT	PEDIATRIA CLÍNICA - 14 LEITOS + PEDIATRIA CIRÚRGICA - 02 LEITOS = 16 LEITOS	Enfermeiro noturno	3	36	NOTURNO
CLT	PEDIATRIA CLÍNICA - 14 LEITOS + PEDIATRIA CIRÚRGICA - 02 LEITOS = 16 LEITOS	Técnico de enfermagem diurno	7	36	DIURNO
CLT	PEDIATRIA CLÍNICA - 14 LEITOS + PEDIATRIA CIRÚRGICA - 02 LEITOS = 16 LEITOS	Técnico de enfermagem noturno	9	36	NOTURNO
CLT	PEDIATRIA CLÍNICA - 14 LEITOS + PEDIATRIA CIRÚRGICA - 02 LEITOS = 16 LEITOS	Auxiliar administrativo diurno	2	36	DIURNO
CLT	PS GO + SALA DE PARTO	Enfermeiro Obstétra diurno	4	36	DIURNO
CLT	PS GO + SALA DE PARTO	Enfermeiro Obstétra noturno	5	36	NOTURNO
CLT	PS GO + SALA DE PARTO	Técnico de enfermagem diurno	9	36	DIURNO
CLT	PS GO + SALA DE PARTO	Técnico de enfermagem noturno	8	36	NOTURNO

CLT	PS GO + SALA DE PARTO	Auxiliar administrativo diurno	2	36	DIURNO
CLT	PS GO + SALA DE PARTO	Auxiliar administrativo noturno	2	36	NOTURNO
CLT	CDI + AMBULATÓRIO	Supervisor de Enfermagem	1	40	DIURNO
CLT	CDI + AMBULATÓRIO	Enfermeiro diurno	2	36	DIURNO
CLT	CDI + AMBULATÓRIO	Técnico de enfermagem	8	40	DIURNO
CLT	CDI + AMBULATÓRIO	Técnico de enfermagem diurno	2	36	DIURNO
CLT	CDI + AMBULATÓRIO	Técnico de enfermagem noturno	3	36	NOTURNO
CLT	CDI + AMBULATÓRIO	Supervisor de Radiologia	1	40	DIURNO
CLT	CDI + AMBULATÓRIO	Técnico de Radiologia	24	24	DIURNO
CLT	CDI + AMBULATÓRIO	Auxiliar administrativo diurno	2	40	DIURNO
CLT	PRONTO SOCORRO	Supervisor de Enfermagem	1	40	DIURNO
CLT	PRONTO SOCORRO	Enfermeiro diurno	4	36	DIURNO
CLT	PRONTO SOCORRO	Enfermeiro noturno	5	36	NOTURNO
CLT	PRONTO SOCORRO	Técnico de enfermagem diurno	13	36	DIURNO
CLT	PRONTO SOCORRO	Técnico de enfermagem noturno	13	36	NOTURNO
CLT	PRONTO SOCORRO	Técnico de Gesso diurno	2	36	DIURNO
CLT	PRONTO SOCORRO	Técnico de Gesso noturno	3	36	NOTURNO
CLT	PRONTO SOCORRO	Auxiliar administrativo diurno	2	36	DIURNO
CLT	NIR + REMOÇÃO	Enfermeiro diurno	2	36	DIURNO
CLT	NIR + REMOÇÃO	Enfermeiro noturno	2	36	NOTURNO
CLT	NIR + REMOÇÃO	Auxiliar administrativo diurno	2	36	DIURNO
CLT	NIR + REMOÇÃO	Auxiliar administrativo noturno	2	36	NOTURNO
CLT	NIR + REMOÇÃO	Maqueiro	3	36	NOTURNO
CLT	NIR + REMOÇÃO	Maqueiro	4	36	DIURNO
CLT	FARMÁCIA	Supervisor de Farmácia RT	1	40	DIURNO
CLT	FARMÁCIA	Farmacêutico diurno	3	36	DIURNO
CLT	FARMÁCIA	Farmacêutico noturno	3	36	NOTURNO
CLT	FARMÁCIA	Auxiliar de farmacia diurno	10	36	DIURNO
CLT	FARMÁCIA	Auxiliar de farmacia noturno	8	36	NOTURNO
CLT	NUTRIÇÃO	Nutricionista RT	1	40	DIURNO
CLT	LABORATÓRIO + HEMOTERAPIA	Supervisor de Laboratório	1	40	DIURNO
CLT	LABORATÓRIO + HEMOTERAPIA	Biomédico diurno	3	36	DIURNO
CLT	LABORATÓRIO + HEMOTERAPIA	Biomédico noturno	3	36	NOTURNO
CLT	LABORATÓRIO + HEMOTERAPIA	Técnico de laboratório diurno	14	36	DIURNO
CLT	LABORATÓRIO + HEMOTERAPIA	Técnico de laboratório noturno	9	36	NOTURNO
CLT	LABORATÓRIO + HEMOTERAPIA	Auxiliar administrativo diurno	3	36	DIURNO
CLT	TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO - TI	Analista de TI	1	40	DIURNO
CLT	TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO - TI	Assistente de TI	2	36	DIURNO
CLT	RECEPÇÃO	Supervisor Administrativo	1	40	DIURNO
CLT	RECEPÇÃO	Recepcionista diurno	13	36	DIURNO
CLT	RECEPÇÃO	Recepcionista noturno	13	36	NOTURNO

CLT	ALMOXARIFADO/COMPRAS	Assistente Compras	1	40	DIURNO
CLT	ALMOXARIFADO/COMPRAS	Supervisor de Almoxarifado	1	40	DIURNO
CLT	ALMOXARIFADO/COMPRAS	Almoxarife	3	40	DIURNO
CLT	MANUTENÇÃO/ENGENHARIA CLÍNICA	Coordenador de Operações	1	40	DIURNO
CLT	SESMT	Técnico de enfermagem do trabalho	1	40	DIURNO
CLT	SESMT	Técnico de Segurança do Trabalho	2	40	DIURNO
CLT	FATURAMENTO/SAME	Supervisor de Faturamento	1	40	DIURNO
CLT	FATURAMENTO/SAME	Faturista	3	40	DIURNO
CLT	FATURAMENTO/SAME	Auxiliar de faturamento	1	40	DIURNO
CLT	FATURAMENTO/SAME	Auxiliar de SAME	1	40	DIURNO
CLT	OUVIDORIA	Ouvidor	1	40	DIURNO
			537		

Forma de Vínculo	Setor	Especialidade Médica	Carga Horária (horas)	Escala Diária	Quantitativo mensal
PJ	Serviços de PJ - assistencial: Anestesiologia	Médico Anestesista	12	3	90
PJ	Serviços de PJ - assistencial: Coordenações médicas	Coordenador Clínica Médica	20	1	1
PJ	Serviços de PJ - assistencial: Coordenações médicas	Coordenador Ortopedia	20	1	1
PJ	Serviços de PJ - assistencial: Coordenações médicas	Coordenador Pronto Socorro	20	1	1
PJ	Serviços de PJ - assistencial: Coordenações médicas	Coordenador Pediatria	20	1	1
PJ	Serviços de PJ - assistencial: Coordenações médicas	Coordenador Obstetrícia	20	1	1
PJ	Serviços de PJ - assistencial: Coordenações médicas	Coordenador Anestesia	20	1	1
PJ	Serviços de PJ - assistencial: Coordenações médicas	Coordenador Cirurgia	20	1	1
PJ	Serviços de PJ - assistencial: Coordenações médicas	Diretor Clínico	20	1	1
PJ	Serviços de PJ - assistencial: Coordenações médicas	Diretor Técnico	20	1	1
PJ	Serviços de PJ - assistencial: Coordenações médicas	Médico Governança Clínica	20	1	1
PJ	Serviços de PJ - assistencial: Coordenações médicas	Gerente Médico	20	1	1
PJ	Serviços de PJ - assistencial: Internação - serviço de especialidades	Médico Intensivista	12	4	120
PJ	Serviços de PJ - assistencial: Internação - serviço de especialidades	Médico UTI - Diarista	4	2	44
PJ	Serviços de PJ - assistencial: Internação - serviço de especialidades	Coordenador UTI	20	1	1
PJ	Serviços de PJ - assistencial: Internação - serviço de especialidades	Médico RT da UTI	20	1	1
PJ	Serviços de PJ - assistencial: Internação - serviço de especialidades	Médico Pediatra Plantonista Diurno	12	1	30
PJ	Serviços de PJ - assistencial: Internação - serviço de especialidades	Médico Hospitalista	6	2	60
PJ	Serviços de PJ - assistencial: Internação - serviço de especialidades	Médico Internista 13-19h	6	1	30
PJ	Serviços de PJ - assistencial: Internação - serviço de especialidades	Médico Internista 19-7h	12	1	30
PJ	Serviços de PJ - assistencial: Internação - serviço de especialidades	Nefrologista Sobreaviso	0	1	1
PJ	Serviços de PJ - assistencial: Internação - serviço de especialidades	Cardiologista Sobreaviso	0	1	1
PJ	Serviços de PJ - assistencial: Internação - serviço de especialidades	Hematologista Parecerista	0	1	1
PJ	Serviços de PJ - assistencial: Internação - serviço de especialidades	Cirurgiao Vascular Parecerista	0	1	1

PJ	Serviços de PJ - assistencial: Internação - serviço de especialidades	Psiquiatra Parecerista	0	1	1
PJ	Serviços de PJ - assistencial: Internação - serviço de especialidades	Urologista - Sobreaviso	0	1	1
PJ	Serviços de PJ - assistencial: Internação - serviço de especialidades	Cirurgião Geral Plantonista presencial diurno	12	1	30
PJ	Serviços de PJ - assistencial: Internação - serviço de especialidades	Cirurgião Geral Plantonista sobreaviso noturno P1	12	1	30
PJ	Serviços de PJ - assistencial: Internação - serviço de especialidades	Cirurgião Geral Plantonista sobreaviso 24h P2	12	2	60
PJ	Serviços de PJ - assistencial: Internação - serviço de especialidades	Cirurgia Pediátrica Parecerista	0	1	1
PJ	Serviços de PJ - assistencial: Internação - serviço de especialidades	Ortopedista Plantonista Presencial diurno	12	2	60
PJ	Serviços de PJ - assistencial: Internação - serviço de especialidades	Ortopedista Plantonista sobreaviso noturno P1	12	1	30
PJ	Serviços de PJ - assistencial: Internação - serviço de especialidades	Ortopedista Plantonista sobreaviso noturno P2	12	1	30
PJ	Serviços de PJ - assistencial: Internação - serviço de especialidades	Médico Obstetra	12	4	120
PJ	Serviços de PJ - assistencial: Internação - serviço de especialidades	Médico Pediatra Aloj. Conjunto/ Sala de Parto	12	1	60
PJ	Serviços de PJ - assistencial: Internação - serviço de especialidades	Médico NIR	12	1	30
PJ	Serviços de PJ - assistencial: Internação - serviço de especialidades	Médico Infectologista CCIH	20	1	1
PJ	Serviços de PJ - assistencial: Internação - serviço de especialidades	Cirurgias	NSA	1	0
PJ	Serviços de PJ - assistencial: Internação - serviço de especialidades	Fisioterapeuta RT	30	1	1
PJ	Serviços de PJ - assistencial: Internação - serviço de especialidades	Fisioterapeuta	30	1	17
PJ	Serviços de PJ - assistencial: Pronto atendimento - serviços profissionais e outrasespecialidades	Médico Clínico Diarista - Observação/ apoio	6	1	30
PJ	Serviços de PJ - assistencial: Pronto atendimento - serviços profissionais e outrasespecialidades	Médico Pediatra	12	2	60
PJ	Serviços de PJ - assistencial: Pronto atendimento - serviços profissionais e outrasespecialidades	Médico Clínico	12	6	180
PJ	Serviços de PJ - assistencial: Pronto atendimento - serviços profissionais e outrasespecialidades	Médico Emergencista	12	2	60
PJ	Serviços de PJ - assistencial: Remoção de pacientes	Médico Remoção ambulância avançada	6	0	40
PJ	Serviços de PJ - assistencial: Remoção de pacientes	Médico Remoção sobreaviso 24h vaga zero	12	2	60

DECLARAÇÃO DE CONFORMIDADE DA PROPOSTA

Docusign Envelope ID: 1FDD51CA-182E-4945-976E-6E0B10175FBD

ANEXO IX – DECLARAÇÃO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO EM CONFORMIDADE COM A PROPOSTA DE TRABALHO

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco – SBCD, CNPJ: 48.211.585/0001-15, entidade não governamental, sem fins lucrativos, sediada na Rua Gabriela, n. 144, Município de Garça, Estado de São Paulo, CEP 17400-970, por seu representante legal Sr. **Luis Antonio Picerni Herce**, brasileiro, solteiro, advogado, portador do RG n. 11.784.356-8 com endereço profissional na Rua Pascoal Pais, n° 525, 1º Andar, Vila Cordeiro, São Paulo-SP, CEP: 04581-060, **DECLARA**, para os devidos fins, que compromete-se em prestar todos os serviços descritos na PROPOSTA TÉCNICA apresentada no Chamamento Público 001/2025/SES aos custos indicados na PROPOSTA FINANCEIRA, no Hospital Regional Dr. José de Simone Netto – HRDJSN, localizado no município de Ponta Porã/MS.

Declara, ainda, que a validade das propostas apresentadas é de 120 dias a partir da data da abertura da seleção.

Declara, ainda, que conhece as leis e normas jurídicas que respaldam a parceria pretendida e que obedecerá aos princípios e legislações do Sistema Único de Saúde — SUS, bem como, respeitará o caráter público das Unidades de Saúde.

São Paulo, 30 de outubro de 2025.

DocuSigned by:
Luis Antonio Picerni Herce
64E8CD58A0EC4C1...

SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO
CNPJ: 48.211.585/0001-15
LUIS ANTONIO PERCINI HERCE
RG n. 11.784.356-8

Este documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ALEX MOREIRA SANTOS JUNIOR, em sexta-feira, 31 de outubro de 2025 10:49:38 GMT-03:00, CNS: 11.503-0 - OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS - 24º SUBDISTRITO INDIANÓPOLIS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

PROTOCOLOS POP´s

Docusign Envelope ID: 96F8C066-6481-44C4-B799-21C9CDBA164B

PROTOCOLO CLÍNICO		PCL.02.001.02
DETERIORAÇÃO CLÍNICA	Rev. 02 / Valid. 09/2027	PAG. 01/14

Elaborado Por: Kevin Cristian Souza da Costa / Qualidade	Data: 20/11/2023	
Validado Por: Bruna Heloise M. R. Santos / Médica Governança Clínica	Data: 08/2025	Visto: Assinado por: Bruna Heloise Santos 64FA93AA9C47451...
Verificado Por: Kevin Cristian Souza Da Costa / Qualidade	Data: 09/2025	Visto: Signed by: 479DD02E026043B...
Aprovado Por: Thaís Alvares Mendes / Ger. Assistencial	Data: 09/2025	Visto: Assinado por: 46F0A43C71BF40F...

Rev.	Pág.(s).	Data	Descrição da Revisão
00	NA	20/11/2023	Emissão Inicial
01	Todas	26/05/2025	Revisão Geral Revisor: Abiqueila da Silva Pereira
02	Todas	10/08/2025	Revisão Geral Revisor: Ana Beatriz Colombo Caraúba Assinado por: Ana Beatriz Colombo Caraúba B144E0E50ED344D...

1 - OBJETIVO

Padronizar a atuação da equipe assistencial, administrativa e de apoio do Hospital Municipal de Cubatão frente a situações de Deterioração Clínica, promovendo o entendimento sobre o tema e a importância da assistência eficaz. Visando uma vigilância ativa a todos os pacientes presentes no ambiente hospitalar, assim como também na identificação de casos de Deterioração Visual.

2 – ALCANCE OU APLICABILIDADE

Setores		Aplicar na Coleta de SSVV do Início do Plantão	Aplicar na Admissão	Aplicar antes do Transporte	Aplicar escala visual
Ambulatório de Especialidades					X
Centro Cirúrgico			X	X	
Centro de Diagnóstico por Imagem	Tomografia **COM CONTRASTE**		X	X	
	Tomografia **COM SEDAÇÃO**		X	X	
	Tomografia Simples			X	X

Docusign Envelope ID: 96F8C066-6481-44C4-B799-21C9CDBA164B

	Endoscopia (Todas)		X	X	
	Colonoscopia (Todas)		X	X	
	Métodos Gráficos (Todos)			X	X
	Radiografia e Mamografia			X	X
	Ultrassonografia			X	X
	Exames Diagnósticos (Todos não citados)			X	X
Centro de Terapia Renal Substitutiva			X	X	
Centro Obsté-trico	Atendimentos < 24 horas		X	X	
	Atendimentos ≥ 24 horas	X		X	
Hemoterapia				X	X
Maternidade e Pediatria		X		X	X
Oxigenoterapia Hiperbárica		X			X
Ambulatório					X
Medicina Laboratorial				X	X
Recepções					X
Serviço de Nutrição e Dietética					X
Unidade de Internação		X	X	X	X

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI Adulto, Neonatal, Pediátrica e Semi-intensiva) adotam uma metodologia própria para a identificação de sinais de deterioração clínica, fundamentada em parâmetros-alvo definidos pelo médico responsável. Esses parâmetros são registrados tanto nas placas de identificação quanto nos monitores multiparâmétricos, garantindo redundância da informação e evitando a perda de dados nas configurações dos equipamentos.

3 – ABREVIATURAS E DEFINIÇÕES

Score: Pontuação (termo utilizado para o resultado da somatória de pontos da aplicação de Escalas de Deterioração Clínica)

MEWS: *Modified Early Warning Score*

PEWS: *Pediatric Early Warning Score*

MEOWS: *Modified Early Obstetric Warning Score*

TRR: Time de Resposta Rápida

PCRs: Paradas Cardiorrespiratórias

RCP: Ressuscitação Cardiopulmonar

PDC: Plano de Contingência

DC: Deterioração Clínica

DV: Deterioração Visual

SSVV: Sinais Vitais

UTI: Unidade de Terapia Intensiva

Docusign Envelope ID: 96F8C066-6481-44C4-B799-21C9CDBA164B

HMC: Hospital Municipal de Cubatão

RNs: Recém Nascidos

4 - DESENVOLVIMENTO

A **Deterioração Clínica** é um distúrbio orgânico que se evidência através da quebra de homeostase do organismo do paciente, sendo apresentada por sinais e sintomas em desequilíbrio do que é padronizado como estável. Afetando a ação hemodinâmica, o organismo promove alterações sistêmicas como forma de alarme, que identificadas precocemente há o aumento da probabilidade de se evitar eventos graves relacionados ao paciente, que por vezes pode resultar em um óbito. Visto isto, se faz necessária a promoção de cultura interna aos colaboradores na vigilância ativa para identificação e interpretação assertiva, segura e objetiva dos parâmetros vitais em prol da segurança do paciente, além de poder agir com agilidade para se evitar tais agravos em saúde.

A aplicação das Escalas de DC deverá ser realizada de forma padronizada por todo o ambiente hospitalar, sendo sua frequência dependente da gravidade do paciente e da programação (Tabela 1).

Tabela 1. Frequência e momento de verificação de sinais vitais e aplicação das escalas de deterioração clínica

Enfermaria / Aloj. Conjunto e Pediatria / Unidade de Internação Clínica e Cirúrgica	**Rotina mínima:** a cada 6 horas. **Exceções:** Pós-operatório recente, risco de instabilidade ou pacientes em uso de drogas vasoativas devem ter monitorização mais frequente (ex.: de 1/1h a 2/2h, conforme prescrição).
Unidade de Terapia Semi-Intensiva (UTSI / Unidade Intermediária)	**Rotina mínima:** a cada 2 a 4 horas. **Situações críticas:** Quando em instabilidade clínica ou em protocolos específicos (sepse, sangramento, pós-operatório imediato) → monitorização contínua ou de hora em hora.
Unidade de Terapia Intensiva (UTI)	**Rotina mínima:** a cada 2 a 4 horas. **Monitorização contínua:** SSVV monitorados em tempo real (cardiômetro, oxímetro, pressão invasiva/não invasiva). **Registro formal em prontuário:** Pelo menos de hora em hora.
Pronto-Socorro Obstétrico / Alojamento Conjunto / Pediatria	**Na admissão:** SV completos. **Reavaliação:** de acordo com classificação de risco: **Emergência / muito urgente:** monitorização contínua. **Urgente:** reavaliação geralmente de 30/30 min a 1/1h. **Pouco urgente / não urgente:** pode variar de 2/2h até liberação.
	Sepse: SV a cada 15–30 min nas primeiras horas, depois conforme evolução.

Docusign Envelope ID: 96F8C066-6481-44C4-B799-21C9CDBA164B

Protocolos Especiais	**Dor torácica / IAM:** monitorização contínua. **Pós-anestésico (RPA):** SV a cada 15 min até estabilização. **Paciente em risco de deterioração:** monitorização mais próxima (1/1h ou contínua) Antes de qualquer transporte intra e extra-hospitalar.

4.1 ESCALAS DE DETERIORAÇÃO CLÍNICA

Como método de uma assistência com eficácia e também evidenciada por instrumentos de validação científica, a implementação de Escalas de Deterioração Clínica se tornam uma ferramenta aliada aos processos assistenciais, desde o fortalecimento na vigilância ativa aos pacientes, aumentando a percepção dos colaboradores em relação ao paciente, até mesmo como estratégia de reunião de indicadores de ações.

Baseadas nos SSVV apresentados pelos pacientes, as Escalas de DC se tornam um método de fortalecimento assistencial em prol de proporcionar uma segurança do paciente de maneira ainda mais efetiva.

Dentro da aplicabilidade das Escalas de DC, temos o direcionamento de acordo com o paciente a ser avaliado, sendo apresentado por *scores* que possibilitarão traçar o objetivo a ser implantado na assistência ao paciente, promovido através dos Estratos de Intervenção, que dependem da aplicação das escalas, sendo elas:

- **Escala de Deterioração Clínica MEWS;**
- **Escala de Deterioração Clínica PEWS;**
- **Escala de Deterioração Clínica MEOWS.**

Diante da escala escolhida, é importante a avaliação crítica do profissional enfermeiro para que verifique que a Curva de DC possui uma ação contínua e descendente, de forma onde a DC se apresenta através de fases e diante das mesmas, se tornam um pilar para o direcionamento das condutas a serem colocadas em prática, em prol da segurança do paciente e qualidade na assistência:

A aplicação das Escalas de DC deverá ser realizada de forma padronizada por todo o ambiente hospitalar, para pacientes com hospitalização > 24 horas (vinte e quatro horas):

- Ao início de cada plantão;
- Antes de qualquer transporte intra e extra-hospitalar;
- Ao identificar alterações no quadro clínico do paciente (independentemente se a Escala já havia sido aplicada no plantão).

4.1.1 Escala de Deterioração Clínica MEWS

Indicada para pacientes que sejam maiores de 12 anos de idade, que não sejam gestantes/parturientes ou que não estejam em cuidados paliativos. Esta escala é um instrumento de importância na assistência hospitalar por se tratar de uma ferramenta que é aplicada para o maior público-alvo de um hospital, citado anteriormente,

Docusign Envelope ID: 96F8C066-6481-44C4-B799-21C9CDBA164B

permitindo uma melhora no diálogo entre os profissionais envolvidos nos casos de cada paciente e, consequentemente, a possibilidade de uma mesma linguagem entre os mesmos, propondo uma prática assistencial com redução de danos agravantes ao quadro clínico do indivíduo paciente.

Parâmetros fisiológicos	MEWS						
	3	2	1	0	1	2	3
Pressão sistólica (mmHg)	≤ 70	71 - 80	81 - 100	101 - 199		≥ 200	
Frequência cardíaca (bpm)		≤ 40	41 - 50	51 - 100		111 -129	> 129
Frequência respiratória (irpm)		≤ 8		9 - 14	15 - 20	21 - 29	> 29
Temperatura (°C)		≤ 35	35.1 - 36	36.1 - 38	38.1 - 38.5	≥ 38.6	
Nível de consciência				Alerta	Responde a voz	Responde a dor	Não responsivo

Figura 1 - Escala de Deterioração Clínica MEWS.

- **Pacientes com *score* ≥7** representa risco crítico: acionar imediatamente TRR, considerar Código Azul se PCR.
- **Pacientes com *score* ≥ 4** representa sinal de alerta para avaliação médica imediata ou acionamento do time de resposta rápida – Código Amarelo.
- **Pacientes com *score* 3**, planejar aferição dos sinais vitais para minimamente 2/2 horas e seguir com as intervenções conforme a prescrição médica. Se persistência do escore, manter registro de enfermagem atualizado em prontuário e comunicar ao médico quadro clínico.
- **Pacientes com *scores* 0, 1 e 2** manter aferição de sinais vitais a cada 6 horas e registrar em prontuário.

Após a aplicação da Escala de DC *MEWS*, se faz necessário prosseguir para o próximo passo que é a avaliação do *score* resultante da somatória das pontuações acima, e com isto, haverá o direcionamento de quais ações consecutivas deverão ser realizadas perante o que denominamos de ***Estrato de Intervenção***, que reúne ações principais a se colocar em prática de acordo com o resultado indicado pela Escala de DC *MEWS,* apresentando ações pontuais em prol do quadro clínico apresentado pelo paciente em deterioração clínica, e estão inseridos no SISTEMA SALUTEM.

Docusign Envelope ID: 96F8C066-6481-44C4-B799-21C9CDBA164B

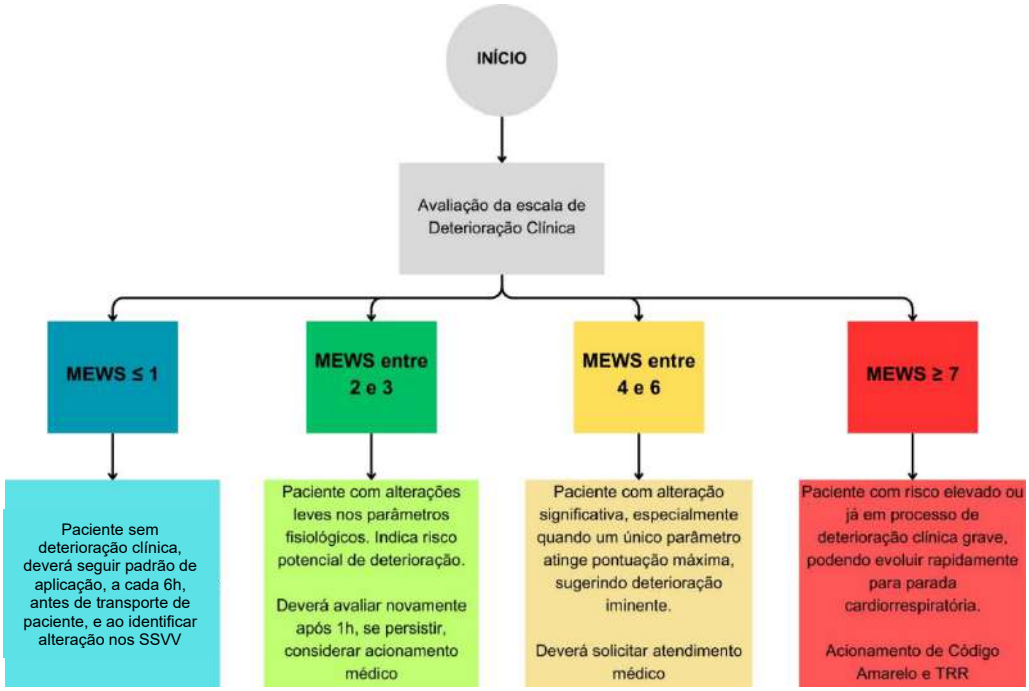


Figura 2 - Fluxograma de direcionamento ao Estrato de Intervenção adequado para cada score, resultante da aplicação da Escala de DC.

4.1.2 Escala de Deterioração Clínica PEWS

Indicada para pacientes que sejam com idade até 11 anos e 11 meses e 29 dias, que não sejam gestantes/parturientes ou que não estejam em cuidados paliativos, possuindo a mesma finalidade das demais Escalas de DC, a *PEWS* vem com a proposta de também reduzir riscos de agravos ao quadro clínico do paciente, com o diferencial de ser destinada a pacientes pediátricos, esta Escala tem suas peculiaridades, sendo apresentada com parâmetros vitais direcionados para as faixas etárias que correspondem a um paciente pediátrico.

Docusign Envelope ID: 96F8C066-6481-44C4-B799-21C9CDBA164B

Parâmetro Fisiológico	Idade	PEWS						
		3	2	1	0	1	2	3
Frequência cardíaca (por minuto)	<3 m	≤89			90 - 159		180 - 219	≥220
	3 m - 1 ano	≤89			90 - 149		170 - 209	≥210
	1 - 4 anos	≤89			90 - 139		160 - 199	≥200
	5 - 11 anos	≤89			90 - 129		150 - 189	≥190
	12 - 15 anos	≤69			70 - 99		130 - 169	≥170
Frequência respiratória (por minuto)	<3 anos	≤25			30 - 59	60 - 74	≥79	
	3 m - 1 ano	≤20			25 - 49	59 - 63	≥69	
	1 - 4 anos	≤15			20 - 39	49 - 53	≥59	
	5 - 11 anos	≤15			20 - 29	39 - 48	≥49	
	12 - 15 anos	≤5			10 - 19	29 - 38	≥39	
Comportamento					Normal	Sonolento	Irritado	Confuso, letárgico, reposta reduzida à dor

Figura 3 - Escala de Deterioração PEWS.

- **Pacientes com *score* ≥ 4,** há necessidade de avaliação médica imediata e necessidade de transferência para leito de atendimento a pacientes críticos. Se setor sem médico, acionar TRR - Código Azul (se PCR) ou Código Amarelo.
- **Pacientes com *score* 3 pontos**, há necessidade de avaliar a redução do tempo de monitoramento dos sinais vitais, devido ao maior o risco de deterioração clínica. Se setor sem médico, acionar TRR - Código Amarelo.
- **Pacientes com *score* 1 a 2**, repetir o PEWS a cada 60 minutos, se persistir comunicar ao médico e manter o registro nas anotações de enfermagem.
- **Pacientes com *score* 0**, manter rotina de aferição dos sinais vitais a cada 6 horas.

4.1.2.1 Estrato de Intervenção

Assim como a Escala de DC anterior, a *PEWS* também possui *Estrato de Intervenção,* que de acordo com o *score* resultante da aplicação desta Escala, será designado uma linha de ações que serão pertinentes ao melhor manejo do quadro clínico apresentado pelo paciente.

Docusign Envelope ID: 96F8C066-6481-44C4-B799-21C9CDBA164B

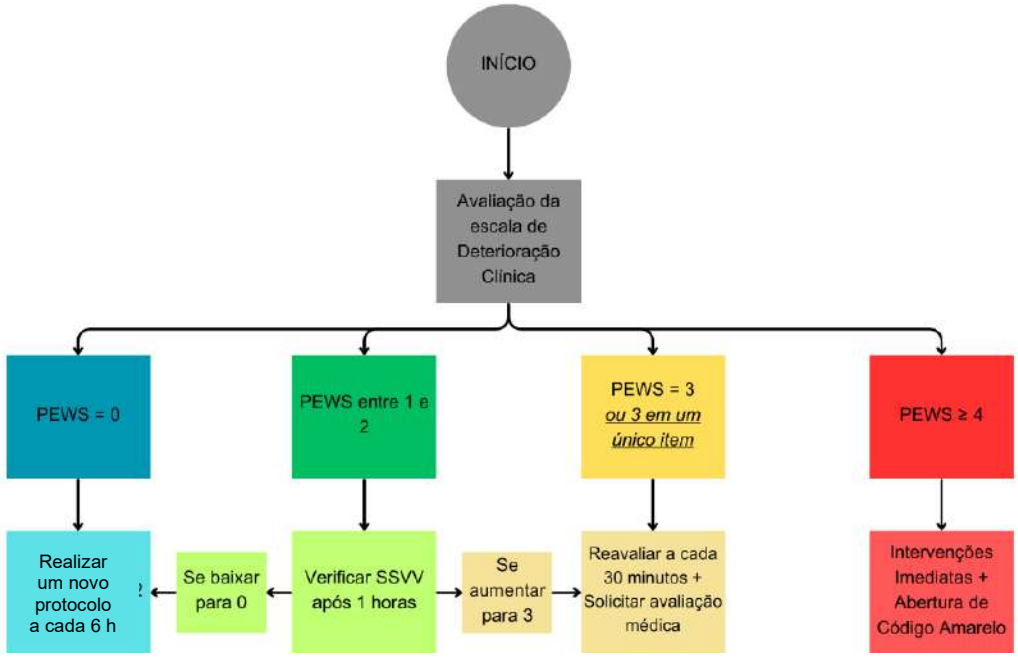


Figura 4 - Fluxograma de direcionamento ao Estrato de Intervenção adequado para cada score, resultante da aplicação da Escala de DC.

A identificação precoce de sinais de deterioração também se faz importante para pacientes pediátricos, visto que através desta prática é possível evitar o agravamento de muitos casos, e também complicações que possam ser irreversíveis, se tornando uma estratégia para redução de mortalidade infantil.

4.1.3 Escala de Deterioração Clínica MEOWS

Indicada para pacientes, que independentemente da idade, sejam gestantes/parturientes/puerpério. Assim como as demais Escalas de DC, esta também direciona a sua ação para que seja aplicada com a finalidade de reduzir riscos ao paciente, promovendo uma vigilância ativa, de forma que esta esteja direcionada a saúde da pessoa gestante e/ou feto, possibilitando uma maior autonomia do enfermeiro frente a um posicionamento assistencial em relação às condutas prestadas.

Docusign Envelope ID: 96F8C066-6481-44C4-B799-21C9CDBA164B

Parâmetros fisiológicos	MEOWS						
	3	2	1	0	1	2	3
Temperatura (°C)		< 35		35.1 - 37.4		37.5 - 39	≥ 39
Pressão sistólica (mmHg)	≤ 70	71 - 79	80 - 89	90 - 139	140 - 149	150 - 159	≥ 160
Pressão diastólica (mmHg)			≤ 45	46 - 89	90 - 99	100 - 109	≥ 110
Frequência cardíaca (bpm)		≤ 40	41 - 50	51 - 100	101 - 110	111 - 129	≥ 130
Frequência respiratória		≤ 8		9 - 14	15 - 20	21 - 29	≥ 30
Débito urinário (ml/h)	≤ 10	≤ 30		Não mensurado			
Nível de consciência	Inconsciente	Responde a dor	Responde a voz	Alerta			

Figura 5 - Escala de Deterioração MEOWS.

- **Pacientes com *score* MEOWS ≥ 6 -** necessitam de avaliação médica imediatamente, posicionamento da gestante em decúbito lateral esquerdo, aferição de sinais vitais de modo contínuo e transferência para leito de atendimento a pacientes críticos. Se setor sem médico, acionar TRR - Código Azul (se PCR) ou Código Amarelo.
- **Pacientes com *score* entre 4 e 5**, *avaliar sinais vitais e score a cada 30 minutos, necessitam de avaliação médica imediatamente;* se setor sem médico, acionar Código Amarelo.
- **Pacientes com *score* MEOWS 3**, necessitam de reavaliação dos sinais vitais e do *score* em 1 hora.
- **Pacientes com *score* de MEOWS ≤ 2**, reavaliar a cada 3 horas e avaliar aumento da frequência do monitoramento, se alguma alteração ou novo sintoma apresentado.

4.1.3.1 Estrato de Intervenção

Para a Escala de DC MEOWS não há diferença, também é direcionado uma série de ações como resultantes do seguimento da aplicação da escala, sendo uma linha de cuidados base que permitem uma atuação mais eficaz perante o paciente, sendo gestante ou parturiente, que após uma avaliação criteriosa, necessite desta demanda emergencial com especificidade de atuação direcionada às intercorrências obstétricas, visto que as alterações fisiológicas, que necessitem de uma ação emergencial, possuem a singularidade de atenção à saúde da pessoa gestante e/ou também do feto.

Docusign Envelope ID: 96F8C066-6481-44C4-B799-21C9CDBA164B

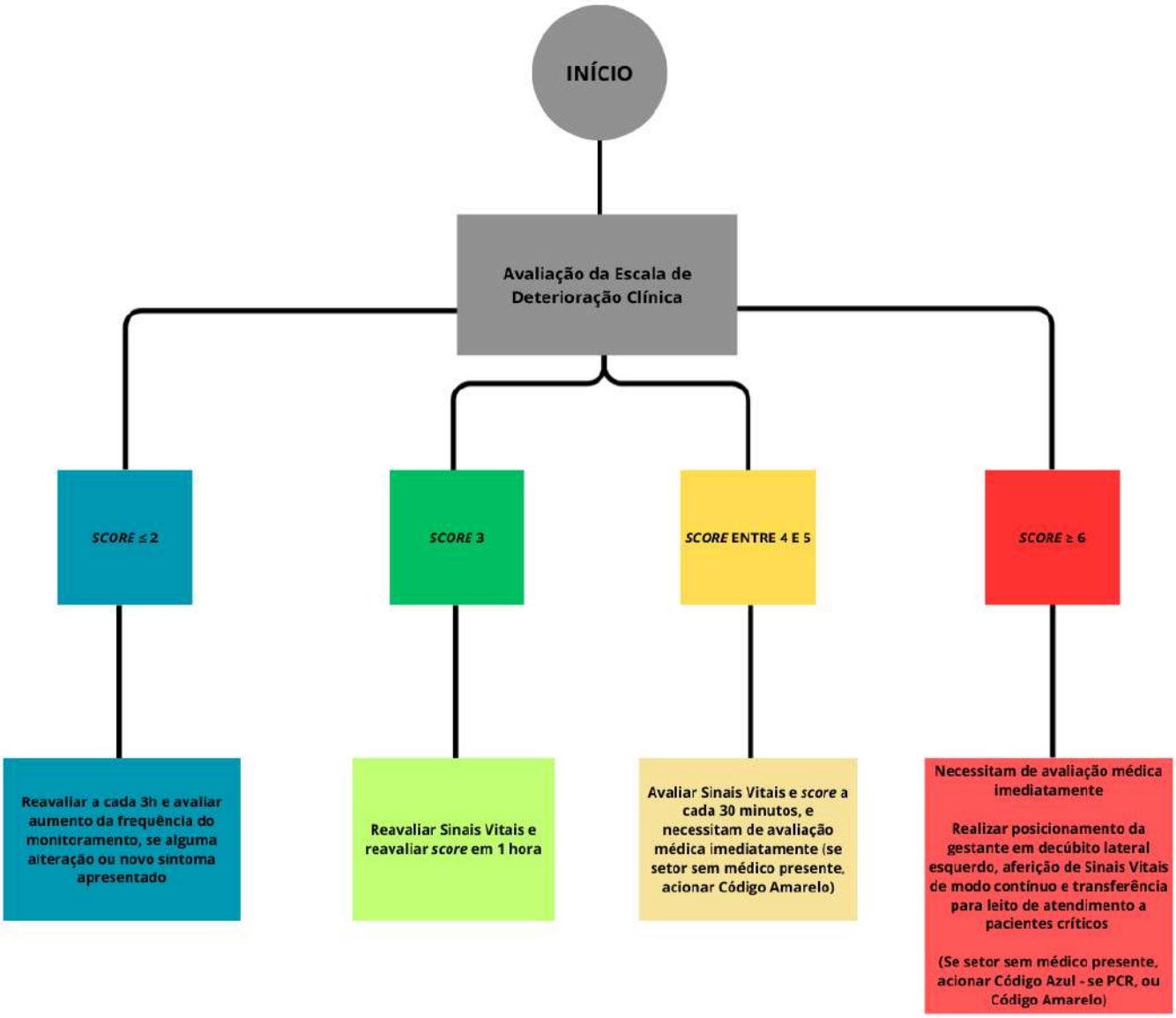


Figura 6 - Fluxograma de direcionamento ao Estrato de Intervenção adequado para cada score, resultante da aplicação da Escala de DC.

Assim como todas Escalas de DC, a *MEOWS* também possui direcionamento de ações assistenciais a serem colocadas em prática no caso de identificação de deterioração clínica, com especificidade gestante/parturiente. A comunicação entre a equipe multiprofissional, principalmente a equipe de enfermagem é determinante, assim para com outros tipos de paciente, no qual o alinhamento de vigilâncias ativas se faz essencial para que a assistência seja exemplar e eficaz, evitando falhas assistenciais, sejam na prática ou mesmo na troca de informações entre os profissionais envolvidos.

Docusign Envelope ID: 96F8C066-6481-44C4-B799-21C9CDBA164B

4.2 DETERIORAÇÃO VISUAL

No HMC, qualquer pessoa nas dependências e áreas sob responsabilidade legal do hospital (colaboradores, acompanhantes, visitantes e prestadores) pode ser avaliada por impressão clínica padronizada. Essa avaliação ocorre sem necessidade inicial de mensuração de sinais vitais, quando houver sinais visuais sugestivos de deterioração clínica.

Os indivíduos dentro do ambiente hospitalar poderão ser avaliados diante a uma sinalização que direcione a uma deterioração clínica, porém com sinais corporais que sejam identificados visualmente, sem a necessidade de utilizar instrumentos de avaliação de SSVV.

Observado algum destes sinais citados acima, já se faz necessária uma atuação emergencial do TRR ou médico plantonista. Fora do perímetro do hospital: *prestar primeiros socorros, acionar o TRR mas também acionar imediatamente o SAMU 192/Resgate.*

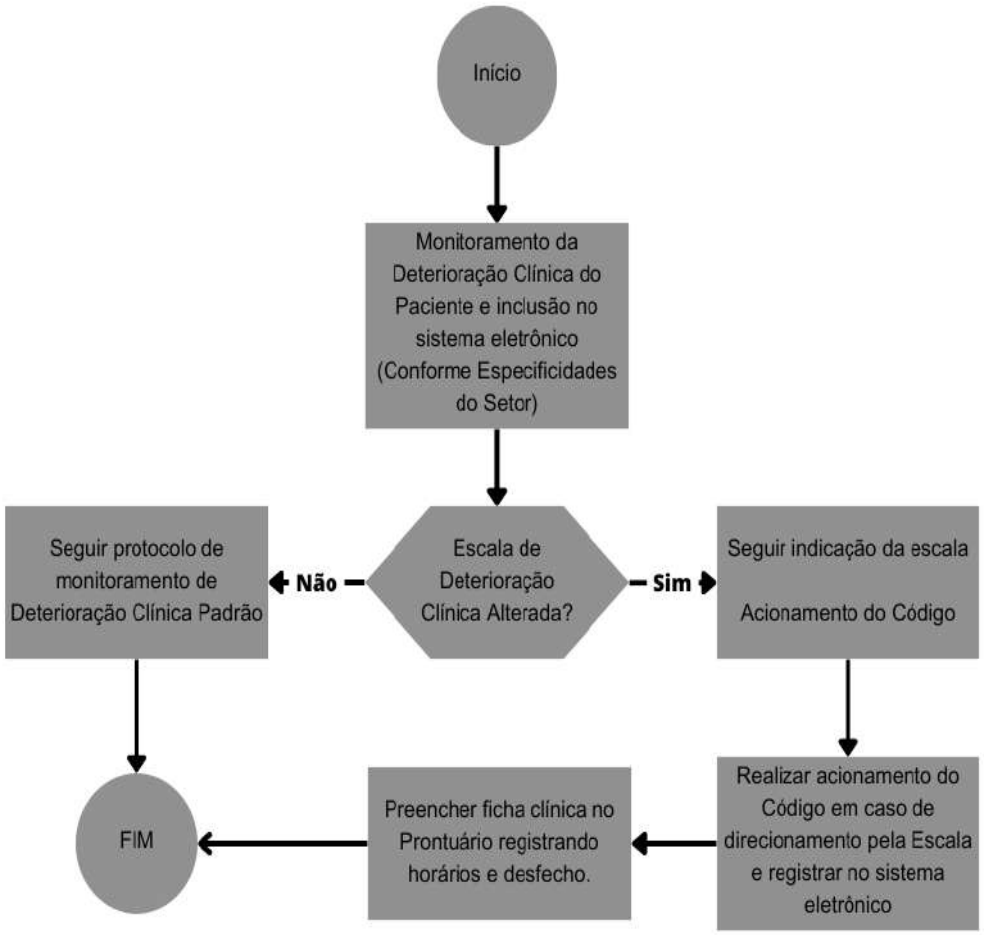


Figura 7 - Fluxograma de acionamento de códigos, diante da aplicabilidade de Escalas de Deterioração Clínica.

Docusign Envelope ID: 96F8C066-6481-44C4-B799-21C9CDBA164B

5 – RESPONSABILIDADES E ATRIBUIÇÕES

Caberão as responsabilidades e atribuições:

Enfermeiro:

- Na detecção de qualquer deterioração clínica ou avisado pelo técnico de enfermagem, deverá conduzir as tratativas e acionar o código amarelo / azul conforme necessidade;
- Realizar assistência ao paciente assim que informado pelo Técnico de Enfermagem sobre a necessidade da aplicação de Escala de Deterioração Clínica.
- Registro em Prontuário Eletrônico: Evolução de Enfermagem, Acionamento do Código;
- Orientar paciente e acompanhantes frente a condutas que possam ser realizadas, junto à equipe médica/TRR quando necessário;

Técnico de Enfermagem:

- Aplicação das Escalas de Deterioração Clínica, diante das necessidades e especificidades do setor em que se encontra;
- Na detecção de sinais de deterioração clínica conforme indicado pela escala, avisar imediatamente ao Enfermeiro.
- Cumprir com o padrão de coleta de sinais vitais conforme a unidade de atuação.
- Comunicar imediatamente o Enfermeiro em caso de identificação de Deterioração Clínica, mesmo que já tenha sido aplicada Escala de DC no plantão;
- Registrar SSVV em Prontuário Eletrônico, pontuando todas as possíveis alterações manifestadas, bem como as condutas realizadas e a identificação de DC e comunicação ao Enfermeiro;
- Registrar os sinais vitais no Prontuário Eletrônico, descrevendo eventuais alterações observadas, as condutas adotadas, a identificação de deterioração clínica (DC) e a devida comunicação ao Enfermeiro.

Médico:

- Orientar a família e acompanhantes frente às condutas realizadas ao paciente, em alinhamento com o Enfermeiro;
- Encaminhar-se imediatamente ao local solicitado para atendimento emergencial, assim como priorizar o tempo de acionamento dos Códigos Institucionais em prol da promoção de segurança do paciente;
- Registrar todas condutas e ações prestadas ao paciente em Prontuário Eletrônico;
- Em casos de Código Amarelo, que não sejam pacientes hospitalizados, registrar assistência em Ficha Manual do TRR que se encontrará presente em Maleta de Emergência, localizada na

Docusign Envelope ID: 96F8C066-6481-44C4-B799-21C9CDBA164B

Farmácia;

- Comunicar médico assistente quando cabível.

Gestores e Diretoria Técnica:

- Acompanhamento do quadro clínico do paciente, avaliando Planos Terapêuticos Individuais realizados pela Equipe Multiprofissional que está a realizar os atendimentos ao mesmo;
- Orientação às equipes assistenciais quanto à importância da aplicação das Escalas de Deterioração Clínica nas rotinas;
- Acompanhamento de indicadores da efetividade do protocolo;
- Manter protocolo clínico atualizado.

6 - REFERÊNCIAS

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. Editora Atlântica. v. 17, n. 1, p. 34-42. 2018

BRASIL. SUS. INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGIA E SAÚDE. ICISMEP. **Protocolo Assistencial: Deterioração Clínica**. p. 6. Minas, Gerais, Brasil. 2024.

CARVALHO, L. S. B. DE; MACHADO, J. P.; **Aplicação da Escala de MEWS (Modified Early Warning Score) em Serviços de Saúde no Brasil.** Centro Universitário Barão de Mauá. Ribeirão Preto, São Paulo. 2021. XIV Encontro de Iniciação Científica do Centro Universitário Barão de Mauá, Programa de Iniciação Científica Centro Universitário Barão de Mauá, 2021. Disponível em: <https://api3.baraodemaua.br/media/22093/lara-silva-barbosa-de-carvalho-juliana-pereira-machado-corr.pdf> Acesso em: 23 de Junho de 2025.

CÍRCULO SAÚDE. **Procedimento Operacional Padrão: Deterioração Clínica.** p.10. 2024. Disponível em: <https://circulosaude.com.br/download/downloads/962d086f57acb48cc711c022784d4b79.pdf> Acesso em: 23 de Junho de 2025.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. COMISSÃO PERMANENTE DE PROTOCOLOS DE ATENÇÃO À SAÚDE. Protocolo de Atenção à Saúde. **Segurança do Paciente: Prevenção do Paciente: Prevenção da Deterioração Clínica em Pacientes Adultos em Serviço Hospitalar.** p.17. Brasília, Distrito Federal. 2021.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. COMISSÃO PERMANENTE DE PROTOCOLOS DE ATENÇÃO À SAÚDE. Protocolo de Atenção à Saúde. **Segurança do Paciente: Prevenção**

Docusign Envelope ID: 96F8C066-6481-44C4-B799-21C9CDBA164B

de Deterioração Clínica em Serviços Obstétricos. p.22. Brasília, Distrito Federal. 2023.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. COMISSÃO PERMANENTE DE PROTOCOLOS DE ATENÇÃO À SAÚDE. Protocolo de Atenção à Saúde. **Segurança do Paciente: Prevenção do Paciente: Prevenção da Deterioração Clínica em Pacientes Adultos em Serviço Hospitalar.** p.10. Brasília, Distrito Federal. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGIA E SAÚDE. **Protocolo Assistencial: Deterioração Clínica**. p. 8. Brasil. 2023. Disponível em: <https://ints.org.br/wp-content/uploads/2023/02/PR.QAS_.002-01-Deterioracao-Clinica.pdf> Acesso em: 28 de Junho de 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGIA E SAÚDE. SUS. HOSPITAL MANOEL VICTORINO. **Protocolo Assistencial: Deterioração Clínica.** p. 5. Salvador, Bahia. 2021.

PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. SUS. **PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP): IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DE DETERIORAÇÃO CLÍNICA EM CRIANÇAS – PEWS.** p.9. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2025.

SIMAS, C.; **TIME DE RESPOSTA RÁPIDA DE UM HOSPITAL GERAL PÚBLICO DO SUL DO BRASIL.** Tese (Mestrado em Gestão do Cuidado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, p. 100. 2024.

SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE. HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO CRISTÓVÃO. **Instrução de Trabalho: Time de Resposta Rápida (TRR).** p.4. v.3. São Paulo, São Paulo. 2021. Disponível em: <https://www.saocristovao.com.br/wp-content/uploads/2021/06/it.0364-time-de-resposta-rapida-trr.pdf> Acesso em: 01 de Julho de 2025.

Docusign Envelope ID: CD0A49EF-B334-4BC2-A795-59E8F3E3F518

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.UE.ASS.003	VERSÃO: 01
ATENDIMENTO AO PACIENTE VÍTIIMA DE POLITRAUMA	VALIDADE: 02/2027	Pág. 1 de 10

Elaborado por: Diretor Técnico – Kauê Santos	Data: 02/2025	Visto: Assinado por: Kauê De Cezaro Dos Santos A023D24A445A4DE...
Verificado por: RT Médico - José Pablo Rojas Soliz	Data: 02/2025	Visto: Assinado por: José Pablo Rojas Soliz 8CFB1F44058F481...
Verificado por: Assessor Técnico – Renata Colamarche	Data: 02/2025	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 90E0F55E05D144F...
Verificado por: Qualidade	Data: 02/2025	Visto: DocuSigned by: Erica de Cassia Laurindo C3591491EA564CF...
Aprovado por: Gerência Assistencial – Carla Casaes	Data: 02/2025	Visto: Assinado por: Carla Carin Casaes FAEFCD486FD6449...
Aprovado por: Diretor Técnico - André Ramos Neto	Data: 02/2025	Visto: Assinado por: Andre' Ramos Neto C1CF8A0386BE43B...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
0	Não se aplica	Emissão do documento.

1- OBJETIVO

Definir o fluxo de atendimento aos pacientes politraumatizados

Definir o papel de cada prestador no fluxo de atendimento

Padronizar as ações frente cenários mais comuns

2 – ALCANCE

Médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem das unidades de urgência e emergência.

3 – RESPONSABILIDADE

Equipe Médica;

Equipe de Enfermagem;

Serviço Social.

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

TRAUMA MAIOR

Pacientes com suspeita de trauma grave que chegam à unidade de urgência e emergência e são classificados de acordo com o Protocolo Manchester, apresentando um ou mais dos critérios abaixo:

a. **CRITÉRIOS FISIOLÓGICOS:**

- Escala de Coma De Glasgow< 15 ou deterioração neurológica;

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: CD0A49EF-B334-4BC2-A795-59E8F3E3F518

- PAS <90mmHg;
- FR <10irpm ou>29irpm ou mecânica ventilatória que necessite intubação pré-hospitalar.

b. CRITÉRIOS ANATÔMICOS:

- Ferimento penetrante craniano, cervical, torácico, abdominal, extremidades proximais ao cotovelo e joelho;
- Fratura exposta ou afundamento de crânio;
- Para/tetraplegia ou suspeita de trauma raquimedular;
- Tórax instável ou múltiplas fraturas de costelas;
- Fratura de pelve;
- Amputação traumática proximal ao punho ou tornozelo;
- Esmagamento ou desenluvamento em extremidades;
- Suspeita de lesão em mais de um segmento corpóreo;
- Queimadura elétrica;
- Suspeita de lesão por inalação;
- Queimadura de 2º / 3º grau:-10% de superfície corpórea (Idade < 10 ou > 50 anos) -20% de superfície corpórea em qualquer idade;
- Suspeita clínica de instabilidade da pelve;
- Suspeita de fratura de dois ou mais ossos longos proximais (fêmur ou úmero).

c. MECANISMO DO TRAUMA:

- Queda:
- Altura > 3 metros;
- Qualquer altura em paciente em uso de anticoagulante;
- Acidente com automóvel ou motocicleta:
- Com deformidade do veículo e intrusão > 30cm;
- Ejeção ou capotamento;
- Óbito de algum dos passageiros;
- Atropelamento em velocidade > 40km/h;
- Acidente automobilístico com colisão em velocidade > 70 km/h;
- Acidente motociclístico em velocidade > 40 km/h;

Rubrica DS EDCL Rubrica JPRS DS RC Rubrica KCS Rubrica

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: CD0A49EF-B334-4BC2-A795-59E8F3E3F518

- Paciente preso em ferragens;
- Queimadura elétrica;
- Explosão;
- Trauma abdominal com distensão abdominal, sinal de irritação peritoneal ou marca do cinto de segurança.

d. CONDIÇÕES CLÍNICAS DE RISCO AUMENTADO:

- Crianças ou adultos > 55 anos;
- Gravidez confirmada ou presumida;
- Doenças crônicas graves;
- Terapia com anticoagulante.

TRAUMA MENOR

Trauma menor é aquele que não se enquadra nos critérios de trauma maior, caracterizado como:

- Escoriações, ferimentos que não requerem fechamento e outros traumas que não contém critérios para trauma maior;
- Sinais vitais dentro dos parâmetros da normalidade;
- Fraturas alinhadas, luxações, lacerações;
- Lesão de pele e subcutâneo com sangramento compressível;
- Trauma torácico com dor leve sem dispneia;
- Suspeita de fratura, entorse, luxação, contusões, mialgias

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

AVALIAÇÃO PRIMÁRIA DO PACIENTE

A avaliação primária do paciente com trauma maior deverá ocorrer conforme o protocolo de atendimento inicial do politraumatizado recomendado pelo Suporte Avançado de Vida no Trauma (ATLS).

A avaliação primária e reanimação ocorrem simultaneamente, em uma sequência lógica de condições de risco à vida, conhecida como “ABCDE”.

A avaliação ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposition) que em português significa- Via aérea, Respiração, Circulação, Disfunção Neurológica e Exposição é efetuada em até 2 a 5 minutos, sendo realizada simultaneamente ao tratamento de lesões potencialmente fatais.

Obs.: O colar cervical deve ser posicionado corretamente e somente deve ser removido após avaliação clínica ou

Rubrica
DS
Rubrica
DS
Rubrica
Rubrica

Docusign Envelope ID: CD0A49EF-B334-4BC2-A795-59E8F3E3F518

radiológica da coluna cervical.

A - VIA AÈREA:

A decisão de instalar uma via aérea definitiva é baseada em achados clínicos e fundamenta-se em:

- Apneia;
- Impossibilidade de manter uma via aérea permeável por outros métodos;
- Proteção das vias aéreas inferiores contra aspiração de sangue ou vômito;
- Comprometimento iminente ou potencial das vias aéreas, como, por exemplo, lesão por inalação, fraturas faciais, convulsões persistentes;
- TCE (Glasgow 8) necessitando de auxílio ventilatório;
- Incapacidade de manter oxigenação adequada com uso de máscara de oxigênio.

A via aérea cirúrgica está indicada na: incapacidade de Intubação Orotraqueal, no traumatismo facial grave, hemorragia traqueobrônquica persistente, na distorção anatômica devido ao trauma no pescoço, incapacidade de visualização das cordas vocais, devido ao acúmulo de sangue e secreções e edema de via aérea.

B: RESPIRAÇÃO: O pescoço e o tórax do paciente devem ser expostos para avaliar adequadamente a distensão das veias jugulares, posição da traqueia e movimentação da parede torácica. A ausculta, inspeção, palpação e percussão do tórax devem ser realizadas.

- **Pneumotórax aberto**: Provocado por grandes ferimentos da parede torácica que permanecem abertos e são denominados ferimentos torácicos aspirativos. **Sinais e sintomas:** dor, dificuldade respiratória, taquipneia, diminuição dos sons respiratórios e movimento ruidoso do ar através da parede torácica afetada. **Tratamento inicial:** Curativo estéril, grande o suficiente para sobrepor as bordas da ferida, fixo em apenas três lados para produzir um efeito de válvula unidirecional (curativo de três pontas).
- **Pneumotórax hipertensivo**: O pneumotórax hipertensivo desenvolve-se a partir da entrada de ar no espaço pleural através de uma válvula unidirecional no pulmão ou parede torácica. Um pneumotórax simples pode se transformar em hipertensivo quando é instituída a ventilação mecânica com pressão positiva. O diagnóstico é clínico e seu tratamento **não deve esperar a realização de exame de Raio - X. Sinais e sintomas:** percussão hipersonora, desvio de traqueia contralateral, distensão das veias do pescoço e ausência de sons respiratórios (murmúrio vesicular) associado a instabilidade hemodinâmica **Tratamento inicial:** Punção com Jelco 14G no 5º espaço intercostal (EIC) na linha axilar média.
- **Tórax instável**: ocorre quando um segmento da parede torácica não tem continuidade óssea com o resto

Rubrica
DS
Rubrica
DS
Rubrica
Rubrica

Docusign Envelope ID: CD0A49EF-B334-4BC2-A795-59E8F3E3F518

da caixa torácica (duas ou mais costelas adjacentes fraturadas em dois ou mais locais), embora também possa ocorrer quando há separação costocondral de uma única costela do tórax. Tratamento inicial do tórax instável e contusão pulmonar: inclui administração de oxigênio umidificado, ventilação adequada e ressuscitação volêmica cautelosa. Seguindo do tratamento definitivo: oxigenação adequada, administrar fluidos criteriosamente e fornecer analgesia para melhorar a ventilação.

- **Contusão Pulmonar:** causada por trauma torácico. Sangue e outros fluidos acumulam-se no tecido pulmonar, interferindo na ventilação e podendo levar a hipoxia.

C: Circulação Realiza-se na avaliação primária o **diagnóstico de choque,** classifica-o e trata-o de acordo com a necessidade. O exame abdominal deve ser completo e seguir a sequência a sequência clássica: **Inspeção, ausculta, percussão e palpação**. As estruturas adjacentes como tórax, uretra, vagina, períneo, dorso e glúteos podem nos dar pistas de possíveis lesões de órgãos abdominais. Além disso o exame da bacia é de suma importância nesse momento. **Deve ser realizado toque retal e vaginal em todos pacientes politraumatizados com trauma maior** e em alguns casos selecionados de trauma menor. Para controle do sangramento no trauma pode haver necessidade de aplicação de ressuscitação hemostática, hipotensão permissiva e controle de danos (damage control). O controle de danos é uma combinação de estratégias que inclui: Ressuscitação rápida com sangue, controle de hemorragia, correção de distúrbios metabólicos e otimização fisiológica antes do reparo.

CLASSIFICAÇÃO DO CHOQUE HIPOVOLÊMICO HEMORRÁGICO

Parâmetro	Classe I	Classe II (leve)	Classe III (moderada)	Classe IV (grave)
Perda de sangue aproximada	< 15%	15-30%	31-40%	> 40%
Frequência cardíaca	normal	normal ou ↑	↑	↑/↓↓
Pressão arterial	normal	normal	normal ou ↓	↓
Pressão de pulso	normal	↓	↓	↓
Frequência respiratória	normal	normal	normal ou ↑	↑
Débito urinário	normal	normal	↓	↓↓
Glasgow	normal	normal	↓	↓
Déficit de base	0 a –2 mEq/L	–2 a –6 mEq/L	–6 a –10 mEq/L	–10 mEqou menos
Necessidade de produtos	monitor	possível	sim	protocolo de transfusão

Rubrica
DS
Rubrica
DS
Rubrica
Rubrica

Docusign Envelope ID: CD0A49EF-B334-4BC2-A795-59E8F3E3F518

sanguíneos				massiva

Obs.: Volume de perda de sangue subdivido em quatro Classes: I: até 750ml / II: 750-1500ml/III: 1500-2000 /IV: > 2000ml

*ATLS 11ª Edição - Manejo do choque hipovolêmico. Capítulo 14

RESSUSCITAÇÃO HEMOSTÁTICA

- **1º passo:** Administrar 1L de ringer lactato ou soro fisiológico para todos os pacientes, mantendo dois acessos em veias periféricas (cubital ou no antebraço), com jelco 18G ou maior.
- **2ª passo:** Indicações para Administração de Ácido Tranexâmico

a) **CRITÉRIOS**:

- Trauma a menos de 03 horas com suspeita de sangramento;
- Frequência cardíaca > 110bpm e/ou PAS<90 mmHg.

b) DOSAGEM

- Administrar 1g EV bolus em 10min e 1g EV ao longo de 8h.

TRAUMA COMPLEXO DE EXTREMIDADES

As lesões complexas dos membros superiores e inferiores são causadas por mecanismos de alta energia. Por esta razão, deve-se ter em mente que as lesões graves das extremidades podem representar um sinal de alerta para traumas potencialmente letais de crânio, tórax e abdome.

Deve ser realizada antibioticoterapia (cefalosporina de primeira geração) nas fraturas expostas, sendo realizada na primeira hora do trauma. A cobertura antitetânica deve também deve ser questionada.

OBJETIVOS DA AVALIAÇÃO DAS LESÕES DE EXTREMIDADES:

- Tratar lesões dos membros que ameacem a vida (avaliação primária).
- Tratar lesões dos membros que ameacem sua viabilidade (avaliação secundária).
- Conduzir uma avaliação sistemática para evitar a não detecção de lesões musculoesqueléticas (reavaliação contínua).

D: AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

Uma vez que as vias aéreas, a respiração e a circulação tenham sido tratadas e estabilizadas, deve ser realizada uma avaliação neurológica focada para avaliar o nível de consciência, o tamanho e a reatividade pupilar e a função motora.

Devem-se considerar causas alternativas de alteração sensorial, com realização de glicemia capilar. Apesar do

Rubrica
DS EDCL
Rubrica JPRS
DS RC
Rubrica HCS
Rubrica

Docusign Envelope ID: CD0A49EF-B334-4BC2-A795-59E8F3E3F518

uso concomitante de drogas e álcool em muitos pacientes com trauma, não se deve atribuir simplesmente a alteração do estado mental à intoxicação na circunstância do trauma.

A Escala de Coma de Glasgow (ECG) é o instrumento mais utilizado para avaliação da consciência no local da lesão e ajuda a monitorar o progresso ou a deterioração durante o tratamento.

E: EXPOSIÇÃO

O doente deve ser totalmente despido para facilitar o exame e avaliação completos. Após o exame, o paciente deve ser coberto com cobertores aquecidos ou algum dispositivo de aquecimento externo para prevenir a ocorrência de hipotermia na sala do trauma. O mais importante é garantir a temperatura corporal do doente.

EXAMES COMPLEMENTARES

- **RADIOGRAFIA SIMPLES**

  Está indicada na avaliação secundária na busca por lesões no tórax (radiografia de tórax anteroposterior) e pelve (radiografia de pelve anteroposterior) e nas suspeitas de lesões musculoesqueléticas. Nas suspeitas de lesões em coluna cervical, torácica e lombar dever ser realizada apenas se a tomografia não estiver disponível.

- **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA – (Inserir no SIRESP para cirurgia geral)**

  A realização de tomografia computadorizada requer transporte do paciente. Para avaliação do tórax, abdome e pelve implica a administração de contraste endovenoso. A sua realização demanda tempo e, portanto, **deve ser realizada apenas em paciente hemodinamicamente estável na suspeita de lesões.** Está indicada no trauma abdominal fechado estável, traumas penetrantes de dorso e flanco, suspeita de lesão em coluna cervical, torácica e lombar, TCE leve com critérios de risco moderado ou alto para intervenção neurocirúrgica e todos os pacientes com TCE moderado e grave.

- **EXAMES LABORATORIAIS**

  Para pacientes classificados como trauma maior, devem ser solicitados exames laboratoriais como: hemograma completo, sódio, potássio, ureia, creatinina, coagulograma, amilase, lipase, glicemia, bilirrubinas totais e frações, gasometria arterial e lactato arterial, urina I. Para mulheres em idade fértil, o BHCG deve ser solicitado.

CRITÉRIOS DE TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR

- Pacientes com trauma maior, após primeiro atendimento nas unidades de urgência e emergência e estabilização clínica;
- Paciente com necessidade de realização de tomografia computadorizada;

Rubrica DS EDCL Rubrica JPRS DS RC Rubrica KCS Rubrica

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: CD0A49EF-B334-4BC2-A795-59E8F3E3F518

- Pacientes que necessitam de avaliação secundária de especialista;
- Pacientes com indicação de abordagem cirúrgica imediata ou após avaliação inicial.

ATRIBUIÇOES POR CATEGORIA PROFISSINOAL NO ATENDIMENTO AO POLITRAUMA:

- MÉDICO EMERGENCISTA – Recepção inicial do paciente, realizar o ABCDE inicial, estabilização, diagnóstico inicial de lesões e condução destas, insere o caso no SIRESP caso necessário
- MÉDICO CIRURGIÃO – Avaliação de lesões não passíveis de tratamento pelo médico clínico, apoio na condução do caso, acompanhamento de lesões de partes moles, suturas e condução de procedimentos avançados (dreno de tórax), insere o caso no SIRESP caso necessário
- MÉDICO ORTOPEDISTA – após avaliação do médico emergencista e cirurgião, avalia lesões ósseas e ligamentares, avalia radiografias, solicita novas incidências caso necessário, realiza procedimentos necessários, insere o caso no SIRESP caso necessário
- ENFERMEIRO DA EMERGÊNCIA – Recepção inicial do paciente, realiza Classificação de Risco conforme Protocolo Manchester, e define risco assistencial apresentado.
- TÉCNICO DE ENFERMAGEM – Recepciona o paciente, transiciona ao leito, punciona dois acessos venosos calibrosos, encaminha para radiografia quando possível, realiza *roll* de pertences.
- SERVIÇO SOCIAL – Nos casos em que for acionado, realiza localização da família ou responsáveis quando estes não estão junto ao paciente.

6 – RESULTADO ESPERADO

Padronização da condução dos casos de politraumatismo com base nos protocolos previsto pelo ATLS.

Redução do tempo de permanência destes pacientes com efetividade no atendimento prestado.

Condução assertiva e direcionamento em menor prazo possível para atendimento em maior complexidade sempre que necessário.

7 – AÇÕES CORRETIVAS

Disseminar e capacitar profissionais em relação ao ATLS.

Priorizar profissionais médicos que possuam a certificação ATLS para atendimento em sala de emergência.

8 – RISCOS DO PROCESSO

Atraso na identificação de casos de politrauma que não cheguem via porta da sala de emergência,

Atendimento inicial não baseado em protocolo ATLS.

Solicitações de exames complementares não pertinentes à gravidade do trauma apresentado.

9 – INDICADORES

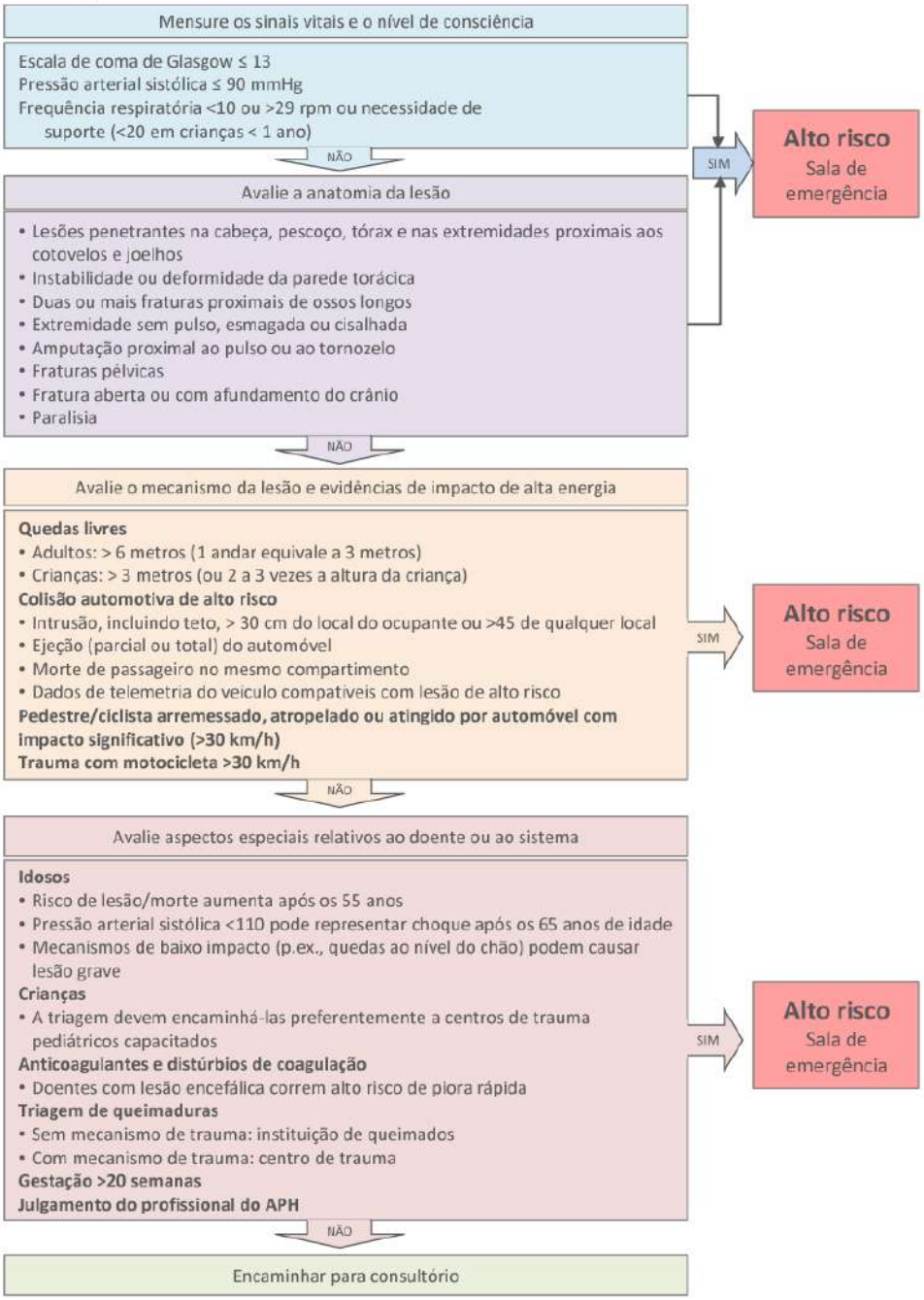
Rubrica
DS
Rubrica
DS
Rubrica
Rubrica

Docusign Envelope ID: CD0A49EF-B334-4BC2-A795-59E8F3E3F518

Não se aplica.

10 – ANEXOS

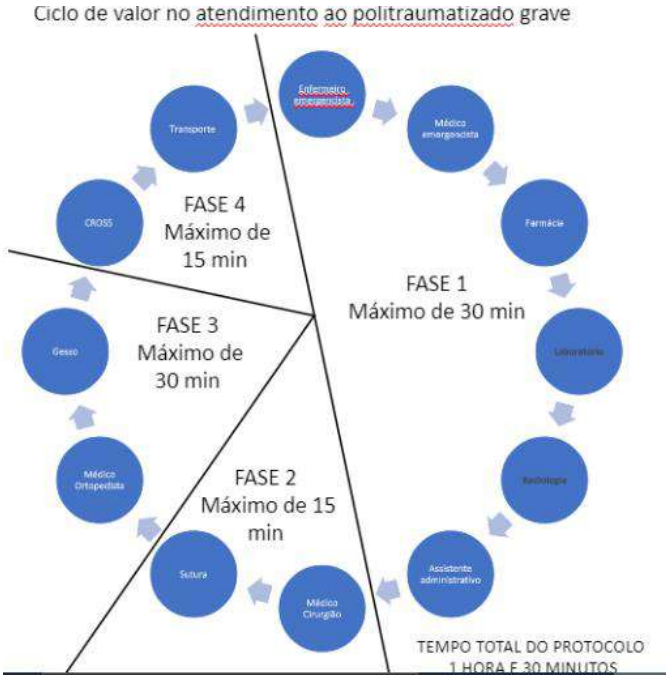
Fluxograma de atendimento ao trauma



Rubrica
DS EDCL
Rubrica JPRS
DS RC
Rubrica hCS
Rubrica

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: CD0A49EF-B334-4BC2-A795-59E8F3E3F518



FASE	RESPONSABILIDADE	AÇÃO
1	Enfermeiro emergencista, Médico emergencista, Farmácia, assistente administrativo, laboratório e radiologia	Realizar o ABCDE, estabilização inicial, pacote de controle de dor e ressuscitação volêmica, Protocolo de controle de sangramento, identificação adequada
2	Médico cirurgião	Avaliação secundária, radiografias e exames laboratoriais indicados, suturas e procedimentos
3	Médico ortopedista	Avaliação quanto a radiografias, fraturas e imobilização
4	CROSS	Inserção do paciente no cross CROSS, se caso cirurgico, pelo cirurgião, se ortopédico, pelo ortopedista
5	Definição do tipo de transporte	Avaliação pela equipe de emergência (enfermeiro e médico) conforme protocolo se necessidade ou não de ambulancia UTI

11 – REFERÊNCIAS

1. AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. ATLS –Advanced Trauma Life Support for Doctors. 10. ed. Chicago: Committee on Trauma, 2018, 9 p. Acessado em 19/01/2023. Disponivel em: https://www.emergencymedicinekenya.org/wpcontent/uploads/2021/09/ATLS-10th-Edition.pdf. 474p.

2. Feliciano DV, Mattox KL, Moore EE.Trauma. 9th ed. McGraw Hill. 2020: 1440p

Rubrica
DS
Rubrica
DS
Rubrica
Rubrica

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 99018AFA-AF3C-4EF5-AA5B-20EBA3069D2A

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 077**	**VERSÃO:** 2
REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR - RCP	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 7**

Elaborado por: Fabricio Lopes da Silva	Data: 25/09/2022	Visto: Assinado por: Fabricio Lopes da Silva 97794B2C355C4A3...
Revisado por: Carla Casaes	Data: 28/09/2022	Visto: DocuSigned by: FAEFCD488FD0449...
Aprovado por: Tassiana Pita	Data: 01/10/2022	Visto: Assinado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz CEC19F2097164F7...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
1	25/09/2022	Elaboração do procedimento
2	01/03/2024	Revisão

Docusign Envelope ID: 99018AFA-AF3C-4EF5-AA5B-20EBA3069D2A

1- OBJETIVO

Realizar os procedimentos destinados a manter a circulação de sangue oxigenado para o cérebro e outros órgãos vitais após uma parada cardíaca, com a inclusão da desfibrilação elétrica através do uso do Desfibrilador Externo Automático (DEA).

2 – ALCANCE

Unidades Média Complexidade: Pronto Socorro Santana, UPA Jaçanã, AMA Lauzane, AMA Jardim Joamar e AMA Wamberto Dias da Costa

3 – COMPETÊNCIA

- Auxiliar de Enfermagem
- Técnico de Enfermagem
- Enfermeiro
- Médico

4 - MATERIAL

- Equipamento de proteção individual (luvas, óculos de proteção biológica, máscaras de barreira)
- Bolsa valva-máscara com reservatório e extensão de PVC (Ambú^{R})
- Torpedo/fonte de oxigênio
- Prancha rígida/tábua de RCP
- Desfibrilador Externo Automático com os eletrodos pré-conectados
- Cânulas orofaríngeas (Guedel)
- Aspirador de secreções montado com ponta rígida.

Docusign Envelope ID: 99018AFA-AF3C-4EF5-AA5B-20EBA3069D2A

- Tesoura (para cortar as roupas ou pêlos do tórax)

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Utilizar os equipamentos de proteção individual
- Aproximar-se do usuário após avaliação da cena e certificar-se da segurança do local;
- Avaliar a responsividade do usuário: se irresponsivo, verificar se respira ou se há evidência de respiração anormal (“gasping”) ou ruidosa, checar pulso.
- Na presença dos sinais inconsciência, ausência de respiração normal, ausência de pulso: chamar por ajuda comunicando a ocorrência de uma Parada Cardiorrespiratória;

 Iniciar a RCP:

- Posicionar o usuário em decúbito dorsal sobre uma superfície rígida;
- Remover as roupas que estiverem cobrindo o tórax do usuário (garantindo privacidade);
- Posicionar as mãos colocando a face tenar de uma das mãos sobre o tórax do usuário, entre os mamilos; colocar a outra sobre esta e entrelaçar os dedos; aplicar movimentos de compressão em um ângulo de 90o em uma frequência de 100 a 120 compressões por minuto, e profundidade de 5 cm (no máximo 6 cm) para usuários adultos (figuras 1 e 2);

Figura 1

Figura 2

Fonte: Silva (2015)

Docusign Envelope ID: 99018AFA-AF3C-4EF5-AA5B-20EBA3069D2A

- Realizar as compressões, permitindo o retorno do tórax após cada compressão, até a chegada do DEA;
- Preparar o DEA para uso (figura 3): ligar o aparelho, abrir a embalagem dos eletrodos de acordo com as instruções do rótulo, observando se estão no tamanho adequado para a idade do usuário (adulto ou pediátrico);

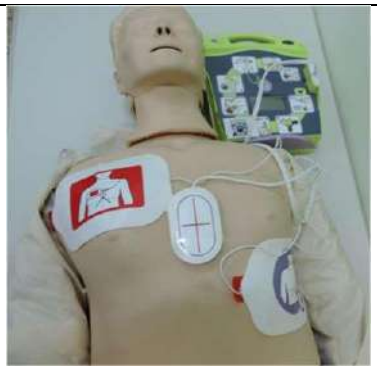
Figura 3

Fonte: arquivos SAMU

- Certificar-se de que o tórax do usuário esteja seco; se o usuário for do sexo masculino e se houver necessidade, cortar os pelos do tórax;
- PARA OS MODELOS DE DEA QUE POSSUEM SENSOR DE RCP: posicionar o sensor de RCP sobre o esterno do usuário, orientando-se pelas linhas cruzadas do mesmo, da seguinte forma: linha horizontal alinhada com os mamilos e linha vertical alinhada com a linha mediana do corpo, e pressionar para aderir à pele (figura 4)
- Colocar os eletrodos no peito do usuário, pressionando para a aderência adequada à pele colocando o eletrodo superior à direita da parte superior do esterno, abaixo da clavícula, e o eletrodo inferior à esquerda, abaixo do mamilo, sendo que seu centro deve estar na linha média axilar (figura 4);

Figura 4

Docusign Envelope ID: 99018AFA-AF3C-4EF5-AA5B-20EBA3069D2A



Fonte: Silva (2015)

- Aguardar a análise do ritmo: se choque indicado, o aparelho dará uma advertência para todos se afastarem do usuário e pressionar o botão de choque, após aplicado realizar um ciclo de RCP e verificar o pulso, permitir nova análise pelo DEA, se choque não indicado, verificar pulso, se não encontrado, iniciar a RCP, sempre pelas compressões; Abrir as vias aéreas e aplicar 2 ventilações rápidas (1 segundo) através do ambú e máscara conectados a uma rede de oxigênio conforme procedimentos operacionais (figura 5);

Figura 5

Fonte: Silva (2015)

- Realizar esta sequência de 30 compressões e 2 ventilações por 2 minutos com atenção para minimizar as interrupções nas compressões para as ventilações, após os quais o aparelho dará novas instruções para interrupção da RCP e análise do ritmo cardíaco (caso não seja possível, aplicar somente as compressões num ritmo de 100 a 120min.);
- Checar o pulso do usuário após cada ciclo de 2 minutos seguido de análise do ritmo;
- Passar o plantão para o profissional que irá assumir o atendimento, desligar o aparelho e retirar as pás

Docusign Envelope ID: 99018AFA-AF3C-4EF5-AA5B-20EBA3069D2A

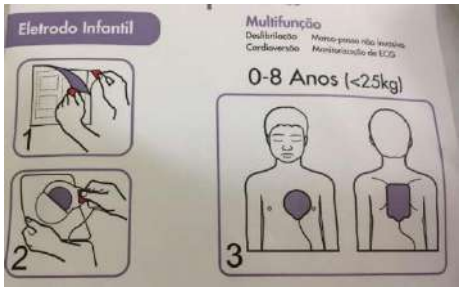
adesivas somente após a instalação de outro recurso ou da interrupção dos procedimentos pelo médico intervencionista.

- Após o término dos procedimentos, encaminhar o material sujo para limpeza e desinfecção conforme rotina do serviço.
- Realizar a limpeza e desinfecção do DEA com um pano macio umedecido com solução padronizada da undiade. Conectar um novo gel adesivo no eletrodo ou um novo conjunto de eletrodos descartáveis para os demais modelos e guardar o aparelho em local seguro.

6 - OBSERVAÇÃO

- Não coloque os eletrodos diretamente sobre um marcapasso implantado. Caso o usuário tenha um marca-passo ou desfibrilador implantado no tórax superior à direita, posicione os eletrodos levemente angulados, evitando coloca-los sobre o dispositivo;
- Mantenha o cabo do eletrodo sempre conectado ao aparelho;
- Usar o eletrodo pediátrico em crianças com menos de 8 anos de idade ou 25 kg, com atenção ao posicionamento dos eletrodos conforme figura 7.

Figura 7



Fonte: Arquivos SAMU

- Afastar o usuário de superfícies condutivas ou poças de água antes de usar o aparelho, sempre se afastando do usuário ao realizar a leitura e aplicar o tratamento (choque).

7 - REGISTRO

Docusign Envelope ID: 99018AFA-AF3C-4EF5-AA5B-20EBA3069D2A

Registrar devidamente a assistência prestada No prontuário/Ficha atendimento, com assinatura e carimbo constando nº do COREN.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

AMERICAN HEART ASSOCIATION. American Heart Association guidelines update for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. Circulation, Hagerstown, v. 132, p. S315-S367, 2015. Supl. 2.

SILVA, A. C. Desenvolvimento de ambiente virtual de aprendizagem para a capacitação em parada cardiorrespiratória. 2015. Dissertação (Mestrado em Tecnologia e Inovação em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22134/tde-02022016-104809/>.

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco - SBCD

Hospital Municipal de Cubatão hmc Dr. Luiz de Camargo Pinheiro e Silva

SUS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.05.002.00	
TRANSPORTE EXTRA HOSPITALAR	REV. 00	PÁG. 1/16

Elaborado por: Sara de Jesus Fernandes de Souza	Data: 07/02/25	Visto: Sara de Jesus Fernandes de Souza COEREN - SP 555.221-ENF
Validado por: Fernanda Monique Gouveia	Data: 07/02/25	Visto Fernanda Gouveia Supervisão Administrativa SBCD - HMC
Validado por: Anna Claudia Dias Dutra da Silva	Data: 06/02/25	Visto Anna Claudia Dutra Supervisão Administrativa SBCD - HMC
Validado por: José Francisco Gonçalves Júnior	Data: 10/02/25	Visto Dr. José F. Gonçalves Jr MÉDICO CRM 2[illegible]
Validado por: Bruna Evellyn Oliveira Santos	Data: 11/02/25	Visto Bruna Evellyn Oliveira Santos Enfermeira da Qualidade COREN-SP: 695236
Validado por: Saulo Paulo Fonseca Américo	Data: 26/03/2025	Visto Saulo P. Fonseca Américo Fisioterapeuta Especialista Terapia Intens... CREFITO 142522
Validado por: Daniele Lopes Rosa de Oliveira	Data: 10/02/25	Visto Daniele Lopes Rosa de Oliveira Supervisora I/RT CRF 365[illegible] SBCD - HMC
Aprovado por: Angélica Ferreira Brito	Data: 07/02/25	Visto Angélica Ferreira Administrador Hospitalar SBCD - HMC
Aprovado por: Thaís Alvares Mendes	Data: 11/02/25	Visto Thaís Alvares Mendes Gerência Assistencial COREN-SP 465538-ENF SBCD - HMC
Verificado por: Kevin Cristian Souza da Costa	Data: 07/02/25	Visto Kevin Cristian Souza da Costa Enfermeiro da Qualidade COREN/SP 511.390 SBCD - HMC

Rev.	Pág.(s).	Data	Descrição da Revisão

1 - OBJETIVO

- ✓ Prover condições adequadas de transporte externo aos pacientes adultos/ gestantes/ binômios;
- ✓ Garantir a segurança e evitar a ocorrência de eventos adversos ao paciente;
- ✓ Assegurar a integridade do paciente, evitando agravamento do seu quadro clínico.
- ✓ Melhorar a comunicação entre as equipes, padronizar as ações e equipamentos utilizados prevenindo intercorrências para obter excelência no atendimento durante o transporte.

2 – ALCANCE

Este procedimento é aplicável a todas as unidades do HMC que necessitarem de transferência externa de pacientes, considerando que o agendamento e gestão será conduzido pelo NIR.

3 – COMPETÊNCIAS

Médico do Setor de Origem

- Estabilizar o paciente hemodinamicamente antes de ser transportado;
- Garantir e proteger via aérea adequada (Escala de Coma de Glasgow menor ou igual a 8);
- Garantir via de administração e infusão adequada de droga vasoativa (PAS > 80 mmHg, PAM > 60 mmHg);
- Determinar os medicamentos que poderão ou não ser interrompidos durante o transporte;
- Levar a maleta de transporte
- Garantir que o paciente apresente todos os critérios de transporte seguro;
- Registrar em prontuário as informações necessárias.

Enfermeiro do setor de origem

- Realizar a classificação do paciente que define o grau de risco e necessidade de recursos e monitorização no transporte preenchendo o Formulário de Transferência e Transporte de paciente.
- Iniciar o preparo do paciente, providenciar os materiais, medicamentos e equipamentos necessários

- Verificar os equipamentos (monitores, ventiladores e bomba de infusão) quanto à carga, bateria e volume de gases (O^2).
- Garantir que o paciente apresente todos os critérios de transporte seguro;
- Verificar prescrição médica para avaliar a infusão e drogas que o paciente deve receber, garantindo volume suficiente até o seu retorno.
- Estabelecer comunicação efetiva com as equipes dos locais de origem e de destino;
- Garantir a monitorização após o retorno do paciente ao leito, verificar se todos os dispositivos utilizados (drenos, sondas, cateteres, entre outros) estão adequados.
- Conectar todos os equipamentos que foram desligados ao paciente novamente, calibrando e aferindo os equipamentos necessários.
- Garantir o registro em prontuário de todas as informações referente ao transporte do paciente, intercorrências e condutas estabelecidas.
- Verificar se houve mudanças nas condutas médicas e garantir sua execução.
- Aplicar checklist da ambulância no transporte extra hospitalar.
- Na ausência do auxiliar administrativo o enfermeiro fica responsável por realizar seus papéis e responsabilidade.
- Conferir se os impressos estão preenchidos de forma correta e validados

Fisioterapeuta:

- Verificar junto ao enfermeiro do setor de origem o ventilador de transporte.
- Testar e programar o ventilador de transporte.

Técnicos de enfermagem:

- Verificar a identificação do paciente.
- Realizar higienização das mãos.
- Verificar SSVV antes do transporte do paciente ao setor destino e no retorno ao setor de origem.
- Auxiliar o transporte ao setor de destino e retorno ao setor de origem.
- Auxiliar na solicitação do elevador

- Orientar a disposição adequada dos equipamentos e paciente (cama, maca, cadeira de rodas) no elevador e durante o transporte.
- Registrar em prontuário as informações necessárias;
- Aplicar checklist da ambulância no transporte extra hospitalar.

Auxiliar administrativo

- Realizar contato via telefone com família, informando a necessidade de acompanhamento durante o transporte e a necessidade de apresentação de documentação de identificação original
- Realizar e organizar cópias de impressos (anexos) e documentos que devem ser enviados com o doente.
- Acionar o setor de apoio para transporte dos pacientes que se encontram na UTI Geral: 4° ou 6° andar/CM – enfermeiros e o NIR – Médico.

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES GERAIS

Transporte extra- hospitalar: É a transferência dos pacientes entre unidades hospitalares.

5 - DESENVOLVIMENTO:

5.1 Determinações para transferência segura

- Assegurar que o paciente possui condições de transporte e está de acordo com os critérios mínimos de segurança para transporte;
- Confirmar com o NIR (Núcleo Interno de Regulação) o local de destino, data e hora do transporte;
- Classificar o perfil do paciente e dimensionar equipe necessária;
- Aplicar o checklist de transporte
- O profissional de Enfermagem, deverá aplicar o checklist de checagem da ambulância e assegurar que o paciente tenha os equipamentos necessários para a sua segurança (monitor, ventilador, bombas de infusão, medicamentos)
- Aferir sinais vitais até 30 minutos antes do transporte;

- Pacientes em ventilação mecânica devem ser aspirados e a posição do tubo endotraqueal deve ser verificada previamente ao transporte;
- Passar o caso para equipe responsável pelo transporte
- Solicitar que a equipe responsável pelo transporte assine e carimbe a ficha do checklist de verificação da ambulância.

5.2 Critérios Clínicos mínimos de segurança para o transporte

*Deverão seguir de acordo com o descrito e avaliação do profissional Médico, de acordo com os perfis acima.

- Saturação de O^2 > ou = 88% (com qualquer aporte de O^2);
- Escala de Coma de Glasgow > 8 (se < ou = a 8, considerar proceder IOT para proteção de vias aéreas antes do transporte se hipoxemia e/ou risco moderado/alto de broncoaspiração, para proteção de vias aéreas);
- PAS > ou = 85 mmHg ou PAM ≥ 60 mmHg (com ou sem uso de drogas vasoativas; considerar iniciar infusão de droga vasoativa em dose baixa em pacientes lábeis hemodinamicamente, para garantir pressão mínima de perfusão durante o transporte);
- FC > ou = a 40 e < ou = a 150 bpm (se necessário uso de marcapasso transcutâneo ou transvenoso, atenção para posicionamento do cabo e/ou pás; testar captura antes de proceder ao transporte);
- FR > ou = a 8 ou < ou = a 26 (se falha em obter estes parâmetros com uso de VNI, uso de musculatura acessória, com sinais clínicos de fadiga ventilatória iminente ou bradipnéia grave, considerar proceder IOT antes de realizar o transporte);

Nota: o paciente somente poderá ser transporte sem preencher os critérios acima após avaliação do médico do setor de destino com justificativa registrada em prontuário.

5.3 Segurança da Transferência de Informação

Para o paciente que será transferido extra-hospitalar, ou seja, para realizações de exames externos e/ou transferência de hospital, também deverá ser aplicado a metodologia do RELATÓ-

RIO MÉDICO, PLANILHA DE SERVIÇOS -UNIDADE, CHECK-LIST VTR E CHECK-LIST ENFERMAGEM (anexos), onde informa a situação do paciente de saída de origem para seu novo destino para a conferência de informações.

Caso o paciente encontra-se com precauções de isolamento, deverá ser informado ao setor de destino e equipe de transporte, para que as orientações sejam rigorosamente respeitadas.

Todos os equipamentos operados por bateria envolvidos no transporte devem ter garantia de capacidade de funcionamento durante o procedimento, o intervalo de limites de alarme definido para cada paciente e os alarmes deve permanecer ligado durante o transporte.

O transporte do paciente grave deve obedecer à mesma condição de monitoração que estava sendo utilizada pelo paciente em seu leito de internação.

5.4 Papeis e Responsabilidades

A oxigenoterapia é um tratamento que oferece uma quantidade extra de oxigênio, pré-determinada pela equipe multidisciplinar, para os pacientes com agravos no sistema respiratório que podem ter baixos níveis de oxigênio no corpo e precisam complementá-los com uma porção extra para a melhoria da qualidade de vida.

A verificação do cilindro de oxigênio é de extrema importância, uma vez que ele compactua para melhora respiratória do paciente.

É preciso planejar com antecedência e cuidado quando for solicitado transporte ao paciente. Enquanto é realizado a ficha de transporte, verificar também o cilindro de oxigênio, se este estiver vazio, é necessário solicitar um novo com urgência.

Para acompanhar o tempo de vida útil do cilindro de oxigênio, basta acompanhar a tabela abaixo:

Tabela para utilização de cilindros de oxigênio de transporte (1 m³)

Tempo estimado de uso do cilindro:

Pressão (no cilindro) **L/min** (em uso pelo paciente)	**200**kgf (bar) **1000 litros**	150kgf (bar) **750 litros**	**100kgf** (bar) **500 litros**	75Kgf (bar) **375 litros**	50kgf (bar) **250 litros**	30kgf (bar) **150 litros (ATENÇÃO)**
1 L/min	16:40 h	12:30 h	08:20 h	06:15 h	04:10 h	02:30 h
2 L/min	08:20 h	06:15 h	04:10 h	03:07 h	02:05 h	01:15 h
3 L/min	05:33 h	04:10 h	02:46 h	02:05 h	01:23 h	00:50 h
4 L/min	04:10 h	03:07 h	02:05 h	01:33 h	01:02 h	00:37 h
5 L/min	03:20 h	02:30 h	01:40 h	01:15 h	00:50 h	00:30 h
6 L/min	02:46 h	02:05 h	01:23 h	01:02 h	00:41 h	00:25 h
7 L/min	02:22 h	01:47 h	01:11 h	00:53 h	00:35 h	00:21 h
8 L/min	02:05 h	01:33 h	01:02 h	00:46 h	00:31 h	00:18 h
9 L/min	01:51 h	01:23 h	00:55 h	00:41 h	00:27 h	00:16 h
10 L/min	01:40 h	01:15 h	00:50 h	00:37 h	00:25 h	00:15 h
15 L/min	01:06 h	00:50 h	00:33 h	00:24 h	00:16 h	00:10 h

O cilindro de oxigênio institucionalizado é equivalente a 5 litros por 1 m³ e 200kgf/cm² (BAR). Deverá ser avaliado pelo Enfermeiro e Fisioterapeuta a margem de segurança antes da realização do transporte, conforme tabela acima. Caso o cilindro de oxigênio esteja ½ da sua capacidade de oxigenação deverá ser encaminhado mais um cilindro como reserva. Se, por ventura, estiver com apresentando ¼ da capacidade, o mesmo deverá ser trocado imediatamente com equipe da Engenharia Clínica do hospital.

Para calcular a capacidade aproximada é importante saber que 1m³ é equivalente a 1000 litros. Há duas formas de realizar o calculo

- 200 kgf/cm² (BAR) x quantidade de litros equivalente / pelos litros utilizados pelo paciente.

Exemplo: 200x 5: 1000, o paciente está utilizando 3l/min, então 1000/3: 333,33 (minutos), convertido para horas 333,33/60: 5 horas e 55 min. O cilindro de 05L com fluxo de 3l/min no paciente, equivale a 5 horas e 55 min, com margem de segurança de aproximadamente 15 minutos, conforme tabela.

- 1m³ é equivalente à 1000 L quando se expande fora do cilindro, então divide o valor pelo fluxo de litros utilizado no paciente e converte em horas.

Exemplo: 1000l / 2l/min: 500l / 60 (conversão em horas) é equivalente à 8 horas e 33 minutos.

6.0 Transformação da Ambulância de suporte básico em suporte avançado

6.1 Este item visa descrever as etapas e diretrizes para a transformação da ambulância de suporte básico em ambulância de suporte avançado. Este procedimento aplica-se a todos os profissionais de saúde envolvidos no transporte de pacientes que necessitem ser transferidos para exames externos, consultas e transferência para outra instituição. A transformação de remoção simples para UTI deve ser realizada conforme quadro clínico do paciente a ser transportado delimitado pelo NIR.

6.2 Itens (materiais e medicamentos) necessários dentro da ambulância para um transporte seguro:

BOLSA AMARELA (MEDICAMENTO E SOLUÇÕES)	QTDE.
FENTANIL	2
MIDAZOLAN	3
DIAZEPAN AMP. 5MG/ML	3
TRAMAL	3
MORFINA	3
HALOPERIDOL	2
FLUMAZENIL	1
ACID. TRANEXâMICO 50 mg/ml	2

ADRENALINA 1mg/ml	10
AGUA DESTILADA amp. 10 ML	10
AMIODARONA 50mg/ml	2
ATROPINA 0,25mg/ml	2
BUSCOPAN COMPOSTO 5 ML	1
CAPTOPRIL 25mg	3
DECADRON 4mg/ml	3
DIPIRONA 500mg/ml	3
ONDASETRONA 2 mg/ml	2
FUROSEMIDA 10mg/ml	3
GLICOSE 25%	8
GLICOSE 50%	8
GLUCONATO DE CALCIO 100mg/ml	1
HIDROCORTIZONA 500 mg	1
HIDROCORTIZONA 100 mg	2
PROMETAZINA	3
METILDOPA CP. 250 mg	3
TERBUTALINA 0,5 mg/ml	2
NORADRENALINA 4ML (2mg/ml)	2
SF 0,9% 100 ML	2
SF 0,9% 250 ML	2
SF 0,9% 500ML	2
SG 5% 250 ML	2
RINGER LACTATO 500ml	2

BOLSA AZUL (VIAS AÉREAS)	**QTDE.**
LUVA ESTÉRIL 6,5	1

LUVA ESTÉRIL 7,0	1	
LUVA ESTÉRIL 7,5	1	
LUVA ESTÉRIL 8,0	1	
CABO LARINGO. AD.+ PILHAS	1	
CABO LARINGO. INF.+ PILHAS	1	
LÂMINA CURVA N° 3	1	
LÂMINA CURVA N° 4	1	
LÂMINA CURVA N° 5	1	
CADARÇO	1	
TOT 2,5/ 3/ 3,5 / 4	1	
TOT 4,5/ 5/ 5,5/ 6	1	
TOT 6,5/ 7/ 7,5/ 8/ 8,5	1	
CADARÇO	1	
GEL LUBRIFICANTE BASE ÁGUA	1	
JOGO CÂNULA GUEDELL Nº0 A Nº5	1	
MÁSCARA ALTO FLUXO AD.	3	
MÁSCARA ALTO FLUXO INF.	3	
MASC. LARÍNGEA N° 2	1	
MASC. LARÍNGEA N° 3	1	
MASC. LARÍNGEA N° 4	1	
MASC. LARÍNGEA N° 5	1	
PINÇA MAGIL BISTURI Nº11 Nº15	1 CD	
SERINGA 20 ML	2	
AMBU PED / AD	1 CD	

SONDA DE ASP. 6/8/10/12/14/16	**1 CD**
CATÉTER O² AD. CATÉTER INF	2CD
EXTENSÃO DE LÁTEX	2
UMIDIFICADOR	2

BOLSA VERMELHA (ACESSO VENOSO)	**QTDE.**
ABOCATH 24	3
ABOCATH 22	3
ABOCATH 20	3
ABOCATH 18	3
ABOCATH 16	2
ABOCATH 14	2
SERINGA 1 ML	1
SERINGA 5 ML / 10ML / 20ML	3CD
POLIFIX 2 VIAS	2
AMBU NEO / PED / AD	1 CD
SONDA DE ASP. 6/8/10/12/14/16	1 CD
GARROTE	1
EQUIPO MACRO	3
AGULHA 40X12	5
AGULHA 30X 8	3
AGULHA 13X4,5	3
KIT SINAIS VITAIS	**QTDE.**
ESFIGMOMANOMETRO AD/INF	1
ESTETOSCÓPIO	1

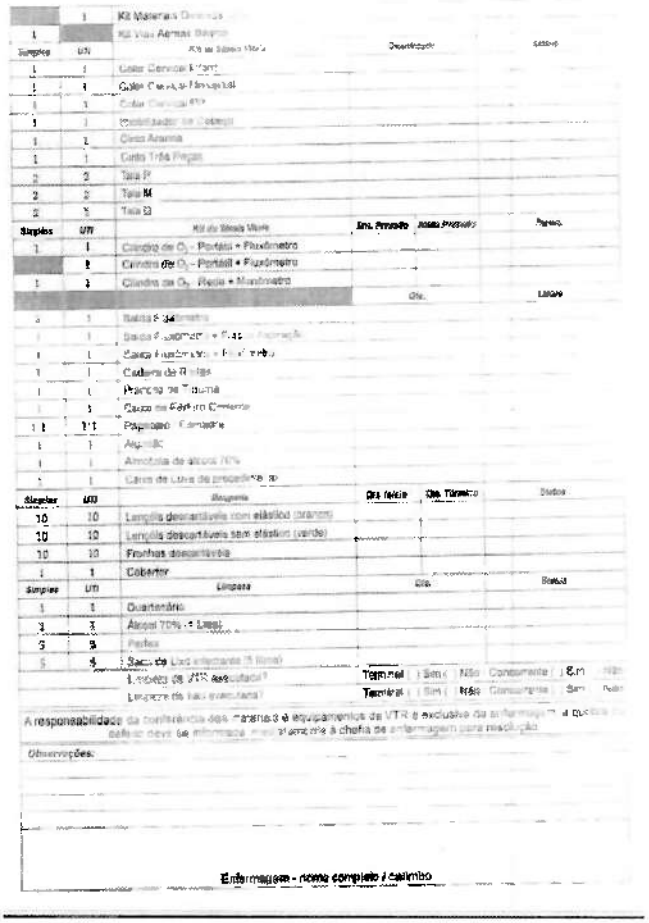
GLICOSÍMETRO + TIRAS REAG.	1
LANCETAS	20
TERMÔMETRO	1
OXÍMETRO	1
TESOURA PONTA ROMBA	1

7.0 Anexos:

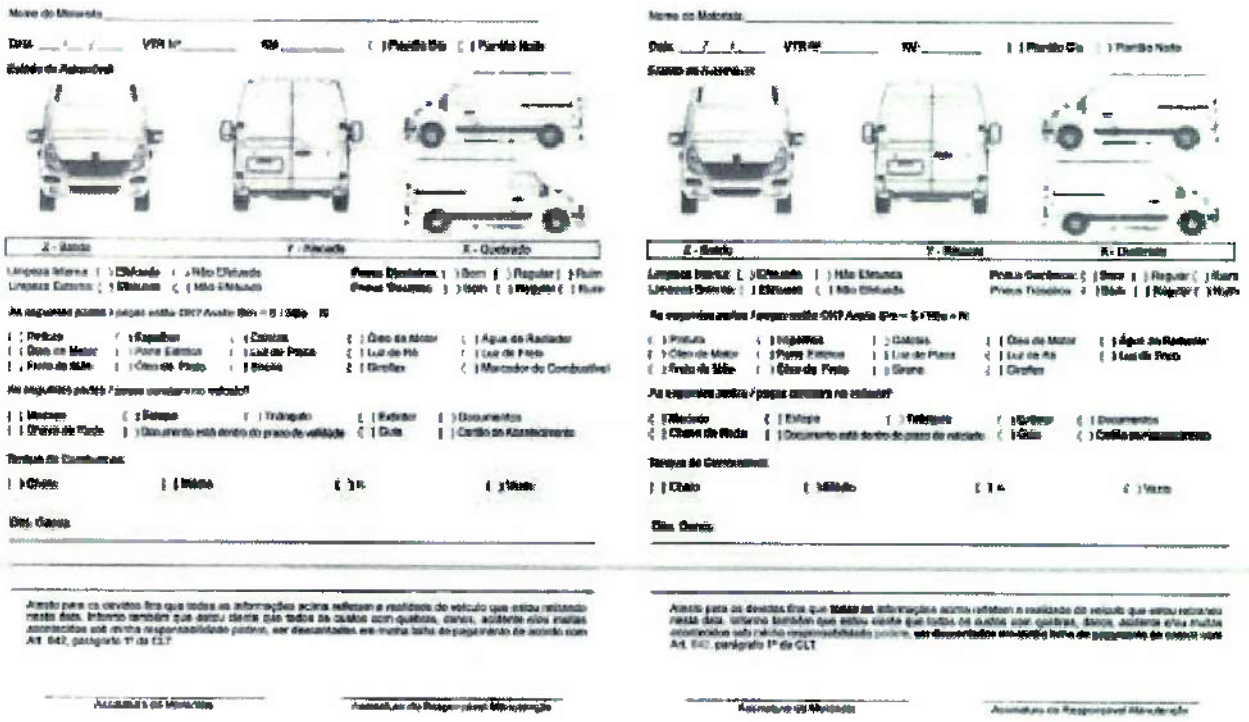
7.1 Check-list enfermagem – Ambulância Suporte Básico

STAREX

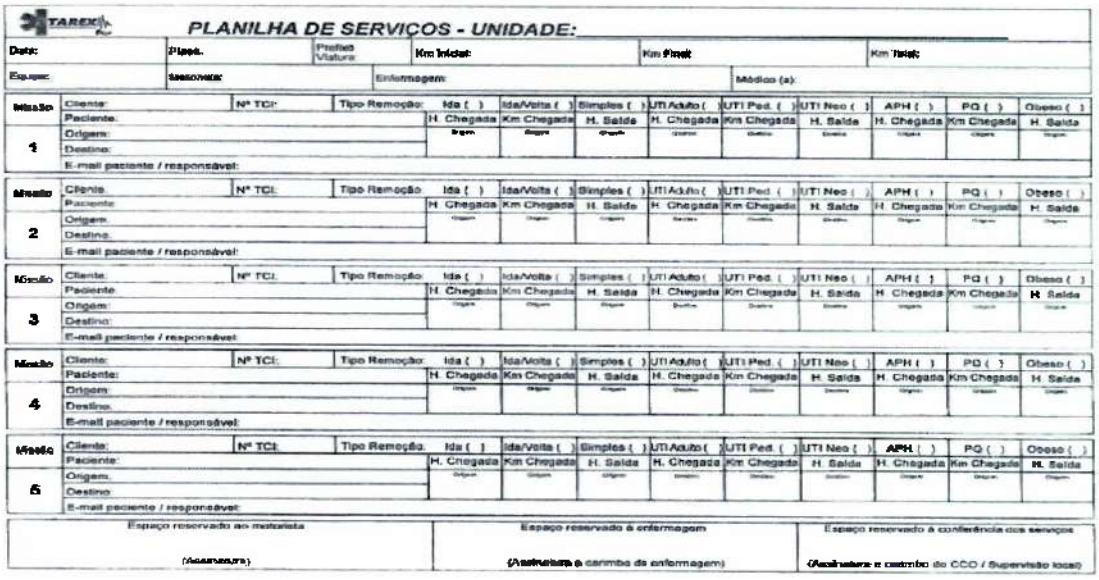
Check-List Enfermagem



7.2 Check-list VTR



7.3 Planilha de serviços



PLANILHA DE SERVIÇOS - UNIDADE:

Data:	Placa:	Prefixo Viatura:	Km Inicial:		Km Final:	Km Total:
Equipe:	Motorista:		Enfermagem:		Médico (a):	

Missão	Cliente:		Nº TCI:		Tipo Remoção:	Ida ( )		Ida/Volta ( )		Simples ( )		UTI Adulto ( )		UTI Ped. ( )		UTI Neo ( )		APH ( )		PQ ( )	Obeso ( )
	Paciente:					H. Chegada		Km Chegada		H. Saída		H. Chegada		Km Chegada		H. Saída		H. Chegada		Km Chegada	H. Saída
1	Origem:																				
	Destino:																				
	E-mail paciente / responsável:																				
Missão	Cliente:		Nº TCI:		Tipo Remoção:	Ida ( )		Ida/Volta ( )		Simples ( )		UTI Adulto ( )		UTI Ped. ( )		UTI Neo ( )		APH ( )		PQ ( )	Obeso ( )
	Paciente:					H. Chegada		Km Chegada		H. Saída		H. Chegada		Km Chegada		H. Saída		H. Chegada		Km Chegada	H. Saída
2	Origem:																				
	Destino:																				
	E-mail paciente / responsável:																				
Missão	Cliente:		Nº TCI:		Tipo Remoção:	Ida ( )		Ida/Volta ( )		Simples ( )		UTI Adulto ( )		UTI Ped. ( )		UTI Neo ( )		APH ( )		PQ ( )	Obeso ( )
	Paciente:					H. Chegada		Km Chegada		H. Saída		H. Chegada		Km Chegada		H. Saída		H. Chegada		Km Chegada	H. Saída
3	Origem:																				
	Destino:																				
	E-mail paciente / responsável:																				
Missão	Cliente:		Nº TCI:		Tipo Remoção:	Ida ( )		Ida/Volta ( )		Simples ( )		UTI Adulto ( )		UTI Ped. ( )		UTI Neo ( )		APH ( )		PQ ( )	Obeso ( )
	Paciente:					H. Chegada		Km Chegada		H. Saída		H. Chegada		Km Chegada		H. Saída		H. Chegada		Km Chegada	H. Saída
4	Origem:																				
	Destino:																				
	E-mail paciente / responsável:																				
Missão	Cliente:		Nº TCI:		Tipo Remoção:	Ida ( )		Ida/Volta ( )		Simples ( )		UTI Adulto ( )		UTI Ped. ( )		UTI Neo ( )		APH ( )		PQ ( )	Obeso ( )
	Paciente:					H. Chegada		Km Chegada		H. Saída		H. Chegada		Km Chegada		H. Saída		H. Chegada		Km Chegada	H. Saída
5	Origem:																				
	Destino:																				
	E-mail paciente / responsável:																				

Espaço reservado ao motorista	Espaço reservado à enfermagem	Espaço reservado à conferência dos serviços
(Assinatura)	(Assinatura e carimbo de enfermagem)	(Assinatura e carimbo do CCO / Supervisão local)

7.4 Relatório médico

STAREX Flex

RELATÓRIO MÉDICO

FICHA Nº _____

DATA: ____/____/____

Convênio:_____

Nome do(a) Paciente:_____

Sexo:_____ Idade:_____ Diagnóstico:_____

Origem:_____ Hr. Chegada:___:___ Hora Saída:___:___ Ass:_____

Destino _____ Hr. Chegada:___:___ Hora Saída ___:___ Ass: _____

Retorno _____ Hr Chegada ___:___ Hora Saída:___:___ Ass _____

NPAA _____

SSVV PA:_____ X_____ - P:_____ - T_____ SAT O2_____

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM _____

Enfermagem:_____ COREN Nº_____

INTERCORRÊNCIAS:_____

Médico Dr. (a)_____ CRM Nº_____

ASSINATURA

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco - SBCD	Hospital Municipal de Cubatão – Dr. Luiz de Camargo da Fonseca e Silva	SUS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.05.002.00	
TRANSPORTE EXTRA HOSPITALAR	REV. 00	PÁG. 15/16

7.5 Check-list de transporte para transformação da ambulância em suporte avançado:

AMBULÂNCIA HMC - CHECK LIST

DATA: / / DIURNO( ) NOTURNO ( )

ENFERMEIRO: _____ TÉC. ENFER: _____ MÉDICO: _____

COREN-SP: _____ COREN-SP: _____ CRM: _____

BOLSA AMARELA (MEDICAMENTO E SOLUÇÕES)	QUANT.	CHECAGEM	VALIDADE
FENTANIL	2		
MIDAZOLAN	3		
DIAZEPAN AMP. 5MG/ML	3		
TRAMAL	3		
MORFINA	3		
HALOPERIDOL	2		
FLUMAZENIL	1		
ACIDO TRANEXÂMICO 50 mg/ml	2		
ADRENALINA 1mg/ml	10		
AGUA DESTILADA amp. 10 ML	10		
AMIODARONA 50mg/ml	2		
ATROPINA 0,25mg/ml	2		
BUSCOPAN COMPOSTO 5 ML	1		
CAPTOPRIL 25mg	3		
DECADRON 4mg/ml	3		
DIPIRONA 500mg/ml	3		
ONDASETRONA 2 mg/ml	2		
FUROSEMIDA 10mg/ml	3		
GLICOSE 25%	6		
GLICOSE 50%	8		
GLUCONATO DE CALCIO 100mg/ml	1		
HIDROCORTISONA 500 mg	1		
HIDROCORTIZONA 100 mg	2		
PROMETAZINA	3		
METILDOPA CP 250 mg	3		
TERBUTALINA 0,5 mg/ml	2		
NORADRENALINA 4ML (2mg/ml)	2		
SF 0,9% 100 ML	2		
SF 0,9% 250 ML	2		
SF 0,9% 500ML	2		
SG 5% 250 ML	2		
RINGER LACTATO 500ml	2		

OBS: Os itens que não há validade pelo fabricante, considerar a data da validade da desinfecção.

BOLSA AZUL (VIAS AÉREAS)	QUANT.	CHECAGEM	VALIDADE
LUVA ESTÉRIL 6,5	1		
LUVA ESTÉRIL 7,0	1		
LUVA ESTÉRIL 7,5	1		
LUVA ESTÉRIL 8,0	1		
CABO LARINGO. AD.+ PILHAS	1		
CABO LARINGO. INF.+ PILHAS	1		
LÂMINA CURVA Nº 3	1		
LÂMINA CURVA Nº 4	1		
LÂMINA CURVA Nº 5	1		
CADARÇO	1		
TOT 2,5/ 3/ 3,5 / 4	1		
TOT 4,5/ 5/ 5,5/ 6	1		
TOT 6,5/ 7/ 7,5/ 8/ 8,5	1		
CADARÇO	1		
GEL LUBRIFICANTE BASE ÁGUA	1		
JOGO CÂNULA GUEDEL Nº0 A Nº5	1		
MÁSCARA ALTO FLUXO AD.	3		
MÁSCARA ALTO FLUXO INF.	3		
MASC. LARÍNGEA Nº 2	1		
MASC. LARÍNGEA Nº 3	1		
MASC. LARÍNGEA Nº 4	1		
MASC. LARÍNGEA Nº 5	1		
PINÇA MAGIL BISTURI Nº11 Nº15	1 CD		
SERINGA 20 ML	2		
AMBU PED / AD	1 CD		
SONDA DE ASP 6/8/10/12/14/16	1 CD		
CATÉTER Oº AD. CATÉTER INF	2CD		
EXTENSÃO DE LÁTEX	2		
LIMIDIFICADOR (COPO/FRASCO)	2		

EQUIPAMENTOS	QUANT.	CHECAGEM
MONITOR MULTIPARÂMETROS	1	
VENTILADOR MECÂNICO	1	
BOMBAS DE INFUSÃO	2	
DESFIBRILADOR/DEA	1	
CILINDRO DE Oº (LITROS)		

BOLSA VERMELHA (ACESSO VENOSO)	QUANT.	CHECAGEM	VALIDADE
ABOCATH 24	3		
ABOCATH 22	3		
ABOCATH 20	3		
ABOCATH 18	3		
ABOCATH 16	2		
ABOCATH 14	3		
SERINGA 1 ML	1		
SERINGA 5 ML / 10ML / 20ML	3CD		
EXTENSOR/POLIFIX 2 VIAS	2		
AMBU NEO / PED / AD	1 CD		
SONDA DE ASP. 6/8/10/12/14/16	1 CD		
GARROTE	1		
EQUIPO MACRO	3		
AGULHA 40X12	5		
AGULHA 30X 8	3		
AGULHA 13X4,5	3		
TORNEIRA 3 VIAS	2		
TAMPA PARA CONEXÃO	3		
FILME TEGADERM	2		
ÓCULOS DE PROTEÇÃO	2		
MÁSCARA DESCARTÁVEL	4		

KIT SINAIS VITAIS	QTDE.
ESFIGMOMANOMETRO AD/INF	1
ESTETOSCÓPIO	1
GLICOSÍMETRO + TIRAS REAG.	1
LANCETAS	20
TERMÔMETRO	1
OXÍMETRO	1
TESOURA PONTA ROMBA	1
ELETRODOS AD/INF	1
ALMOTOLIA ALCOOL	1
CAIXA DE LUVAS M/G	1 CD

LEGENDA: C - CONFORME; NC - NÃO CONFORME; NA - NÃO APLICA

6– REFERÊNCIAS :

- ALMEIDA, F.L; MORAES, S. A.; Por uma Rotina no Transporte-Hospitalar: Elementos Fundamentais para a Segurança do Paciente Crítico. Jul/Set./2013. Vol. 12 n.3- Terapia Intensiva.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. COFEN. Resolução 356/2011. Dispõe sobre a participação da equipe de enfermagem no processo de transporte de pacientes em ambiente interno aos serviços de saúde, 2011.
- LAMBLET, L.C.; TEIXEIRA, A. P, CORRÊA, A.G.Transporte intra-hospitalar de pacientes graves. In: Knobel E. Terapia intensiva: enfermagem. São Paulo: Atheneu. 2006. p. 85-92.
- Guidelines for the transport of the critically ill adult (3rd Edition 2011).

- Guidelines for the transport of the critically ill adult.
- Recommendations for the intra-hospital transport of critically ill patients Critical Care 2010, 14:R87 doi:10.1186/cc9018.
- Transportes de Doentes Críticos Recomendações 2008 – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos.

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco - SBCD

Hospital Municipal de Cubatão

SUS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.05.006.00	
TRANSPORTE SEGURO DE PACIENTES	REV. 00	PAG. 1/12

Elaborado por: Bruna Evellyn Oliveira Santos	Data: 01/05/2025	Visto: Bruna Evellyn Oliveira Santos Enfermeira da Qualidade COREN-SP: 695236
Validado por: Daniele Borges Lourenço	Data: 15/05/2025	Visto Daniele Borges Lourenço COREN-SP 406.508-ENF
Validado por: Caio Henrique Santos Sampaio	Data: 15/05/2025	Visto Caio Henrique Santos Sampaio Supervisor de Engenharia Clínica SBCD - HMC
Validado por: Tissiane de Cássia Mestre	Data: 13/05/2025	Visto Tissiane de Cássia Mestre Gerente Materno Infantil COREN-SP 137392 SBCD - HMC
Validado por: Bruna Evellyn Oliveira Santos	Data: 14/05/2025	Visto Bruna Evellyn Oliveira Santos Enfermeira da Qualidade COREN-SP [illegible]
Aprovado por: Thaís Alvares Mendes	Data: 14/05/2025	Visto [illegible] 38-EN
Verificado por: Kevin Cristian Souza da Costa	Data: 13/05/2025	V En C

Rev.	Pág.(s).	Data	Descrição da Revi o

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.05.006.00	
TRANSPORTE SEGURO DE PACIENTES	REV. 00	PAG. 2/12

1 - OBJETIVO

Tem por objetivo planejar e organizar o processo de transporte, padronizar e sistematizar as condutas da equipe durante o transporte intra-hospitalar de cliente e regulamentar as responsabilidades dos profissionais para o transporte intra-hospitalar.

Transporte intra-hospitalar é o encaminhamento temporário ou definitivo de clientes dentro do ambiente hospitalar por profissionais de saúde, seja para fins diagnósticos ou terapêuticos (NOGUEIRA; MARIN; CUNHA, 2005).

2 – ALCANCE OU APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todas as Unidades do Hospital Municipal de Cubatão que realizam transportes de pacientes.

3 – ABREVIATURAS E DEFINIÇÕES

CO- Centro Obstétrico

CDI- Centro de Diagnóstico por Imagem

EPI – Equipamento de Proteção Individual

EMTN – Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional

HMC: Hospital Municipal de Cubatão

NP – Nutrição Parenteral

NEO- Neonato

MEWS – Modified Early Warning (escala de alerta que tem como principal finalidade identificar precocemente sinais de deterioração clínica do paciente adulto)

MEOWS - Modified Early Obstetric Warning System

PEWS - Pediatric Early Warning Score (escala de alerta que tem como principal finalidade identificar precocemente sinais de deterioração clínica do paciente pediátrico)

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente

RN- Recém Nascido

4 - DESENVOLVIMENTO

Tipos de transporte:

- Transporte intra-hospitalar: É Transferência temporária ou definitiva de pacientes por profissionais da saúde dentro do ambiente hospitalar;
- Transporte extra-hospitalar: Transferência de pacientes entre unidades hospitalares ou não hospitalares;

Indicações:

- Admissão e alta hospitalar;
- Realização de exames diagnósticos e de procedimentos terapêuticos e cirúrgicos;
- Transferências entre leitos ou entre as unidades;
- Encaminhamento às atividades de recreação;

Contraindicações:

- Incapacidade de manter oxigenação e ventilação adequadas;
- Incapacidade de manter estabilidade hemodinâmicas;
- Número insuficiente de colaboradores para efetuar um transporte seguro;
- Impossibilidade de permanência no local de destino pelo tempo necessário;

Planejamento do transporte:

O transporte interno, principalmente de pacientes críticos, é considerado um procedimento complexo que requer ponderação, precisa de um planejamento prévio para minimizar os possíveis incidentes com dano. É imprescindível a comunicação entre setores para que o local a que se destina o paciente esteja preparado para recebê-lo. O risco/benefício do transporte do paciente deve ser analisado previamente pela equipe médica e enfermeiro do plantão. A equipe deve antes do transporte realizar as seguintes ações:

- Checagem pré-transporte: Para pacientes que vão ser transportados para unidade de terapia intensiva deve-se estabelecer contato com a unidade para informar a situação clínica do doente que será transportado, conforme POL.00.006.00. Após a confirmação que o local de destino está apto a receber o paciente iniciar imediatamente a tarefa programada. Pacientes das unidades de terapia intensiva que vão ser transportados para setores como tomografia, centro cirúrgico, entre outros, também deverão realizar esse contato prévio aos setores de destino;
- Preencher Plano de Transferência no sistema Salutem na aba-> ficha clínica-> plano de transferência. Cód 100 ou 108.

- Preencher Protocolo de Deterioração Clínica conforme PCL.06.002.00 antes do transporte;
- Preparo dos equipamentos de acordo com a condição clínica do paciente: Monitor com múltiplos parâmetros de transporte, bombas de infusões com bateria suficiente, fonte de oxigênio suficiente para o transporte com reserva, ventilador portátil quando aplicável, maleta de transporte contendo medicamentos/materiais e equipamentos para atendimento de PCR ou intercorrências de acordo com o setor;
- Verificar as condições ideais do paciente para transporte: condições clínicas/estabilidade, acessos pérvios, via aérea segura. Em pacientes neonatos e pediátricos é importante observar e promover a manutenção clínica do paciente (temperatura, estabilização respiratória, necessidade de intubação, necessidade de acesso venoso, jejum, glicemia; monitorização hemodinâmica);
- A equipe deve atentar no momento da passagem cama/maca e maca/cama para não tracionar os acessos venosos, drenos, sondas, e outros dispositivos;
- A equipe deve verificar previamente os equipamentos quanto ao tempo de bateria como bombas de infusão e ventilador mecânico portátil. Tais equipamentos devem ficar sempre conectados à tomada e somente retirá-los para o transporte;
- A equipe deve manter-se atenta com as principais causas de erro: deslocamento da cânula endotraqueal, perda do suprimento de oxigênio, mau funcionamento do equipamento por falta de energia, avaliar carga da bateria e tempo de durabilidade da mesma, ou danificação do aparelho, perda de cateter endovenoso ou sonda por tração, temperatura inadequada das incubadoras e risco de queda durante transporte;
- Conforme POL.00.008.00 - Prevenção de Quedas é de competência da equipe assistencial e de apoio transportar todos os pacientes em cadeira de roda, maca ou cama para exames/procedimentos; os recém-nascidos e crianças deverão ser liberados de alta em berços, cadeira de roda ou maca (se necessário). As crianças internadas na UTI neonatal e Pediátrica serão transportadas em incubadoras ou macas, seja para exames ou mesmo alta. As crianças provenientes das unidades de internação deverão ser transportadas no berço que estiverem alocadas, as maiores de cinco anos que estiverem em cama serão transportadas em maca ou cadeira se a condição clínica permitir. Os bebês de até dois anos em condição clínica estável poderão ser transportados no colo da mãe para realização de procedimentos, exames e alta se a mesma estiver sentada em cadeira de rodas;
- Os pacientes em uso de dieta enteral que serão transportados via remoção para realização de exames ou transferências, deverão ter a dieta pausada 2 horas antes do horário agendado da logística (exceto em casos de urgência), além da realização de estase gástrica previamente ao encaminhamento; Os pacientes em uso de dieta enteral que serão transportados e não precisam de remoção para realização de exames ou transferências, deverão ter a dieta pausada 1 hora antes do horário agendado do exame (exceto em casos de urgência);

- Está estabelecido pelo médico da EMTN que a NP deverá ser suspensa durante o deslocamento para setores externos do hospital (realização de exames, procedimentos cirúrgicos) como medida de segurança. A NP deverá ser substituída por soro glicosado a 10% com a infusão na mesma vazão da NP. A ação é necessária para que não ocorra infusão livre de nutrição parenteral e reduzir o risco de hipoglicemia para o paciente, essa ação precisa de planejamento prévio para prescrição da equipe multidisciplinar;
- Para transportes internos a NP deve ser mantida conforme rotina;
- A equipe deve assegurar-se de que haja ajuda adicional necessária para a realização de movimentos seguros. Nunca se torne impaciente ao ponto de realizar movimentos em que haja risco, deverá também estar atenta ao momento correto de realizar o transporte, horário e condições clínicas do paciente. Durante o transporte, o profissional de saúde deve-se posicionar de forma a ser possível visualizar a face do paciente para identificar algum tipo de alteração ou tentativa de contato. Promover contato verbal frequente com o mesmo, quando possível, para identificar a condição do mesmo durante o transporte;
- Transportar o paciente em condições de exposição adequadas, atentando-se para as vestimentas adequadas sem colocar em risco a integridade da pessoa;
- Se o paciente está confuso ou agitado ou tenha uma condição que cause perda do controle muscular, assegure assistência a fim de prevenir lesões durante o processo de movimentação. Utilizar materiais e métodos para facilitar a remoção de pacientes de camas ou macas, diminuindo a necessidade de mais colaboradores e diminuindo a força realizada durante a movimentação do paciente;
- É obrigatório recepcionar o paciente que vem de outra unidade sempre a beira-leito, exclusivamente para o profissional que dará continuidade nos cuidados do paciente, portanto não é permitida a entrega do plano de transferência fora do quarto do paciente. Os setores devem receber o paciente a beira-leito em um prazo máximo de 10 minutos;
- O transporte deve ser realizado no menor tempo possível e com a maior segurança. Por isso, é fundamental que todo o planejamento seja realizado para não ocorrer eventos adversos, bem como, quando houver condições, fazer uma análise do percurso a ser realizado para reduzir o risco de não conseguir progredir com a passagem do paciente. Avaliar se o dispositivo de transporte (maca/cama) atende as necessidades e permite o livre deslocamento em corredores e elevadores;

Eventos adversos no transporte:

Os principais eventos adversos que podem ocorrer durante o transporte são: Alterações dos níveis pressóricos, parada cardiorrespiratória, arritmias, acidente vascular cerebral, insuficiência respiratória, broncoaspiração, vômitos, alteração de consciência, agitação, crise convulsiva, dor, hipotermia, aumento da pressão intracraniana, queda de saturação de oxigênio, hipo/hiperglicemia, broncoespasmo, extubação, obstrução de vias aéreas por secreções, queda, tração de cateteres, perda do acesso venoso, interrupção da infusão de drogas vasoativas, término do medicamento e falhas técnicas dos equipamentos.

Classificação do Transporte:

- **Assistência Mínima:** (Paciente **MEWS ou MEOWS** entre **0 e 2** e/ou **PEWS** score **0**, estáveis do ponto de vista clínico e de enfermagem, fisicamente autossuficientes quanto ao atendimento de suas necessidades) o transporte poderá ser realizado pelo técnico de enfermagem ou enfermeiro;
- **Assistência Intermediária:** (Paciente **MEWS ou MEOWS 3 ou 4** e/ou **PEWS entre 1 e 2**, estáveis do ponto de vista clínico e de enfermagem, com dependência parcial das ações de enfermagem para o atendimento de suas necessidades), o Transporte poderá ser realizado pelo técnico de enfermagem ou enfermeiro;
- **Assistência Intensiva:** (Paciente **MEWS ou MEOWS** entre **=>5** e/ou **PEWS entre 3 e 4**, com dependência total das ações de enfermagem para o atendimento de suas necessidades), com risco iminente de morte sujeitos a instabilidade de sinais vitais, que requeiram assistência de enfermagem permanente e especializada), avaliar sempre a indicação e risco/benefício do procedimento, nesse caso o paciente deverá ser acompanhado pelo médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e caso tenha necessidade a fisioterapia também (pacientes em VM). Nas internações, em caso de indisponibilidade do internista o médico da UTI ou outra Unidade deve ser acionado;

Em casos que houver percepção da equipe de enfermagem de sinais de deterioração clínica, importante acionar o médico responsável pela unidade para validar a transferência/ encaminhamento do paciente com registro em prontuário, independente do score MEWS.

Importante ressaltar que se no momento da avaliação para transporte for evidenciado um Score da Escala de MEWS maior ou igual (>=) 5 ou Escala de PEWS igual ou maior (>=) que 3, deve-se acionar o código amarelo conforme descrito na PCL 06.002.00.

Cuidados com transporte de RN:

No transporte à RN, incluir os cuidados específicos com a manutenção da temperatura corporal e a monitorização da glicemia capilar. Considerar as especificidades de cada caso:

- Utilizar incubadora de transporte de dupla parede e temperatura regulada ao peso do RN;
- Se necessário ventilação utilizar babypuff;

Maleta de medicamentos para transporte:

Durante o transporte de pacientes da UTI levar maleta de emergência contendo os materiais conforme padronização da instituição.

Uso de EPI durante transporte:

Transferência de pacientes em ISOLAMENTO		
Tipo de Isolamento	**Precaução utilizada Profissional**	**Precaução utilizada Cliente**
Contato	Óculos, capote, luvas.	-
Aerossol	Óculos, máscara N95, luvas.	Máscara Cirúrgica
Gotícula	Óculos, máscara cirúrgica, luvas.	Máscara Cirúrgica

Ferramentas para transporte:

- Cadeira de Rodas;
- Maca;
- Cama;

Cadeira de Rodas:

- Pacientes com dificuldades de locomoção ou fraqueza deverão ser encaminhadas em cadeira de rodas;
- O colaborador é o responsável por empurrar a cadeira;
- Sempre que conversar com o paciente esteja visível ao mesmo;
- O paciente deverá ficar totalmente encostado na cadeira;
- O prontuário não deve ser levado pelo paciente, por isso deverá ter uma bolsa na cadeira de rodas;
- O soro deverá ser levado no suporte para evitar obstrução do acesso venoso e interrupção da infusão de medicação;
- Entrar no elevador de modo que o paciente fique de frente para a porta;
- As funções não devem ser delegadas para o acompanhante ou paciente;

Maca e cama:

- Pacientes acamados, muito debilitados, graves deverão ser transportados em maca ou cama;
- O colaborador deve se posicionar aos pés da maca ou cama, mantendo contato visual com o paciente;
- As grades deverão permanecer elevadas durante todo o trajeto;

- O soro deverá ser levado preferencialmente no suporte para evitar a obstrução do acesso venoso e interrupção da infusão de medicação, em último caso, quando a maca ou cama não possuir o suporte de soro e as medicações possam ser interrompidas durante o transporte os mesmos deverão ser fechados e acondicionados sobre a cama do paciente, sempre avaliando a condição do acesso venoso para evitar obstruções;
- Entrar com o paciente no elevador de modo que ele fique de frente para a porta. Verificar se a maca, equipamento ou alguma parte física do paciente entrará em contato com a porta no momento do fechamento.

Tipos de transporte para paciente neo/pediátricos:

Transferência de pacientes Neo/Pediátricos		
Setor Origem	**Destino**	**Tipo de Transporte**
CO	UTI	incubadora
	MATERNIDADE	maca
MATERNIDADE	CDI	berço
	UTI	incubadora ou berço
	CO	berço
	ALTA	berço
PEDIATRIA	CDI	berço ou cama
	UTI	berço ou cama
	ALTA	berço ou cama

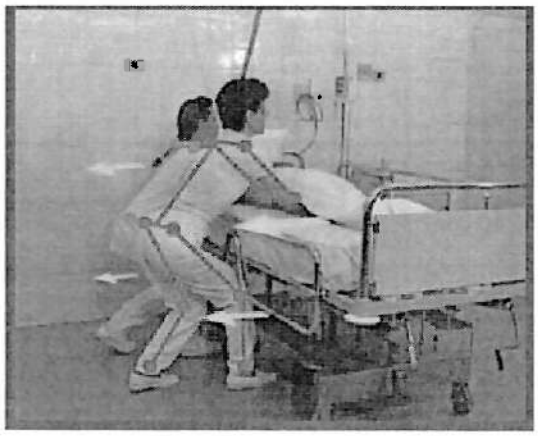
Movimentação do paciente:

A movimentação do paciente é um dos momentos críticos no transporte e deve ser realizada com extremo cuidado. Além de riscos para o paciente pode também acarretar danos ao colaborador.

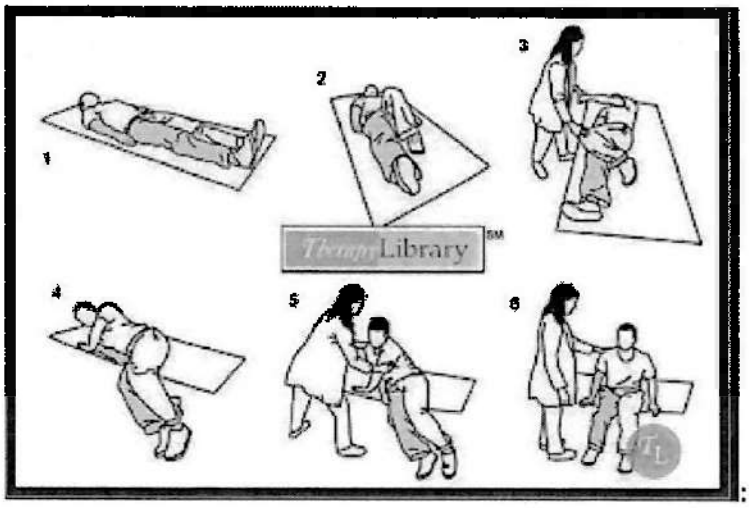
Para evitar lesões deve ter a quantidade de pessoas suficientes para realiza-la e seguir algumas orientações:

- Deixar os pés afastados e totalmente apoiados no chão;
- Manter as costas eretas;
- Usar o peso corporal como um contrapeso ao do paciente;
- Flexionar o joelho ao invés de curvar a coluna;
- Utilizar movimentos sincrônicos;
- Trabalhar o mais próximo possível do corpo do cliente;

Posição do colaborador:



Sentar o paciente no leito

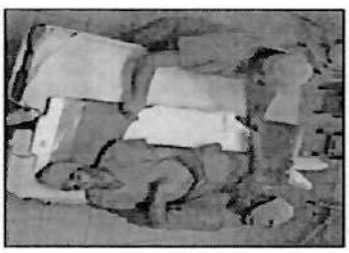


Transferência para cadeira de rodas:

Fig. 20 a | Fig. 20 b | Fig. 20 c | Fig. 20 d

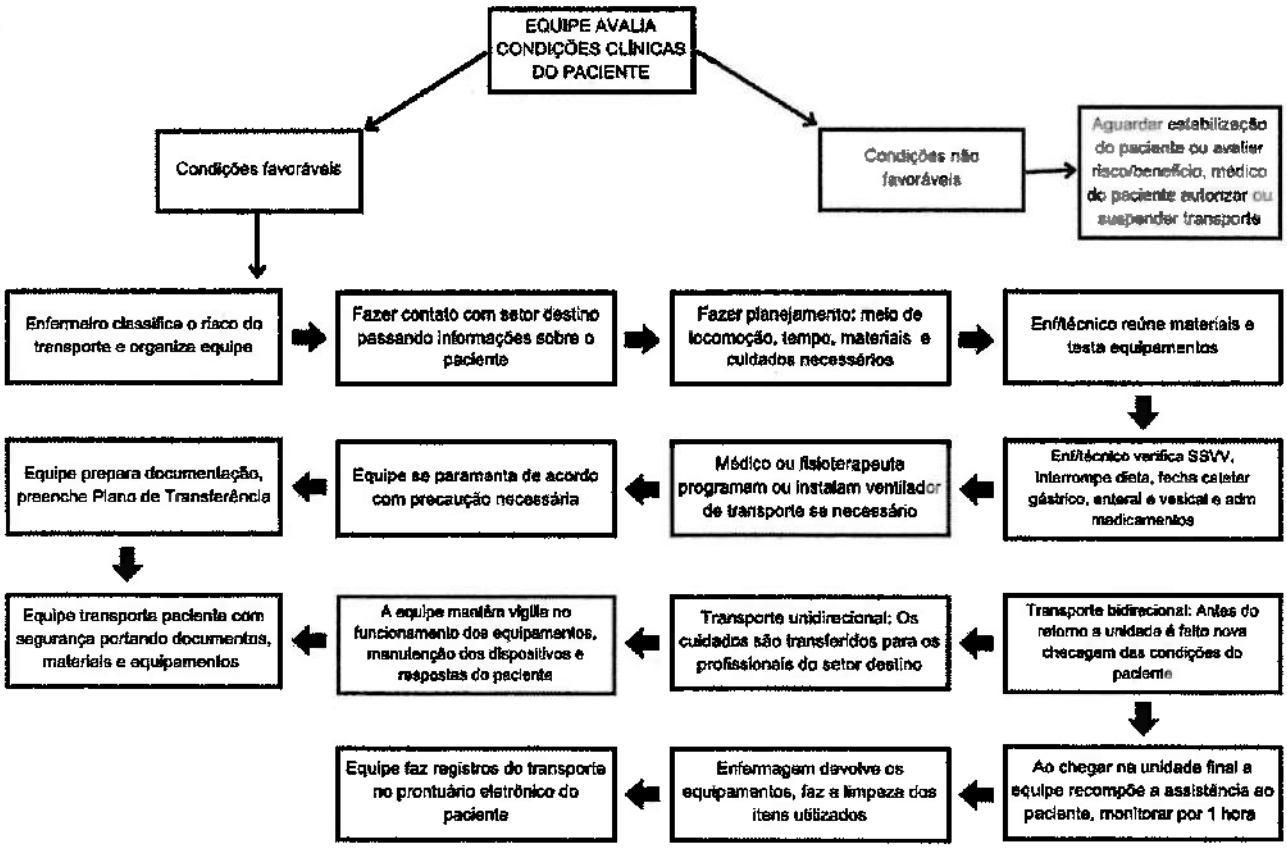
Transferência da cadeira para cama:

Transferência da maca para cama ou cama para maca:



*As imagens são meramente ilustrativas.

Fluxograma do transporte:



5 – RESPONSABILIDADES E ATRIBUIÇÕES

Equipe Multidisciplinar (Médico, Enfermeiro, Técnico/Auxiliar em Enfermagem e Fisioterapeuta):

- Ter conhecimento sobre o protocolo multiprofissional do transporte e seguir as normas estabelecidas.
- Analisar o risco benefício do transporte de alto risco.
- Conhecer o quadro atual do cliente: diagnóstico de internação e evolução clínica.
- Prever todas as intercorrências e complicações que possam ocorrer no trajeto e adotar medidas preventivas.
- Estabelecer comunicação efetiva com as equipes dos locais de origem e de destino.
- Ser capacitado/possuir conhecimento em suporte avançado de vida, ventilação pulmonar assistida e obtenção de via aérea artificial.

Profissional da Higienização:

- Realizar a limpeza terminal da maca de transporte e, se transferido, da unidade do cliente.
- Realizar a limpeza do trajeto do setor de origem ao setor de destino, em caso de transporte de pacientes com doenças infectocontagiosas de alta transmissibilidade (por exemplo, Covid-19).

6 - REFERÊNCIAS

OSPITALAR DE CLIENTES. [s.l: s.n.]. D .

<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/documentos/protocolos-assistenciais/PRT.CPAM.002TransporteIntraHospitalardeClientesverso5.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2023.

2- E L A B O R A Ç Ã O ¦; F O R M A T A Ç Ã O ¦. **TRANSPORTE SEGURO 2 PROTOCOLO**. [s.l: s.n.]. Disponível em: <https://isgh.org.br/intranet/images/Dctos/PDF/HRC _PROTOCOLO/HRC_PROTOCOLO_TRANSPORTE_S

3- EGURO_140715.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2023.

4- ALMEIDA A. C. G. DE et al. Transporte intra-hospitalar de pacientes adultos em estado crítico: complicações relacionadas à equipe, equipamentos e fatores fisiológicos. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 3, p. 471–476, 2012.

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco - SBCD

Hospital Municipal de Cubatão hmc Dr. Luiz de Camargo de Fonseca e Silva

SUS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP.03.001.01
CUIDADOS COM A PELE E FERIDAS	REV. 01	PAG. 01/43

Elaborado por: Leandra Roberta Saia	Data: 29/08/2024	Visto: Leandra Roberia Saia COREN-SP 0143526-ENF
Elaborado por: Renata Medeiros do Nascimento	Data: 29/08/2024	Visto: Renata Medeiros Nascimento Coren SP- 0717736 Enf
Validado por: André Lazzeri Cortez	Data: 29/08/2024	Visto Dr. André L. Cortez Infectologista CRM/SP 187.052 RQE 94560
Validado por: Ana Paula de Freitas Bahia Santos	Data: 29/08/2024	Visto: Dra. Ana Paula F. B. Santos Médica CRM - SP 219.967
Validado por: Janaína Alberto de Barros – Time de Pele	Data: 29/08/2024	Visto: Janaina Alberto de Barros COREN/SP 666601 Supervisora de Enfermagem
Validado por: Patrícia Aparecida Coelho	Data: 29/08/2024	Visto: Patrícia Aparecida Coelho Enfermeira SCIH COREN - SP 765633 SBCD - HMC
Validado por: Camila Pinheiro Henrique Oliveira	Data: 29/08/2024	Visto: Camila Pinheiro Henrique de Oliveira Supervisora CC/CME COREN 710807 SBCD - HMC
Validado por: Bruna Evellyn Oliveira Santos	Data: 29/08/2024	Visto: Bruna Evellyn Oliveira Santos Enfermeira da Qualidade COREN SP: 695236
Validado por: Tissiane de Cássia Mestre	Data: 29/08/2024	Visto: Tissiane de Cássia Mestre Gerente Materno Infantil COREN-SP 137392 SBCD - HMC
Validado por: Thaís Alvares Mendes	Data: 29/08/2024	Visto: Thaís Alvares Mendes Gerência Assistencial COREN-SP 465538-ENF SBCD - HMC
Aprovado por: Kevin Cristian Souza da Costa	Data: 29/08/2024	Visto: Kevin Cristian Souza da Costa Enfermeiro da Qualidade COREN/SP 511.390 SBCD - HMC

Rev.	Pág.(s).	Data	Descrição da Revisão
01	03 e 40	29/08/2024	Inclusão dos cuidados com Feridas Cirúrgicas + Mudança de Domínio

1 - OBJETIVO

Orientar os profissionais do Hospital Municipal de Cubatão sobre o uso de coberturas para tratamento de feridas, dentro da padronização dos materiais existente;

Padronizar e implementar as medidas de tratamento das feridas;

Direcionar as ações da equipe interdisciplinar quanto a escolha das tecnologias;

Promover melhoria contínua nos cuidados relacionados à pele e à ferida;

Fornecer subsídio para melhorar as condutas de enfermagem relacionadas ao tratamento de feridas baseadas em Consensos e Guidelines Internacionais;

Proporcionar ao usuário um tratamento de feridas adequado, garantindo a eficácia no processo de cicatrização.

2 – ALCANCE OU APLICABILIDADE

Aplica-se ao atendimento de todos os pacientes portadores de lesões de pele, atendidos nas Unidades de Internação e no Serviço de Oxigênio Terapia Hiperbárica

3 – ABREVIATURAS E DEFINIÇÕES

Psi ou libra-força por polegada quadrada é a pressão resultante da força de uma libra-força aplicada a uma área de uma polegada quadrada.

O Time de Pele é uma equipe multidisciplinar focada em estratégias e intervenções para prevenir e acompanhar as lesões já instaladas para regressão do quadro e melhoria contínua da manutenção da pele dos pacientes. Quanto a composição:

Enfermeiros Estomaterapeutas ou Referência em Cuidados de pele: Especialistas em cuidados com a pele e feridas, incluindo lesões por pressão.

Ferida é qualquer lesão que interrompa a continuidade da pele. Pode atingir a epiderme, a derme, o tecido subcutâneo e a fáscia muscular, chegando a expor estruturas profundas do organismo.

4 - DESENVOLVIMENTO

1. Anatomia e fisiologia da pele

A pele é um órgão de revestimento do organismo, indispensável à vida e que isola os componentes orgânicos do meio exterior, além de controlar a temperatura do corpo. Constitui-se de complexa estrutura de tecidos de várias naturezas dispostos e inter-relacionados de modo a adequar-se de maneira harmônica ao desempenho de suas funções.

Representa 15% do peso corpóreo, formando revestimento e dando proteção contra agentes nocivos. É um órgão em perfeita sintonia com o resto do organismo, refletindo o estado de saúde. A secreção sebácea e sudoreica determinam o pH que na pele, que está em torno de 5,4 a 5,6, com variações topográficas.

1.1 Camadas da pele

A pele compõe-se essencialmente de três camadas: uma porção epitelial mais superior: epiderme; uma camada intermediária: derme; e uma camada mais profunda: tecido subcutâneo ou hipoderme.

1.1.1 Epiderme

É a camada mais externa da pele, sem vascularização, constituída por várias camadas de células. Tem como função principal a proteção do organismo e a constante regeneração da pele, sendo os queratinócitos das células predominantes. Impede a penetração de microrganismos ou substâncias químicas destrutivas, absorve radiação ultravioleta do sol e previne as perdas de fluídos e eletrólitos.

1.1.2 Derme

É a camada intermediária, localizada entre a epiderme e o tecido subcutâneo, constituída por denso tecido conjuntivo, fibras de colágeno, reticulares e elásticas. Nela se situam os

vasos, nervos e os anexos cutâneos (glândulas sebáceas, sudoríparas e folículos pilosos). Tem como função a flexibilidade, elasticidade e resistência da pele.

1.1.3 Tecido subcutâneo ou hipoderme

É a última camada da pele, formada basicamente por células de gordura e faz conexão entre a derme e a fáscia muscular; atuando como reservatório energético, isolante térmico, proteção contra choques mecânicos, fixação dos órgãos e modelando a superfície corporal.

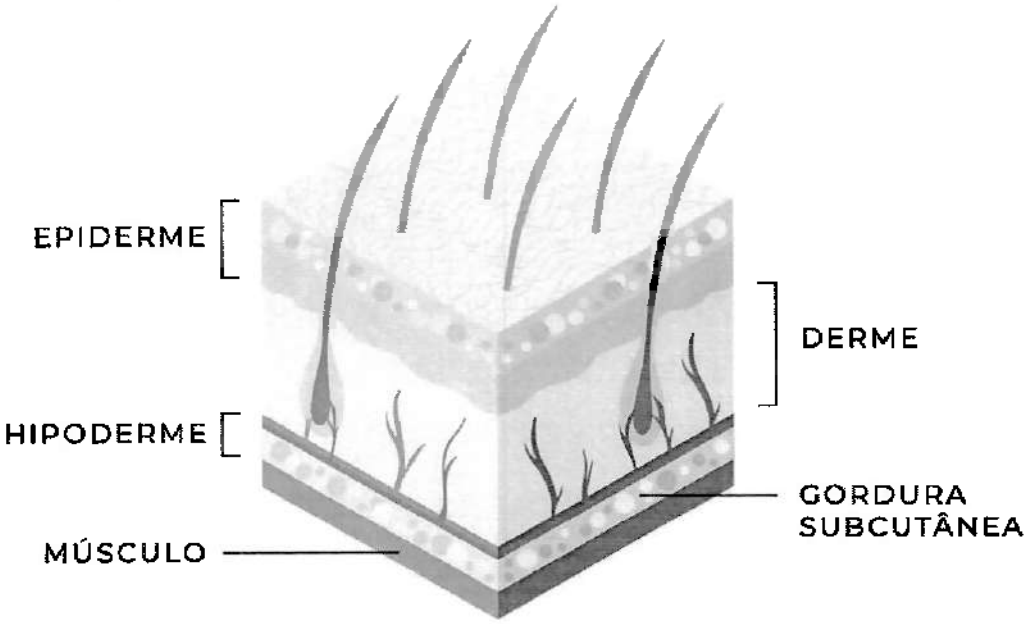


Diagrama: camadas da pele humana

1.2 Funções da pele

A pele desempenha várias funções vitais, destacando-se:

- ✓ Proteção das estruturas internas;
- ✓ Regulação da temperatura;
- ✓ Proteção imunológica;
- ✓ Percepção sensorial;
- ✓ Excreção;
- ✓ Síntese de vitaminas.

2. Classificação das feridas

Ferida é qualquer lesão que interrompa a continuidade da pele. Pode atingir a epiderme, a derme, o tecido subcutâneo e a fáscia muscular, chegando a expor estruturas profundas do organismo.

As feridas podem ser classificadas quanto à causa, ao conteúdo microbiano e ao tempo de duração:

2.1 Quanto à causa, as feridas podem ser:

a) Cirúrgicas: provocadas por instrumentos cirúrgicos, com finalidade terapêutica;

b) Traumáticas: feridas provocadas acidentalmente por agentes mecânicos, físicos, químicos ou biológicos;

c) Ulcerativas: lesões escavadas, circunscritas, com profundidade variável, podendo atingir desde camadas superficiais da pele até músculos.

2.2 Quanto ao conteúdo microbiano, as feridas podem ser:

a) Limpa: lesão feita em condições assépticas e que está isenta de microrganismos;

b) Limpa contaminada: lesão com tempo inferior a 6 horas entre o trauma e atendimento, sem contaminação significativa;

c) Contaminada: lesão com tempo superior a 6 horas entre o trauma e atendimento, com presença de contaminantes, mas sem processo infeccioso local;

d) Infectada: presença de agente infeccioso local e perilesão com evidência de intensa reação inflamatória e destruição de tecidos, podendo haver exsudato purulento.

2.3 Quanto ao tempo de duração, as feridas podem ser:

a) Aguda: é quando há ruptura da vascularização com desencadeamento imediato do processo de hemostasia. Na reação inflamatória aguda, as modificações anatômicas dominantes são vasculares e exsudativas, e podem determinar manifestações localizadas no ponto de agressão ou ser acompanhada de modificações sistêmicas. A contração das margens inicia em cerca de 5 dias após a lesão e tem seu pico em 2 semanas.

b) Crônica: é quando há desvio na sequência do processo cicatricial fisiológico. A inflamação crônica pode resultar em um longo processo de cura e evoluir com resposta muito diferente das manifestações clássicas da inflamação aguda. São feridas que que não cicatriza no período esperado, ou seja, entre 30 e 90 dias, e cujas características do processo de cicatrização estão alteradas. Desta forma, considera-se uma ferida crônica aquela lesão que não cicatriza em até 90 dias, se estagna num período da cicatrização e não evolui.

c) Feridas de difícil cicatrização: uma ferida que não conseguiu responder ao padrão de cuidados com base em evidências. O conceito de higiene da ferida baseia-se no pressuposto de que todas as feridas de difícil cicatrização contêm biofilme. Devido à velocidade de formação do biofilme da ferida, uma ferida que apresente exsudado, esfacelo e um aumento de tamanho ao terceiro dia após a sua ocorrência pode logo ser definida como de difícil cicatrização.

3. Aspectos da cicatrização de feridas

3.1 Fisiologia do processo cicatricial

A cicatrização da ferida pode ser definida como um processo fisiológico através do qual o organismo restaura e restabelece as funções dos tecidos lesionados. Consiste em perfeita e coordenada cascata de eventos celulares, moleculares e bioquímicos que interagem para que ocorra a reconstituição tecidual. Devemos conhecer a fisiopatologia da cicatrização e entender os fatores que podem acelerar ou retardá-la para atuar de forma a favorecer o processo cicatricial.

É um processo natural, dinâmico e complexo, composto pelas seguintes fases: coagulativa, inflamação, proliferação e maturação (remodelamento). Para melhor entender esse processo, a seguir serão abordadas as suas diversas fases.

3.1.1 Fase coagulativa

O início é imediato após a interrupção da integridade da pele, ou seja, após o surgimento da ferida. Essa fase depende da atividade plaquetária e da cascata de coagulação para a formação do coágulo sanguíneo. Ocorre uma complexa liberação de produtos: substâncias vasoativas, proteínas adesivas, fatores de crescimento e proteases são liberadas e ditam o desencadeamento de outras fases.

3.1.2 Fase inflamatória

Intimamente ligada à fase anterior, a fase inflamatória dura, em média, de 3 a 5 dias. Eventos que acontecem: Libertação de histamina e outros mediadores como resposta do tecido danificado; Vasodilatação dos vasos sanguíneos intactos; Aumento do fluxo sanguíneo, ocasionando o calor e rubor; Aumento da permeabilidade vascular; Vazamento de fluidos para o espaço intersticial, causando edema local; Intensa migração de neutrófilos e macrófagos para o local da ferida, que são atraídos por substâncias quimiotáticas liberadas por plaquetas; Ação dos leucócitos que vão realizar a fagocitose dos microrganismos, células mortas, tecido danificado e partículas estranhas.

O macrófago é a célula inflamatória mais importante dessa fase, ele realiza a "limpeza" da área lesionada, fagocita bactérias, desbrida corpos estranhos e ativa o desenvolvimento do tecido de granulação.

3.1.3 Fase proliferativa

Esta fase tem início por volta do 4º dia após a lesão e se estende aproximadamente até o término da segunda semana. É a fase responsável pelo "fechamento" da lesão. A fase proliferativa é constituída por essas etapas fundamentais:

Proliferação dos fibroblastos;

Produção de colágeno = responsável pela força e integridade do tecido neoformado;

Angiogênese = processo de formação de novos vasos sanguíneos a partir dos adjacentes à ferida;

Formação do tecido de granulação;

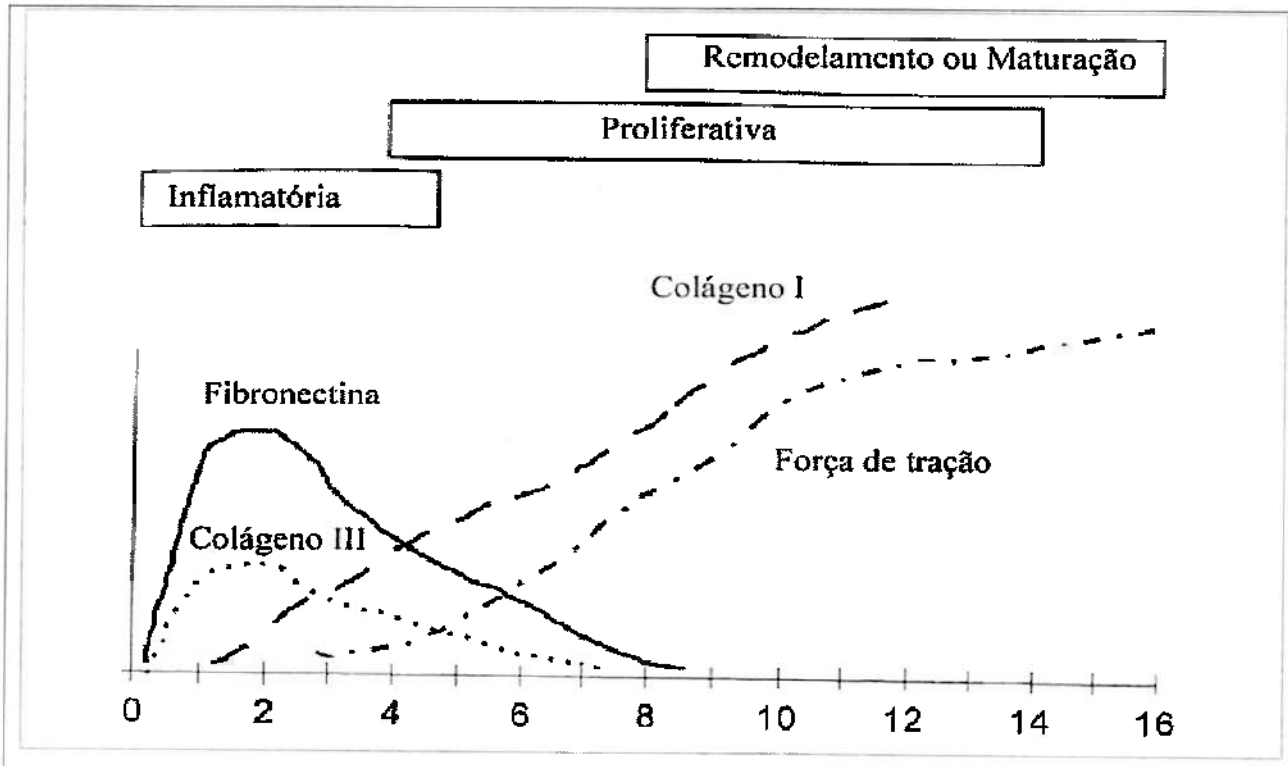
Epitelização = migração de queratinócitos das bordas da ferida para o centro, recobrindo o tecido de granulação.

3.1.4 Fase de maturação (ou remodelamento)

É marcada pela contração dos tecidos neoformados e assim, remodelação da cicatriz. Isso se deve à diminuição da vascularização e dos fibroblastos; aumento da força tensil da pele e reordenação das fibras de colágeno. Em uma ferida aguda esta fase tem início em torno da terceira semana após o início da lesão, podendo se estender por até dois anos.

Durante essa fase, o tecido de granulação retrocede, o colágeno depositado se remodela e uma cicatriz com maior força de tensão se forma, devido ao cruzamento de diferentes padrões das fibras de colágeno.

Fases da cicatrização:



Adaptado de Witte & Barbul, 1997

3.2 Tipos de cicatrização

3.2.1 Cicatrização por primeira intenção

A cicatrização primária envolve a reepitelização, na qual a camada externa da pele cresce fechada. As feridas que cicatrizam por primeira intenção geralmente são feridas superficiais, agudas, que não tem perda de tecido, resultados de queimaduras de primeiro grau e cirúrgicas em cicatriz mínima, por exemplo. Levam de 4 a 14 dias para fechar.

3.2.2 Cicatrização por segunda intenção

É uma ferida que envolve algum grau de perda de tecido. Podem envolver o tecido subcutâneo, o músculo, e possivelmente, o osso. As bordas desta ferida não podem ser aproxi-

madas. Geralmente são feridas crônicas, como úlceras. Existe um aumento do risco de infecção e demora à cicatrização, uma vez que ela ocorre de dentro para fora. Resultam em formação de cicatriz e têm maior índice de complicações do que as feridas que se cicatrizam por primeira intenção.

3.2.3 Cicatrização por terceira intenção

Ocorre quando a ferida é mantida aberta intencionalmente, para permitir a diminuição ou redução do edema ou infecção. Outra possibilidade é permitir a remoção do exsudato através da drenagem, como em feridas cirúrgicas, abertas e infectadas, com drenos.

4. Fatores que Influenciam na cicatrização das feridas

O processo de cicatrização pode ser afetado por fatores locais e sistêmicos:

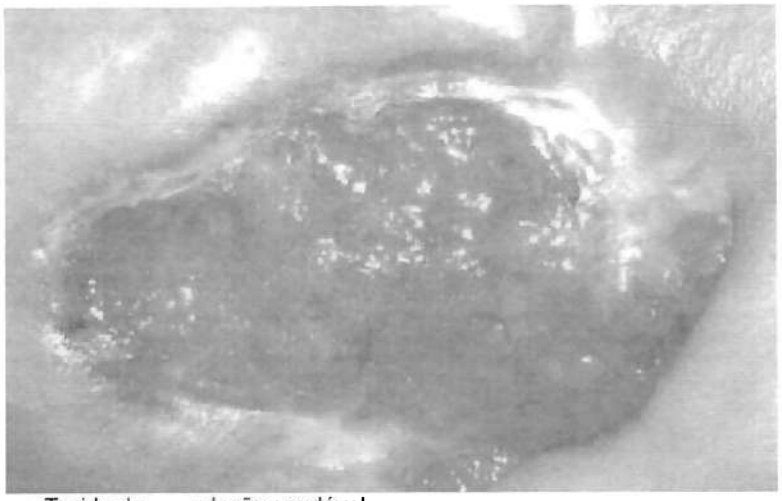
4.1 Fatores sistêmicos: fatores relacionados ao paciente, como: idade avançada; estresse; doença vascular periférica; comorbidades; estado nutricional; imunossupressão; terapia medicamentosa.

4.2 Fatores locais: localização e profundidade da ferida; edema; pressão; grau de contaminação; infecção; desequilíbrio do exsudato; presença de biofilme; necrose tecidual; trauma; corpo estranho; e uso de agentes tópicos inadequados.

5. Avaliação dos tipos de tecidos

A avaliação dos tipos de tecidos no leito da ferida é fundamental para o preparo do mesmo. Todo tecido desvitalizado deve ser removido, e todo tecido viável, necessário à cicatrização, deve ser cuidadosamente manejado. Assim, abaixo estão destacadas as definições e características dos tipos de tecido que o leito da ferida pode apresentar:

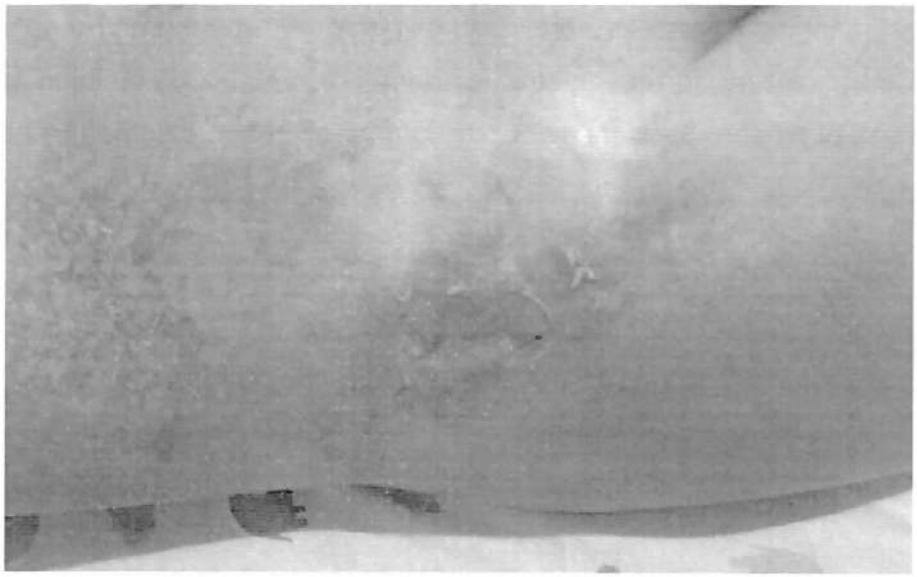
5.1 Tecido de granulação: tecido conjuntivo que se forma na fase proliferativa da cicatrização. É vital a cicatrização. O tecido de granulação saudável é rosado ou vermelho vivo, com aspecto granuloso, e é úmido. O tecido de granulação não saudável é descorado ou vermelho escuro e sangra com facilidade. Isso pode indicar isquemia e a presença de infecção local.



Tecido de granulação saudável

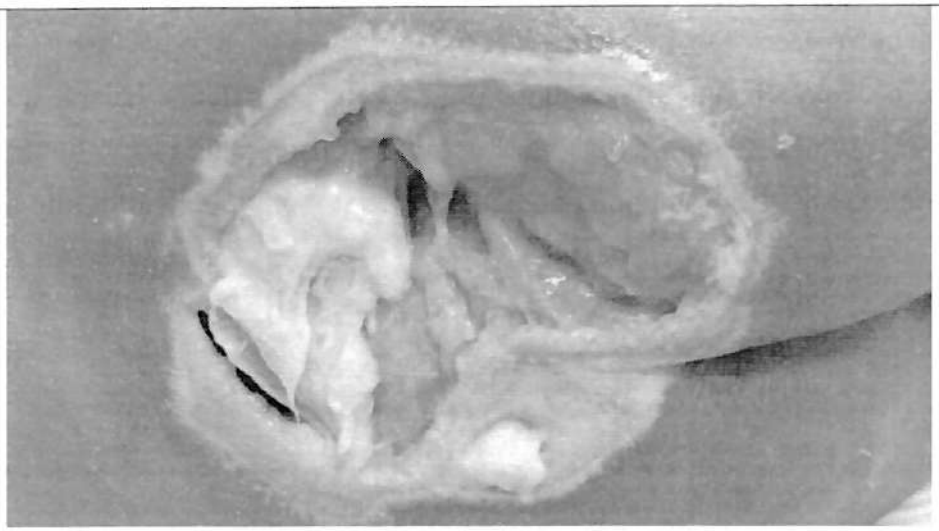
Tecido de granulação não saudável

5.2 Tecido de epitelização: novo epitélio que deve surgir após a granulação, na fase proliferativa. A epitelização tem cor rosa-claro brilhante (pele fina), e as células epiteliais proliferam das bordas da lesão para o centro. Nas feridas crônicas é comum surgirem ilhas de epitelização.



Tecido de epitelização

5.3 Esfacelo: tecido desvitalizado bem hidratado, de consistência mucoide, coloração que varia de esbranquiçada ou amarelada. É composto por fibrina, elastina, colágeno, leucócitos intactos, fragmentos celulares, exsudato e grandes quantidades de DNA. Pode ter a presença de microrganismos. O esfacelo pode estar firme ou frouxamente aderido no leito e nas bordas da ferida.



Esfacelo

5.4 Necrose de coagulação: tecido trata-se do tecido morto, inviável, no qual as células se convertem em uma placa opaca de coloração negra. É um tipo de necrose comum em processos isquêmicos, como os causados por pressão contínua e ressecamento, por exemplo. Essa necrose também amplia a inflamação, favorece a proliferação microbiana e impede a cicatrização. A cobertura total de uma ferida por necrose de coagulação recebe o nome de escara.

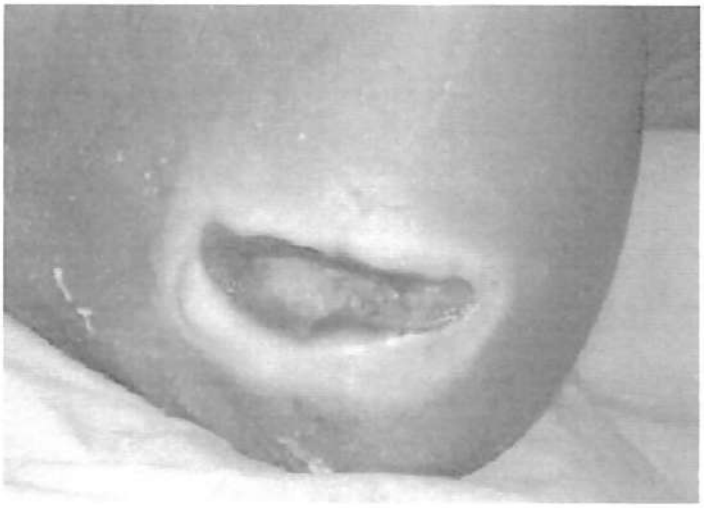
Necrose de coagulação

6. Avaliação das bordas da ferida

As condições das bordas da ferida e pele perilesional são tão importantes para o processo de cicatrização quanto a presença de um leito saudável. Alterações das bordas são prejudiciais para o processo de cicatrização, já que é uma pele circundante íntegra que favorece a epitelização e a contração da lesão. O seu diagnóstico e o tratamento das bordas inviáveis são cruciais para o sucesso no tratamento de feridas. Certifique-se de que as bordas estejam alinhadas com o leito da ferida para facilitar o avanço e a contração epitelial.

Abaixo serão abordadas as alterações mais prevalentes na área ao redor das feridas:

6.1 Maceração: processo de amolecimento com formação de dobras na pele, ao redor da lesão, que ocorre quando há excesso de umidade. O controle da umidade, por meio, do uso de coberturas adequadas e trocas frequentes (conforme necessidade – quando saturar a cobertura), é fundamental para evitar maceração.

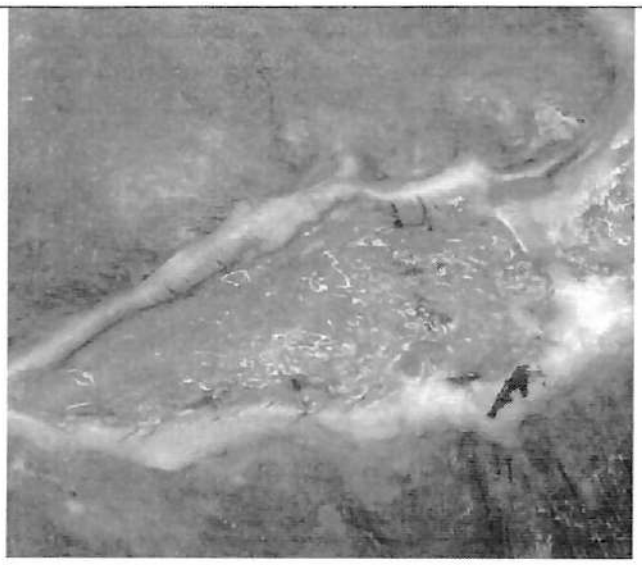


Maceração

6.2 Hiperqueratose: é um espessamento anormal da camada externa da pele (estrato córneo da epiderme), associado à proliferação excessiva de células produtoras de queratina. É comumente observada em pessoas que apresentam linfedema, insuficiência venosa crônica e alterações neuropáticas que causam inflamação contínua. O espessamento anormal da pele ocorre na tentativa de responder a um processo de lesão continuo causado por pressão, cisalhamento, fricção, má nutrição vascular e drenagem linfática prejudicada.

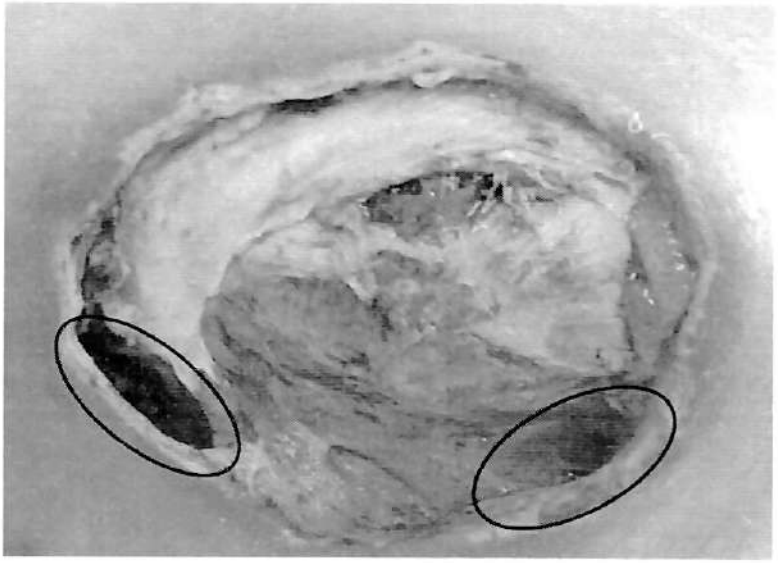
Hiperqueratose

6.3 Epíbole: são as bordas enroladas. Esse "enrolamento" ao redor da ferida pode acontecer quando a borda não está nivelada com o leito. Isso acontece porque as células epiteliais vão migrando pelo caminho que elas encontram pela frente e, se o leito não está preenchido com tecido de granulação, a borda enrola-se ao redor da ferida, formando a epíbole.



Epibole

6.4 Descolamento: acontece devido o descolamento do tecido subjacente da pele íntegra devido à destruição tecidual, formando-se espaços mortos ao redor da ferida.



Descolamento

7. Avaliação do exsudato da ferida

A produção de exsudato é uma parte natural do processo de cicatrização de feridas. É gerado como parte da resposta inflamatória inicial e durante o estágio proliferativo de cura, e é um componente essencial do processo de reparação. Geralmente, ocorre uma alta produção de exsudato na ferida após lesão inicial, diminui ao longo do tempo e varia dependendo da etiologia da ferida. Em uma ferida crônica, os exsudatos serão produzidos de forma contínua. O exsudato cria um ambiente úmido ideal para a cicatrização, mas o aumento no volume e viscosidade está associado a um aumento da carga biológica e da contagem de células brancas, o que prejudicará a cicatrização. Tais problemas podem apresentar-se como maceração da pele ao redor da ferida, bem como um risco aumentado de infecção. Na tabela a seguir estão apresentados os tipos e características de exsudato:

Exsudato			
Tipo:	Características		Quantidade:
	Cor	Consistência	
□ Seroso	Claro	Aquosa	□ Ausente □ Pequena □ Moderada □ Grande
□ Serosanguinolento	Avermelho claro/ rosado	Aquosa	
□ Sanguinolento	Avermelhado	Espesso	
□ Purulento	Amarelado/ esverdeado	Espesso	
□ Seropurulento	Amarelado	Leitoso (fino)	
□ Hemopurulento	Avermelhado	Espesso	

Quantidade	Indicadores	
	Exigência da cobertura	Saturação
Ausente	Curativo de absorção não é necessário	
Pequena	Troca: é adequada para o tipo de curativo	Drenagem envolve ≤ 25% do curativo
Moderada	Troca: 2 a 3 vezes por semana	Drenagem envolve > 25% a ≤ 75% do curativo

Grande	Troca: diária ou mais frequente	Drenagem envolve > 75% do curativo

8. Avaliação dos sinais de infecção

A infecção é uma das principais causas associadas ao atraso da cicatrização. Ela prolonga a fase inflamatória e aumenta a lesão tecidual. Todas as feridas crônicas são colonizadas por bactérias, mas isso não retarda a cicatrização e não implica em infecção. No entanto, é importante diferenciar os estágios da infecção na ferida, com o aumento da carga microbiana, assim como os seus sinais clínicos. Na infecção local os microrganismos se proliferam nos tecidos superficiais. Já na infecção disseminada, a multiplicação microbiana acontece nos tecidos mais profundos, se espalhando além da ferida. Na tabela a seguir estão apresentados os sinais clínicos da infecção:

Sinais de infecção	
Infecção superficial	Infecção profunda
( ) U – Tecido inviável (presença de > 50% de tecido necrótico ou tecido de granulação friável/ descoloração) ( ) P – Dor nova ou crescente ( ) P – Atraso da cicatrização ( ) E – Exsudato (moderada a grande quantidade) ( ) R – Odor (presença de mau odor)	( ) L – Aumento no tamanho da ferida ou aparição de lesões satélites ( ) O – Exposição óssea ( ) W – Aumento da temperatura periferida ( ) E – Presença de leve a moderado edema ( ) R – Eritema > 2 cm além da margem da ferida

9. Avaliação do biofilme

O biofilme é definido como uma associação de células microbianas fixadas às superfícies (bióticas ou abióticas), envolvidas em uma matriz conhecida como substância polimérica extracelular (SPE). A presença do biofilme mantém a ferida em estado inflamatório de baixo grau, prolongando, assim, a fase inflamatória. Além disso, o biofilme é uma barreira física para a

cicatrização, pois impede a formação do tecido de granulação e causa uma diminuição na migração das células epiteliais, prejudicando o processo de reepitelização das feridas.

Os biofilmes são estruturas microscópicas, contudo, quando se desenvolvem durante um longo período sem sofrerem qualquer perturbação podem tornar-se espessos o suficiente para serem observados a olho nu. Então, podemos suspeitar que o biofilme está presente através da observação de características indicativas no leito da ferida e dos seus indicadores indiretos, que estão apresentados na tabela abaixo:

Sinais clínicos do Biofilme: ○ Substância viscosa, espessa e brilhante na superfície da ferida ○ Pigmentação amarelada e/ou esverdeada ○ Material gelatinoso que se reforma rapidamente após uma ação mecânica (em 24 - 48h)
Indicadores indiretos do Biofilme: ○ Falha no tratamento apesar do uso de antimicrobianos adequados ○ Atraso na cicatrização ○ Ciclos de infecção recorrentes ○ Aumento na quantidade de exsudato ○ Tecido de granulação friável ○ Hipergranulação

10. Higiene da ferida

A estratégia denominada "Higiene da Ferida" é um método estruturado para superar as barreiras locais que impedem a cicatrização, e é dividida em 4 etapas:

Etapa 1: Limpeza da ferida e da pele perilesional

Entende-se por limpeza da ferida todo o processo de remoção de qualquer interferência no leito da ferida e regiões circundantes para auxiliar no processo de cicatrização.

Limpe suficientemente o leito da ferida para libertar tecido desvitalizado superficial, detritos da ferida, corpos estranhos e biofilme. Limpe a pele perilesional para remover pele desvitalizada, calosidades e para descontaminar a área. Aplicando uma ligeira pressão onde necessário e conforme tolerado, limpe a pele localizada 10–20 cm em torno da ferida, cumprindo as orientações locais ao limpar áreas "limpas" (mais distantes da ferida) e "sujas" (mais próximas da ferida ou a própria ferida). A escolha do que usar e como fazer a limpeza deve ser baseada na avaliação clínica e em evidências científicas.

1. Solução para limpeza

Idealmente, deve-se utilizar uma solução de limpeza que seja atóxica, balanceada em pH, que preserve as células sadias e não prejudique o processo de cicatrização, por exemplo soro fisiológico 0,9%, ou uma solução antimicrobiana tensoativa para ajudar na limpeza da superfície e da pele perilesional, como a solução e o sabonete de PHMB (na ausência utilizar o soro fisiológico 0,9%).

2. Técnicas de limpeza

2.1 Irrigação

Em feridas com tecido de granulação é preconizado o uso de irrigação, a fim de não danificar tecidos neoformados. Pode ser realizada da seguinte maneira:

Seringa de 20 ml com agulha:

→ 40 x 12 = 9,5 psi

→ 25 x 8 = 13,5 psi

Frasco de SF 0,9% de 125ml ou 250ml perfurado com agulha:

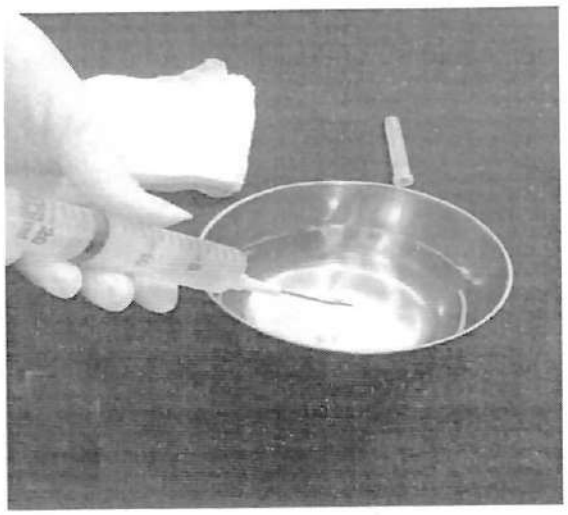
→ 40 x 12 = 4,5 psi

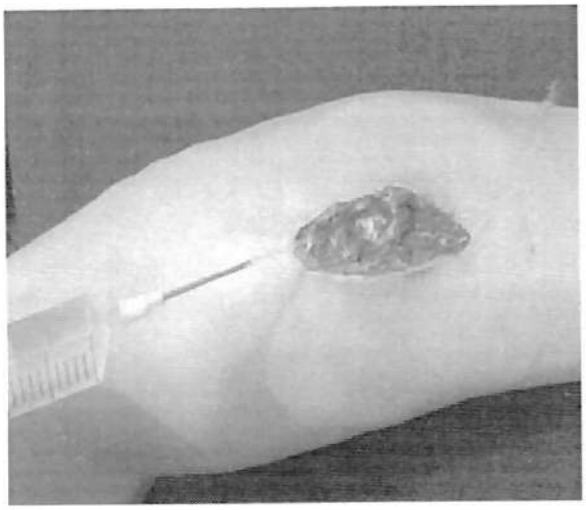
→ 25 x 8 = 5 psi

Pressão adequada: > 4 psi < 15 psi

Pressão ideal: 8 psi

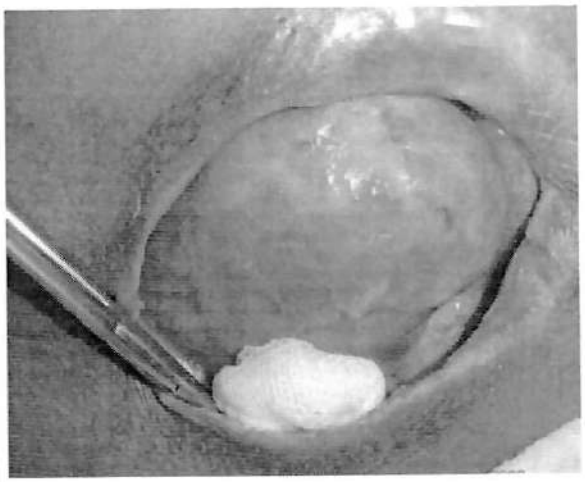
Distância: de 5 a 10 cm





2.2 Limpeza mecânica

Consiste na aplicação de uma força mecânica afim de remover tecidos desvitalizados, tecido necrótico e o biofilme. Pode ser realizado fricção com gaze associado ao jato de soro fisiológico e/ou a utilização de pinça com gaze.



Etapa 2: Desbridamento

1. Conceito

Desbridamento consiste na remoção de tecidos necrosados aderidos no leito da ferida, usando técnicas mecânica e/ou química até expor-se o tecido saudável. O desbridamento tem o benefício de remover tecidos não vascularizados, bactérias e células que impedem o processo de cicatrização, proporcionando um ambiente que estimula o desenvolvimento de tecido saudável.

Objetivo: promover a limpeza da ferida, deixando-a em condições adequadas para cicatrizar, reduzir contaminação bacteriana, impedindo a proliferação dos microrganismos, promover um ambiente favorável para a cicatrização e preparar a lesão para a intervenção cirúrgica, como o enxerto ou rotação de retalho.

Indicação: recomenda-se que qualquer tecido necrosado observado durante a avaliação inicial e nas avaliações subsequentes da ferida, seja removido, desde que a intervenção seja consistente com os objetivos globais do tratamento e das condições clínicas do doente.

Antes de proceder o desbridamento é necessário que o profissional avalie a pessoa (condições clínicas, doenças de base, vascularização e perfusão sanguínea, uso de terapia anticoagulante) e a necrose (tipo, consistência, aderência e quantidade).

2. Métodos de desbridamento

Para a realização do desbridamento é necessário considerar fatores como: o tipo de tecido necrosado, habilidade e competência do profissional, condições clínicas do paciente e urgência em que deve ser feita.

Desbridamento autolítico:

Todas as feridas experimentam algum grau de desbridamento autolítico. É um processo natural o qual as enzimas proteolíticas endógenas liquidificam e separam o tecido necrótico do tecido sadio. Promovido pelo do uso de produtos que garantam o meio úmido adequado no leito da ferida.

O desbridamento autolítico é seletivo, não é invasivo e não causa danos ao tecido sadio. Pode também ser associado a outras técnicas de desbridamento. Qualquer cobertura que mantenha a umidade no leito da ferida auxiliará o desbridamento autolítico.

A escolha deve atender ao tipo de tecido a ser desbridado e a quantidade de exsudato: hidrogel para fornecer umidade, hidrocoloides em presença de pequeno/médio exsudato, alginatos, hidrofibras, e espumas para controle do excesso de exsudato; coberturas impregnadas com antimicrobiano para controle de carga microbiano.

Indicação: todos os tipos de necrose, inclusive para pacientes que não toleram outros métodos.

Observação: atentar para a possível maceração tecidual nas bordas, caso o fornecimento de umidade seja superior ao período indicado.

Desbridamento enzimático:

O desbridamento enzimático consiste na aplicação tópica de enzimas proteolíticas exógenas fabricadas pela indústria farmacêutica diretamente sobre a necrose. Essas enzimas proteolíticas exógenas realizam a degradação das fibras de colágeno existentes no tecido necrótico, e acontece quando é utilizado papaína ou colagenase. É um método prático, e pode também ser associado ao desbridamento instrumental, cirúrgico ou mecânico.

Indicação: feridas com presença de esfacelo e/ou necrose de coagulação.

Sobre a papaína: é encontrada em forma de pó, gel ou creme. Em pó deve ser diluída imediatamente antes da execução do curativo e deixar agir por 20 minutos. Na apresentação em gel ou creme, indicar da seguinte forma:

Esfacelo: gel 4 a 6%

Escara: gel 8 a 10%

A substituição do curativo está indicada, em média, a cada 12 horas.

Desbridamento mecânico:

O desbridamento mecânico consiste na aplicação de força mecânica diretamente sobre o tecido necrótico a fim de facilitar sua remoção, promovendo um meio ideal para a ação de coberturas primárias. Dentre estes procedimentos temos:

Fricção com gaze ou esponja, irrigação com SF 0,9% em jato, hidroterapia.

Indicação: feridas com áreas com esfacelo e/ou tecidos desvitalizados.

Desbridamento instrumental:

Esse método é realizado com a utilização de instrumentais cortantes, tais como tesoura, lâmina de bisturi e outros instrumentos necessários dependendo da agressividade do procedimento, e por isso é dividido em dois tipos: cirúrgico e conservador.

- Desbridamento instrumental cirúrgico

Utilizado em situações que exigem a remoção maciça de tecidos ou em extrema emergência, como em casos de processos infecciosos graves. É realizado por cirurgiões, preferencialmente em centro cirúrgico, sob anestesia e técnica asséptica. Remove tecidos viáveis transformando feridas crônicas em agudas.

- Desbridamento instrumental conservador

É um método seletivo e tem como objetivo a retirada do tecido necrótico com abordagem conservadora, isto é, acima do tecido viável. Deve ser realizado em ambiente iluminado, em posição confortável, observando-se constantemente as condições do doente, os fatores de risco envolvidos e o procedimento deve ser interrompido quando há sangramento excessivo.

Tem como vantagens: ser seletivo, remover quantidade maior de tecido necrótico, possibilidade de ser associado a outros métodos como o autolítico ou o enzimático.

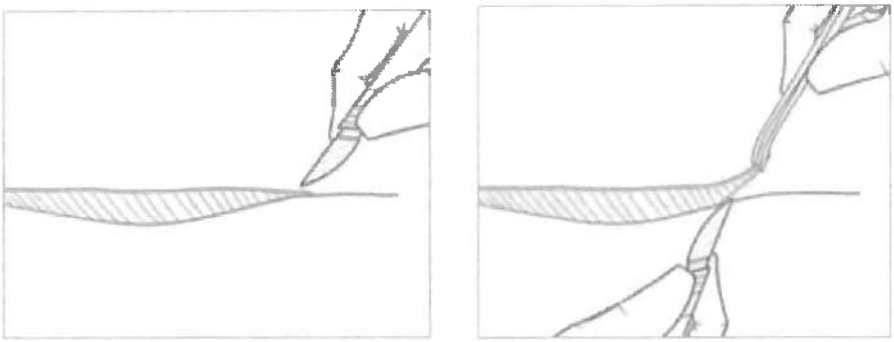
O enfermeiro tem competência para realizar o desbridamento instrumental conservador (usando pinça, tesoura ou bisturi), desde que tenha conhecimentos e habilidades obtidos por meio de cursos de capacitação, atualização ou de especialização.

Quando realizado pelo enfermeiro devidamente capacitado, poderá ser feita a remoção dos tecidos desvitalizados até o nível de tecido subcutâneo.

Técnicas para a realização do desbridamento instrumental conservador:

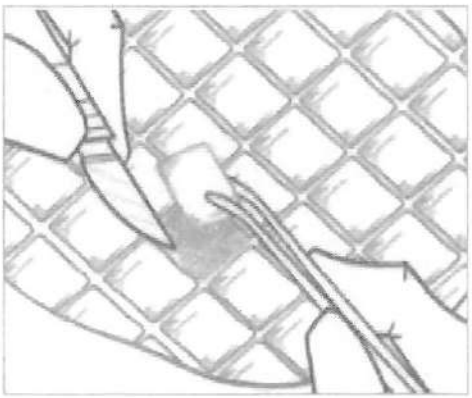
Técnica de Cover: utiliza-se uma lâmina de bisturi para deslocamento das bordas do tecido necrótico. Após o deslocamento completo das bordas e melhor visão do comprometimento

tecidual, inicia-se a retirada da área comprometida, de forma a pinçá-la e tracioná-la prosseguindo com o corte paralelo ao leito da ferida para descolar toda escara, separando-a do tecido íntegro até que toda a necrose saia em forma de uma "tampa". Mais indicada para necrose de coagulação.



Fonte: Guia de Boas Práticas: Desbridamento (Sobest, 2016)

Técnica de Square: utiliza-se uma lâmina de bisturi ou agulha 40x12 para realização, no tecido necrótico, de pequenos quadradinhos (2 mm a 0,5 cm) que poderão ser delicadamente removidos da lesão um a um, sem risco de comprometimento tecidual mais profundo. Mais indicada para necrose de coagulação. Esta técnica também poderá ser utilizada para facilitar a penetração de substâncias desbridantes no tecido necrótico.



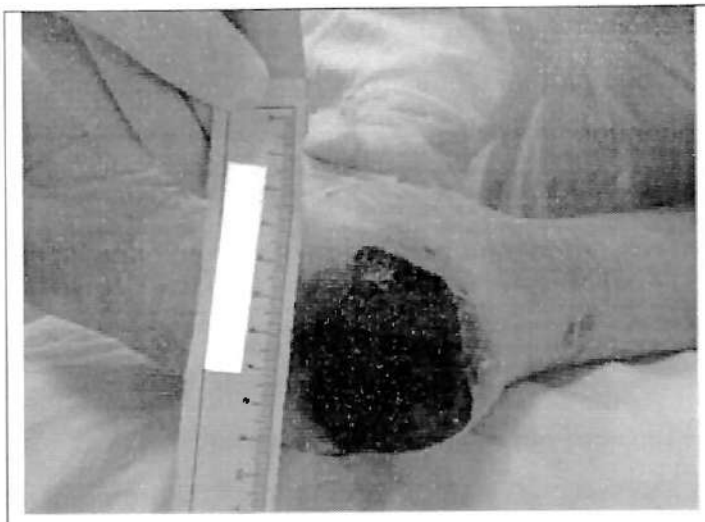
Fonte: Guia de Boas Práticas: Desbridamento (Sobest, 2016)

Técnica de Slice: utiliza-se uma lâmina de bisturi ou tesoura de Íris a fim de remover a necrose que se apresenta na ferida de forma desorganizada.

Contraindicações do desbridamento instrumental conservador:

- Paciente em fase terminal;
- Úlceras isquêmicas;
- Feridas em MMII com baixa perfusão tecidual;
- Terapia anticoagulante e distúrbios hemorrágicos;
- Escara estável em calcâneo.

Úlcera isquêmica



Escara estável em calcâneo.

Etapa 3: Remodelamento das bordas da ferida

Remova das bordas da ferida tecidos necróticos, com crosta e/ou soltos que possam favorecer a formação do biofilme. Garanta que as bordas das feridas estejam alinhadas com o leito para facilitar o avanço epitelial e a contração tecidual.

Avalie continuamente e desbride com frequência as bordas da ferida até ocorrer hemorragia ao toque; remova o tecido enrolado, seco, com calosidades ou com hiperqueratose.

Etapa 4: Aplicação da cobertura

A escolha da cobertura deve ser realizada de acordo com uma avaliação clínica criteriosa da ferida, baseada em evidências científica e deve-se utilizar uma cobertura que atenda às necessidades da ferida. A seguir estão listadas as coberturas e correlatos padronizados no município, bem como suas indicações.

11. Coberturas padronizadas e indicações

Polihexametileno Biguanida (PHMB)

Composição	Água purificada Glicerina Betaína.
Indicação	limpeza, hidratação e remoção não só de odores bem como bactérias, como também biofilme do leito de lesões crônicas e agudas.
Cobertura secundária	De acordo com a necessidade da ferida
Frequência de troca	Junto com a troca do curativo

HIDROGEL

Composição	Água purificada Hidrocoloide (Carboximetilcelulose sódica) Alginato de Cálcio e Sódio Com ou sem pectina
Indicação	Feridas com tecido necrótico, seca ou pouco exsudativa
Cobertura secundária	Gaze estéril ou Gaze de Rayon
Frequência de troca	A cada 24 horas, no caso de cobertura secundária com gaze De 48 a 72 horas, no caso de cobertura secundária com gaze Rayon

GAZE RAYON

Composição	Gaze de Rayon
Indicação	Feridas agudas e crônicas superficiais Com pequena quantidade de exsudato Leito recoberto com tecido viável

Cobertura secundária	Gaze estéril
Frequência de troca	A cada 48 horas

COLAGENASE

Composição	Enzimas proteolíticas exógenas com ação desbridante
Indicação	Feridas com presença de esfacelo e/ou necrose de coagulação
Cobertura secundária	Gaze estéril
Frequência de troca	A cada 24 horas
Tempo máximo de uso	14 dias

PLACA DE ALGINATO

Composição	Fibras de alginato de cálcio (ácido gulurônico (G) e ácido manurônico (M)) e sódio, polietilenoglicol (PEG), carboximetilcelulose (CMC).
Indicação	Feridas agudas e crônicas com moderado a alto exsudato Feridas cavitárias
Cobertura secundária	Gaze estéril ou filme transparente (a depender da localização)
Frequência de troca	Até 7 dias ou conforme saturação da placa

PLACA DE ALGINATO COM PRATA

Composição	Fibras de alginato de cálcio (ácido gulurônico (G) e ácido manurônico (M)) e sódio, polietilenoglicol (PEG), carboximetilcelulose (CMC). 1,2% Prata iônica
Indicação	Feridas agudas e crônicas com moderado a alto exsudato Feridas cavitárias Feridas com risco de infecção Feridas infectadas Feridas com sinais clínicos de biofilme
Cobertura secundária	Gaze estéril ou filme transparente (a depender da localização)
Frequência de troca	Até 7 dias ou conforme saturação da placa

PLACA DE CARVÃO ATIVADO

Composição	Camada de carvão ativado Impregnado prata
Indicação	Feridas com moderado a alto exsudato Feridas infectadas Controle do odor
Cobertura secundária	Gaze estéril
Frequência de troca	Até 7 dias ou conforme saturação da placa

CREME BARREIRA

Composição	Agentes umectantes: Propileno glicol e uréia Agentes emolientes: óleo mineral, palmitato isopropílico Terpolímero
Indicação	Prevenção de Dermatite Associada à Incontinência (Dai), conhecida popularmente como assaduras. Prevenção de maceração das bordas de feridas

Cobertura secundária	Não se aplica
Frequência de troca	Diária

5 – RESPONSABILIDADES E ATRIBUIÇÕES

Enfermeiro Assistencial

- Identificar e classificar o paciente com risco para LP através da aplicação da escala de Braden (Anexo 1) ou Braden Q (Anexo 2), no momento da admissão, seguindo diariamente com a reavaliação do risco;
- Classificar o risco do paciente cirúrgico através da escala de ELPO (anexo 3) no momento do posicionamento do paciente na mesa operatória;
- Reavaliar diariamente os pacientes com LP instalada (estágio I, II, III, IV e Lesão por Pressão Não Classificável, Lesão por Pressão Tissular Profunda, Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico), ou aqueles que apresentarem mudança de quadro clínico;
- Realizar prescrição de ações preventivas para LP nos casos identificados com riscos baixo
- Solicitar avaliação do Time de Pele, através do Sistema Salutem ➡ avaliação especialista ➡ 142 enfermeiro estomaterapeuta, quando a escala de Braden for ≤ 14 ou Braden Q < 22, ou se o paciente for admitido com alguma lesão já instalada, ou se a lesão se instalar durante sua estadia no Hospital.
- Realizar ou supervisionar a troca dos curativos;
- Registrar a evolução da lesão diariamente no Salutem ➡ nova ficha clínica ➡ 137 evolução de lesões e curativos, de maneira clara, concisa e objetiva com informações que permitam a qualidade da assistência e que deem subsídios para a continuidade do tratamento.
- Realizar a notificação do evento adverso, no momento da identificação de uma lesão, inclusive estágio I.

Enfermeiro do Time de Pele

- Responder às solicitações abertas no sistema em até 12 horas (exceto aos finais de semana e feriados) registrar no prontuário eletrônico as características da lesão, descrição dos curativos: técnicas aplicadas e correlatos e coberturas utilizadas. Registrar as orientações realizadas. Propor e registrar próxima visita para avaliação e conduta.
- Preencher o impresso 137 evolução de lesões e curativos, de maneira clara, concisa e objetiva com informações que permitam a qualidade da assistência e que deem subsídios para a continuidade do tratamento.

Técnico de Enfermagem

- Executar os curativos de baixa complexidade e de LP estágios I e II, de acordo com o plano de intervenção terapêutica prescrito pelo enfermeiro e checar o mesmo;
- Registrar as características da LP em suas anotações de enfermagem, de maneira clara, concisa e objetiva com informações que permitam a qualidade da assistência e que deem subsídios para a continuidade do tratamento.

6 - REFERÊNCIAS

Afonso C, Afonso G, Azevedo M, Miranda M, Alves P. Prevenção e tratamento de feridas Da evidência à prática. Portugal: Hartmann; 2014. p. 48-57.

Brölmann F, Ubbink D, Nelson E, Munte K, van der Horst C, Vermeulen H. Decisões baseadas em evidências para o tratamento local e sistêmico das feridas. British Journal of Surgery. 2012; 99(9): 1172-83.

Campos ACL, Borges-Branco A, Groth AK. Cicatrização de feridas. ABCD Arq Bras Cir Dig 2007;20(1):51-8.

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN N.º 0501/2015. Regulamenta a competência da equipe de enfermagem no cuidado às feridas e dá outras providências. Anexo: norma técnica que regulamenta a competência da equipe de enfermagem no cuidado às feridas, 2015.

Conselho Regional de Enfermagem. PARECER COREN-SP 002/2015 CT Processo nº 5334/2014. Ementa: Prescrição de coberturas para tratamento de feridas por Enfermeiro.

Conselho Regional de Enfermagem. PARECER COREN-SP 013/2009. Ementa: Realização de desbridamento pelo Enfermeiro.

Domansky RC, Borges E. Manual para prevenção de lesões de pele: recomendações baseadas em evidências. 1.ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio; 2012. p. 188.

Gary Sibbald, Kevin Woo, Elizabeth Ayello. Increased bacterial burden and infection: NERDS and STONES. Wounds UK. 2007; Vol 3, No 2.

Guo S, DiPietro LA. Factors Affecting Wound Healing. J Dent Res. 2010; 89(3):219-229.

Hasatsri S. Aramwit P. Wound exudate: a survey of current understanding and clinical competency. Dermatol. Surg., v.43, p.342–350. 2017.

International Wound Infection Institute (IWII) Wound infection in clinical practice. Wounds International 2016.

Isaac C, Ladeira PRS, Rego FMP, Aldunate JCB, Ferreira MC. Processo de cura das feridas: cicatrização fisiológica. Rev Med (São Paulo). 2010 jul.-dez.;89(3/4):125-31.

Mandelbaum SH, Di Santis EP, Mandelbaum MHS. An bras Dermatol, Rio de Janeiro, 78(4):393-410, jul./ago. 2003.

Murphy C, Atkin L, Swanson T, Tachi M, Tan YK, Vega de Ceniga M, Weir D, Wolcott R. International consensus document. Defying hard-to-heal wounds with an early antibiofilm intervention strategy: wound hygiene. J Wound Care 2020; 29(Suppl 3b):S1–28.

P. Phillips, R. Wolcott, J. Fletcher, G. Schultz. Biofilms Made Easy. Wounds International. 2010; 1(3): 1-6.

Rosemary Hill, Kevin Woo. A Prospective Multisite Observational Study Incorporating Bacterial Fluorescence Information Into the UPPER/LOWER Wound Infection Checklists. WOUNDS. 2020;32(11):299–308.

Santos E, Queirós P, Cardoso D, Cunha M, Apóstolo J. A eficácia das soluções de limpeza para o tratamento de feridas: uma revisão sistemática. Revista de Enfermagem Referência. 2016; IV Série (9): 133-43.

Ticklole J. Wound exudate: a survey of current understanding and clinical competency. British Journal of Nursing, v.25, n. 2. 2016.

Yamada BFA. O processo de limpeza. In: Jorge S A & Dantas SRPE. Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 45 –67.

World Union of Wound Healing Societies (WUWHS), Florence Congress, Position Document. Management of Biofilm. Wounds International 2016.

7 – ANEXOS

7.1 Escala de Braden

PERCEPÇÃO SENSORIAL Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto.	**1. Totalmente limitado:** Não reage (não geme, não se segura a nada, não se esquiva) a estímulo doloroso, devido ao nível de consciência diminuído ou devido à sedação ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo.	**2. Muito limitado:** Somente reage a estímulo doloroso. Não é capaz de comunicar desconforto exceto através de gemido ou agitação. Ou possui alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	**3. Levemente limitado:** Responde a comando verbal, mas nem sempre é capaz de comunicar o desconforto ou expressar necessidade de ser mudado de posição ou tem um certo grau de deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	**4. Nenhuma limitação:** Responde a comandos verbais. Não tem déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto.
UMIDADE Nível ao qual a pele é exposta a umidade.	**1. Completamente molhada:** A pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina, etc. Umidade é detectada às movimentações do paciente.	**2. Muito molhada:** A pele está frequentemente, mas nem sempre molhada. A roupa de cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno.	**3. Ocasionalmente molhada:** A pele fica ocasionalmente molhada requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia.	**4. Raramente molhada:** A pele geralmente está seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos intervalos de rotina.
ATIVIDADE Grau de atividade física.	**1. Acamado:** Confinado a cama.	**2. Confinado a cadeira:** A capacidade de andar está severamente limitada ou nula. Não é capaz de sustentar o próprio peso e/ou precisa ser ajudado a se sentar.	**3. Anda ocasionalmente:** Anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte de cada turno na cama ou cadeira.	**4. Anda frequentemente:** Anda fora do quarto pelo menos 2 vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada 2 horas durante as horas em que está acordado.
MOBILIDADE Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo.	**1. Totalmente imóvel:** Não faz nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.	**2. Bastante limitado:** Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significantes sozinho.	**3. Levemente limitado:** Faz frequentes, embora pequenas, mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.	**4. Não apresenta limitações:** Faz importantes e frequentes mudanças sem auxílio.
NUTRIÇÃO Padrão usual de consumo alimentar.	**1. Muito pobre:** Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 do alimento oferecido. Come 2 porções ou menos de proteína (carnes ou laticínios) por dia. Ingere pouco líquido. Não aceita suplemento alimentar líquido. Ou é mantido em jejum e/ou mantido com dieta líquida ou IVs por mais de cinco dias.	**2. Provavelmente inadequado:** Raramente come uma refeição completa. Geralmente come cerca de metade do alimento oferecido. Ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou laticínios por dia. Ocasionalmente aceitará um suplemento alimentar ou recebe abaixo da quantidade satisfatória de dieta líquida ou alimentação por sonda.	**3. Adaquado:** Come mais da metade da maioria das refeições. Come um total de 4 porções de alimento rico em proteína (carne e laticínios) todo dia. Ocasionalmente recusará uma refeição, mas geralmente aceitará um complemento oferecido. Ou é alimentado por sonda ou regime de nutrição parenteral total, o qual provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais.	**4. Excelente:** Come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa uma refeição. Geralmente ingera um total de 4 ou mais porções de carne e laticínios. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar.
FRICÇÃO E CISALHAMENTO	**1. Problema:** Requer assistência moderada a máxima para se mover. É impossível levantá-lo ou erguê-lo completamente sem que haja atrito da pele com o lençol. Frequentemente escorrega na cama ou cadeira, necessitando frequentes ajustes de posição com o máximo de assistência. Espasticidade, contratura ou agitação leva a quase constante fricção.	**2. Problema em potencial:** Move-se mas, sem vigor ou requer mínima assistência. Durante o movimento provavelmente ocorre um certo atrito da pele com o lençol, cadeira ou outros. Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou na cadeira mas ocasionalmente escorrega.	**3. Nenhum problema:** Move-se sozinho na cama ou cadeira e tem suficiente força muscular para erguer-se completamente durante o movimento. Sempre mantém boa posição na cama ou cadeira.	

7.2 Escla de Braden Q

MOBILIDADE Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imóvel: não faz mudanças, nem mesmo pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda.	2. Muito limitado: faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades, mas é incapaz de fazer mudanças completamente sozinho.	3. Levemente limitado: faz mudanças frequentes, embora pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz mudanças importantes e frequentes na posição do corpo, sem ajuda.
ATIVIDADE Grau de atividade física.	1. Acamado: permanece no leito o tempo todo	2. Restrito à cadeira: A capacidade de deambular está gravemente limitada ou inexistente. Não consegue sustentar o próprio peso e/ou precisa de ajuda para sentar-se em uma cadeira ou cadeira de rodas	3. Deambulação ocasional: deambula ocasionalmente durante o dia, porém por distâncias bem curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte do turno no leito ou na cadeira.	4. Crianças jovens demais para deambular ou deambulam frequentemente: deambula fora do quarto pelo menos duas vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada duas horas durante as horas está acordado
PERCEPÇÃO SENSORIAL Capacidade de responder de maneira apropriada ao desconforto relacionado à pressão	1. Completamente limitada: não responde ao estímulo doloroso (não geme, não se encolhe ou se agarra), devido à diminuição do nível de consciência, ou sedação ou limitação da capacidade de sentir dor na maior parte da superfície corporal.	2. Muito limitada: responde apenas ao estímulo doloroso. Não consegue comunicar desconforto, exceto por gemido ou inquietação, ou apresenta alguma disfunção sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.	3. Levemente limitada: responde aos comandos verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, ou apresenta alguma disfunção sensorial em uma ou duas extremidades que limita a capacidade de sentir dor	4. Nenhuma alteração: responde aos comandos verbais. Não apresenta déficit sensorial que limite a capacidade de sentir ou comunicar dor ou desconforto.
UMIDADE Grau de exposição da pele à umidade.	1. Constantemente úmida: a pele fica constantemente úmida por suor, urina, etc. A umidade é percebida cada vez que o paciente é movimentado ou mudado de posição.	2. Frequentemente umida: a pele está frequentemente, mas nem sempre, úmida. A roupa de cama precisa ser trocada pelo menos a cada oito horas	3. Ocasionalmente umida: a pele está ocasionalmente úmida, necessitando de troca de roupa de cama a cada 12 horas.	4. Raramente úmida: a pele geralmente está seca, as trocas de fraldas são feitas de rotina e as roupas de cama necessitam ser trocadas apenas a cada 24h
FRICÇÃO E CISALHAMENTO Fricção: a pele se move contra as estruturas de suporte. Cisalhamento: a pele e a superfície óssea adjacente deslizam uma sobre a outra.	1. Problema importante: a espasticidade, a contratura, o prurido ou a agitação levam a criança debater-se no leito e há fricção quase constante.	2. Problema: necessita de ajuda moderada a máxima para se mover. É impossível se levantar completamente sem deslizar sobre os lençóis do leito ou cadeira, necessitando de reposicionamento frequente com o mínimo de assistência.	3. Problema Potencial: movimenta-se com dificuldade ou necessita de mínima assistência. Durante o movimento, provavelmente ocorre atrito entre a pele e os lençóis, cadeira, coxins ou outros dispositivos. A maior parte do tempo mantém uma posição relativamente boa na cadeira e no leito, mas ocasionalmente escorrega.	4. Nenhum problema aparente: Capaz de levantar-se completamente durante uma mudança de posição. Movimenta-se sozinho na cadeira e no leito, e tem força muscular suficiente para levantar-se completamente durante o movimento. Mantém uma posição adequada no leito e na cadeira o tempo todo
NUTRIÇÃO Padrão habitual de consumo alimentar.	1. Muito pobre: em jejum e/ou mantido com ingesta hídrica ou hidratação IV por mais de 5 dias ou albumina < 2,5 mg/dl ou outros come uma refeição completa. Raramente come mais da metade de algum alimento oferecido. O consumo de proteínas inclui apenas duas porções de carne ou derivados de leite por dia. Ingere pouco líquido. Não ingere suplemento dietético líquido.	2. Inadequada: dieta líquida por sonda ou NPP que fornece calorias e minerais insuficientes para a idade ou albumina < 3 mg/dl ou raramente come uma a refeição completa. Geralmente come apenas a metade de algum alimento oferecido. O consumo e proteínas inclui apenas três porções de carne ou derivados de leite por dia. Ocasionalmente ingere suplemento dietético	3. Adequada: dieta por sonda ou NPP que fornece calorias e minerais suficientes para a idade ou come mais da metade da maioria das refeições. Consome um total de quatro porções de proteínas (carne, derivados de leite) por dia. Ocasionalmente recusa uma refeição, mas geralmente toma suplemento dietético, se oferecido	4. Excelente: dieta geral que fornece calorias suficientes para a idade. Por exemplo, come/bebe a maior parte de cada refeição/alimentação. Nunca recusa uma refeição. Geralmente come um total de quatro ou mais porções de carne e derivados de leite. Ocasionalmente, come entre as refeições. Não necessita de suplementação.
PERFUSÃO TECIDUAL E OXIGENAÇÃO	1.Extremamente comprometida: hipotenso (PAM <50 mmHg; <40 mmHg em recém-nascido) ou o paciente não tolera as mudanças de posição	2. Comprometida: normotenso. Apresenta saturação de oxigênio <95% ou a hemoglobina <10 mg/dl ou o tempo de enchimento capilar >2 segundos. O pH sérico <7,40.	3. Adequada: normotenso apresenta saturação de oxigênio <95% ou a hemoglobina <10 mg/dl ou o tempo de enchimento capilar >2 segundos. O pH sérico é normal.	4. Excelente: normotenso. Apresenta saturação de oxigênio >95%, a hemoglobina normal e o tempo de enchimento capilar <2 segundos.

7.3 Escala ELPO

Itens	5	4	3	2	1
Tipo de posição cirúrgica	Litotômica	Prona	Trendelemburg	Lateral	Supina
Tempo de cirurgia	Acima de 6h	Acima de 4h até 6h	Acima de 2h até 4h	Acima de 1h até 2h	Até 1 h
Tipo de anestesia	Geral + Regional	Geral	Regional	Sedação	Local
Superfície de suporte	Sem uso de superfície de suporte ou uso de suportes rígidos sem acolchoamento ou perneiras estreitas	Colchão da mesa cirúrgica de espuma (convencional) + coxins feitos de campos de algodão	Colchão da mesa cirúrgica de espuma (convencional) + coxins de espuma	Colchão da mesa cirúrgica de espuma (convencional) + coxins de viscoelástico	Colchão da mesa cirúrgica de viscoelástico + coxins de viscoelástico
Posição dos membros	Elevação dos joelhos > 90° e abertura de membros inferiores > 90° ou abertura de membros superiores > 90°	Elevação dos joelhos > 90° e abertura de membros inferiores > 90°	Elevação dos joelhos < 90° e abertura de membros inferiores < 90° ou pescoço sem alinhamento mento esternal	Abertura dos membros superiores < 90°	Posição anatômica
Comorbidades	LP ou neuropatia previamente diagnosticada ou trombose venosa profunda	Obesidade ou desnutrição	Diabetes mellitus	Doença vascular	Sem comorbidades
Idade	> 80 anos	Entre 70 e 79 anos	Entre 60 e 69 anos	Entre 40 e 59 anos	Entre 18 e 39 anos
					SCORE TOTAL

8 – ADENDO: ÚLCERA TERMIONAL DE KENNEDY

Durante a terminalidade de vida, os órgãos e sistemas, incluindo a pele, podem apresentar disfunção progressiva e falência. As principais alterações fisiológicas envolvidas são a diminuição da perfusão, hipóxia tecidual localizada e hipotensão arterial.

A combinação destes fatores, associada à condição clínica geral do paciente, predispõem a ocorrência de lesões de pele. Estas alterações podem afetar a pele e os tecidos moles, manifestando-se como mudanças observáveis (objetivas) na cor da pele, turgor ou integridade, ou como sintomas subjetivos, como dor localizada.

Na fase final da vida, qualquer órgão pode ser comprometido e começar a falhar, sendo assim, se pode observar que a pele, sendo nosso maior órgão, precisa também de atenção especial. Quando um órgão é comprometido, pode-se resultar em lesão. Assim, nesta fase da vida, a pele também pode sofrer falência, gerando agravos para o paciente.

Nesta perspectiva, a falência de pele (skin failure) é definida como a ocorrência de uma lesão de pele inevitável resultante de hipoperfusão causada por disfunção múltipla orgânica grave, comumente observada em pacientes críticos ou em terminalidade de vida. Ao contrário de uma lesão por pressão clássica, uma lesão inevitável pode ocorrer a despeito da implementação de todas as medidas preventivas adequadas, que inclui avaliação da condição clínica do indivíduo e dos fatores de risco, bem como um plano de cuidados individualizado claramente definido, implementado, monitorado, avaliado e revisado conforme apropriado.

Uma Úlcera Terminal de Kennedy é diferente de uma lesão por pressão porque é atribuível à hipoperfusão (isquemia local) da pele e não à pressão.

As lesões são inevitáveis, a despeito da manutenção de cuidados de qualidade. Apesar de serem classificadas como uma lesão por pressão, o processo evolutivo de profundidade, extensão e gravidade ocorre em um curto intervalo de tempo. Sua ocorrência pode ser considerada um preditor de mortalidade e uma evidencia clínica da progressão da terminalidade. A

gestão clínica da lesão não objetiva a cicatrização, mas sim, o controle da dor e odor, bem como a prevenção do surgimento de novas lesões ou o agravamento das feridas instaladas.

A redução da perfusão sanguínea torna insuficiente a oxigenação da pele, o que compromete a viabilidade tissular. Como efeito, ocorre a isquemia e, por fim, insuficiência cutânea e falência da pele. Além da hipoperfusão e, consequente isquemia tecidual, há outros fatores de risco associados ao surgimento da UTK, tais como: anemia, desnutrição, hipoalbuminemia, insuficiência respiratória, hipóxia, doença renal, diabetes mellitus, medicamentos vasopressores, além de falência de múltiplos órgãos.

Os cuidados com a pele e feridas em fim de vida são diferentes de outros cuidados com a pele e feridas porque **não se concentram mais na cicatrização da condição da pele ou da ferida, mas sim em proporcionar conforto.**

Estas intervenções são, na maioria das vezes, de **natureza paliativa e visam minimizar a dor e o sofrimento e evitar complicações adicionais.** Os cuidados com a pele devem equilibrar a promoção e a manutenção da integridade da pele, a prevenção e o manejo de feridas, ao mesmo tempo em que promovem a dignidade do paciente e a qualidade de vida.

Características da Úlcera Terminal de Kennedy	
Aparência inicial	Abrasão ou flictena
Forma	Pêra, borboleta ou ferradura
Cor	Varia com o desenvolvimento da lesão (vermelha, amarela, azul, roxa ou preta)
Local	Sacrococcígea ou outras regiões, como calcâneos e panturrilha
Bordas	Irregulares
Aspecto do tecido	Endurecido
Evolução	Rápida progressão, indicando a presença de terminalidade e anúncio de morte

6 - REFERÊNCIAS

https://artmed.com.br/artigos/ulcera-terminal-de-kennedy-o-que-e-caracteristicas-e-intervencoes-de-enfermagem

9 – ADENDO: FERIDAS CIRÚRGICAS

A ferida cirúrgica trata-se de uma ferida resultante de um corte no tecido produzido por um instrumento cirúrgico, criando então uma abertura em uma área do corpo ou em algum órgão, realizando-se, por conseguinte, a aproximação das bordas de pele saudáveis, por meio de suturas. A classificação das feridas é feita de acordo com a probabilidade de ocorrência de uma contaminação da mesma no momento do procedimento cirúrgico.

São classificadas em:

• **Limpa:** ferida cirúrgica consequente de uma cirurgia eletiva, não traumática, não infectada,

não havendo penetrado no trato digestivo, respiratório, gênito-urinário e nem na cavidade orofaríngea.

• **Limpa-contaminada:** ferida cirúrgica resultante te intervenções que penetraram no sistema digestivo, respiratório ou gênito-urinário, em condições controladas e sem contaminação.

• **Contaminada**: ferida cirúrgica resultante de intervenções com grave violação da técnica cirúrgica, casos de feridas traumáticas ou quando se penetra no aparelho respiratório, digestivo ou gênito-urinário, na presença de infecção.

Objetivo

Realizar o curativo de uma ferida resultante de uma intervenção cirúrgica, quando as bordas saudáveis da pele são aproximadas e suturadas. Manter a ferida operatória limpa e seca, observando sinais de infecção, hemorragias, deiscência e evisceração. Reduzir o risco de transmissão de patógenos, evitando ou diminuindo os riscos de complicações para facilitar o processo de cicatrização.

FISIOLOGIA DA CICATRIZAÇÃO DAS FERIDAS

Vários processos celulares contínuos contribuem para a restauração da ferida: regeneração celular, proliferação celular e produção de colágeno. A resposta do tecido às lesões passa por três estágios parcialmente sobrepostos:

Fase Inflamatória ou Exsudativa

. Dura cerca de 72 horas e corresponde à ativação do sistema de coagulação sanguínea e à liberação de fator de ativação de plaquetas, fator de crescimento, serotonina, adrenalina e fatores do complemento entre outros. Nesta fase a ferida pode apresentar edema, vermelhidão e dor.

Fase Proliferativa ou Regenerativa

Essa fase pode durar de 1 a 14 dias e se caracteriza pela formação do tecido de granulação. Nesta fase o colágeno é o principal componente do tecido conjuntivo reposto, por isso a vitamina C auxilia muito nesse processo metabólico da cicatrização da ferida.

Fase Reparativa ou de Maturação

Durante esta última fase da cicatrização a densidade celular e a vascularização da ferida diminuem, enquanto há maturação das fibras colágenas. Nesta fase ocorre uma remodelação do tecido cicatricial formado na fase anterior. O alinhamento das fibras é reorganizado a fim de aumentar a resistência do tecido e diminuir a espessura da cicatriz, reduzindo a deformidade da ferida cirúrgica.

Conduta

A realização do curativo de ferida cirúrgica deve ser diária, conforme avaliação do enfermeiro:

• Nas primeiras 48 horas da cirurgia o curativo deverá ser realizado com técnica estéril e mantido oclusivo, seco e limpo e após este período deverá se manter aberto (Ou conforme orientação médica) tudo dependerá do procedimento cirúrgico.

• Quando a ferida operatória se apresentar: aberta, deiscência, secreções e/ou exsudatos, o curativo deverá ser realizado com técnica estéril e mantido oclusivo, seco e limpo e trocado sempre que necessário.

• Proteger o curativo durante o banho do paciente nas primeiras 48 horas e refazê-lo com técnica estéril, sempre que necessário.

• Após suspensão do curativo, manter a ferida limpa e seca e orientar ao paciente: lavar o local com água corrente e sabonete neutro e após o banho, secar o local com gaze estéril, sem fazer fricção ou pressão.

Procedimento de higienização

Limpeza da ferida cirúrgica deve ser realizada de forma estéril, com solução fisiológica 0,9% e solução a base de PHMB.

Nas primeiras 48H realizar a limpeza com solução fisiológica em sentido único. Na sequência aplicar o PHMB em gaze estéril sob a incisão, deixar agir 15min, depois descartar essa gaze.

Manter a ferida cirúrgica seca e ocluída. Observar se há presença de sinais flogísticos. Após as 48h manter as orientações médicas sobre a retirada definitiva do curativo.

6 - REFERÊNCIAS

BRANDÃO, E.S.; SANTOS, I. Enfermagem em Dermatologia: cuidados técnicos, dialógico e solidário. Rio de Janeiro: Cultura Médica,2006.

GEOVANINI, T. OLIVEIRA, A. G. PALERMA, T. C. da S. Manual de Curativos. São Paulo: Editora Corpus, 2007.

Docusign Envelope ID: 35167647-C9A2-4C37-8105-A8BD2661B6AB

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROTOCOLO	PRT.SBCD.CCIRAS.001	VERSÃO: 01
HIGIENE DAS MÃOS - RECOMENDAÇÕES PARA A PREVENÇÃO DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSITÊNCIA À SAÚDE	VALIDADE: 10/2027	Página 1 de 17

Elaborado: Anderson Camacho Silva – Enfermeiro SCIRAS Corporativo	Data: 03/2025	
Verificado: Felipe Polanowski Rossato – Especialista da Qualidade	Data: 10/2025	Visto: Assinado por: Felipe Polanowski Rossato 8F733E698E37441...
Aprovado: Gerência de Qualidade – Erica Laurindo	Data: 10/2025	Visto: DocuSigned by: Erica de Cassia Laurindo C3591491EA564CF...

Rev.	Data	Descrição da Revisão / Data / Responsável
0	Não se aplica.	Emissão inicial.
1	10/2025	Inclusão do tópico: Engajamento de Pacientes, Familiares e Cuidadores na Prática de Higiene das Mãos. Revisado por: Anderson Camacho – Enf. SCIRAS Corp. Assinado por: Anderson Camacho 92CFAF0ED6E6466...

1- OBJETIVO

Alinhar as medidas básicas relacionadas à higiene das mãos para prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS) nos serviços de saúde da Sociedade Brasileira Caminho de Damasco – SBCD.

2 – ALCANCE

Todos profissionais e pacientes usuários nos serviços de saúde da Sociedade Brasileira Caminho de Damasco.

3 – COMPETÊNCIA

Todas equipes.

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

SBCD: Sociedade Brasileira Caminho de Damasco

5 DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

INTRODUÇÃO

Atualmente, programas que enfocam a segurança no cuidado do paciente nos serviços de saúde tratam como prioridade a higienização das mãos, a exemplo da "Aliança Mundial para Segurança do paciente", iniciativa da Organização Mundial da Saúde (OMS), firmada com vários países, desde 2004.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 35167647-C9A2-4C37-8105-A8BD2661B6AB

As mãos constituem a principal via de transmissão de microrganismos durante a assistência prestada aos pacientes, portanto, sua higienização é a medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir a propagação das IRAS.

A pele da mão alberga, principalmente, duas populações de microrganismos: os pertencentes à microbiota transitória e à residente. A microbiota transitória coloniza a camada mais superficial da pele, sendo composta por bactérias facilmente removíveis por se concentrarem na superfície da pele junto à gorduras e sujidade. A microbiota residente é composta pelos microrganismos que estão firmemente ligados à superfície cutânea e não são removidos facilmente, mas podem ser inativados por soluções antissépticas que atuarão melhor se aplicadas sobre uma pele limpa (isenta de gorduras e sujidade) e sob fricção.

O principal problema com a higiene das mãos é a falta do cumprimento das orientações durante a prática. Variações no hábito de higienizar as mãos são observadas de acordo com o tipo de unidade do hospital e com a profissão do prestador da assistência e demais profissionais.

A literatura cita que a adesão à higiene das mãos pode variar entre 18,3% a 39% e sua duração é mais curta do que se recomenda. As equipes normalmente superestimam a frequência e a qualidade da higienização das mãos e colocá-la em prática consiste em uma tarefa complexa e de difícil adesão.

INDICAÇÕES

A primeira opção para higiene das mãos deve ser sempre a preparação alcoólica. Reservar a lavagem apenas quando houver sujidade visível ou saturação da mão com o uso contínuo do produto. O uso do álcool gel dispende menor tempo para sua realização, possui excelente espectro de ação e promove a hidratação da pele pela presença de emolientes.

No ambiente assistencial, os profissionais devem higienizar as mãos sempre que:

- As mãos estiverem visivelmente sujas – lavar com água e sabão
- Ao entrar/sair do leito do paciente
- Antes e após qualquer procedimento a ser feito no paciente
- Antes e após a realização de procedimentos invasivos
- Ao mudar de um sítio corporal para outro, durante cuidado no mesmo paciente
- Antes e após a assistência ao paciente infectado ou colonizado por microrganismo que comprometa a

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 35167647-C9A2-4C37-8105-A8BD2661B6AB

evolução do paciente. Ex.:
microrganismo multirresistente

- Antes e após realização de atos, funções fisiológicas ou pessoais, como por exemplo: alimentar-se, limpar e assoar o nariz, usar o banheiro, pentear os cabelos, fumar ou tocar qualquer parte do corpo
- Imediatamente após a retirada das luvas
- Antes e após a manipulação de materiais inanimados e equipamentos
- Antes e após o contato com pacientes infectados pelo Clostridioides difficile. Em situações de endemia, apesar deste agente ser resistente ao álcool, não há recomendação para substituição do álcool pela lavagem com água e sabão. Situações específicas de surto, se ocorrerem, deverão ser direcionadas.

A OMS estabelece diretrizes sobre a higienização das mãos em serviços de saúde, ressaltando que uma assistência limpa é uma assistência mais segura. Além disso, por meio da campanha SAVE LIVES: CLEAN YOUR HANDS (salve vidas: higienize as mãos) ressalta os cinco momentos nos quais os profissionais da saúde devem higienizar as mãos (figura 1).

Figura 1. Os cinco momentos para higienização das mãos

TÉCNICA PARA O PROCEDIMENTO DE HIGIENE DAS MÃOS

A higienização das mãos com água e sabonete deve ser feita por um tempo mínimo de 40 a 60 segundos,

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 35167647-C9A2-4C37-8105-A8BD2661B6AB

para remover bactérias transitórias, algumas residentes, sujidade, gordura e suor da pele.

Técnica de higiene das mãos com água e sabonete – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

A higienização com gel alcóolico demanda metade deste tempo, ou seja, de 20 a 30 segundos. Importante: independente do produto, a técnica utilizada para higiene das mãos deve ser sempre a mesma.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 35167647-C9A2-4C37-8105-A8BD2661B6AB

Técnica de higiene das mãos com preparação alcóolica – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Cabe lembrar que, se houver necessidade de higienizar as mãos com água e sabonete:

- Não tocar as mãos na pia
- Acionar a torneira com o cotovelo (acionamento automático) ou mantê-la aberta durante todo o procedimento em caso de acionamento manual
- Secar com papel-toalha descartável, iniciando pelos dedos em direção ao punho. Quando a torneira

Docusign Envelope ID: 35167647-C9A2-4C37-8105-A8BD2661B6AB

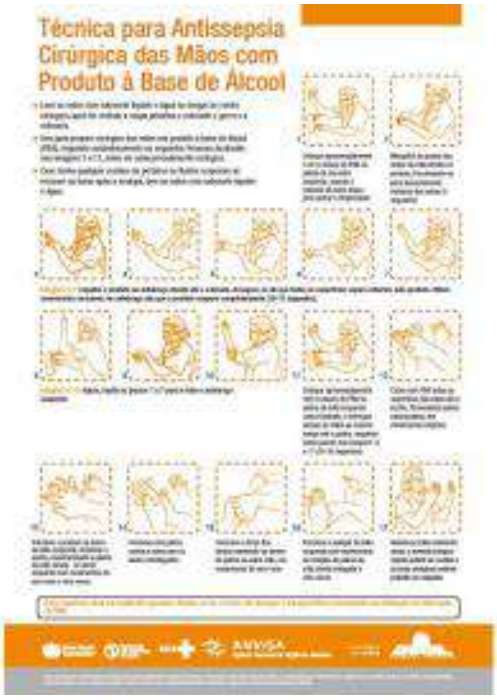
não for automática, utilizar papel toalha para fechamento.

A duração da higienização é importante, não apenas pela ação mecânica, mas também para permitir que os produtos antimicrobianos atuem por tempo suficiente para se atingir o efeito desejado.

ANTISSEPSIA CIRÚRGICA DAS MÃOS

Antes de qualquer procedimento cirúrgico, o profissional de saúde deve retirar todos os adornos que dificultem a antissepsia das mãos (anéis, pulseiras, relógios, inclusive aliança).

Para a antissepsia cirúrgica, culturalmente sempre se preconizou o uso de escovação e antisséptico, mas atualmente novos estudos apontam que produtos à base de soluções alcóolicas têm redução microbiana maior ou igual aos produtos tradicionais. O álcool isoladamente não apresenta efeito residual, apesar disso, a recuperação da microbiota da pele ocorre lentamente, pela contínua morte dos microrganismos e provavelmente devido ao efeito letal em algumas bactérias da pele. Algumas vantagens do uso de produto alcóolico são: menor tempo de aplicação (otimização do tempo), racionalização do uso de água e redução de até 67% do custo quando comparado aos produtos tradicionais. Na opção pelo uso do produto alcóolico para antissepsia cirúrgica, recomenda-se a aplicação de acordo com a orientação do fabricante, cuja técnica deve estar disponível junto ao produto.



Na opção pela escovação, recomenda-se o emprego de escovas apropriadas, com cerdas macias e descartáveis. São contraindicadas escovas de cerdas duras, pois podem promover lesões cutâneas nas mãos e antebraços. A sequência da lavagem das mãos deve ser seguida ritualmente com movimentos de fricção pelas diferentes faces das mãos, espaços interdigitais, articulações, extremidades dos dedos e antebraços, regiões ungueais e subungueais, por no mínimo 03 minutos antes da primeira cirurgia, e por no mínimo 2 minutos antes das cirurgias subsequentes, desde que a anterior não tenha sido infectada.

Deve-se usar clorexidina degermante para escovação das mãos (pelo tempo acima recomendado) e enxaguá-las em água corrente, secando com toalha ou compressa estéril.

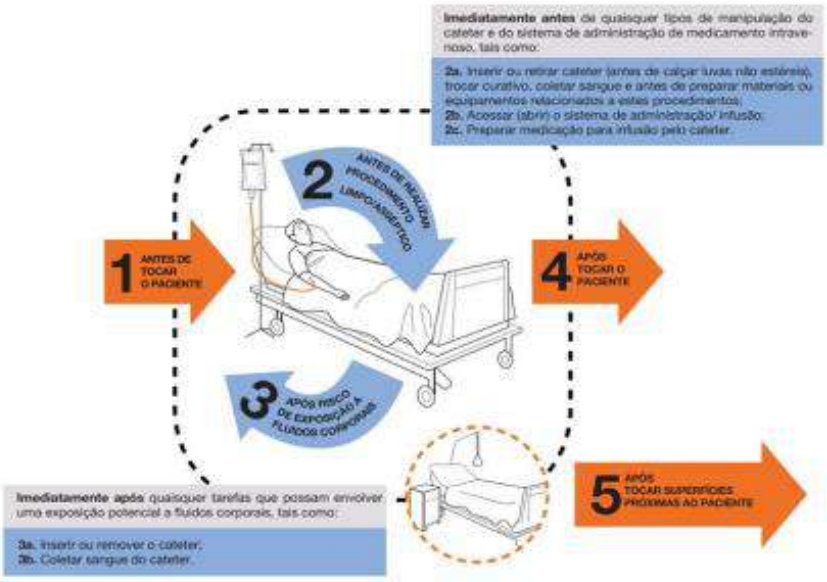
CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 35167647-C9A2-4C37-8105-A8BD2661B6AB

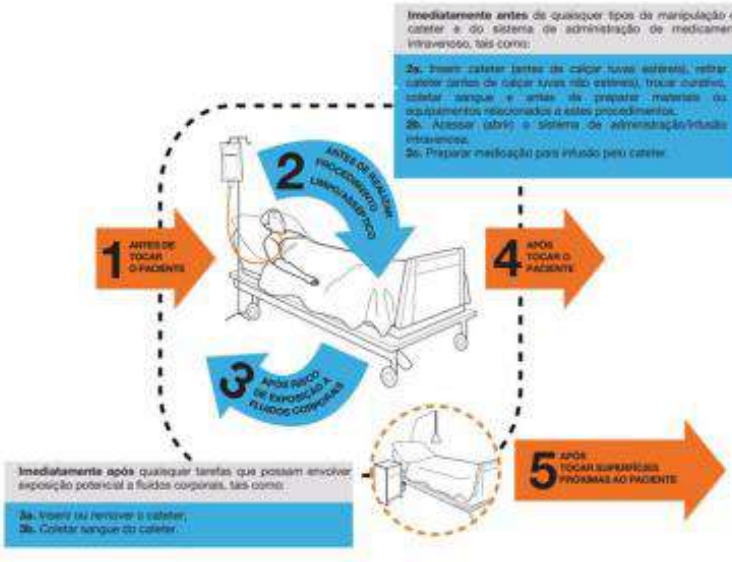
Docusign Envelope ID: 35167647-C9A2-4C37-8105-A8BD2661B6AB

Existem dois produtos que já foram avaliados suficientemente para serem recomendados na higienização das mãos antes de cirurgias: agentes contendo clorexidina degermante a 2% ou iodóforos em geral a 10%. Estes produtos levam a uma redução imediata de 70 a 80% na microbiota bacteriana e têm ação residual prolongada. Recomenda-se a clorexidina a 2% por possui maior efeito residual quando comparada aos iodóforos e sua eficácia é semelhante à da apresentação a 4%, porém com menos efeito colateral.

HIGIENE DAS MÃOS: FOCO NO CUIDADO DO PACIENTE COM CATETER VASCULAR PERIFÉRICO



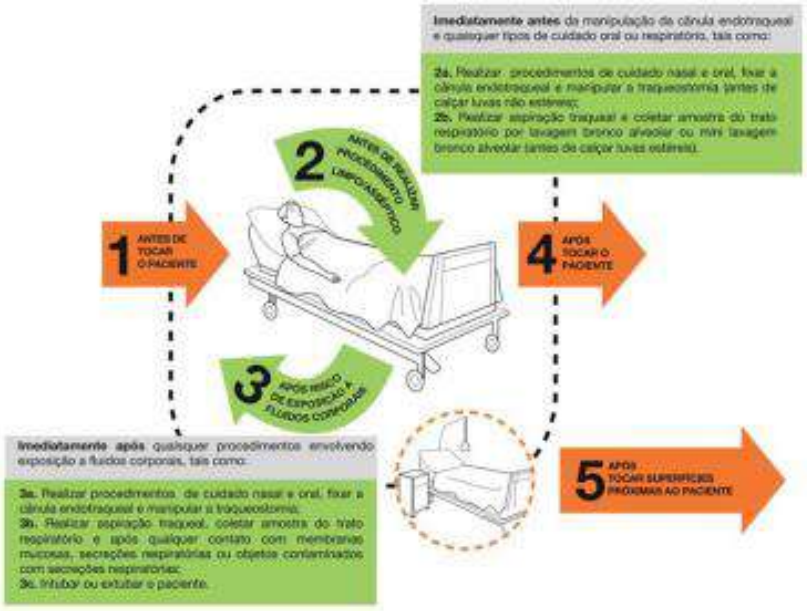
HIGIENE DAS MÃOS: FOCO NO CUIDADO DO PACIENTE COM CATETER VASCULAR CENTRAL



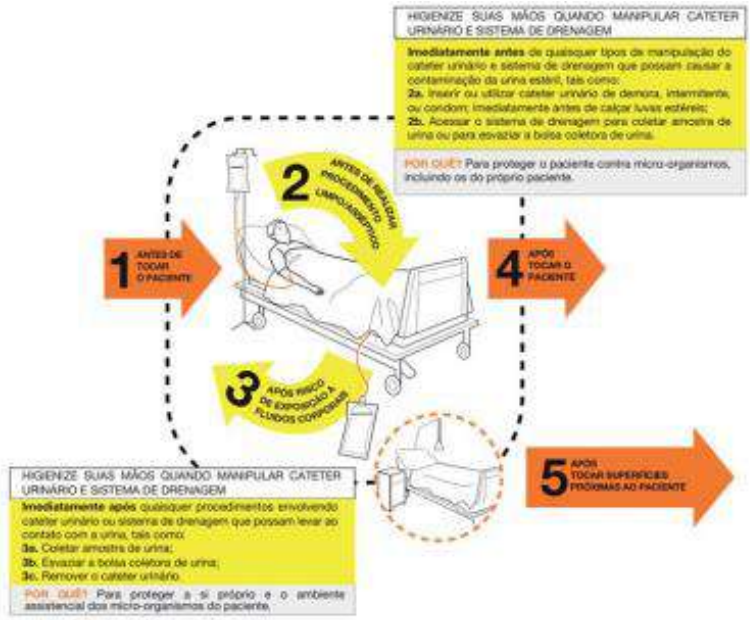
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 35167647-C9A2-4C37-8105-A8BD2661B6AB

HIGIENE DAS MÃOS: FOCO NO CUIDADO DO PACIENTE COM CÂNULA ENDOTRAQUEAL



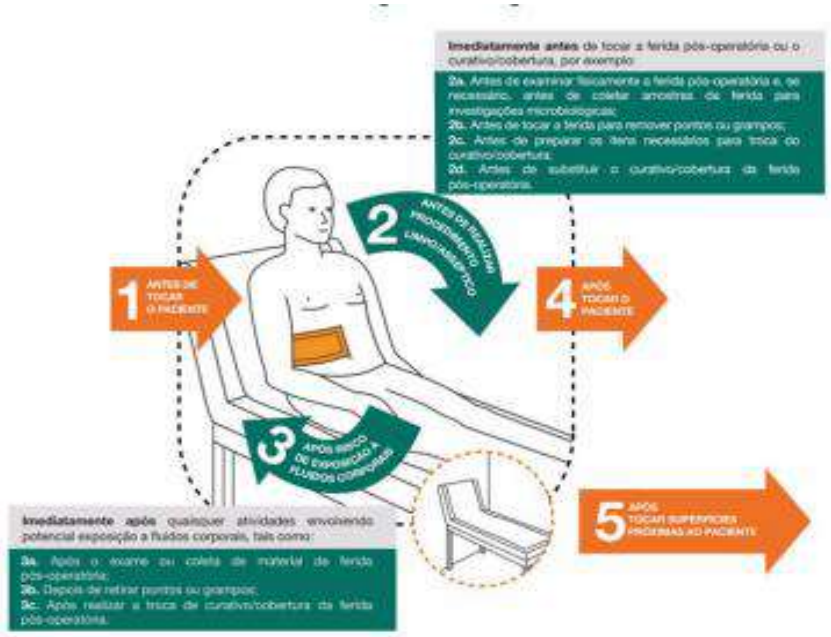
HIGIENE DAS MÃOS: FOCO NO CUIDADO DO PACIENTE COM CATETER URINÁRIO



CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 35167647-C9A2-4C37-8105-A8BD2661B6AB

HIGIENE DAS MÃOS: FOCO NO CUIDADO DO PACIENTE COM INCISÃO PÓS-OPERATÓRIA



ASPECTOS IMPORTANTES NO CUIDADO E PROTEÇÃO DAS MÃOS

Uso de luvas - Desde a adoção das precauções padrão, houve drástico aumento do uso de luvas como barreira protetora contra a transmissão microbiana. O uso inadequado de luvas tem sido um problema, inclusive, a não troca de luvas entre pacientes e regiões contaminadas do corpo de um mesmo paciente já foi responsável por surto de infecção por Acinetobacter spp. O uso de luvas NÃO substitui a higienização das mãos, que devem ser higienizadas imediatamente antes da colocação e após sua retirada. As luvas descartáveis não devem ser reutilizadas. Não é recomendado o uso de duas luvas para procedimentos subsequentes no mesmo paciente e nem mesmo a aplicação de produto alcóolico sobre a luva.

As luvas DEVEM ser isentas de talco para que o álcool gel possa ser utilizado para higienização das mãos após sua retirada.

Exemplos de situações que não requerem o uso de luvas, pois não há risco de exposição a sangue ou matéria orgânica:

- Transporte de tubos de exames quando contido em embalagem plástica ou rígida;

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 35167647-C9A2-4C37-8105-A8BD2661B6AB

- Fisioterapia motora em paciente com pele íntegra;
- Inserir cateter de oxigênio;
- Realizar troca de roupa de cama sem presença sujidade;
- Mudança de decúbito e transporte de pacientes com pele íntegra e sem indicação de precaução de contato;
- Preparar medicação;
- Realizar a manipulação de conexões de cateteres vasculares sem presença de sujidade ou vazamento de sangue – Sistema fechado;
- Administrar medicação endovenosa em sistema fechado;
- Administrar medicamento subcutâneo, intramuscular e intradérmica;
- Instalar dieta, lavar gastrostomia ou sonda enteral;
- Entrega ou retirada de bandeja de dieta no quarto do paciente;

Unhas, esmalte e unhas artificiais – Manter as unhas aparadas é importante, pois a maior parte da microbiota encontrada nas mãos é isolada sob e ao redor das unhas. O esmalte incolor ou transparente é preferível, pois as cores escuras podem impedir a visualização de sujidade no espaço subungueal, reduzindo a possibilidade de uma boa higienização. É proibido o uso de unhas artificiais (Exemplos: unha de gel, unha postiça, unha de porcelana, unha de vidro, unha acrílica e qualquer outro tipo) nos estabelecimentos nas áreas de assistência à saúde.

Adornos – Há estudos mostrando que adornos nas mãos (anéis e alianças) dificultam o ajuste das luvas e podem contribuir para sua ruptura, expondo o profissional a risco de exposição a material biológico.

OUTRAS RECOMENDAÇÕES

Avaliar periodicamente a disponibilidade dos dispensadores de solução alcoólica de acordo com as recomendações legais RDC 42 e do Serviço de Controle de Infecção Relacionada á Assistência à Saúde.

Realizar avaliação observacional de Higiene das Mãos, através de coleta de dados pela observação direta dos colaboradores para obtenção e avaliação mensal da taxa de adesão à Higiene das Mãos por membros do

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 35167647-C9A2-4C37-8105-A8BD2661B6AB

SCIRAS e Times de Higiene das Mãos.

ENGAJAMENTO DE PACIENTES, FAMILIARES E CUIDADORES NA PRÁTICA DE HIGIENE DAS MÃOS.

O engajamento do paciente, familiares e cuidadores na prática de Higiene das Mãos tem como objetivo promover a participação ativa de pacientes, familiares e cuidadores na prevenção das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), estimulando o comportamento seguro por meio da adesão à prática de higiene das mãos.

1. Orientações Gerais

- Explicar, de forma simples e compreensível, **a importância da higiene das mãos** como principal medida de prevenção de infecções.
- Informar **os cinco momentos da higiene das mãos**, adaptados à realidade do paciente e familiares:
    - Antes e após tocar o paciente;
    - Antes de se alimentar;
    - Após usar o banheiro;
    - Após tossir, espirrar ou assoar o nariz;
    - Após tocar superfícies próximas ao paciente.
- Demonstrar **como realizar corretamente a técnica** com preparação alcoólica ou água e sabão.
- Reforçar a **acessibilidade dos dispensadores** de álcool gel e pias nas áreas assistenciais e de convivência.

2. Estratégias de Engajamento

- **Educação no momento da admissão:**
  Inserir breve orientação no acolhimento, pode ser entregue folder ou cartaz explicativo.
- **Ações educativas regulares:**
    - Rodas de conversa conduzidas pela equipe multidisciplinar, oficinas com pacientes;
    - Exibição de vídeos curtos e linguagem acessível em TVs ou tablets nas unidades;

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 35167647-C9A2-4C37-8105-A8BD2661B6AB

- Campanhas temáticas (ex: “Mãos limpas salvam vidas”).

- **Sinalização visual:**
  Utilizar cartazes próximos a dispensadores com mensagens curtas (“Higienize suas mãos antes do contato com o paciente”). Utilizar material padronizado institucional.

- **Envolvimento da equipe assistencial:**
  Estimular que profissionais **convidem o paciente e familiares** a higienizarem as mãos antes e após o contato, servindo como exemplo.

- **Reconhecimento e feedback:**
  Promover ações simbólicas de reconhecimento às famílias engajadas, reforçando o comportamento positivo.

6 – RESULTADO ESPERADO

Determinar adesão dos profissionais de saúde às práticas de higienização das mãos, chamar a atenção dos mesmos para a importância do ato e com isso desenvolver e aperfeiçoar às práticas de higiene das mãos na instituição como medida de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde (Realização de procedimentos pelos profissionais de saúde que envolvam assistência aos pacientes).

7 – AÇÕES CORRETIVAS

As falhas identificadas devem ser imediatamente resolvidas e ser registrado como não conformidades por falha na higienização das mãos, e como incidentes por infecções associadas à falta de higienização.

Todas não conformidades e incidentes que estejam relacionados à falta ou inconformidade na higienização das mãos, devem ser notificados pelos pacientes e/ou profissionais de saúde na ferramenta Forms de Notificação de Eventos Adversos do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente.

8 – RISCOS DO PROCESSO

Falha na higienização das mãos por parte da equipe;

Risco de infecções e infecções cruzadas, para os pacientes e a equipe;

9 – INDICADORES

Taxa de não conformidades relacionados à falha no cumprimento do protocolo de higienização das mãos;

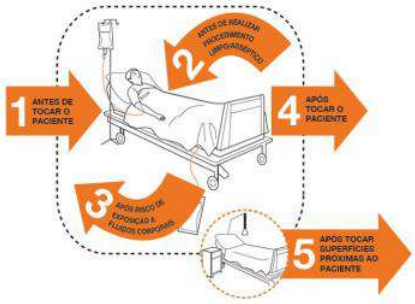
Taxa de incidentes de infecções associadas à falta de higienização das mãos;

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 35167647-C9A2-4C37-8105-A8BD2661B6AB

10 – ANEXOS

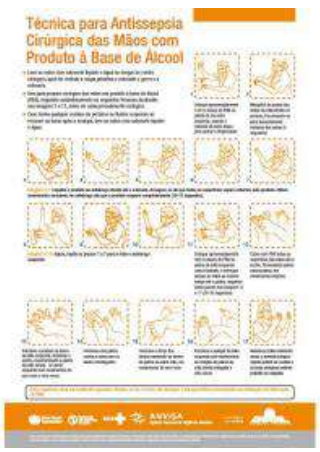
ANEXO 1 – 5 MOMENTOS DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS



ANEXO 2 – PASSO A PASSO DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS COM ÁGUA E SABÃO

ANEXO 3 – PASSO A PASSO DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS COM GEL ALCÓOLICO

ANTISSEPSIA CIRÚRGICA DAS MÃOS



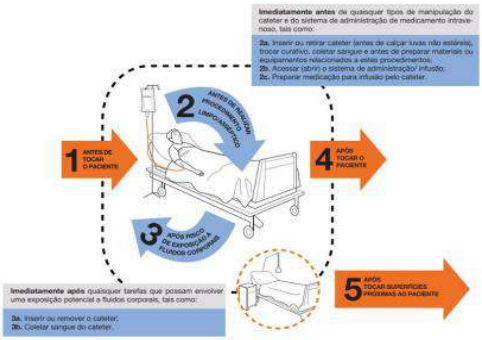
CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 35167647-C9A2-4C37-8105-A8BD2661B6AB

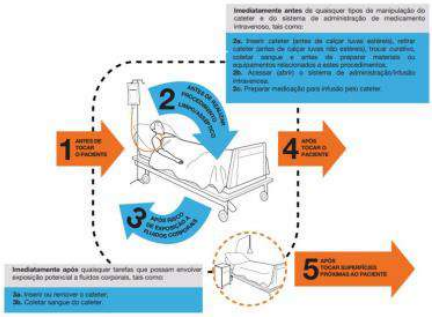
Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROTOCOLO	PRT.SBCD.CCIRAS.001	VERSÃO: 01
HIGIENE DAS MÃOS - RECOMENDAÇÕES PARA A PREVENÇÃO DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSITÊNCIA À SAÚDE	VALIDADE: 10/2027	Página 15 de 17

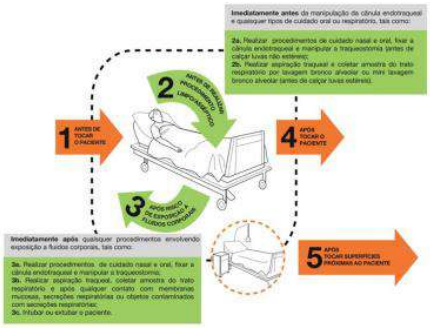
HIGIENE DAS MÃOS: FOCO NO CUIDADO DO PACIENTE COM CATETER VASCULAR CENTRAL



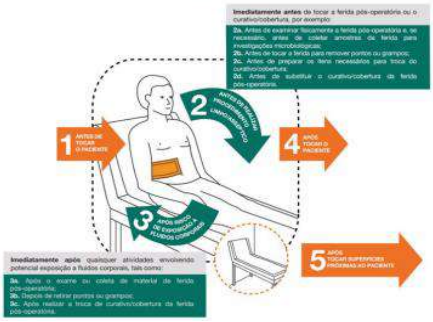
HIGIENE DAS MÃOS: FOCO NO CUIDADO DO PACIENTE COM CATETER VASCULAR PERIFÉRICO



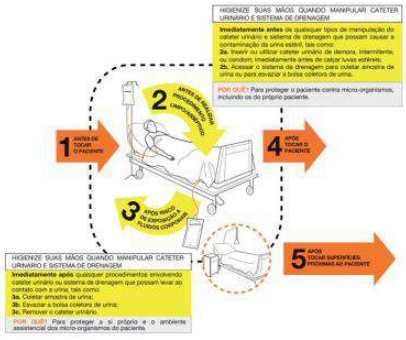
HIGIENE DAS MÃOS: FOCO NO CUIDADO DO PACIENTE COM CÂNULA ENDOTRAQUEAL



HIGIENE DAS MÃOS: FOCO NO CUIDADO DO PACIENTE COM INCISÃO PÓS-OPERATÓRIA



HIGIENE DAS MÃOS: FOCO NO CUIDADO DO PACIENTE COM CATETER URINÁRIO



CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 35167647-C9A2-4C37-8105-A8BD2661B6AB

11 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Higienização das mãos em serviços de saúde. Brasília: Anvisa, 2007. - Brasil.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa, 2009.

Centers for Disease Control and Prevention. Guideline for Hand Hygiene in Healthcare Settings. MMWR 2002, 51(RR16).

Centro de Vigilância Epidemiológica de São Paulo. Recomendações sobre o uso de luvas nos serviços de Saúde. São Paulo, 2016.

Cohen SH, Gerding DN, Johnson S, Kelly CP, Loo VG, McDonald LC et al. Clinical Practice Guidelines for Clostridium difficile Infections in Adults: 2010 Update by the Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA) and the Infectious Diseases Society of America (IDSA). Infec Control Hosp Epidemiol 2010; 31:431-55.

Glowicz JB, Landon E, Sickbert-Bennet EE, Aiello AE, deKay K, Hoffmann KK et al. SHEA/IDSA/APICPractice Recommendation: Strategies to prevent healthcare-associated infections through hand hygiene: 2022 Update. ICHE 2023;1-22.

Gonçalves KJ, Graziano KU, Kawagoe JY. Revisão sistemática sobre antissepsia cirúrgica das mãos com preparação alcóolica em comparação aos produtos tradicionais. Rev Esc Enferm USP 2012, 46:1484-93.

Graf ME, Machado A, Mensor LL, Zampieri D, Campos R, Faham L. Antissepsia cirúrgica das mãos com preparações alcóolicas: custo-efetividade, adesão de profissionais e benefícios ecológicos no cenário da saúde. J Bras Econ Saude 2014;6:71-80

Howard JD, Jowett C, Faoagali J, McKenzie B. New method for assessing hand disinfection shows that pre-operative alcohol/chlorhexidine rub is as effective as a traditional surgical scrub. J Hosp Infection 2014;88:78-83

Karaaslan A, Kadayifci EK, Atici S, Sili U, Soysal A, Çulha G et al. Compliance of healthcare workers with hand hygiene practices in neonatal and pediatric intensive care units: overt observation. Interdisciplinary Perspectives on Infection Diseases 2014; Article ID 306478, 5 pages.

Kuzu N, Ozer F, Aydemir S, Yalcin AN, Zencir M. Compliance with hand hygiene and glove use in an university-affiliated hospital. Infect Control Hosp Epidemiol 2005,26:312-15.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 35167647-C9A2-4C37-8105-A8BD2661B6AB

Macinga DR, Edmonds SL, Campbell E, McComack RR. Comparative efficacy of alcohol-based surgical scrubs: the importance of formulation. AORN Journal 2014; 100:641-50

Magnus AP, Marra AR, Camargo TZS, Victor ES, Costa LSS, Cardoso VJ et al. Measuring hand hygiene compliance rates in different special care settings: a comparative study of methodologies. International Journal of Infectious Diseases 2015; 33:e205-e208.

McLaws M. The relationship between hand hygiene and health care-associated infection: it's complicated. Infection and Drug Resistance 2015;8:7-18.

Marra Jr AR, Camargo TZS, Almeida SM, Siqueira I, Correa L, Kawagoe JY et al. Secular Trends in the epidemiology of Clostridium Difficile infection (CDI): relationship with alcohol gel and antimicrobial usage in a hospital. Int J Infect Dis. 2013 Jun; 17(6): e418-21. doi: 10.1016/j.ijid.2012.12.022. Epub 2013 Feb 15.

Saba R, Inan D, Seyman D, Gul G, Senol YY, Turhan O et al. Hand hygiene compliance in an hematologic unit. Acta Haematol 2005; 113:190-3.

Santana SL, Furtado GH, Coutinho AP, Medeiros EA. Assessment of healthcare professionals adherence to hand hygiene after alcohol-based hand rub introduction at an intensive care unit in São Paulo, Brazil. Infect Control Hosp Epidemiol 2007;28:365-7.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO-RDC Nº 42, DE 25 DE OUTUBRO DE 2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do País, e dá outras providências.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 53DBD0F6-DDF1-49F0-A487-6A414E010281

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROTOCOLO	PRT.SBCD.FAR.003	VERSÃO: 01
META 3 - SEGURANÇA DA CADEIA MEDICAMENTOSA REDE HOSPITALAR	VALIDADE: 09/2027	Pág. 1 de 22

Elaborado por: Coordenação de Farmácia – Flavia Gualano Luiz Ramos	Data: 09/2025	Visto: DocuSigned by: Flavia Gualano Luiz Ramos 791360B274B344A...
Verificado por: Apoiadora de Farmácia - Verônica Nogueira dos Reis	Data: 09/2025	Visto: Signed by: VERÔNICA Nogueira dos Reis 5CBD099D879942C...
Verificado: Especialista da Qualidade – Felipe Rossato	Data: 09/2025	Visto: Assinado por: Felipe Polanowski Rossato 8F733E698E37441...
Aprovado por: Gerente Assistencial Hospitalar Corporativa - Luiza Procópio de Carvalho	Data: 09/2025	Visto: Assinado por: Luiza Procopio de Carvalho DB7E9BA9F4444B7...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
0	Não se aplica	Elaboração do documento.

1 - OBJETIVO

A segurança relacionada aos medicamentos tem sido um assunto central nas discussões sobre as melhores práticas profissionais sobre segurança do paciente. Grande parte dos processos assistenciais envolvem o uso de medicamentos. Incidentes Relacionados aos Medicamentos (IRM) representam um dos eventos mais observados em serviços de saúde. Tais eventos são observados em todas as etapas da cadeia terapêutica e sua ocorrência pode aumentar os custos do sistema de saúde de forma considerável e diminuir consideravelmente a Segurança do Paciente.

Diante disso faz-se necessário a inclusão de estratégias e ações de gestão de risco, uso de inovações tecnológicas, padronização de processos, educação permanente e, sobretudo, o monitoramento diário das práticas profissionais em todas as etapas do processo que envolve a terapia medicamentosa.

Esse protocolo tem como objetivo:

- Tornar os processos de trabalho mais eficientes e seguros, para suprir, melhor atender e superar as expectativas dos pacientes, usuários e familiares ao cuidar com qualidade e segurança da sua saúde.
- Promover a cultura de segurança, garantindo as boas práticas no serviço de saúde.
- Estabelecer a prevenção e mitigação de incidentes em todas as etapas da cadeia medicamentosa, focando a melhoria contínua dos processos do cuidado e uso de tecnologia, reduzindo ao mínimo os danos aos pacientes decorrentes desse cuidado.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 53DBD0F6-DDF1-49F0-A487-6A414E010281

Este protocolo deverá ser aplicado em todos os estabelecimentos que prestam cuidados à saúde em que medicamentos sejam utilizados para profilaxia, exames diagnósticos, tratamento e medidas paliativas nas unidades gerenciadas pela Sociedade Brasileira Caminho de Damasco.

2 - ALCANCE

Esse protocolo se aplica às equipes de farmácia e equipes multidisciplinares (médicos, enfermeiros, dentistas, nutricionistas) das unidades hospitalares gerenciadas pela Sociedade Brasileira Caminhos de Damasco.

3 - RESPONSABILIDADE

Médicos, equipe de farmácia, equipe de almoxarifado, equipe de enfermagem e equipe de odontologia

ORGANIZAÇÃO E GERENCIAMENTO: é de responsabilidade da equipe de farmácia e almoxarifado;

SELEÇÃO E PADRONIZAÇÃO: é de responsabilidade dos farmacêuticos, médicos e dentistas;

PROGRAMAÇÃO E AQUISIÇÃO: é de responsabilidade dos farmacêuticos;

RECEBIMENTO: é de responsabilidade da equipe de farmácia e almoxarifado;

ARMAZENAMENTO: é de responsabilidade da equipe de farmácia, almoxarifado e equipe de enfermagem;

PRESCRIÇÃO: é de responsabilidade dos enfermeiros conforme protocolos municipais (quando se aplicar), médicos e dentistas;

DISPENSAÇÃO: é de responsabilidade da equipe de farmácia;

ADMINISTRAÇÃO: é de responsabilidade da equipe de enfermagem e odontologia;

FARMACOVIGILÂNCIA: é de responsabilidade da equipe multidisciplinar;

EDUCAÇÃO PERMANENTE: é de responsabilidade do farmacêutico.

4 - TERMOS E DEFINIÇÕES

RENAME: Relação Nacional de Medicamentos.

POP: Procedimento Operacional Padrão.

CCIRAS: Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência.

Medicamentos Potencialmente Perigosos ou de Alta Vigilância: são aqueles que possuem risco aumentado de provocar danos significativos aos pacientes em decorrência de falha no processo de utilização. Os erros que ocorrem com esses medicamentos podem não ser os mais frequentes, porém suas consequências tendem a ser mais graves, podendo ocasionar lesões permanentes ou morte.

ACM: A critério médico.

SN: Se necessário.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 53DBD0F6-DDF1-49F0-A487-6A414E010281

RAM: Reação Adversa a Medicamentos.

NSP: Núcleo de Segurança do Paciente.

5 - DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

5.1 INTRODUÇÃO

O processo de medicação, também conhecido como cadeia medicamentosa é multiprofissional e composto por vários subprocessos. Compreende desde a seleção de medicamentos e permeia todas as etapas por onde o medicamento circula na unidade de saúde: na prescrição, realizada pelo prescritor; na dispensação realizada pela equipe da farmácia e o preparo e administração de medicamentos realizados pela equipe de enfermagem e odontologia. Os erros de medicação podem acontecer em qualquer subprocesso da cadeia medicamentosa e, por ser um processo complexo e propenso a erros, faz-se necessária a implementação de estratégias preventivas, que possam aumentar a segurança do paciente e do profissional durante a assistência.

5.2 ORGANIZAÇÃO E GERENCIAMENTO

A farmácia e o almoxarifado são responsáveis pelos processos da cadeia de insumos farmacêuticos, que incluem organização e gerenciamento, seleção e aquisição, estocagem e armazenamento, dispensação e monitoramento. Além disso, oferecem apoio aos processos de prescrição e administração segura de medicamentos, com o objetivo de garantir uma assistência integrada e contínua ao paciente e à equipe multidisciplinar envolvida em seu cuidado, promovendo o uso adequado, racional e seguro dos medicamentos.

5.3 SELEÇÃO E PADRONIZAÇÃO

A RENAME, ou Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, é uma lista oficial de medicamentos que atende às necessidades de saúde prioritárias da população brasileira. Ela orienta as ações de assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS) e é um guia para profissionais de saúde, incluindo medicamentos padronizados e insumos hospitalares. A RENAME é atualizada periodicamente para refletir as necessidades de saúde da população e serve como norteadora para a padronização de medicamentos das instituições de saúde públicas.

A padronização dos medicamentos das unidades hospitalares da SBCD é norteada pela lista mestra de padronização F.SBCD.FAR.073 - LISTA MESTRA PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS_HOSPITALAR_v.02 a ser avaliada pela comissão de padronização local conforme especificidade do serviço. Para as necessidades de padronização de itens que não constam da lista mestra das unidades é seguido o FL.SBCD.FAR.002 - PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS - UNIDADES HOSPITALARES.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 53DBD0F6-DDF1-49F0-A487-6A414E010281

5.4 PROGRAMAÇÃO E AQUISIÇÃO

A unidade deve ter uma metodologia de acompanhamento dos estoques, através de ferramentas e relatórios do sistema informatizado, de modo que seu consumo médio esteja sempre adequado às necessidades da unidade, considerando estoque de segurança e sazonalidades. Através desse acompanhamento, realizar o planejamento de compras ajustado ao orçamento disponível de modo que não haja faltas e nem excessos, bem como o acompanhamento das entregas através de follow-up junto ao setor de compras. Em situações de faltas e desabastecimentos, a unidade deve ter plano de contingência estabelecido e implantado e seguir POP.SBCD.COMP.010 - MOVIMENTAÇÃO DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS ENTRE UNIDADES SBCD.

5.5 RECEBIMENTO

O recebimento de medicamentos deve ser realizado segundo procedimento operacional padrão de cada unidade. A cada recebimento deverá ser realizado o registro da NF no sistema Radar conforme POP.SBCD.COMP.003 – REGISTRO DE NOTAS FISCAIS NO SISTEMA RADAR e realizar a avaliação do fornecedor disponível no sistema Radar, conforme POP.SBCD.COMP.008 – QUALIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DE FORNECEDORES.

5.6 ARMAZENAMENTO

O armazenamento de medicamentos deve seguir a RDC 44/2009. A farmácia deverá ter POP deste processo para os colaboradores do setor, bem como treinar e disponibilizar material de orientação aos clientes internos quanto ao correto armazenamento de medicamentos e insumos F.SBCD.FAR.026 - 8 CERTOS PARA ARMAZENAMENTO CORRETO DE MATERIAIS_V.02.

É necessário a adoção de barreiras no armazenamento de medicamentos para garantir a segurança do paciente, tanto na farmácia como nos demais setores onde existe o armazenamento de medicamentos.

5.6.1 IDENTIFICAÇÃO DE MEDICAMENTOS

A diferenciação por cores de grupos específicos de medicamentos é uma prática adotada nas instituições como uma estratégia de segurança do paciente, além de facilitar a identificação visual aos profissionais.

Recomenda-se a padronização da diferenciação por cores, nos grupos de medicamentos abaixo:

a) **MEDICAMENTOS DE ALTA VIGILÂNCIA (MAV):** os medicamentos de alta vigilância deve ser utilizados com maior critério, por oferecerem maior risco aos pacientes, se utilizados incorretamente. Barreiras de segurança

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 53DBD0F6-DDF1-49F0-A487-6A414E010281

devem ser adotadas visando aumentar a segurança no processo de utilização, sendo **preta** a cor utilizada institucionalmente para identificação destes medicamentos na etiqueta dos bins e coladas nos medicamentos injetáveis a serem administrados pela enfermagem. É ideal que estes medicamentos estejam acondicionados em prateleira separada na farmácia. Nas salas de assistência ao paciente os medicamentos de alta vigilância deverão ficar armazenados no carro de emergência ou em caixa organizadora identificada e lacrada sob a responsabilidade da enfermagem. Como ferramenta de apoio e informação sobre estes medicamentos, a farmácia deve disponibilizar às equipes a F.SBCD.FAR.008 - LISTA DOS MEDICAMENTOS DE ALTA VIGILÂNCIA, com informações dos riscos e cuidados na administração, conforme padronização de cada unidade.

b) **MEDICAMENTOS CONTROLADOS PELA PORTARIA 344/98**: Os medicamentos controlados pela Portaria 344/98 são identificados com etiquetas bolinha na cor amarela como forma de diferenciação e alerta. Estas etiquetas são utilizadas na identificação dos bins e na identificação dos medicamentos injetáveis a serem dispensados internamente. O armazenamento dos medicamentos controlados deve ser realizado em armário trancado e a chave mantida sob guarda do farmacêutico. A unidade deverá ter procedimento operacional padrão dos processos que envolvem estes medicamentos, validado e codificado que deve abranger todas as etapas relacionadas. Como forma de alertar as equipes, é afixada placa de orientação na porta dos armários destinados ao armazenamento destes medicamentos, com orientações quanto aos cuidados, riscos e implicações legais relacionadas aos mesmos. Cada unidade deverá confeccionar a placa conforme modelo padrão (ANEXO I) e afixar na porta dos armários de medicamentos controlados pela Portaria 344/98.

c) **MEDICAMENTOS COM RISCO DE TROCA:** Os procedimentos de segurança para os medicamentos com risco de troca, ou seja, que possuem mais de uma dosagem, embalagens semelhantes, grafia parecida consistem na identificação das etiquetas dos bins com a cor verde, letra em caixa alta para os medicamentos que possuem grafia parecida e armazenamento na farmácia em disposição separada, de modo que estes medicamentos fiquem distantes uns dos outros, minimizando a probabilidade de trocas.

d) **MEDICAMENTOS PRÓXIMOS DO VENCIMENTO:** Os medicamentos com validade igual ou menor que 90 dias são sinalizados com etiquetas bolinha na cor vermelha, coladas para sinalização nos bins e diretamente nos medicamentos dispensados. Os procedimentos de segurança relacionados ao controle de validades estão

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 53DBD0F6-DDF1-49F0-A487-6A414E010281

descritos no POP.FAR.005_CONTROLE DE VALIDADE DE MAT E MED institucional.

Deverá haver legenda das cores padronizadas para identificação e diferenciação de medicamentos afixada em local visível na farmácia. Nos setores onde os medicamentos são armazenados e administrados (ex. farmácia, medicação, emergência) foi elaborado modelo de placa de orientação (ANEXO II) que deve ser confeccionada por cada unidade e afixada nestes locais, para conhecimento e orientação de todos os profissionais. Além disso todos os profissionais envolvidos na prescrição, dispensação e administração de medicamentos devem ser treinados pela farmácia para que tenham conhecimento das barreiras de segurança padronizadas na unidade. Todos os treinamentos devem estar registrados em lista de presença.

As unidades deverão seguir a padronização institucional descrita acima para diferenciação dos medicamentos. As unidades que já possuíam uma padronização anterior poderão manter a já utilizada caso avaliem que a troca configure um risco à segurança do paciente. Neste caso deverá ter POP descrito, validado, codificado e disseminado para orientação das equipes.

5.6.2 FRACIONAMENTO

O fracionamento de medicamentos é uma prática essencial para a segurança do paciente, pois permite a administração precisa e a dosagem adequada dos medicamentos. O fracionamento ajuda a evitar a automedicação e o uso inadequado de medicamentos, promovendo uma abordagem mais segura e eficaz ao tratamento. Além disso, o fracionamento contribui para a redução de custos, a minimização do risco de efeitos colaterais e a gestão sustentável dos recursos na unidade.

O processo de fracionamento deverá ser realizado conforme legislação vigente (RDC 67/2007) e descrito em procedimento operacional padrão da unidade, validado e codificado a fim de garantir a rastreabilidade e segurança do processo. Não é permitido a dispensação interna de medicamentos sem que estejam fracionados.

5.7 SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS

5.7.1 TIPOS DE PRESCRIÇÃO:

As prescrições, quanto ao tipo, classificam-se como:

- Urgência/emergência: quando indica a necessidade do início imediato de tratamento. Geralmente possui dose única;
- Se necessário: quando o tratamento prescrito deve ser administrado de acordo com uma necessidade específica do paciente, acompanhada de dose, posologia e condição de uso, considerando-se o tempo

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 53DBD0F6-DDF1-49F0-A487-6A414E010281

mínimo entre as administrações e a dose máxima;

- Baseada em protocolos: quando são preestabelecidas com critérios de início do uso, decurso e conclusão, sendo muito comum em quimioterapia antineoplásica;
- Padrão: aquela que inicia um tratamento até que o prescritor o interrompa;
- Verbal: utilizada em emergências, sendo escrita posteriormente. Possui elevado risco de erros e deverá ser restrita às situações para as quais é prevista.

5.7.2 ITENS DE VERIFICAÇÃO PARA A PRESCRIÇÃO SEGURA DE MEDICAMENTOS

a. **Identificação completa do paciente:** nome da unidade, nome completo do paciente, data de nascimento, número do prontuário, andar, ala, leito.

b. **Identificação do prescritor**: nome completo e número de registro do conselho profissional e assinatura. Esse registro poderá ser manuscrito ou 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**: deverá constar a identificação completa do estabelecimento de saúde (nome, endereço completo e telefone).

d. **Data**: A data da prescrição é imprescindível para conferir validade à mesma. A validade das prescrições nas unidades hospitalares é de 24 horas, assegurando-se de que o que foi indicado está baseado na avaliação médica do dia em que foi emitida a prescrição.

e. **Legibilidade**: prescrições ilegíveis podem comprometer a comunicação entre prescritor e paciente e entre prescritor e demais profissionais de saúde, sendo geradora importante de erros de medicação, sobretudo, a troca de medicamentos com nomes parecidos. Nas unidades hospitalares as prescrições devem ser realizadas no sistema informatizado, com o objetivo de garantir a legibilidade. Somente serão aceitas prescrições manuscritas como contingência na queda de sistema ou de energia elétrica, conforme previsto nos planos de contingência da unidade.

f. **Alertas**: deve-se registrar com destaque na prescrição alertas que possam trazer riscos ao paciente, como alergias, dose máxima de medicamentos de alta vigilância, interações medicamentosas clinicamente significativas etc. No sistema informatizado ao atender as prescrições em meio eletrônico o sistema deve fornecer esses alertas como barreiras de segurança para minimizar probabilidades de erros aos profissionais de saúde.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 53DBD0F6-DDF1-49F0-A487-6A414E010281

g. **Outros**: dose, duração do tratamento, posologia, via de administração, diluição, tempo de infusão são outros itens que devem ser cuidadosamente observados e preenchidos na elaboração da prescrição. Informações no sistema sobre as apresentações e concentrações padronizadas disponíveis na instituição também são importantes para a segurança na prescrição.

5.7.3 PRESCRIÇÃO SEGURA DE MEDICAMENTOS DE ALTA VIGILÂNCIA

O número de apresentações e concentrações disponíveis de medicamentos de alta vigilância, especialmente anticoagulantes, opiáceos, insulina e eletrólitos concentrados deve ser limitado, não devendo ficar disponíveis nos setores. As doses dos medicamentos de alta vigilância deverá ser conferida com dupla checagem na fase dos cálculos para prescrição e análise farmacêutica da prescrição para dispensação.

5.7.4 CUIDADOS NA UTILIZAÇÃO DE ANESTÉSICOS ODONTOLÓGICOS

Os anestésicos são definidos como fármacos que podem bloquear temporariamente a geração e transmissão de estímulos nervosos na região onde foram aplicados, permitindo a realização de procedimentos invasivos e cirúrgicos sem dor.

Na odontologia, são amplamente utilizados pelos cirurgiões-dentistas em diversas situações clínicas, mas requerem alguns cuidados para que atuem de forma segura e eficiente.

É disponibilizado documento de orientação nas salas de odontologia quanto aos cuidados na prescrição e administração de anestésicos odontológicos - F.SBCD.FAR.023 - CUIDADOS NA UTILIZAÇÃO DE ANESTÉSICOS ODONTOLOGICOS. Todos os colaboradores envolvidos nesse processo deverão ser treinados pelo farmacêutico.

5.7.5 TRANSIÇÃO DE CUIDADO

A transição de cuidados refere-se à transferência de um paciente de um ambiente de cuidados de saúde para outro. Essa transferência pode ocorrer quando um paciente é transferido da atenção primária para um hospital, quando ocorre alta hospitalar, quando há transferência entre unidades de cuidados, entre outras.

Durante a transição de cuidado é crucial garantir uma transferência segura e eficaz do paciente, com uma comunicação clara e precisa das informações médicas relevantes. A transição de cuidados envolve a troca de informações entre profissionais de saúde, bem como a coordenação adequada do cuidado e o envolvimento do paciente e seus cuidadores.

Dentre os aspectos envolvidos na transição de cuidado está o gerenciamento de medicações. É fundamental

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 53DBD0F6-DDF1-49F0-A487-6A414E010281

garantir uma transição precisa e segura de medicações durante a transição de cuidado, evitando erros de prescrição, duplicações ou interações medicamentosas prejudiciais. É necessário que cada unidade tenha um POP de Comunicação Efetiva descrito, validado e de conhecimento de todos os profissionais envolvidos.

5.7.6 AMOSTRAS GRÁTIS

Conforme normativa institucional, após avaliação técnica e jurídica, é proibida a prática de recebimento e distribuição de amostras grátis de medicamentos no âmbito das unidades gerenciadas pela SBCD, devido riscos potenciais ao paciente e ausência de segurança e rastreabilidade destes medicamentos (ANEXO III).

5.7.7 MONITORAMENTO E INDICADORES PARA A PRESCRIÇÃO SEGURA

- O processo da prescrição deve estar padronizado e com o respectivo procedimento operacional padrão escrito, validado, divulgado e disponível em local de fácil acesso.
- Os erros de prescrição devem ser notificados ao Núcleo de Segurança do Paciente.
- A farmácia deve monitorar através de indicador de TAXA DE CONFORMIDADE NAS PRESCRIÇÕES, padronizado pelo corporativo de farmácia, as principais inconsistências detectadas, bem como as intervenções realizadas pelo farmacêutico. O preenchimento do indicador será realizado no sistema Interact até o 5º dia útil de cada mês.

5.8 SEGURANÇA NA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS

A farmácia tem, entre suas importantes funções, a dispensação dos medicamentos e deve assegurar que os medicamentos 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 deles. A farmácia deverá possuir estrutura organizada, bem como processos de trabalho escritos e difundidos que promovam a prevenção, identificação e redução de erros de dispensação.

O estabelecimento de saúde deverá manter farmacêuticos e auxiliares de farmácia em número suficiente para permitir a dispensação segura de medicamentos.

O ambiente no qual é realizada a dispensação de medicamentos deve possuir as condições adequadas (temperatura, iluminação, umidade, ruído) para o armazenamento e dispensação segura de medicamentos.

Toda a movimentação de medicamentos deve ser realizada em sistema eletrônico, que garanta a correta identificação do medicamento, lote, validade e quantidade, permitindo a sua rastreabilidade.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 53DBD0F6-DDF1-49F0-A487-6A414E010281

O processo de dispensação de medicamentos deve possuir procedimento operacional de padrão escrito, validado, codificado e de conhecimento de todos os profissionais da farmácia.

5.8.1 TIPOS DE DISPENSAÇÃO

- **Dispensação por dose coletiva (interna):** Compreende o fornecimento de medicamentos aos setores internos necessários à realização dos procedimentos médico-assistenciais mediante requisição interna eletrônica, autorizada pelo responsável do setor. Deverá haver cota estabelecida para cada setor, sendo recomendado que haja o mínimo de estoque possível. A baixa dos medicamentos é realizada em sistema informatizado no momento da separação, considerando as informações de lote e validade, garantindo assim a rastreabilidade do processo. Os medicamentos dispensados desta forma normalmente são os de uso coletivo (multidose), os quais deverão ser dispensados aos setores com etiqueta para preenchimento da data de abertura e validade pós aberto. A validade pós abertura deverá ser monitorada pela enfermagem e farmácia e seguir a F.SBCD.FAR.010 - TABELA DE ESTABILIDADE PÓS ABERTURA_V.02, validada pelo SCIRAS corporativo.

- **Dispensação por dose individualizada (interna):** O sistema individualizado é caracterizado pela distribuição dos medicamentos por paciente, de acordo com a prescrição médica, para um período de 24 horas de tratamento, dividida em turnos. Deverá haver análise da prescrição pelo farmacêutico e conferência no momento da separação, montagem da tira e da dispensação para a enfermagem. É recomendado que os medicamentos de alta vigilância e medicamentos controlados sejam dispensados apenas ACM ou SN. Caso não seja possível, esses medicamentos devem ser dispensados em tiras separadas, identificadas com nome completo do paciente e data de nascimento e armazenadas em armário/gaveta trancados com chave sob poder da enfermagem.

  A fim de fortalecer junto às equipes de enfermagem sua responsabilidade na conferência dos medicamentos dispensados pela farmácia juntamente com a prescrição médica, foi desenvolvido um modelo padronizado de placa de orientação que deve ser confeccionado pela unidade e ficar afixado na farmácia, em local visível à enfermagem, de preferência onde ocorre a dispensação de medicamentos (ANEXO IV).

- **Dispensação por kits:** para determinados procedimentos e protocolos estabelecidos é recomendado a

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 53DBD0F6-DDF1-49F0-A487-6A414E010281

dispensação de medicamentos por kits (ex.: anestesia, intubação, sepse, etc.), a serem definidos conforme especificidade do serviço. Deverá haver controle de retirada e devolução dos kits, controle do estoque, baixa em nome do paciente, lote e validade de modo a garantir a rastreabilidade dos medicamentos. Os kits deverão ser individualizados e os medicamentos utilizados para apenas um paciente. A reposição do kit deverá ocorrer mediante realização da prescrição médica.

.

5.8.2 OUTRAS BARREIRAS PARA DISPENSAÇÃO SEGURA DE MEDICAMENTOS

- Deverá ser realizada a análise farmacêutica das prescrições, priorizando aquelas que contêm antimicrobianos e medicamentos de alta vigilância, observando-se concentração, viabilidade, compatibilidade físico-química e farmacológica dos componentes, dose, dosagem, forma farmacêutica, via e horários de administração, devendo ser realizada antes do início da separação.
- Realizar a conferência dos medicamentos separados para dispensação, verificando se as informações disponíveis no rótulo dos medicamentos são iguais às da prescrição.
- Realizar a conferência final da prescrição com o resultado da dispensação, utilizando, sempre que possível, o auxílio de dispositivos eletrônicos, tais como código de barras.

5.8.3 MONITORAMENTO E INDICADORES PARA A DISPENSAÇÃO SEGURA

- O processo da dispensação deve estar padronizado e com o respectivo procedimento operacional padrão escrito, validado, divulgado e disponível em local de fácil acesso.
- Os erros de dispensação devem ser notificados ao Núcleo de Segurança do Paciente.
- A farmácia deve monitorar o processo através do indicador de TAXA DE CONFORMIDADE NA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS padronizado pela coordenação de farmácia, com análise crítica e plano de ação para correções. O preenchimento do indicador será realizado no sistema Interact até o 5º dia útil de cada mês.

5.9 SEGURANÇA NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

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 medicamentos pode trazer graves consequências aos pacientes, devendo se observar: a ação, as interações e os efeitos colaterais.

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 53DBD0F6-DDF1-49F0-A487-6A414E010281

5.9.1 BARREIRAS PARA ASSEGURAR PRÁTICAS SEGURAS NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

a) Duplas checagens

A dupla-checagem é utilizada para assegurar que processos críticos sejam executados corretamente, por isso se torna uma etapa importante no momento da administração de medicamentos.

A Instituição de Saúde deve estabelecer a prática de dupla checagem por dois profissionais para os cálculos de diluição e administração de Medicamentos de Alta Vigilância.

b) Nove certos na administração de medicamentos

Os "9 certos da administração de medicamentos" são utilizados para advertir os profissionais sobre fatores que podem ocasionar os erros de medicação. Tais itens devem ser sistematicamente verificados a cada administração medicamentosa:

I. Paciente certo;
II. Medicamento certo;
III. Via certa;
IV. Hora certa;
V. Dose certa;
VI. Registro certo;
VII. Orientação correta;
VIII. Forma certa;
IX. Resposta certa.

I. Paciente certo

Deve-se perguntar ao paciente seu nome completo e sua data de nascimento antes de administrar o medicamento. Nessa etapa, é importante que o profissional faça perguntas abertas e que necessitam de mais interação paciente-profissional.

II. Medicamento certo

Conferir se o nome do medicamento que tem em mãos é o que está prescrito. O nome do medicamento deve ser

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 53DBD0F6-DDF1-49F0-A487-6A414E010281

confirmado com a prescrição antes de ser administrado.

III. Via certa

- Identificar a via de administração prescrita.
- Verificar se a via de administração prescrita é a via tecnicamente recomendada para administrar determinado medicamento.
- Lavar 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 em caso de administração por via endovenosa. A farmácia deve disponibilizar para consulta o GUIA PARA PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS PADRONIZADOS e a F.SBCD.FAR.040 - LISTA DOS MEDICAMENTOS QUE AUMENTAM RISCO DE QUEDA, elaborados e codificados de acordo com a padronização de medicamentos de cada unidade.
- Avaliar a compatibilidade do medicamento com os produtos para a saúde utilizados para sua administração (seringas, cateteres, sondas, equipos e outros).
- Realizar a antissepsia 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.

IV. Hora Certa

Preparar o medicamento de modo a garantir que a sua administração seja feita sempre no horário correto, para garantir adequada resposta terapêutica.

V. Dose Certa

- Conferir atentamente a dose prescrita para o medicamento.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 53DBD0F6-DDF1-49F0-A487-6A414E010281

- 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.
- Medicações 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.

VI. Registro Certo da Administração

- Registrar na prescrição o horário da administração do medicamento, lote, validade e quantidade administrada para fins de rastreabilidade.
- Registrar todas as ocorrências relacionadas aos medicamentos, tais como adiamentos, cancelamentos, desabastecimento, recusa do paciente e eventos adversos.

VII. 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.

VIII. Forma certa

- Checar se o medicamento a ser administrado possui a forma farmacêutica e via administração prescrita.
- Checar se forma farmacêutica e a via de administração prescritas estão apropriadas à condição clínica do paciente.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 53DBD0F6-DDF1-49F0-A487-6A414E010281

IX. Resposta certa

- Observar e monitorar cuidadosamente o paciente, para identificar, quando possível, se o medicamento teve o efeito desejado, registrando em prontuário, a fim de acompanhar a efetividade do tratamento proposto.
- Registrar em prontuário 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.

Como forma de orientação e alerta para a observância dos 9 certos da administração segura deverá ser confeccionada pela unidade e afixada nas salas onde ocorre a administração de medicamentos, placa de orientação padronizada (ANEXO II), conforme modelo institucional.

5.9.2 SEGURANÇA NA ADMINISTRAÇÃO E GUARDA DE MEDICAMENTOS PRÓPRIOS

A unidade deverá ter fluxo estabelecido e documentado em procedimento operacional padrão para os casos em que o paciente internado utilizar medicamentos que não são padronizados na instituição. No momento da internação o farmacêutico deverá realizar a reconciliação medicamentosa. Os medicamentos não padronizados que o paciente faz uso deverão ser trazidos pelo paciente ou familiar. O farmacêutico deverá realizar a validação dos medicamentos no F.SBCD.FAR.070 - TERMO DE RESPONSABILIDADE DE MEDICAMENTO PRÓPRIO e entregar os medicamentos à enfermagem. A enfermagem é responsável pela guarda e administração dos medicamentos próprios ao paciente e a devolução dos medicamentos no momento da alta. Os medicamentos próprios trazidos pelo paciente deverão ser incluídos na prescrição médica.

5.9.3 OUTRAS BARREIRAS PARA A ADMINISTRAÇÃO SEGURA DE MEDICAMENTOS

- REMOVER do estoque das unidades de internação os eletrólitos concentrados (especialmente cloreto de potássio injetável) e bloqueadores neuromusculares.
- Estabelecer protocolos institucionais de administração de medicamentos e atualizá-los periodicamente.
- O enfermeiro deve supervisionar o preparo e a administração de medicamentos realizados por técnicos e auxiliares de enfermagem.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 53DBD0F6-DDF1-49F0-A487-6A414E010281

- Adequar os horários de administração dos medicamentos à rotina de uso já estabelecida pelo paciente antes da internação, sempre que possível.
- Evitar, dentro do possível, interações medicamento-medicamento e medicamento-alimento quando realizar o aprazamento de medicamentos.
- Discutir a prevenção das interações medicamentosas com a equipe multiprofissional (médico, farmacêutico e nutricionista).
- Organizar local adequado para o preparo de medicamentos, preferencialmente sem fontes de distração e que permita ao profissional concentrar-se na atividade que está realizando.
- Fazer consultas ao farmacêutico e aos materiais de consulta disponibilizados pela farmácia em caso de dúvidas sobre o nome do medicamento, posologia, indicações, contraindicações, precauções de uso, preparo e administração.
- Seguir os sistemas de identificação do paciente e do leito ou sala de medicação estabelecidos nos protocolos institucionais.
- Todas as demais orientações relacionadas à administração de medicamentos deverão constar nos POP's relacionados, os quais deverão ser de conhecimento de todos os profissionais envolvidos e em local de fácil acesso para consulta, quando necessário.

5.9.4 CASOS DE RECUSA NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Nos casos em que o paciente se recusar a receber alguma medicação no momento da administração, a enfermagem deverá registrar a recusa do paciente no prontuário e preencher o formulário de recusa disponível no sistema informatizado, o qual deverá ser assinado pelo paciente e arquivado.

5.9.5 DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS PELA ENFERMAGEM

Nos casos em que houver necessidade de devolução de medicamentos à farmácia por motivos de alta do paciente, óbito, evasão, troca de terapia medicamentosa, transferência do paciente, entre outros, a enfermagem deverá realizar a devolução do medicamento via sistema especificando o motivo da devolução e realizar a devolução, de preferência, no mesmo plantão em que o medicamento foi dispensado. A farmácia deverá realizar a conferência dos medicamentos devolvidos antes de realizar a entrada no sistema.

5.9.6 MONITORAMENTO PARA ADMINISTRAÇÃO SEGURA

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 53DBD0F6-DDF1-49F0-A487-6A414E010281

- Os eventos adversos relacionados à administração de medicamentos devem ser notificados ao Núcleo de Segurança do Paciente.

5.10 FARMACOVIGILÂNCIA

A Farmacovigilância é definida como a ciência e atividades relativas à identificação, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados ao uso de medicamentos. Cabe à farmacovigilância identificar, avaliar e monitorar a ocorrência dos eventos adversos relacionados ao uso dos medicamentos comercializados no mercado brasileiro, com o objetivo de garantir que os benefícios relacionados ao uso desses produtos sejam maiores que os riscos por eles causados.

Reação Adversa a Medicamento (RAM`s) pode ser entendida como uma "reação nociva e não-intencional a um medicamento e que ocorre nas doses normalmente usadas no homem para profilaxia, diagnóstico, terapia da doença ou para a modificação de funções fisiológicas".

Cabe à farmácia divulgar o FL.SBCD.FAR.003 - NOTIFICAÇÃO DE REAÇÃO ADVERSA A MEDICAMENTOS - RAM e treinar a todos os setores e profissionais da unidade quanto ao fluxo de notificação. Será disponibilizado um QR code a todos os profissionais para acesso ao formulário de notificação, ou poderão notificar diretamente no sistema Interact. Todas a RAM's notificadas deverão ser analisadas pelo farmacêutico através do F.SBCD.FAR.086 - FORMULÁRIO ALGORITMO DE NARANJO para identificar a relação de causalidade entre o medicamento e a reação adversa. Todos os pacientes com causalidade definida e provável deverão ser acompanhados pelo farmacêutico até o desfecho. O acompanhamento desse processo será realizado através do indicador mensal de "TAXA DE MONITORAMENTO DE RAM COM CAUSALIDADE PROVÁVEL OU DEFINIDA" com análise crítica e plano de ação. O preenchimento do indicador será realizado no sistema Interact até o 5º dia útil de cada mês.

Os pacientes também deverão ser orientados, através de campanhas, banners, etc. sobre a importância de notificar suspeitas de reações adversas a medicamentos. Foi padronizado modelo de banner a ser confeccionado pela unidade, afixado em locais estratégicos e utilizado como forma de orientação e campanhas de conscientização. (ANEXO V).

5.11 EDUCAÇÃO PERMANENTE

É de responsabilidade do farmacêutico realizar treinamentos a toda equipe envolvida no escopo deste protocolo quanto as ações, barreiras e processos para segurança no uso de medicamentos, bem como disponibilizar os

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 53DBD0F6-DDF1-49F0-A487-6A414E010281

materiais e ferramentas necessárias. Deve haver cronograma de treinamentos com toda equipe prevista na LNT da unidade, prevendo reciclagens periódicas. Todos os treinamentos deverão ser registrados em lista de presença.

6 – CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Medicamento com registro sanitário;
- Prescrição segura e completa;
- Medicamentos padronizados;
- Rastreabilidade e armazenamento adequado;
- Treinamento e cultura de segurança.

7 - CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Medicamentos com falhas de segurança ou qualidade;
- Prescrições incompletas ou ilegíveis;
- Medicamentos com nomes ou embalagens semelhantes;
- Medicamentos não padronizados;
- Amostras grátis ou produtos sem rastreabilidade.

8 – CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO E MONITORAMENTO

- Divulgação do protocolo às equipes envolvidas;
- Realização de reuniões de alinhamento e esclarecimento de eventuais dúvidas;
- Confecção dos materiais de orientação;
- Treinamento das equipes locais;
- Implantação dos formulários e processos descritos;
- Acompanhamento dos indicadores de monitoramento do protocolo e das notificações realizadas ao NSP.

9 - AÇÕES CORRETIVAS

- Revisão de fluxos;
- Reciclagem de treinamentos.

10 - RISCOS ENVOLVIDOS

- Danos ao paciente decorrentes de falhas em qualquer etapa da cadeia medicamentosa. Esses erros podem

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 53DBD0F6-DDF1-49F0-A487-6A414E010281

ocorrer na identificação, armazenamento, fracionamento, prescrição, a dispensação e administração de medicamentos e podem ser leves, moderados e graves.

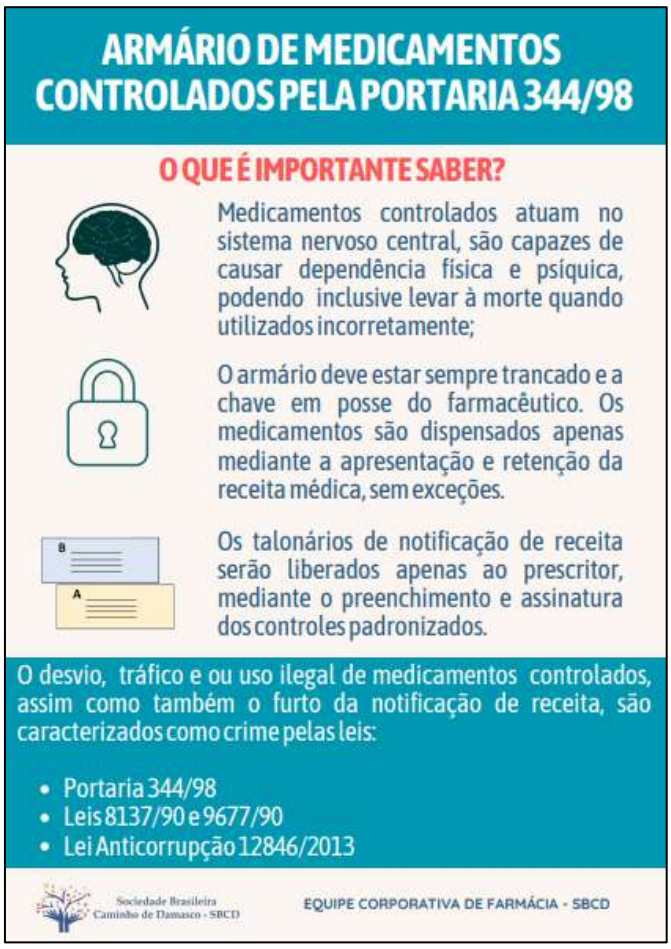
- Falha na notificação de eventos adversos a medicamentos.

11 - INDICADORES

- Taxa de análise de prescrição pelo farmacêutico;
- Taxa de conformidade na prescrição de medicamentos;
- Taxa de intervenção farmacêutica;
- Taxa de conformidade da dispensação de medicamentos;
- Taxa de Monitoramento de Reações Adversas a Medicamentos com causalidade provável ou definida.

12 - ANEXOS

ANEXO I – PLACA DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS PELA PORTARIA 344/98:

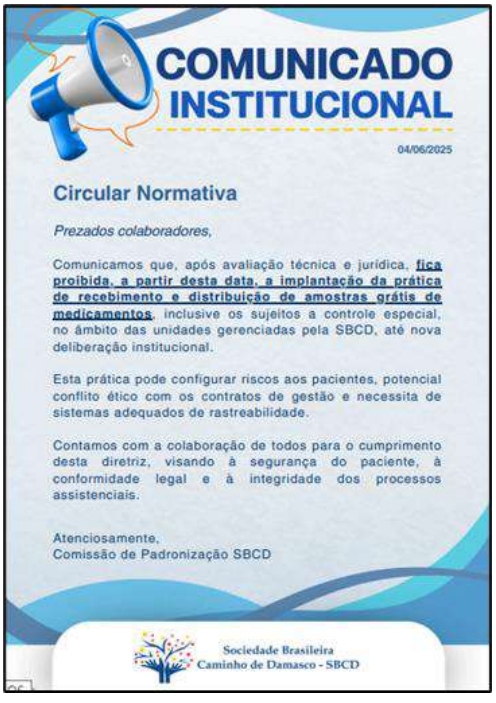


AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 53DBD0F6-DDF1-49F0-A487-6A414E010281

ANEXO II – LEGENDA DE PADRONIZAÇÃO DAS CORES PARA IDENTIFICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS E DOS 9 CERTOS DA ADMINISTRAÇÃO:

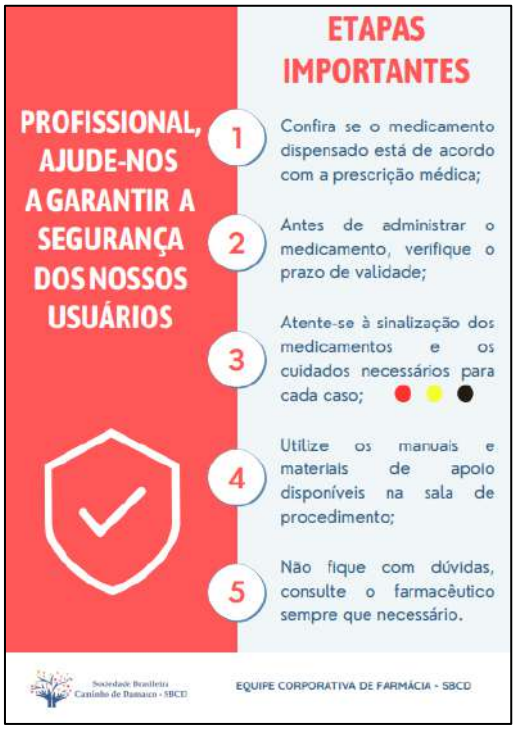
ANEXO III: CIRCULAR NORMATIVA AMOSTRAS-GRÁTIS



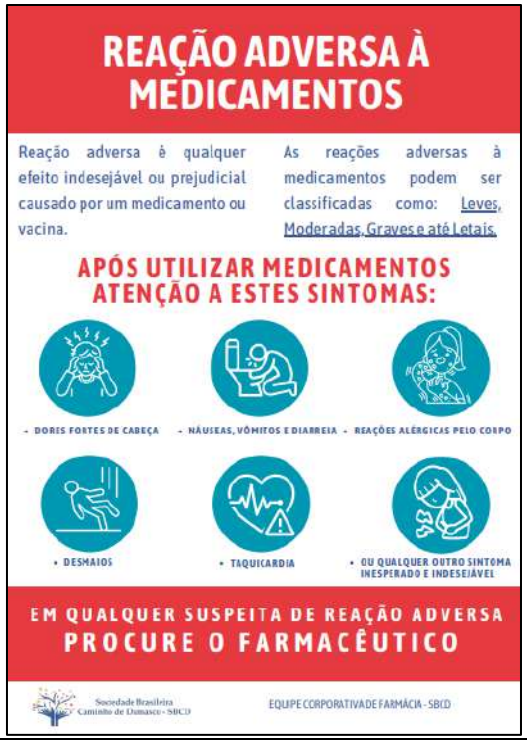
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 53DBD0F6-DDF1-49F0-A487-6A414E010281

ANEXO IV – PLACA DE ORIENTAÇÃO À ENFERMAGEM NA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS:



ANEXO V – BANNER RAM



CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 53DBD0F6-DDF1-49F0-A487-6A414E010281

13 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Anexo 03, 2013. Acesso em 26 de agosto de 2025.

2. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 44, de 17 de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2009/rdc0044_17_08_2009.html. Acesso em: 26 ago. 2025.

3. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 67, de 8 de outubro de 2007. Dispõe sobre Boas Práticas de Manipulação de Preparações Magistrais e Oficinais para Uso Humano em farmácias. [S. l.]: Saúde Legis, 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2007/rdc0067_08_10_2007.html. Acesso em: 26 ago. 2025

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 99018AFA-AF3C-4EF5-AA5B-20EBA3069D2A

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 100**	**VERSÃO:** 1
PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE QUEDAS	**VALIDADE:** 01/05/2026	**Pag. 1 de 8**

Elaborado por :Renata Colamarche	Data: 25/04/2020	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 90E0F55E05D144F...
Revisado por: Carla Casaes	Data: 28/04/2020	Visto: DocuSigned by: FAEFCD486FD6449...
Aprovado por: Tassiana Pita	Data: 01/05/2020	Visto: Assinado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz CEC19F2097164F7...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
1	25/09/2022	Elaboração do procedimento
2	01/05/2022	Primeira revisão e atualização
3	01/05/2024	Segunda revisão e atualização

Docusign Envelope ID: 99018AFA-AF3C-4EF5-AA5B-20EBA3069D2A

1- OBJETIVO

Definir a assistência no monitoramento e implementação de medidas para prevenção de quedas em pacientes atendidos no serviço de saúde.

2 – EXECUTANTES

- Enfermeiro;
- Técnico de enfermagem;
- Médico.

3 – DEFINIÇÕES

Queda: é o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil, provocada por circunstâncias multifatoriais que comprometem a estabilidade.

Tipos de Quedas:

- Paciente se desloca de maneira não intencional indo o corpo ao chão;
- Paciente é amparado durante a queda (mesmo que não chegue ao chão);
- Paciente escorrega de uma cadeira/poltrona/cama/vaso sanitário para o chão.

Fatores predisponentes para o Risco de Queda:

- Crianças menores de 05 anos
- Idosos com idade maior que 65 anos e sem acompanhantes;
- Uso de medicamentos que alteram o Sistema Nervoso Central;
- Uso de diuréticos e laxantes (urgência urinária e/ou intestinal);
- Distúrbios Neurológicos: crise convulsiva, delírio, demência, paresia, parestesia, plegia;
- Dificuldade de marcha;

Docusign Envelope ID: 99018AFA-AF3C-4EF5-AA5B-20EBA3069D2A

- Déficit sensitivo: visão, audição e tato;
- Alterações do nível de consciência;
- Indicador de repouso no leito por resultados laboratoriais.
- Queda anterior;
- Alteração do estado mental (confusão ou agitação)

4 – MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

- Cama com grades e travas nas rodas para pacientes acamados.
- Pulseira sinalizadora (cor amarela) para risco de queda;
- Placas indicadoras de risco de queda nos leitos de observação/emergência;
- Material para contenção no leito (se necessário);

5 – PROCEDIMENTOS

Todos os pacientes são avaliados para risco de queda pelo enfermeiro através da **Escala Morse de Quedas (EMQ)**, diariamente, a partir da data de admissão até o momento da alta, diretamente em sistema de prontuário eletrônico (anexo 1).

A colocação da pulseira amarela (anexo 2) será de responsabilidade do enfermeiro ao constatar risco de queda conforme Escala Morse de Quedas (EMQ).

A) MEDIDAS PREVENTIVAS E EDUCACIONAIS

- Orientar paciente quanto ao Risco de Queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização;
- Colocar pulseira amarela identificando o paciente com risco de queda;
- Manter ao alcance do paciente os pertences e objetos mais utilizados (coletor de urina, óculos, entre outros);
- Manter as grades de proteção elevadas e rodas travadas em caso de pacientes acamados.
- Realizar contenção mecânica dos pacientes de acordo com a avaliação e prescrição médica,
- Manter a área de circulação livre de móveis e utensílios desnecessários ao ambiente;
- Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho;
- Orientar o uso de calçados antiderrapantes;
- Orientar para que o paciente não se levante subitamente devido ao risco de hipotensão postural e tontura;
- Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsonianos;

Docusign Envelope ID: 99018AFA-AF3C-4EF5-AA5B-20EBA3069D2A

- Orientar paciente a andar devagar, não correr ou saltar nos corredores;
- Transportar o paciente sempre com a grade da maca e/ou cama elevada;
- Auxiliar na deambulação os pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;
- Transferir o paciente da cama para a maca em duas pessoas, no mínimo;
- Realizar o transporte do paciente para realização de exames ou transferência de setores com as grades da maca levantadas;
- Registrar na Evolução de Enfermagem as intervenções realizadas.

B) EM CASO DE QUEDA

Enfermagem: Acionar Equipe Médica.
Enfermeira: Avaliar o paciente conjuntamente com o médico e comunicar à RT/supervisão/coordenação de enfermagem imediatamente sobre o ocorrido.

Médico: Avaliar o paciente e solicitar exames, se necessário (raio-x, tomografia) e anotar na evolução médica o atendimento prestado e resultados de exames, se solicitados.
RT/Supervisor/Coordenador de Enfermagem: Deverá acompanhar o ocorrido e informar a diretoria/coordenação médica e de enfermagem (por e-mail) do evento detalhadamente, incluindo seu desfecho.

C) NOTIFICAÇÃO E AÇÕES NA OCORRÊNCIA DE QUEDA:

- Em caso de ocorrência de queda, colocar paciente no leito, comunicar a enfermeira de plantão para avaliação e exame físico;
- Na ausência do médico responsável pelo paciente, a enfermeira solicita a avaliação do médico plantonista disponível;
- Registrar em prontuário as circunstâncias em que ocorreu a queda e conduta médica;
- Preencher o impresso Eventos Adversos (anexo 3)**.**
- O registro da ocorrência deve ser feito imediatamente após a assistência prestada ao paciente na Evolução de Enfermagem e preencher o impresso de Eventos Adversos obrigatoriamente.

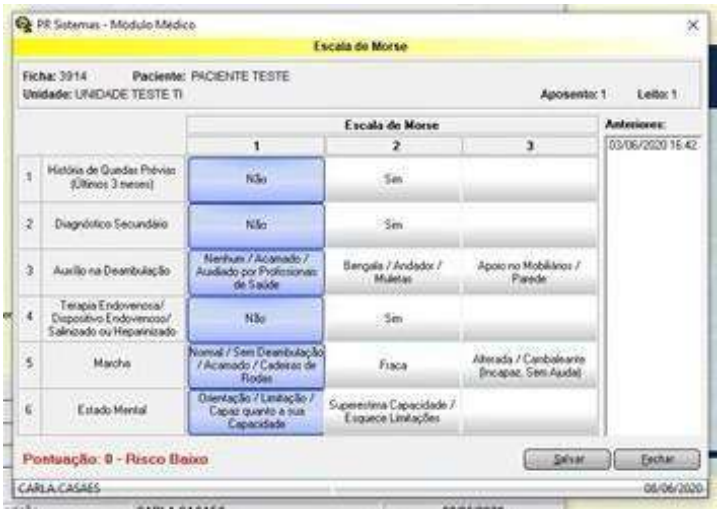
D) CLASSIFICAÇÃO DO RISCO DE QUEDA

Docusign Envelope ID: 99018AFA-AF3C-4EF5-AA5B-20EBA3069D2A

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	ESCORE EMQ	MEDIDAS DE PREVENÇÃO E EDUCAÇÃO
Paciente de Baixo Risco	0 a 24 pontos	Medidas Educativas.
Paciente de Moderado Risco	25 a 44 pontos	Adotar as medidas de prevenção e educação gerais.
Paciente de Alto Risco	≥ 45 pontos	Adotar as medidas de prevenção e educação gerais.

6– ANEXOS

1. ESCALA DE MORSE



2. PULSEIRA AMARELA DE IDENTIFICAÇÃO DE RISCO DE QUEDA

Docusign Envelope ID: 99018AFA-AF3C-4EF5-AA5B-20EBA3069D2A

3. FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTO ADVERSO

NOTIFICAÇÃO DE EVENTO ADVERSO

Nome (OPCIONAL)

SETOR NOTIFICANTE: DATA: / /

SETOR NOTIFICADO:

TIPO DE EVENTO ADVERSO (EA) RELACIONADO A SAÚDE

- A - Não conformidades de processo ou fluxo
- B - Evento adverso relacionado a atividades administrativas que resultou em lesão grave ao paciente
- C - Falha na identificação do paciente
- D - Acidentes do Paciente
- E - Queda de paciente
- F - Broncoaspiração
- G - Óbitos e Never events / Evento sentinela / Evento catastrófico
- H - Notificação de Farmacovigilância (medicamentos)
- I - Notificação de Tecnovigilância (equipamentos, materiais, artigos médico hospitalares)
- J - Notificação de Hemovigilância (hemoderivados)
- K - Outros. Descreva:

A - Descreva o evento adverso:

DADOS DO PACIENTE

Nome do paciente:

Data de nascimento:

Setor onde ocorreu o evento: Horário:

Diagnóstico na admissão:

B - Informe o tipo de evento adverso relacionado a atividades administrativas que resultou em lesão grave ao paciente:

- Admissão no serviço de saúde
- Marcação de consultas ou exames
- Transferência para outros serviços de saúde

C - Informe o tipo de falha na identificação do paciente:

- Ausência de pulseiras de identificação
- Troca de nome do paciente
- Ausência de identificação no leito do paciente

D - Informe o tipo de acidente do paciente:

- Corte/laceração profunda
- Intoxicação grave
- Lesão grave associada ao uso de contenção física ou grades da cama
- Outro: Qual?

E - Informe o tipo de queda do paciente:

- Da própria altura
- Tropeço, desmaio ou perda de equilíbrio
- Da maca
- No banheiro
- No corredor
- Transportado por outra pessoa
- Da cadeira (de rodas)

G - Em caso de Óbitos e Never events / Evento sentinela / Evento catastrófico, especifique qual evento ocorreu:

- Óbito ou lesão grave de paciente associado a falha na identificação do paciente
- Óbito ou lesão grave de paciente associado a administração de gás errado ao paciente (O2 e outros gases medicinais)
- Lesão por pressão estágio III (perda total de espessura tecidual – tecido adiposo subcutâneo pode ser visível, sem exposição dos
- Lesão por pressão estágio IV (perda total de espessura dos tecidos com exposição dos ossos, tendões ou músculos)
- Óbito ou lesão grave de paciente associados a choque elétrico durante a assistência dentro do serviço de saúde
- Óbito ou lesão grave de paciente resultante de perda irrecuperável de amostra biológica
- Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de contenção física ou grades da cama durante a assistência dentro do serviço de saúde
- Óbito ou lesão grave de paciente resultante de falha no diagnóstico clínico ou laboratorial
- Óbito ou lesão grave de paciente associados a quaisquer itens descontados de qualquer tipo durante a assistência dentro do serviço de saúde
- Alta ou liberação de paciente de qualquer idade que seja incapaz de tomar decisões, para outra pessoa não autorizada
- Óbito ou lesão grave de paciente associado à fuga do paciente
- Suicídio de paciente, tentativa de suicídio ou dano autoinfligido que resulte em lesão séria durante a assistência dentro do serviço de saúde
- Óbito ou lesão grave de paciente associado a queda

H - Descreva a não conformidade de farmacovigilância:

LOTE: DATA DE VALIDADE: DATA DE FABRICAÇÃO:

Docusign Envelope ID: 99018AFA-AF3C-4EF5-AA5B-20EBA3069D2A

1- Descreva a não conformidade de tecnovigilância
LOTE: NÚMERO DE REGISTRO: DATA DE FABRICAÇÃO:
2 - Em caso de Outros, especifique:
CONSEQUÊNCIAS PARA O PACIENTE
Grau do dano:
Nenhum
Leve
Moderado
Grave
Óbito

DEFINIÇÃO - GRAU DO DANO	
NENHUM	Nenhum sintoma, ou nenhum sintoma detectado e não foi necessário nenhum tratamento.
LEVE	Sintomas leves, perda de função ou danos mínimos ou moderados, mas com duração rápida, e apenas intervenções mínimas sendo necessárias (ex.: observação extra, investigação, revisão de tratamento, tratamento leve).
MODERADO	Paciente sintomático, com necessidade de intervenção (ex.: procedimento terapêutico adicional, tratamento adicional), com aumento do tempo de internação, com dano ou perda de função permanente ou de longo prazo.
GRAVE	Paciente sintomático, necessidade de intervenção para suporte de vida, ou intervenção clínica/cirúrgica de grande porte, causando diminuição da expectativa de vida, com grande dano ou perda de função permanente ou de longo prazo.
ÓBITO	Dentro das probabilidades, em curto prazo o evento causou ou acelerou a morte.

INFORMAÇÕES SOBRE O EVENTO ADVERSO
Data do evento adverso:
Em qual fase da assistência ocorreu o evento adverso:
Admissão
Durante a fase de diagnóstico (exames laboratoriais ou de imagem)
Durante a prestação de cuidados (avaliação, tratamento ou intervenção cirúrgica)
Transferência para outro bloco ou para outro serviço de saúde
Alta
Outros
Em que período ocorreu o incidente ou evento adverso:
Durante o dia (07:00h às 19:00h)
Durante a noite / madrugada (19:00h às 07:00h)
Não sei informar
Como foi identificado o incidente/evento adverso
Avaliação pró-ativa de riscos
Reconhecimento do erro
Por alteração do estado do paciente
Outro
AÇÕES DE MELHORIA PARA REDUZIR O RISCO E MITIGAR O DANO
Ações de melhoria para reduzir o risco e mitigar o dano relacionadas ao paciente:
Disponibilização de cuidados / apoio adequado
Disponibilização de instrução / orientações para o paciente
Disponibilização de equipamento de monitorização
Gestão da doença
Gestão da lesão
Gestão da incapacidade
Revelação / desculpa pública
Ainda não foram realizadas ações de melhoria
Outro
Ações de melhoria para reduzir o risco e mitigar o dano relacionadas à Instituição:
Promover capacitação / treinamento das equipes
Cumprir códigos / especificações / regulamentos
Disponibilizar o rápido acesso a protocolos / políticas / apoio à decisão
Melhoria da cultura de segurança
Disponibilizar checklist / protocolos / políticas
Adequar o número de profissionais à demanda
Ainda não foram realizadas ações de melhoria

Outro
USO EXCLUSIVO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE
Número de registro de notificação:
Data do recebimento da notificação:
Ficha não notificada ao NOTIVISA? Justificativa:
Discussão e condutas adotadas:
Data de retorno pós encaminhamento:

CARACTERÍSTICAS DO PACIENTE				
Gênero	**Idade**	**Data de internação**	**Tipo de procedimento**	
Masculino	18 a 25 anos			Diagnóstico
Feminino	26 a 35 anos			Prevenção
	36 a 45 anos			Tratamento
	46 a 55 anos			Outro
	56 a 65 anos			
	66 a 75 anos			
	76 a 85 anos			
	mais de 85 anos			

7 – REFERÊNCIAS

- MINISTÉRIO DA SAÚDE – ANVISA – FIOCRUZ. Protocolo de prevenção de quedas, Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente, Brasília, 2013.
- CARVALHO, E. T. F.; PAPALÉO, M. N. Geriatria. Fundamentos, Clínica e Terapêutica. Atheneu, São Paulo, 2004.

Docusign Envelope ID: 99018AFA-AF3C-4EF5-AA5B-20EBA3069D2A

- SMELTZER, S. C.; BRENDA, G. B. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgico. 9º ed. Guanabara koogan, Rio de Janeiro, 2002.
- MAYOR, E. R. C., Manual de Procedimentos e Assistência de Enfermagem. Atheneu, São Paulo, 2000.
- SANTOS, dos. M. G. Protocolos de Enfermagem. Identificação de Risco e Prevenção de Quedas. HEMORIO. 1ª Ed. 2010. Disponível em: http://www.hemorio.rj.gov.br/Html/pdf/Protocolo_enfermagem_prevencao_quedas.pdf. Acesso em 11 de Julho de 2012.
- CORREA, A. D. C., et al. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. Rev. Esc. Enferm USP; 46 (1): 67-74. 2012.

CC

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco - SBCD

Hospital Municipal de Cubatão Dr. Luiz de Gonzaga de Pompeia e Silva

SUS

PROTOCOLO ASSISTENCIAL	POP.14.002.00	
CIRURGIA E ANESTESIA SEGURA	REV. 00	PAG. 01/11

Elaborado por: Thalita de Oliveira Martins Tavares	Data: 09/05/2023	Visto: Thalita de O. Martins Tavares COREN SP 625818 ENF
Validado por: Luiza Procópio de Carvalho	Data: 26/06/2023	Visto Luiza Procópio de Carvalho Coord. R.T. de Enfermagem Coren - SP 265592
Aprovado por: Kevin Cristian Souza da Costa	Data: 29/06/2023	Visto: Kevin Cristian Souza da Costa Enfermeiro da Qualidade COREN-SP 511.390 SBCD - HMC

Rev.	Pág.(s).	Data	Descrição da Revisão

1 – OBJETIVO

A finalidade deste protocolo é determinar as medidas a serem implantadas para reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos e a mortalidade cirúrgica, possibilitando o aumento da segurança na realização de procedimentos cirúrgicos. Identificando corretamente o local cirúrgico e o paciente correto, por meio do uso da Lista de Verificação de Cirurgia Segura, desenvolvida pela OMS (Organização Mundial da Saúde).

2 – ALCANCE OU APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se ao Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico e Unidades de Atendimentos Ambulatoriais.

3 – ABREVIATURAS E DEFINIÇÕES

- **Lista de Verificação:** lista formal utilizada para identificar, comparar e verificar um grupo de itens/procedimentos.
- **Demarcação de Lateralidade:** demarcação de local a ser operado. Esta demarcação é particularmente importante em casos de lateralidade, estruturas múltiplas e níveis múltiplos.
- **Condutor da Listá de Verificação:** profissional de saúde (médico ou profissional de enfermagem), que esteja participando da cirurgia, sendo responsável por conduzir a aplicação da Lista de Verificação, de acordo com as diretrizes da Instituição de Saúde.
- **Segurança Anestésica:** conjunto de ações realizadas pelo anestesista, que visa à redução da insegurança anestésica por meio de inspeção formal do equipamento anestésico, da checagem dos medicamentos e do risco anestésico do paciente antes da realização de cada cirurgia. Seguimento do procedimento de Anestesia Segura com todas as suas recomendações e orientações, sempre na tentativa de minimizar danos aos pacientes e melhorar a qualidade da assistência.

- **Equipe Cirúrgica:** equipe composta por cirurgiões, anestesistas, profissionais de enfermagem e demais profissionais envolvidos na cirurgia

4 - DESENVOLVIMENTO

Muitos fatores concorrem para que um procedimento cirúrgico seja realizado de forma segura: profissionais capacitados, ambiente, equipamentos e materiais adequados para a realização do procedimento, conforme a legislação vigente, entre outros. Entretanto, este protocolo trata especificamente da utilização sistemática da Lista de Verificação da Cirurgia Segura como estratégia para reduzir o risco de incidentes cirúrgicos. Baseia-se na Lista de Verificação de Cirurgia Segura e no Manual de Cirurgia Segura, desenvolvidos pela OMS.

A Lista de Verificação divide o ato cirúrgico em três fases:

I. Antes da indução anestésica;
II. Antes da incisão cirúrgica,
III. Antes de o paciente sair da sala cirúrgica.

Cada uma dessas fases corresponde a um momento específico do fluxo normal de um procedimento cirúrgico. Para a utilização da Lista de Verificação, uma única pessoa deverá ser responsável por conduzir a checagem dos itens. Em cada fase, o condutor da Lista de Verificação 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 mantido na sala de cirurgia até a sua solução.

Para atendimento no HMC, o condutor da lista de verificação será o técnico de enfermagem responsável pela sala ou enfermeiro do plantão.

Não conformidades deverão ser revisadas verbalmente e avaliadas antes do início do procedimento e, em caso de solicitação médica para início do procedimento, esta validação deverá constar em relatório de enfermagem.

O condutor da Lista de Verificação deverá:

- Revisar verbalmente com o próprio paciente, sempre que possível, que

sua identificação tenha sido confirmada.

- Confirmar que o procedimento e o local da cirurgia estão corretos.
- Confirmar o consentimento para cirurgia e a anestesia.
- Confirmar visualmente o sítio cirúrgico correto e sua demarcação. A demarcação de sítio cirúrgico é realizada pelo cirurgião junto com o paciente, quando este se apresentar apto para tal. A enfermagem é responsável em manter a caneta de demarcação em sala e oferecê-la ao cirurgião responsável sempre antes da indução anestésica.
- Confirmar a conexão de um monitor multiparâmetro ao paciente e seu funcionamento.
- Revisar verbalmente com o anestesiologista, o risco de perda sanguínea do paciente, dificuldades nas vias aéreas, histórico de reação alérgica e se a verificação completa de segurança anestésica foi concluída.

Na rotina do centro cirúrgico do HMC, o cirurgião é questionado sobre perda sanguínea, existência de reserva prévia e necessidade de realização de coleta de sangue para tipagem sanguínea.

Antes da incisão cirúrgica (Pausa Cirúrgica)

Neste momento, a equipe fará uma pausa imediatamente antes da incisão cirúrgica para realizar os seguintes passos:

- A apresentação de cada membro da equipe pelo nome e função.
- A confirmação da realização da cirurgia correta no paciente correto, no sítio cirúrgico correto.
- A revisão verbal, uns com os outros, dos elementos críticos de seus planos para a cirurgia, usando as questões da Lista de Verificação como guia.
- A confirmação da administração de antimicrobianos profiláticos nos últimos 60 minutos da incisão cirúrgica ou a critério da tabela de antibiótico profilaxia da Instituição.

- A confirmação da acessibilidade dos exames de imagens necessários.

Vale ressaltar que para o HMC as equipes não realizam a pausa imediata antes da incisão. Os cirurgiões são questionados antes do início do procedimento, quando a enfermagem realiza checagem da disponibilidade de instrumentais, materiais e equipamentos. Tais necessidades de modificações/ajustes também serão repassadas à clínica cirúrgica.

Antes de o paciente sair da sala de cirurgia

A equipe deverá revisar em conjunto a cirurgia realizada por meio dos seguintes passos:

- A conclusão da contagem de compressas e instrumentais.
- A identificação de qualquer amostra cirúrgica obtida.
- A revisão de qualquer funcionamento inadequado de equipamentos ou questões que necessitem ser solucionadas.
- A revisão do plano de cuidado e as providências quanto à abordagem pós-operatória e da recuperação pós-anestésica antes da remoção do paciente da sala de cirurgia.

Atualmente, na dinâmica do HC as informações são repassadas entre equipes de enfermagem da sala cirúrgica e SRPA.

Antes da indução anestésica

A etapa - antes da indução anestésica - requer a presença do anestesiologista e da equipe de enfermagem.

Segue o detalhamento de cada um dos procedimentos desta etapa:

- Confirmar a identificação do paciente, do sítio cirúrgico, do procedimento e do consentimento informado.

O condutor da Lista de Verificação confirma verbalmente com o paciente sua identificação, o tipo de procedimento planejado, o sítio cirúrgico e a assinatura do consentimento para cirurgia. Quando a confirmação pelo paciente não for possível, como no caso de crianças ou pacientes incapacitados, um tutor ou familiar poderá assumir esta função.

Os *Termos de Consentimento Informados - cirúrgicos e anestésicos* - devem ser assinados pelo paciente ou seu representante legal, após os esclarecimentos feitos por médico membro da equipe cirúrgica, antes do encaminhamento do paciente para o local de realização do procedimento cirúrgico.

Demarcar o sítio cirúrgico

A identificação do sítio cirúrgico deverá ser realizada por médico membro da equipe cirúrgica antes do encaminhamento do paciente para o local de realização do procedimento. Sempre que possível tal identificação deverá ser realizada com o paciente acordado e consciente, que confirmará o local da intervenção. A instituição deverá ter processos definidos por escrito para lidar com as exceções, como, por exemplo, recusa documentada do paciente, de modo a garantir a segurança cirúrgica. O condutor deverá confirmar se o cirurgião fez a demarcação do local da cirurgia no corpo do paciente naqueles casos em que o procedimento cirúrgico envolve lateralidade, múltiplas estruturas ou múltiplos níveis. Nestes casos, a demarcação deverá ser realizada no corpo do paciente em local que indica a estrutura a ser operada com o uso de caneta demográfica. O símbolo a ser utilizado deverá ser padronizado pela instituição e deve permanecer visível após preparo da pele e colocação de campos cirúrgicos. Devem-se evitar marcas ambíguas como "*x*", podendo ser utilizado, por exemplo, o sinal de alvo para este fim.

Para garantir a lateralidade, o técnico de enfermagem identifica com uma pulseira azul, no ato de admissão do paciente, o lado a ser operado. Em conformidade, a escala de cirurgia também possui esta especificação como campo obrigatório no ato do agendamento. Em caso de dúvidas a pulseira é colocada após confirmação com cirurgião.

Verificar a segurança anestésica

O condutor completa a próxima etapa solicitando ao anestesiologista que confirme a conclusão da verificação de segurança anestésica.

Verificar o funcionamento do monitor multiparâmetros

Antes da indução anestésica, o condutor confirma que um monitor multiparâmetros tenha sido posicionado no paciente e que esteja funcionando corretamente.

Verificar alergias conhecidas

O condutor deverá perguntar ou confirmar se o paciente possui uma alergia conhecida, mesmo que o condutor tenha conhecimento prévio a respeito da alergia. Em caso de alergia, deverá confirmar se o anestesiologista tem conhecimento e se a alergia em questão representa um risco para o paciente. Se algum membro da equipe cirúrgica tem conhecimento sobre uma alergia que o anestesiologista desconheça, esta informação deverá ser comunicada.

Verificar a avaliação de vias aéreas e risco de aspiração

O condutor deverá confirmar verbalmente com o anestesiologista se este avaliou objetivamente se o paciente possui uma via aérea difícil. O risco de aspiração também deverá ser levado em consideração como parte da avaliação da via aérea.

Verificar a avaliação de risco de perda sanguínea

O condutor deverá perguntar ao anestesiologista se o paciente 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.

Antes da incisão cirúrgica (Pausa Cirúrgica)

A Pausa Cirúrgica é uma pausa momentânea feita pela equipe imediatamente antes da incisão cutânea a fim de confirmar que as várias verificações essenciais para a segurança cirúrgica foram empreendidas e que envolveram toda equipe.

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 à presença de novos membros ou funcionários que tenham se revezado dentro da sala cirúrgica desde o último procedimento, estes devem se apresentar.

Confirmar verbalmente a identidade do paciente, o sítio cirúrgico e o procedimento.

Imediatamente antes da incisão cirúrgica é conduzida uma nova confirmação pela equipe cirúrgica (cirurgião, anestesiologista e equipe de enfermagem) do nome do paciente, do procedimento cirúrgico a ser realizado, do sítio cirúrgico, checando a pulseira azul, quando cabível à lateralidade, e, quando necessário, do posicionamento do paciente.

Verificar a previsão de eventos críticos

O condutor da Lista de Verificação conduz uma rápida discussão com o cirurgião, anestesiologista e enfermagem a respeito de riscos graves e planejamentos operatórios.

Prever etapas críticas, possíveis eventos críticos, duração da cirurgia e perda sanguínea.

O cirurgião deverá informar à equipe quais são as etapas críticas e os possíveis eventos críticos e a perda sanguínea prevista.

Revisar eventuais complicações anestésicas

O anestesiologista deverá revisar em voz alta o planejamento e as preocupações específicas para ressuscitação cardiopulmonar. Deverá informar também a previsão do uso de sangue, componentes e hemoderivados, além da presença de comorbidades e características do paciente passíveis de complicação, como doença pulmonar ou cardíaca, arritmias, distúrbios hemorrágicos, etc..

Confirmar verbalmente a revisão das condições de esterilização, equipamentos

e infraestrutura.

O instrumentador ou o técnico que disponibiliza o equipamento para a cirurgia deverá confirmar verbalmente a realização da esterilização e sua confirmação por meio do indicador de esterilização, demonstrando que a esterilização tenha sido bem sucedida. Além de verificar se as condições dos equipamentos, bem como infraestrutura tenham sido avaliadas pela enfermagem.

Verificar a realização da profilaxia antimicrobiana

O condutor perguntará em voz alta se os antimicrobianos profiláticos foram administrados durante os últimos 60 minutos antes da incisão da pele, ou conforme protocolo da Instituição. O membro da equipe responsável pela administração de antimicrobianos (geralmente o anestesiologista) deverá realizar a confirmação verbal.

Verificar exames de imagem

O condutor deverá perguntar ao cirurgião se exames de imagem são necessários para a cirurgia. Em caso afirmativo, o condutor deverá confirmar verbalmente que os exames necessários para realização segura do procedimento cirúrgico estão na sala e expostos de maneira adequada para uso durante a cirurgia.

Antes de o paciente deixar a sala de cirurgia

Confirmar o nome do procedimento

O condutor deverá confirmar com o cirurgião e a equipe exatamente qual procedimento foi realizado.

Verificar a correta contagem de instrumentais, compressas e agulhas.

O profissional de enfermagem ou o instrumentador deverá confirmar verbalmente a conclusão das contagens finais de compressas e agulhas. Nos casos de cirurgia com cavidade aberta, a conclusão da contagem de instrumental também deve ser confirmada.

Instrumentais, perfuro cortantes, compressas cirúrgicas e compressas gaze são itens validados pelos técnicos de enfermagem em conjunto com instrumentadores e cirurgiões ao término de cada procedimento, sendo inseridos em relatório no prontuário do paciente.

Confirmar a identificação da amostra

O profissional de enfermagem deve confirmar a identificação/etiquetagem correta de qualquer amostra patológica obtida durante o procedimento pela leitura em voz alta do nome do paciente, descrição da amostra com indicação anatômica do local de origem da amostra e quaisquer outras indicações orientadoras.

Documentar problemas com equipamentos

O condutor deve assegurar que os problemas com equipamentos que tenham ocorrido durante a cirurgia sejam identificados, relatados e documentados pela equipe.

Rever as medidas para a recuperação pós-operatória

O cirurgião, o anestesiologista 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.

As estratégias de monitoramento quanto ao sucesso da utilização/realização do check list cirúrgico tendem a ser monitoradas através do registro de Eventos Adversos. A tratativa de tais eventos cabe às áreas envolvidas, que propõem o plano de ação com o objetivo de amenizar ou mesmo evitar novas ocorrências.

5 – RESPONSABILIDADES E ATRIBUIÇÕES

Este procedimento deve ser cumprido por todos Técnicos de Enfermagem, Enfermeiros Assistenciais e Supervisores das Unidades que possuem atendimento cirúrgico, Anestesiologistas, Cirurgiões e demais membros da equipe multidisciplinar. É de responsabilidade do Enfermeiro Supervisor do Centro Cirúrgico mantê-lo atualizado.

6 - REFERÊNCIAS

Protocolo para Cirurgia Segura – Ministério da Saúde/Anvisa/Fiocruz – 09/07/2013

Organização Pan-Americana de Saúde, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual Cirurgias Seguras Salvam Vidas. Brasília, 2010.

Docusign Envelope ID: 99018AFA-AF3C-4EF5-AA5B-20EBA3069D2A

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP. ENF 127	VERSÃO:1
COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS DE ROTINA	VALIDADE: 11/2025	Pag. 1 de 4

Elaborado por: Paula A. S. F. Martins	Data: 01/11/2023	Visto: Assinado por: Paula Andrea Shinzato Ferreira Martins 864CAF24E4274A4...
Revisado por: Carla Carin Casaes	Data: 05/11/2023	Visto: DocuSigned by: FAEFCD486FD6440...
Aprovado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz	Data: 12/11/2023	Visto: Assinado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz 0EC19F2087404F7...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
1	01/11/2023	Elaboração do Documento

Docusign Envelope ID: 99018AFA-AF3C-4EF5-AA5B-20EBA3069D2A

1- OBJETIVO

Orientar os profissionais de assistência quanto ao processo de pedido, coleta e resultado de exames laboratoriais para pacientes admitidos em observação nos setores de Emergência, Observação adulto, Observação pediátrica e eventualmente na Sala de medicação da unidade Pronto Socorro Municipal Dr. Lauro Ribas Braga, PSM Santana, doravante chamados de exames de rotina.

2 – ALCANCE

Unidades de urgência e emergência

3 – COMPETÊNCIA

- Enfermeiro;
- Médico;
- Coletores do laboratório

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

Exames de rotina são aqueles solicitados para pacientes admitidos em leito de observação de emergência em sala de emergência, nos setores de observação adulto e pediátrica e eventualmente em sala de medicação. Estes exames visam o monitoramento do quadro clínico de usuários que aguardam disponibilização de vaga em hospitais de referência via CROSS ou que necessitam de observação por período determinado na unidade.

5 –DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

Os exames de rotina serão também coletados pela equipe de coletores da empresa terceira do laboratório (CientificaLab), excetuando-se as coletas de gasometria arterial e de amostras de urina, que serão de responsabilidade do enfermeiro do setor. O enfermeiro deverá disponibilizar os pedidos médicos emitidos via sistema nos escaninhos dedicados para cada setor, viabilizando a verificação da equipe de coletores.

Os coletores deverão se dirigir a cada setor, realizar as coletas solicitadas e sempre identificar o SBAR com a etiqueta numerada comprobatória da coleta.

Os laudos destes exames necessitam estar disponíveis para que o médico diarista possa avaliar quando do momento da evolução e prescrição médica do usuário. Para isso, estes exames devem ter os resultados impressos até as 07h00 da manhã, e para tal, a coleta deve ocorrer no máximo até as 03:00h da madrugada, saindo em transporte para análise no malote das 04:00h da manhã.

Docusign Envelope ID: 99018AFA-AF3C-4EF5-AA5B-20EBA3069D2A

Pedidos de rotina, que contenham coleta de urina deverão ter as pendências na entrega desta amostra resolvidas em até 30 minutos após a primeira tentativa de coleta, dado o perfil de urgência da unidade. Desta forma, não será permitido o uso do "deve urina" como pendência de final de plantão, diurno ou noturno.

Eventual pendência de coleta deve ser sinalizada e resolvida com o Enfermeiro do setor do paciente, no mesmo turno da solicitação.

Em caso excepcional, sinalizar a não coleta em SBAR e justificar.

A entrega de resultados impressos deve ser feita pelo coletor da empresa terceira no setor de permanência do paciente.

Boas práticas para o coletor de exames no PSM SANTANA:

- Sempre se apresentar ao enfermeiro responsável pelos setores da unidade na entrada do plantão; (sala de emergência, corredor, observação adulto, observação pediátrica e sala de medicação).
- Se apresentar ao líder administrativo e coordenador/supervisor de enfermagem da unidade.
- A ficha de atendimento (FA) é obrigatória para a efetivação da coleta.
- Sobre o livro de registro das coletas:
  - Preencher todos os campos do caderno;
  - Assinar e carimbar sua identificação naquele horário e dia;
  - Registrar horário de coleta e de retirada das amostras,
  - Registrar envio de flyers verde e lilás com uma etiqueta do envio.
- Sinalizar a falta de insumos aos responsáveis da unidade para iniciar a contingência necessária.
- O coletor deve realizar notificação de eventos ao núcleo de segurança do paciente pelo QR CODE do NSP caso evidencie o fato.

6 – RESULTADO ESPERADO

Aumento da efetividade da coleta de exames laboratoriais, realizada em tempo hábil para avaliação médica dos pacientes admitidos em leito de observação em emergência.

7 – AÇÕES CORRETIVAS

N/A

8 – RISCOS DO PROCESSO

N/A

9 – INDICADORES

N/A

10 – ANEXOS

N/A

Docusign Envelope ID: 99018AFA-AF3C-4EF5-AA5B-20EBA3069D2A

12 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

N/**A**

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco - SBCD

Hospital Municipal de Cubatão hmc Dr. Luiz de Camargo da Fonseca e Silva

SUS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.16.015.00		
ACONDICIONAMENTO E ENCAMINHAMENTO DE PEÇAS ANÁTOMO-PATOLÓGICAS EM OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA	VAL. 05/27	REV. 00	PAG. 1/05

Elaborado por: Tissiane de Cássia Mestre	Data: 04/2025	Visto: Tissiane de Cássia Mestre Gerente Materno Infantil COREN-SP 137392 SBCD - HMC
Validado por: Daniela Aparecida Gomes Souza	Data: 05/2025	Visto: Daniela Aparecida Gomes Souza COREN-SP 320.564 - ENF
Validado por: Vanessa Matos do Nascimento Cova	Data: 05/2025	Visto: Thais Alvares Mendes Gerência Assistencial COREN-SP 465538-ENF SBCD - HMC
Aprovado por: Tissiane de Cássia Mestre	Data: 05/2025	Visto: Tissiane de Cássia Mestre Gerente Materno Infantil COREN-SP 137392 SBCD - HMC
Verificado por: Kevin Cristian Souza da Costa	Data: 05/2025	Visto: Kevin Cristian Souza da Costa Enfermeiro da Qualidade COREN/SP 511.290 SBCD - HMC

Rev.	Pág.(s).	Data	Descrição da Revisão

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco - SBCD

Hospital Municipal de Cubatão Dr. Luiz de Camargo da Fonseca e Silva

SUS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.16.015.00		
ACONDICIONAMENTO E ENCAMINHAMENTO DE PEÇAS ANÁTOMO-PATOLÓGICAS EM OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA	VAL. 05/27	REV. 00	PAG. 2/05

1 - OBJETIVO

Padronizar os procedimentos de coleta, identificação, acondicionamento e encaminhamento de peças cirúrgicas e fragmentos de biópsias provenientes de procedimentos em Ginecologia e Obstetrícia para exame anátomo-patológico, garantindo a segurança do paciente e a rastreabilidade das amostras.

2 – ALCANCE OU APLICABILIDADE

Aplica-se a todas as equipes assistenciais (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) e demais colaboradores envolvidos na coleta, manuseio e envio de peças para exame anátomo-patológico no âmbito do Hospital e Centro de Parto Normal/ Centro Cirúrgico Obstétrico.

3 – ABREVIATURAS E DEFINIÇÕES

FISPQ: Ficha de Informações de Segurança de Produtos Químicos, descreve os riscos e medidas de segurança no manuseio de substâncias como o formol.

PEP: Prontuário Eletrônico do Paciente.

Formol 10%: Solução fixadora de tecidos empregada para preservação de peças anatômicas.

Anátomo-Patológico: Exame histopatológico, utilizado para diagnóstico, prognóstico ou acompanhamento de patologias.

4 - DESENVOLVIMENTO

4.1 Descrição do Processo

Material

- Recipiente rígido ou saco plástico duplo resistente e bem vedado para transporte das peças (com volume suficiente de formol 10% para cobrir totalmente o material).
- Etiquetas de identificação da paciente (nome completo, data de nascimento).
- Fita adesiva para vedar e impedir vazamento.
- FISPQ do formol 10% (em local de fácil acesso).
- Livro/caderno de registro (protocolo de entrega).

4.2 Coleta e Identificação

1. **Requisição do Exame**: O médico solicita o exame no sistema, descrevendo a peça (ex.: tuba uterina direita, tuba uterina esquerda, placenta, fragmento de endométrio etc.) e imprime **3 vias** da requisição.
2. **Coleta da Peça**: A equipe de enfermagem ou responsável pela coleta identifica imediatamente a peça.

Aceitabilidade de fetos (Critérios referendados pelo Conselho Federal de Medicina).

a) Idade gestacional menor a 20semanas

b) Peso: <500gramas

3. **Identificação no Recipiente**:
    - Nome completo da paciente (sem abreviações)

4

- Data de nascimento
- Data/hora da coleta
- Lateralidade (quando aplicável, ex.: "Tuba uterina direita")
- Lote e validade do formol 10% (anotar no recipiente e/ou no campo apropriado da requisição)

4.3 Acondicionamento

1. **Uso de Formol 10%**: Preencher o recipiente/saco plástico com formol em quantidade suficiente para cobrir totalmente a peça.
2. **Vedação**:
   - Frasco com tampa rosqueável ou saco plástico duplo, bem lacrado, para evitar vazamentos.
   - Verificar se não existem perfurocortantes expostos que possam perfurar a embalagem.
3. **Etiqueta**: Fixar etiqueta com os dados da paciente no recipiente (a mesma informação deve constar na requisição).

.4 Documentação e Protocolo

1. **Requisições em 3 vias**:
   - Via 1: Segue junto à peça para o laboratório.
   - Via 2: Fica retida no laboratório ao término do recebimento.
   - Via 3: Devolvida à unidade de origem para juntada ao prontuário.
2. **Registro em Livro/Caderno de Protocolo**: Antes de encaminhar ao laboratório, registrar:
   - Nome completo da paciente, data de nascimento.
   - Descrição do material (ex.: "Tuba uterina direita").
   - Número de frascos/sacos.
   - Data e hora do envio.
   - Assinatura do profissional que entrega.
   - Campo para assinatura de quem recebe.

4.5 Transporte

1. **Recipiente Rígido**: Colocar os frascos ou sacos com o material dentro de um recipiente rígido ou maleta de transporte (Container), conforme orientam os POPs e o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS).
2. **Local de Destino**:
   - Levar ao laboratório de anatomia patológica/ laboratório de análises clínicas (2º andar.
   - Entregar o material para o colaborador responsável, conferindo novamente identificação e número de frascos.
3. **Encerramento do Envio**:
   - Após a conferência, 2 vias permanecem no laboratório (uma para o setor, outra para faturamento ou arquivo).
   - A via restante retorna para arquivo no prontuário.

4.6 Observações sobre Formalin (Formol 10%)

- **Manuseio Seguro**: Utilizar EPIs (luvas, máscara e avental).
- **Spill Response (Derramamento)**:
  - Isolar imediatamente a área.
  - Utilizar absorventes específicos ou material absorvente (ex.: serragem ou papel absorvente), conforme a FISPQ do produto.
  - Descartar o resíduo de acordo com as normas de biossegurança (resíduo químico perigoso).

4.7 MEDIDAS DE SEGURANÇA E PRECAUÇÕES

1. Utilizar equipamento de proteção individual (EPI) ao manipular peças e formol (luvas, avental, máscara, óculos de proteção, se indicado).
2. Proceder à higiene das mãos antes e após todo o procedimento.
3. Evitar inalar vapores de formol; manter recipientes fechados durante todo o processo.
4. Em caso de contato acidental com a pele, olhos ou mucosas, lavar abundantemente em água corrente e proceder de acordo com a FISPQ do produto.

5 – RESPONSABILIDADES E ATRIBUIÇÕES

- **Equipe Médica**:
  - Solicitar o exame anátomo-patológico no sistema (PEP ou outro módulo disponível), descrevendo a peça a ser analisada e hipóteses diagnósticas.
  - Emitir a requisição em 3 vias, identificando corretamente a paciente e o material.
- **Equipe de Enfermagem (Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem)**:
  - Coletar, identificar e acondicionar adequadamente o material em recipente/saco plástico/frasco com formol 10% conforme padrão.
  - Preencher, quando necessário, os dados complementares (ex.: local de coleta, lateralidade – tuba uterina direita/esquerda etc.).
  - Garantir que haja o volume adequado de formol (cobrindo completamente a peça).
  - Conferir lote e validade do formol e registrar essas informações no rótulo/frasco ou no formulário de envio.
  - Providenciar as 3 vias da requisição, sendo:
    1. Via que acompanha a peça ao laboratório;
    2. Via que permanece no laboratório;
    3. Via que será anexada ao prontuário do paciente.
  - Manter registro do envio em livro/caderno de protocolo, com data, horário, nome da paciente, descrição da(s) peça(s), número de frascos e assinaturas de quem entrega e de quem recebe.

- **Equipe do Laboratório/Setor de Anatomia Patológica**:
  - Receber o material, conferir identificação, conferir requisições e efetuar a triagem.
  - Assinar a via de protocolo, retendo 2 vias (uma para o laboratório e outra para faturamento, se aplicável) e devolvendo a via do prontuário para a equipe assistencial.
  - Encaminhar o material para processamento conforme rotina interna.

6 - REFERÊNCIAS

POP.22.001.00 – Acondicionamento e Encaminhamento de Material para o Laboratório de Anatomia-Patológica.

REG.22.005.00 – Fluxo de Envio de Anatomia Patológica.

Ficha de Informações de Segurança Química (FISPQ) do formol 10%.

Sociedade Brasileira Carolino de Damasco - SBCD

Hospital Municipal de Cubatão hmc Dr. Luiz de Camargo da Fonseca e Silva

SUS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.42.020.00		
SOLICITAÇÃO DE EXAMES EXTERNOS DE IMAGEM DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.	REV. 00	Valid. 08/2027	PAG. 01/04

Elaborado por: Anna Claudia Dias Dutra Silva/ Analista Administrativo SR.	Data: 18/08/2025	Visto: Anna Claudia Dutra Supervisão Administrativa SBCD - HMC
Validado por: Rebecca Kliver – Enfermeira Assistencial	Data: 08/2025	Visto: REBECCA KLIVER COREN/SP 621.36X-ENF
Verificado por: Kevin Cristian Souza da Costa / Qualidade	Data: 08/2025	Visto: Kevin Cristian Souza da Costa Enfermeiro da Qualidade COREN/SP 511.390
Aprovado por: Angélica Ferreira de Brito / Adm. hospitalar	Data: 08/2025	Visto: Angélica Ferreira Administrador Hospitalar SBCD - HMC

Rev.	Pág.(s).	Data	Descrição da Revisão
00	Todas	18/08/2025	Emissão Inicial

1 - OBJETIVO

Estabelecer o fluxo para solicitação, encaminhamento e realização de exames de imagem (Raio-X, Tomografia Computadorizada e Ultrassonografia) destinados às unidades de urgência e emergência, garantindo padronização, agilidade e segurança no atendimento.

2 – ALCANCE OU APLICABILIDADE

Este procedimento se aplica ao **Centro de Diagnóstico por Imagem (CDI).**

3 – ABREVIATURAS E DEFINIÇÕES

PSC: Pronto Socorro Central

PSI: Pronto Socorro Infantil

UPA: Unidade de Pronto Atendimento

CDI: Centro de Diagnóstico por Imagem

HMC: Hospital Municipal de Cubatão

APAC: Autorização de Procedimento de Alta Complexidade

NIR: Núcleo Interno de Regulação

SUS: Sistema Único de Saúde

4 - DESENVOLVIMENTO

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Hospital Municipal de Cubatão
hmc
Dr. Luiz de Camargo da Fonseca e Silva

SUS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.42.020.00		
SOLICITAÇÃO DE EXAMES EXTERNOS DE IMAGEM DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.	REV. 00	Valid. 08/2027	PAG. 02/04

Todas as solicitações, encaminhamentos e realizações de exames de imagem de origem externa, em casos de urgência e emergência, abrangendo Raio-X, Tomografia Computadorizada e Ultrassonografia.

Exames de Raio-X

- PSC e PSI: exames realizados conforme fluxo pactuado.
- UPA: exames realizados somente em caráter excepcional, visto que a unidade possui equipamento próprio.
- Médico responsável do atendimento emite pedido impresso.
- Paciente é encaminhado à Recepção do CDI/HMC.
- Exame é realizado conforme solicitação.

Exames de Raio-X pactuados: abdômen simples, antebraço, articulações (acromio-clavicular, coxo-femoral, escápulo-umeral, esterno-clavicular, tíbio-társica), bacia, braço, calcâneo, clavícula, coluna cervical, lombossacra e torácica, costelas, cotovelo, coxa, crânio, mão e dedos, ombro (3 posições), esôfago/estômago/duodeno, intestino delgado, joelho, laringe, mastoide, maxilar, pé, perna, punho, seios da face, sela túrcica, tórax.

Exames de Tomografia Computadorizada (TC)

- Disponíveis para PSC, PSI e UPA.
- Pedido em APAC (duas vias), com autorização da Regulação Municipal.
- Envio do pedido + autorização municipal para: recepcaocdi.hmc@sbcdesaude.org.br
- CDI/HMC retorna o e-mail com a liberação e agendamento.
- O procedimento será registrado no sistema, de acordo com a disponibilidade de horários na agenda.
- Em caso de necessidade, ou quando o e-mail apresentar instabilidade, é feito contato telefônico com o setor de origem para repassar as informações pertinentes ao agendamento.

Exames de TC pactuados: TC de face, abdômen total, tórax, crânio e coluna cervical.

Exames de Ultrassonografia (USG)

- Disponíveis para PSC, PSI e UPA.
- Pedido em APAC.
- Envio para: recepcaocdi.hmc@sbcdesaude.org.br
- CDI/HMC retorna com liberação e agendamento.
- O procedimento será registrado no sistema, de acordo com a disponibilidade de horários na agenda médica.
- Em caso de necessidade, ou quando o e-mail apresentar instabilidade, é feito contato telefônico com o setor de origem para repassar as informações pertinentes ao agendamento.

Exames de USG pactuados: abdômen total, aparelho urinário, Doppler colorido de vasos.

ESCALA MÉDICA PARA EXAMES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		
DIAS DA SEMANA	**PERÍODOS DA ESCALA**	**HORÁRIO DISPONÍVEIS SISTEMA**
SEGUNDA-FEIRA	MANHÃ	09:00 ÀS 09:30
SEGUNDA-FEIRA	TARDE	14:30 ÀS 15:00
TERÇA-FEIRA	MANHÃ	09:00 ÀS 09:30
TERÇA-FEIRA	TARDE	14:30 ÀS 15:00
QUARTA-FEIRA	MANHÃ	09:00 ÀS 09:30
QUARTA-FEIRA	TARDE	14:30 ÀS 15:00
QUINTA-FEIRA	MANHÃ	09:00 ÀS 09:30
QUINTA-FEIRA	TARDE	14:30 ÀS 15:00
SEXTA-FEIRA	MANHÃ	09:00 ÀS 09:30
SEXTA-FEIRA	TARDE	14:30 ÀS 15:00

Aos finais de semana, os agendamentos são efetuados de acordo com a escala de sobreaviso disponibilizada semanalmente pela empresa responsável pela equipe médica do CDI.

Exames Fora do Fluxo Pactuado

- Todos os exames não contemplados entre os pactuados, conforme descrito acima, deverão passar por avaliação médica para verificação e aprovação de sua realização. Essa análise será conduzida pelo médico plantonista do NIR, considerando a criticidade de cada caso.
- O médico solicitante deve encaminhar o pedido em APAC devidamente preenchida para o e-mail do NIR nir.hmc@sbcdsaude.org.br , contendo a justificativa da solicitação e todas as informações de identificação do paciente, sendo elas: nome completo, CPF, cartão SUS, data de nascimento, sexo, endereço e município de residência.
- O médico plantonista responsável pelo NIR no dia realizará a avaliação do caso, considerando sua criticidade, e retornará o e-mail informando a liberação do agendamento ou apresentando a justificativa para negativa.

5 – RESPONSABILIDADES E ATRIBUIÇÕES

PSC, PSI e UPA: encaminhar pedidos e autorizações ao CDI/HMC dentro do fluxo pactuado.

Recepção CDI/HMC: receber pedidos, conferir documentação e autorizações, liberar ou agendar exames.

NIR: avaliar solicitações fora do fluxo pactuado, autorizar ou indeferir conforme critérios técnicos e disponibilidade.

6 - REFERÊNCIAS

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Hospital Municipal de Cubatão
hmc
Dr. Luiz de Camargo de Fonseca e Silva

SUS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.42.020.00		
SOLICITAÇÃO DE EXAMES EXTERNOS DE IMAGEM DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.	REV. 00	Valid. 08/2027	PAG. 04/04

Documento pactuado entre unidades de urgência/emergência municipal e Hospital Municipal Central

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco - SBCD

Hospital Municipal de Cubatão Dr. Luiz de Camargo da Fonseca e Silva

SUS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.09.004.00		
INDICAÇÃO E CRITÉRIOS PARA ADMISSÃO E ALTA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E SEMI INTENSIVA.	VAL. 04/27	REV. 00	PAG. 01/05

Elaborado por: Graziela Paulos Duarte Pigozzi	Data: 04/2025	Visto: Graziela Duarte CRM 156802
Elaborado por: José Francisco Gonçalves Júnior	Data: 04/2025	Visto:
Elaborado por: Philipe Rachas Saccab	Data: 04/2025	Visto: Philipe Rachas Saccab Cardiologista CRM 121093
Validado por: Anna Claudia Dias Dutra da Silva	Data: 04/2025	Visto Anna Claudia Dutra Supervisão Administrativa SBCD - HMC
Validado por: Thaís Alvares Mendes	Data: 04/2025	Visto Thaís Alvares Mendes Gerência Assistencial COREN-SP 465538-ENF
Validado por: Angélica Ferreira Brito	Data: 04/2025	Visto Angélica Ferreira Administrador Hospitalar SBCD - HMC
Aprovado por: Roberto Alexandre da Rocha Alves	Data: 04/2025	Visto: Dr. Roberto Alexandre da Rocha Alves Diretor Técnico CRM 70242 SBCD - HMC
Verificado por: Kevin Cristian Souza da Costa	Data: 04/2025	Visto: Kevin Cristian Souza da Costa Enfermeiro da Qualidade COREN/SP 511.390 SBCD - HMC

Rev.	Pág.(s).	Data	Descrição da Revisão

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco - SBCD

Hospital Municipal de Cubatão hmc Dr. Luiz de Camargo de Fonseca e Silva

SUS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP.09.004.00	
INDICAÇÃO E CRITÉRIOS PARA ADMISSÃO E ALTA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E SEMI INTENSIVA.	VAL. 04/27	REV. 00	PAG. 02/05

1 – OBJETIVO

Descrever critérios clínicos claros e objetivos para admissões e altas das unidades de terapia intensiva – UTI e unidade de terapia semi intensiva – SEMI.

2 – ALCANCE

Unidade de terapia intensiva adulto e Semi Intensiva Adulto

3 – COMPETÊNCIAS

Núcleo Interno de Regulação (NIR) - gerenciamento dos leitos, controlar fluxos de pacientes e atuar como interface entre o hospital e a Central de Regulação.

Médico - Admissão e condução de Plano Terapêutico Singular (PTS).

Enfermagem – Preparo de leito e realizar cuidados assistências de acordo como o PTS.

Equipe Multiprofissional – Monitoramento e condução do PTS, bom como acolher e orientar familiares conforme alinhamento em reunião multiprofissional

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES GERAIS

Indicação e critérios para admissões e altas de pacientes em unidades de terapia intensiva e unidade semi intensiva adulto.

5 - DESENVOLVIMENTO:

A indicação de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é baseada em critérios clínicos e objetivos para garantir o melhor atendimento possível aos pacientes graves.

Quem delibera o destino do paciente é o Núcleo de Regulação Interna.

A Semi-Intensiva, também conhecida como Unidade de Cuidados Intermediários (UCI), é indicada para pacientes que precisam de monitoramento e cuidados especiais, mas não necessitam de suporte intensivo. A decisão do destino do paciente deve ser feita pelo NIR de posse das informações sobre o caso

Indicações Gerais de Terapia Intensiva

1. Insuficiência respiratória: Falência respiratória aguda ou crônica.
2. Insuficiência cardíaca: Infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca grave.
3. Trauma: Lesões graves, politraumatismo.
4. Sepse: Infecção grave com risco de morte.
5. Doenças neurológicas: Acidente vascular cerebral (AVC), traumatismo craniano.
6. Doenças renais: Insuficiência renal aguda ou crônica.
7. Doenças hematológicas: Leucemia, anemia grave.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP.09.004.00	
INDICAÇÃO E CRITÉRIOS PARA ADMISSÃO E ALTA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E SEMI INTENSIVA.	VAL. 04/27	REV. 00	PAG. 03/05

Indicações Específicas

1. Pacientes pós-operatórios: Recuperação de cirurgias complexas.
2. Pacientes com doenças crônicas: Diabetes, hipertensão, doenças pulmonares.
3. Pacientes imunocomprometidos: HIV, câncer, transplantados.
4. Pacientes com distúrbios psiquiátricos: Risco de suicídio ou agressividade.
5. Pacientes com doenças infecciosas: Tuberculose, meningite.

Critérios de Admissão em Unidade Semi Intensiva

1. Instabilidade hemodinâmica: Pressão arterial instável.
2. Dificuldade respiratória: Saturação de oxigênio < 90%.
3. Alterações neurológicas: Coma, convulsões.
4. Insuficiência renal: Creatinina > 2 mg/dl.
5. Falta de resposta a tratamento: Falha na melhoria clínica.

Indicações Clínicas

1. Insuficiência respiratória leve: Saturação de oxigênio entre 90-94%.
2. Insuficiência cardíaca: Infarto agudo do miocárdio sem instabilidade hemodinâmica.
3. Doenças neurológicas: Acidente vascular cerebral (AVC) leve, traumatismo craniano sem coma.
4. Doenças renais: Insuficiência renal crônica com necessidade de diálise.
5. Doenças hematológicas: Anemia grave, leucemia em remissão.
6. Infecções graves: Sepse leve, pneumonia.
7. Trauma: Lesões não críticas.
8. Ausência de leito de UTI no Hospital de Cubatão.

Indicações Pós-Operatórias

1. Cirurgias complexas: Cardiovascular, neurocirurgia, transplantes.
2. Recuperação pós-anestésica: Monitoramento após anestesia geral.
3. Complicações pós-operatórias: Hemorragia, infecção.

Critérios de Admissão

1. Instabilidade clínica: Necessidade de monitoramento contínuo.
2. Necessidade de oxigênio: Saturação de oxigênio < 94%.
3. Dor intensa: Necessidade de controle de dor.
4. Alterações neurológicas: Confusão, agitação.
5. Instabilidade hemodinâmica leve: Pressão arterial instável.

Contraindicações

1. Instabilidade hemodinâmica grave: Choque, hipotensão.
2. Insuficiência respiratória grave: Saturação de oxigênio < 80%.
3. Coma profundo: Glasgow < 8.
4. Doenças terminais: Sem possibilidade de recuperação.

Já o processo de alta das UTI e Semi deve ser realizado visando segurança dos pacientes, estabilidade clínica e atendimento humanizado aos pacientes e familiares, portando em alguns casos em pacientes em cuidados paliativos em fase de finitude de vida algumas variáveis podem e devem ser relativizadas. Para que uma alta seja segura e o paciente receba o melhor atendimento possível. Recomendamos que os critérios clínicos, fisiológicos, funcionais e os demais critérios sejam atendidos.

Critérios Clínicos

1. *Estabilidade hemodinâmica*: Pressão arterial estável sem necessidade de suporte vasopressor.
2. *Respiração estável*: Sem necessidade de ventilação mecânica ou com ventilação mecânica, mas com possibilidade de extubação.
3. *Oxigenação adequada*: Saturação de oxigênio > 92% com fração inspirada de oxigênio (FiO2) < 40%. Ou pacientes que já tenham definidas suas condutas de dependência de oxigênio estejam estabelecidas
4. *Controle da dor*: Dor controlada com analgésicos orais ou intravenosos.
5. *Estado mental estável*: Sem alterações significativas no estado mental nas últimas 24 horas

Critérios Fisiológicos

1. *Frequência cardíaca*: < 120 bpm.
2. *Pressão arterial*: < 180/100 mmHg.
3. *Frequência respiratória*: < 30 rpm.
4. *Temperatura corporal*: < 38°C.
5. * Pacientes em finitude de vida devem ter os critérios fisiológicos relativizados

Critérios de Funclonalidade

1. *Mobilidade*: Capacidade de se mover e realizar atividades básicas.
2. *Alimentação*: Capacidade de se alimentar por via oral.
3. *Higiene*: Capacidade de realizar atividades de higiene pessoal.
4. Pacientes com quadro sequelares estáveis nas últimas 24 horas devem ter os critérios funcionais relativizados

Outros Critérios

1. *Avaliação da equipe multidisciplinar*: Avaliação conjunta da equipe médica, enfermagem e outros profissionais de saúde.
2. *Disponibilidade de leito*: Disponibilidade de leito em unidade de internação ou enfermaria.
3. *Aceitação do paciente*: Aceitação do paciente e familiares para a alta.

6 – REFERÊNCIAS:

AMIB, American College of Critical Care Medicine (ACCM), European Society of Intensive Care Medicine (ESICM), Ministério da Saúde (Brasil), Organização Mundial da Saúde (OMS), Sociedade Brasileira de Cardiológica, Sociedade Brasileira de Medicina Intensiva (SBMI),

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco - SBCD

Hospital Municipal de Cubatão Dr. Luiz de Camargo da Fonseca e Silva

SUS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.14.001.00	
ATENDIMENTO PARA CLIENTES DE CIRURGIA ELETIVA	REV. 00	PAG. 1/5

Elaborado por: Thalita de Oliveira Martins Tavares	Data: 06/04/2023	Visto: Thalita de O. Martins Tavares COREN-SP 626510 - ENF
Revisado por: Luiza Procópio de Carvalho	Data: 18/04/2023	Visto Luiza Procópio de Carvalho Coord. R.T. de Enfermagem Coren - SP [illegible]
Aprovado por: Kevin Cristian Souza da Costa	Data: 26/04/2023	Visto: Kevin Cristian Souza da Costa Enfermeiro da Qualidade COREN SP 511.390 SBCD - HMC

Rev.	Pág.(s).	Data	Descrição da Revisão

1 – OBJETIVO

Recepcionar os clientes, identificar sua demanda por procedimento cirúrgico e viabilizar seu acesso de forma adequada e segura aos serviços hospitalares, obedecendo aos padrões e normas da instituição.

1 – ALCANCE

Este procedimento é aplicável às áreas de Suprimentos, Ambulatórios, Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, Relacionamento com Clientes, Faturamento, Corpo Clinico.

2 – COMPETÊNCIAS

Compete ao Serviço de Controle de Infecção Hospitalar manter este procedimento atualizado e cumprir o que nele está estabelecido.

3 – ABREVIATURAS E DEFINIÇÕES

AIH – Autorização para Internação Hospitalar;

SUS – Sistema Único de Saúde;

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

4 - DESENVOLVIMENTO

Atendimento ao cliente de Cirurgias Eletivas e Pequenos Procedimentos

O atendimento ao cliente de cirurgia eletiva na Central de Autorizações se faz necessário para solicitação de autorização prévia de procedimentos e OPME's que serão realizados e utilizados no Hospital de Cubatão.

- Nos casos de atendimento SUS, paciente vem encaminhado da SMS para consulta com cirurgião que ao identificar a necessidade de cirurgia, emitirá o laudo de solicitação de AIH, pedidos de exames e encaminhamentos para o risco cirúrgico.
- Após a consulta o médico entrega as solicitações de cirurgia para a técnica de enfermagem responsável pelo ambulatório, onde a mesma faz uma primeira verificação da documentação. Caso esteja tudo ok, o médico encaminhará o paciente à recepção para agendar os exames e a técnica encaminha as solicitações à Central de Autorizações para continuidade no fluxo de autorização.

- A recepcionista realizará o agendamento dos exames Laboratoriais, ECG e Rx, já disponibilizados pelos setores de referência, entregando ao paciente a marcação contendo dia, horário e orientação de preparo/jejum.

A gestão de cirurgias eletivas consiste em:

- Separação da AIH para auditoria (médico auditor da SMS, audita os pedidos no HMC), conforme procedimento de controle de autorizações;
- Marcação de consulta com anestesista (sempre que necessário);
- Encaminhamento da AIH autorizada pelo auditor e documentações necessárias à SMS. A relação de AIHs é feita em planilha e encaminhadas com protocolo de envio;
- Recebimento das AIH devolvida pela SMS e conferência da aptidão para a cirurgia através da leitura do prontuário do atendimento de retorno com o cirurgião e avaliação anestésica quando necessário.

Processo de Check-in

- Central de atendimento ao cliente verifica a Escala do Centro Cirúrgico, com 24 horas de antecedência;
- Contata o paciente para confirmar a data do procedimento e o orienta sobre o preparo e a chegar no hospital 1hora e 30 minutos antes do horário programado do procedimento, de posse de documento com foto e exames pré-operatórios (caso tenha realizado).
- Deve ser orientado ainda ao cliente a necessidade de evitar portar pertencer de maior valor no dia do procedimento e cumprir o jejum de 08 horas, conforme orientações médicas.
- Caso o paciente optar por não realizar o procedimento, envia email de cancelamento às áreas envolvidas no processo de internação e realização da cirurgia, até as 19:00hs do dia que a antecede.

Atendimento Internações Eletivas

Para processar a internação a recepcionista localiza o agendamento do paciente que será internado.

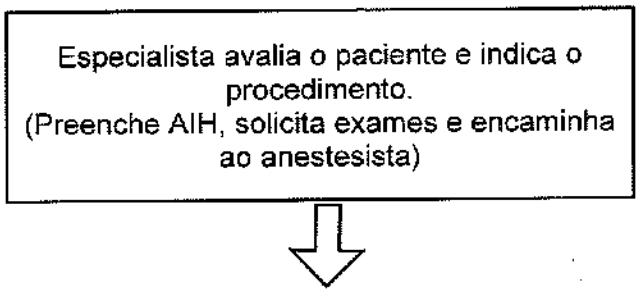
Em seguida preencher os dados da internação eletiva verificando o número do prontuário do paciente;

O termo de Consentimento para Anatomia Patológica deve ser preenchido e anexado ao prontuário nos casos de internação cirúrgica, no momento da admissão do paciente.

É obrigatória a conferencia do preenchimento do Termo de Consentimento Cirúrgico emitido pelo médico, que deverá conter o carimbo e assinatura do médico, assinatura do paciente ou seu responsável legal. Sem este termo o paciente não poderá ser internado. A Recepcionista deverá contatar o centro cirúrgico e informar a pendência do Termo de Consentimento e, tão logo seja confeccionado, o paciente poderá ser admitido para a internação.

Segue abaixo o fluxograma para agendamento cirúrgico

Fluxograma para agendamento cirúrgico



Recepcionista agenda os exames, a consulta com o anestesista e informa ao paciente imediatamente.
(Encaminhar a AIH para central de autorização após os atendimentos)

↓

Auxiliar administrativo do setor de autorização informa, por e-mail, ao Centro Cirúrgico (com cópia para luiza.carvalho@sbcdsaude.org.br e raquel.carvalho@sbcdsaude.org.br os pacientes que estão com os procedimentos autorizados.

→ Procedimentos que necessitam de OPME: Encaminhar a solicitação médica para os e-mails luiza.carvalho@sbcdsaude.org.br e thalita.tavares@sbcdsaude.org.br

↓

Auxiliar administrativo do Centro Cirúrgico retorna o e-mail com a data do procedimento e as recomendações.

→ Auxiliar administrativo do setor de autorização entrega a AIH autorizada no Centro Cirúrgico 1 dia antes do procedimento.

↓

Telefonista realiza contato com os pacientes informando sobre o agendamento (4 dias de antecedência e confirmação 2 dias antes do procedimento) e retorna o e-mail com as confirmações.

5 – RESPONSABILIDADES E ATRIBUIÇÕES

As atribuições deste procedimento são aplicáveis às áreas de Suprimentos, Ambulatórios, Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, Relacionamento com Clientes, Faturamento e Corpo Clinico.

A Supervisora do Centro Cirúrgico é responsável por manter este procedimento atualizado.

DocuSign Envelope ID: C52805C4-7A73-4C9A-B8A3-E59D6986AA5E

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.SBCD.SST.001	VERSÃO: 02
MANUAL DE BIOSSEGURANÇA - UNIDADES NORTE SBCD 2023	VALIDADE: 11/2025	Pag. 1 de 11

Elaborado por: Marcos Feitosa dos Santos	Data: 11/2023	Visto: DocuSigned by: Marcos Feitosa Dos Santos 0EA379D65FFA493...
Revisado por: NQSP	Data: 11/2023	Visto: DocuSigned by: Erica de Cassia Laurindo C3591491EA564CF...
Revisado por: CCIRAS	Data: 11/2023	Visto: DocuSigned by: Flavio Scodamaci E4314A9B29754C1...
Aprovado por: Gerencia DP	Data: 11/2023	Visto: DocuSigned by: FERNANDA JURADO A9A546CC139B435...
Aprovado por: Gerencia Assistencial	Data: 11/2023	Visto: DocuSigned by: EVANDRO CEZAR SIQUEIRA VILELA 7D8652CE90B7464...

Rev.	Data	Descrição da Revisão / Data / Responsável
0	Não aplica	Emissão inicial.
1	11/2023	Acrescentada nova unidade de referência no fluxograma de acidente com material biológico: UPA Jaçanã

1- OBJETIVO

Este manual descreve as ações de segurança quanto ao processo de manuseio, descarte, acondicionamento, desinfecção e transporte dos materiais biológicos. Onde tem por objetivo orientar os funcionários, prestadores de serviço, pacientes e visitantes como proceder em caso de acidente. Contemplando a Norma Regulamentadora – N.R. 32 - SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO EM SERVIÇOS DE SAÚDE, que tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção de saúde e segurança dos funcionários em estabelecimentos de assistência à saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral.

2 – ALCANCE

Este Manual aplica-se a todos os colaboradores, setores e áreas da Sociedade Brasileira Caminho de Damasco, em todos os seus níveis, inclusive às Unidades de Saúde geridas pela SBCD.

3 – COMPETÊNCIA

SESMT – Serviço Especializado de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho.

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

UPA - Unidade de Pronto Atendimento;

UBS - Unidade Básica de Saúde;

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DocuSign Envelope ID: C52805C4-7A73-4C9A-B8A3-E59D6986AA5E

AMA - Atendimento Médico Ambulatorial;

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial;

NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família;

EMAD - Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar;

EMAP - Equipe Multiprofissional de Apoio;

PAI - Programa de Acompanhamento de Idoso;

APD - Programa Acompanhante da Pessoa com Deficiência;

NIR - Núcleo de Integração de Reabilitação;

SRT - Serviço de Residência Terapêutica;

UAA - Unidade de Acolhimento Adulto;

CER - Centro Especializado em Reabilitação;

URSI - Unidade de Referência à Saúde do Idoso;

PSM - Pronto Socorro Municipal;

DML - Depósito de Material de Limpeza;

PGR – Programa de Gerenciamento de Riscos;

EPI – Equipamento de Proteção Individual;

NR – Norma Regulamentadora;

SESMT – Serviço Especializado de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho

SCIH – Serviço de Controle de Infecção Hospitalar;

BIOSSEGURANÇA é um conjunto de procedimentos, ações, técnicas, metodologias, equipamentos e dispositivos capazes de eliminar ou minimizar riscos inerentes as 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.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DocuSign Envelope ID: C52805C4-7A73-4C9A-B8A3-E59D6986AA5E

PERFUROCORTANTE: São todos os objetos capazes de causar perfurações e/ou cortes como por exemplo: (seringas, agulhas, escalpes, ampolas, vidros, lancetas, estiletes, bisturis ou qualquer material pontiagudo).

MATERIAL BIOLÓGICO: Como material biológico deve ser entendido sangue humano e secreções tais como líquido ascético, líquido pleural, secreções brônquicas, pus, sêmen, secreção vaginal, liquor (fluído corporal), saliva, urina, etc. Qualquer um dos elementos citados pode estar infectado com bactérias, vírus, fungos.

São agentes Biológicos os microrganismos, geneticamente modificados ou não; as culturas de células; os parasitas; as toxinas e os príons. A classificação dos agentes biológicos encontra-se no anexo I da NR 32.

ACIDENTE DO TRABALHO: é aquele que ocorre pelo exercício do trabalho, a serviço da empresa, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou perda ou redução, permanente ou temporária da capacidade para o trabalho.

NR 32, Item- 32.2.4.11: Define que os funcionários devem comunicar imediatamente todo acidente ou incidente, com possível exposição a agentes biológicos, ao responsável pelo local de trabalho e, quando houver, ao serviço de segurança e saúde do funcionário (SESMT).

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

4 - INTRODUÇÃO

Este manual foi elaborado pela equipe de profissionais da Educação Permanente, SESMT e SCIH com a principal finalidade de garantir a Saúde e Segurança ocupacional de cada profissional que possa estar exposto em atividades assistenciais. Sendo assim, através desse manual de orientações de BIOSSEGURANÇA, será possível apresentar e eliminar situações inseguras bem como evitar atos que possam gerar ricos de acidentes de trabalho. A SBCD tem com finalidade que a segurança no trabalho como parte integrante e fundamental de suas operações. No entanto, compete a cada um de nós funcionários de forma praticar e a assegurar a saúde em todos os postos de trabalho.

5- RISCOS OCUPACIONAIS

(Portaria do Ministério do Trabalho, MT no. 3214, de 08/06/78)

5.1 Riscos de Acidentes

Estes tipos de riscos de acidentes são qualquer fator que possa colocar o funcionário em situação de perigo e possa afetar sua integridade física e bem estar emocional. São exemplos de risco de acidente: perfurocortantes, batida

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DocuSign Envelope ID: C52805C4-7A73-4C9A-B8A3-E59D6986AA5E

contra, agressões físicas, equipamentos sem proteção, riscos de princípio de incêndio, arranjo físico inadequado, armazenamento inadequado de material, mobiliários, etc.

5.2 Riscos Ergonômicos

Os riscos ergonômicos são qualquer fator que possa interferir nas características psicofisiológicas do funcionário causando desconforto ou afetando sua saúde. São exemplos de risco ergonômico: o levantamento e transporte manual de peso, o ritmo excessivo de trabalho, a monotonia, a repetitividade, a responsabilidade excessiva, a postura inadequada de trabalho, o trabalho em turnos, entre outro.

5.3 Riscos Físicos

São os agentes de inúmeras formas de energia a que possam estar expostos os funcionários, tais como: ruído, vibrações, pressões anormais, temperaturas extremas, radiações ionizantes, radiações não ionizantes, ultrassom, materiais cortantes e pontiagudos, etc.

5.4 Riscos Químicos

Está associado ao perigo que o funcionário está exposto ao manipular produtos químicos que podem causar danos físicos ou prejudicar a sua saúde. Os danos físicos relacionados à exposição química incluem, desde irritação na pele e olhos, passando por queimaduras leves, indo até aqueles de maior severidade, causado por incêndio ou explosão. Os danos à saúde podem advir de exposição de curta e/ou longa duração, relacionadas ao contato de produtos químicos tóxicos com a pele e olhos, bem como a inalação de seus vapores, resultando em doenças respiratórias crônicas, doenças do sistema nervoso, doenças nos rins e fígado, e até mesmo alguns tipos de câncer.

5.5 Riscos Biológicos

Considera-se risco biológico a probabilidade da exposição ocupacional a agentes biológicos, vírus, bactérias, sangue, microrganismos geneticamente modificados ou não; as culturas de células; os parasitas; as toxinas e os príons.

6. PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRABALHO COM MATERIAL BIOLÓGICO

As principais recomendações adequadas para prevenção de risco de acidentes com material biológico, são:

- ✓ Descartar o material perfurocortante de forma rápida e segura;
- ✓ Nuca reencapar as agulhas, de acordo com o item 32.2.4.15 da NR-32;
- ✓ Não as desconectar das seringas e não as dobrar;
- ✓ Utilizar os dispositivos de segurança das seringas e agulhas;
- ✓ Montar corretamente as caixas coletoras de perfurocortantes;

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DocuSign Envelope ID: C52805C4-7A73-4C9A-B8A3-E59D6986AA5E

- ✓ O descarte de agulhas, seringas e outros materiais contaminados devem ocorrer o mais próximo possível da área onde são gerados;
- ✓ Descartar em recipientes rígidos e resistentes a perfuração, invioláveis. De acordo com a norma da ABNT nº 13.853;
- ✓

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DocuSign Envelope ID: C52805C4-7A73-4C9A-B8A3-E59D6986AA5E

- ✓ O uso de calçados abertos.
- ✓ Os funcionários não devem deixar o local de trabalho com os equipamentos de proteção individual, bem como jalecos.
- ✓ Conforme orientação e treinamento do SESMT, todos os Equipamentos de Proteção Individual (EPI), descartáveis ou não, estão à disposição dos funcionários nos postos de trabalho, setor de farmácia e/ou almoxarifado de forma que seja garantido o imediato fornecimento ou reposição.

8. ATENDIMENTO EM CASO DE ACIDENTE

O Prazo para comunicação do acidente de trabalho é imediato ou até um (01) dia útil após o acidente. Conforme fluxogramas de acidentes disponíveis a todos os funcionários, conforme também informações do SESMT, através de integrações e treinamentos.

8.1 Tratamento Imediato no Local da Exposição

NR 32, Item- 32.2.4.1.1, define que em caso de exposição acidental, medidas de proteção devem ser adotadas imediatamente, mesmo que não previstas no PGR.

8.2 Exposições Percutâneas

Conforme informação do setor de Educação Permanente e SCIH o local atingido deve ser lavado abundantemente com água corrente e sabão, não apertando, espremendo ou pressionando o local, pois isso pode aumentar a superfície de contato. Nunca utilize agentes irritantes, tais como, hipoclorito, éter, benzina, sobre o local, isso pode aumentar a superfície lesionada.

8.3 Exposição de mucosas

Lavar a região afetada exaustivamente com água corrente ou soro fisiológico.

Todo funcionário das unidades de saúde SBCD que sofrer acidente com exposição biológica deverá seguir as orientações do Protocolo de Assistência a Exposição Ocupacional a Material Biológico, conforme fluxograma em anexo a este Manual de Biossegurança.

9. IMPORTÂNCIA DA UTILIZAÇÃO DE EPI's:

O Equipamento de Proteção Individual é utilizado pelo funcionário, e a sua principal função é a de criar uma barreira para sua proteção.

Ex.: luvas, máscara N95/PFFS2, óculos de proteção, avental descartável.

A máscara N95 terá a validade de 14 dias, desde que seja armazenada adequadamente, em sua embalagem de origem.

<u>OBS:</u> A utilização dos EPI'S é obrigatória durante a realização dos procedimentos, que há risco de

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DocuSign Envelope ID: C52805C4-7A73-4C9A-B8A3-E59D6986AA5E

exposição a fluido corpóreo.

Os Equipamento de Proteção Individua, são adotados a partir do resultado das avaliações previstas no PGR.

10. VACINAÇÃO

Conforme a NR 32 é obrigatório a todo funcionário da área de saúde estar com a sua carteira de vacinação devidamente atualizada com as imunizações: contra Tétano, Difteria, Sarampo Caxumba e Rubéola, Hepatite B e COVID. No momento da admissão, quando no exame admissional o funcionário deverá entregar no setor de Medicina do Trabalho uma cópia de sua carteira de vacinação atualizada.

Todos os profissionais de saúde devem estar vacinados e ter consciência de que vacina é proteção específica de doenças

11. COMISSÃO DE PERFUROCORTANTE

Comissão Perfurocortante do HMMC é de caráter permanente, com funções educativas, fiscalizadoras e consultivas com intuito de reduzir os riscos de acidentes com materiais perfurocortantes, com probabilidade de exposição a agentes biológicos da instituição.

12. CUMPRIMENTO LEGAL DA NR-32

12.1 Área Assistencial, Apoio e Administrativo:

Nas áreas assistenciais, de apoio e administrativo todos os funcionários, deverão seguir as orientações de segurança descritas:

CABELO: preso e amarrado.

ADORNOS: É vedado o uso de qualquer tipo e tamanho de adorno. Exemplo: brincos, corrente, pulseira, anel, aliança, relógio, lenço, gravata, etc.

UNHAS: Curtas.

BARBA: Não é aconselhável (Quando utilizados devem ser aparados e curtos próximo a pele) o uso de barba devido ao risco de inalação de aerossóis respiratórios pelo impedimento da vedação correta da máscara N-95.

JALECO: Devido a contaminação cruzada, não é permitido o uso do jaleco fora das dependências nas unidades de saúde da SBCD (Lei nº 14.466/11) e dentro do refeitório.

13. HIGIENIZAÇÃO E CONSERVAÇÃO

Os funcionários da empresa de higienização que realizam a limpeza nas unidades de saúde SBCD, deverão ser

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DocuSign Envelope ID: C52805C4-7A73-4C9A-B8A3-E59D6986AA5E

capacitados pelos seus responsáveis, durante a integração e de forma continua, quanto aos princípios de higiene pessoal, risco biológico, risco químico, sinalização, rotulagem, EPI, EPC e procedimentos em situações de emergência.

Para as atividades de limpeza e conservação, cabe a empresa contratada:

a) Providenciar carro funcional destinado à guarda e transporte dos materiais e produtos indispensáveis à realização das atividades;

b) Providenciar materiais e utensílios de limpeza que preservem a integridade física do funcionário;

c) Proibir a varrição seca nas áreas internas;

d) Proibir o uso de adornos.

e) Utilizar os EPI's de acordo com o risco.

14. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

As unidades SBCD:

a) Atende as condições de conforto relativas aos níveis de ruído previstas na NR 15 da Portaria 3214;

b) Atende as condições de iluminação conforme NBR 5413 da ABNT;

c) Atende as condições de conforto térmico previstas na NR 15 da Portaria 3214;

d) Mantém os ambientes de trabalho em condições de limpeza e conservação.

Antes da utilização de qualquer equipamento, os funcionários são capacitados quanto ao modo de operação e seus riscos.

15. É PROIBIDO

- ✓ O ato de fumar nas dependências das unidades de saúde;
- ✓ Manuseio de lentes de contato em postos de trabalho (Conforme NR 32);
- ✓ Consumo de alimentos nos postos de trabalho (Conforme NR 32);
- ✓ Guardar alimentos em locais não destinados a estes fins (Conforme NR 32);
- ✓ Uso de calçado aberto (Conforme NR 32);

Entende se por calçado aberto aquele que proporciona exposição da região do calcâneo (calcanhar), dorso do pé (peito) ou das laterais do pé.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DocuSign Envelope ID: C52805C4-7A73-4C9A-B8A3-E59D6986AA5E

15.1 Nos locais de assistência ao paciente, todos os lavatórios e pias possuem:

a) Torneiras ou comandos que dispensem o contato das mãos quando do fechamento da água;

b) Sabão líquido e toalhas descartáveis para secagem das mãos.

6 – RESULTADO ESPERADO

Garantir a segurança do funcionário e prestadores de serviços.

7 – AÇÕES CORRETIVAS

Não aplica.

8 – RISCOS DO PROCESSO

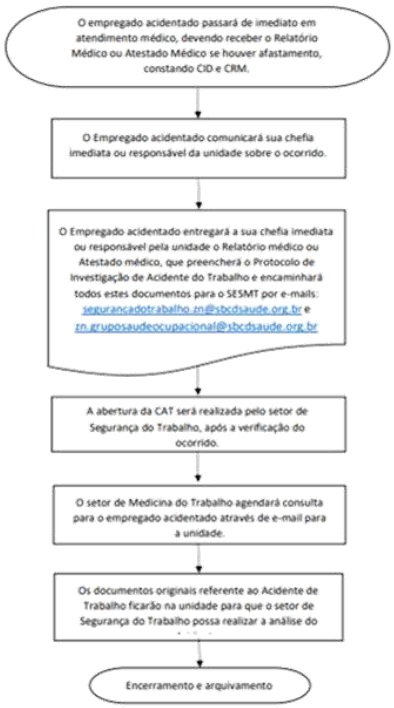
Acidente do Trabalho;
Riscos de Infecção.

9 – INDICADORES

Não aplica.

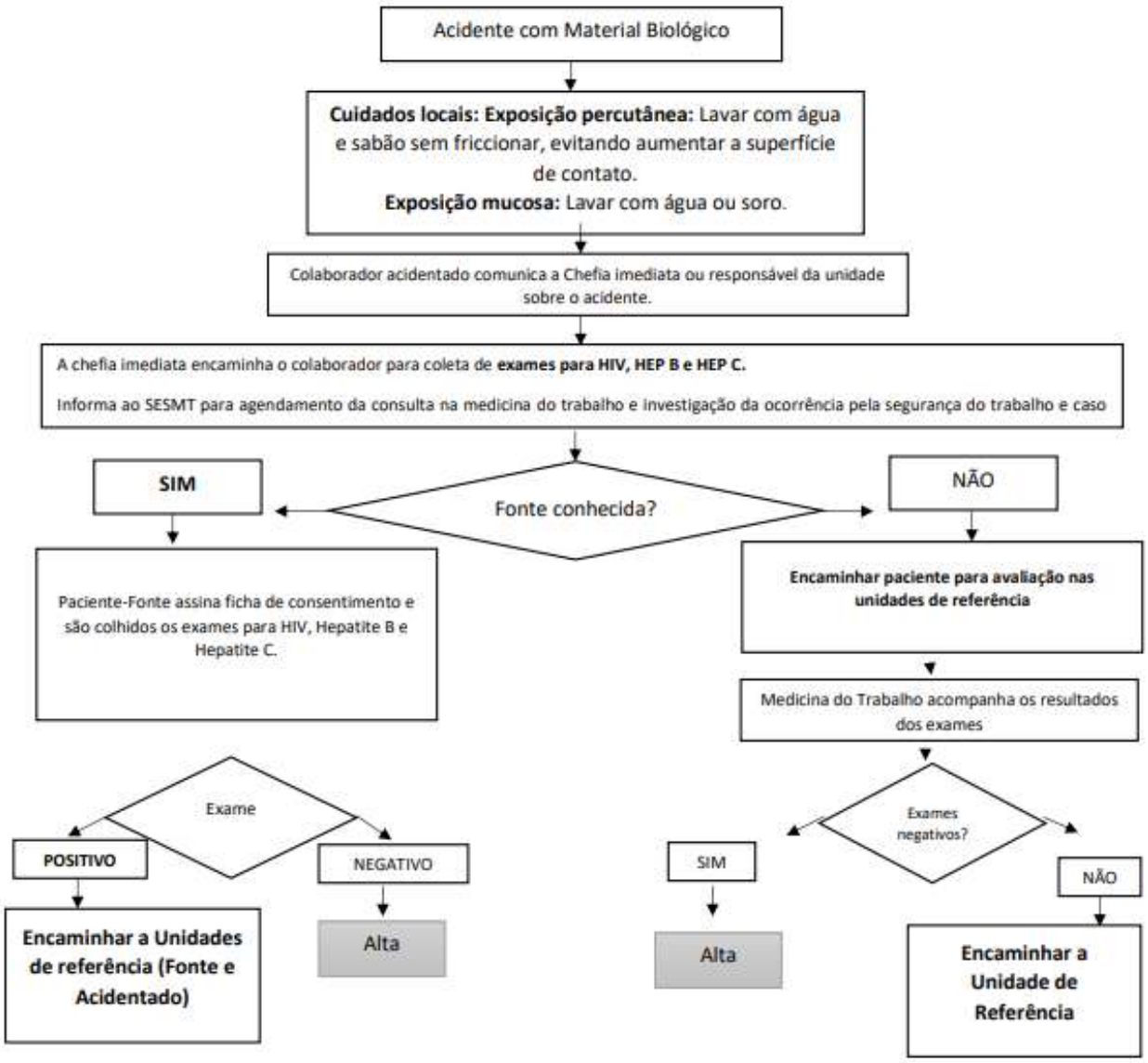
10 – ANEXOS

1. **Fluxograma de notificação de acidente típico**



CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DocuSign Envelope ID: C52805C4-7A73-4C9A-B8A3-E59D6986AA5E



Unidades de referência:

P.S. Santana-Dr. Lauro Ribas Braga: Rua Voluntários da Pátria, 943-Santana – tel: 2223-2900 – 24 horas
UPA Jaçanã: Rua Estér Eliza, 229 - Vila Nilo, São Paulo, SP – tel: 11 2243-1669 – 24h

Após atendimento médico, o empregado acidentado entregará a sua chefia imediata ou responsável pela unidade o Relatório Médico ou Atestado Médico, que preencherá o Protocolo de Investigação de Acidente do Trabalho e encaminhará todos estes e demais documentos para o SESMT por e-mail: segurancadotrabalho.zn@sbcdsaude.org.br e zn.gruposaudeocupacional@sbcdsaude.org.br

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DocuSign Envelope ID: C52805C4-7A73-4C9A-B8A3-E59D6986AA5E

11 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- Normas Regulamentadoras, N.R. 06 – EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL–EPI (Texto dado pela Portaria MTP n.º 2.175 de 2022).
- Normas Regulamentadoras, N.R. 32 - SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO EM SERVIÇOS DE SAÚDE - Portaria GM n.º 1.748, de 30 de agosto de 2011 31/08/11.
- Norma Regulamentadora, NR-7 - PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL – PCMSO – Portaria
- MTb n.º 3.214, de 08 de junho de 1978.
- NR-09 - AVALIAÇÃO E CONTROLE DAS EXPOSIÇÕES OCUPACIONAIS A AGENTES FÍSICOS, QUÍMICOS E BIOLÓGICOS - Entrou em vigor no dia 03 de janeiro de 2022 (Portaria SEPRT n.º 8.873, de 23 de julho de 2021).
- RDC Nº 306, de 7 de dezembro de 2004 - Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.
- Portaria CVS – 16, de 19/11/1999, Resolução de Diretoria Colegiada n.º 50, de 21 de fevereiro de 2002, da ANVISA, Ministério da Saúde - VIGILÂNCIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE E DE INTERESSE À SAÚDE

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Hospital Municipal de Cubatão
hmc
Dr. Luiz de Camargo da Fonseca e Silva

SUS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.15.015.00		
RECEBIMENTO, LAVAGEM E ENXÁGUE DE MATERIAIS NA CME	VAL. 05/27	REV. 00	PAG. 01/04

Elaborado por: Camila Pinheiro Henrique de Oliveira	Data: 03/2025	Visto: Camila Pinheiro Henrique de Oliveira Supervisora CC/CME COREN 710807 SBCD - HMC
Validado por: Ana Paula de Freitas Bahia dos Santos	Data: 05/2025	Visto: Ana Paula F. B. dos Santos Médica CRM-SP 219957
Verificado por: Kevin Cristian Souza da Costa	Data: 05/2025	Visto: Kevin Cristian Souza da Costa Enfermeiro da Qualidade COREN/SP 511.390 SBCD - HMC
Aprovado por: Thais Alvares Mendes	Data: 05/2025	Visto: Thais Alvares Mendes Gerência Assistencial COREN-SP 465538-ENF SBCD - HMC

Rev.	Pág.(s).	Data	Descrição da Revisão

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco - SBCD

Hospital Municipal de Cubatão Dr. Luis de Camargo da Fonseca e Silva

SUS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.15.015.00		
RECEBIMENTO, LAVAGEM E ENXÁGUE DE MATERIAIS NA CME	VAL. 05/27	REV. 00	PAG. 02/04

1 - OBJETIVO

Estabelecer o fluxo padronizado para o recebimento, lavagem e enxágue de materiais na Central de Material e Esterilização (CME), garantindo a segurança, rastreabilidade e qualidade do processo.

2 – ALCANCE OU APLICABILIDADE

Este POP é aplicável a todos os colaboradores da CME envolvidos no processamento de materiais críticos, semicríticos e não críticos.

3 – ABREVIATURAS E DEFINIÇÕES

- EPI – Equipamento de Proteção Individual
- RDC 15/2012 – ANVISA: Regulamento para Processamento de Produtos para Saúde.

4 - DESENVOLVIMENTO

4. 1 Recebimento dos Materiais

Antes de qualquer etapa de manuseio, conferência ou registro dos materiais, todos os profissionais devem realizar a higienização das mãos, conforme estabelecido no Procedimento Operacional Padrão – POP.07.006.00 – Higienização das Mãos. Essa prática é obrigatória para garantir a segurança do processo, prevenir contaminações cruzadas e assegurar a qualidade na assistência à saúde.

1. **Identificação dos materiais**: Verificar se os materiais estão identificados com etiquetas que contenham o nome do setor de origem, data e horário de envio.
2. **Checagem de conformidade**: Conferir a integridade física dos instrumentos e separar itens danificados.
    - Itens danificados devem ser imediatamente sinalizados e encaminhados para reparo.
3. **Registro**: Documentar o recebimento em planilha ou sistema eletrônico, garantindo a rastreabilidade.

4.2 Lavagem dos Materiais

A higienização das mãos deve ser realizada antes do início do preparo para lavagem e sempre que houver troca de atividade, de acordo com o POP.07.006.00 – Higienização das Mãos. Essa medida é essencial para manter a assepsia durante o manuseio dos instrumentos contaminados.

1. **Preparo para lavagem**:
    - Utilizar EPI completo (aventais impermeáveis, luvas, óculos de proteção e máscara).
    - Remover resíduos macroscópicos com gaze ou papel descartável.
2. **Desmontagem dos instrumentos**:

- Desmontar instrumentos articulados para melhor exposição das superfícies.

3. **Imersão**:
   - Imergir os instrumentos em solução detergente enzimática durante 5 minutos podendo sofrer alteração de tempo de acordo com fabricante.
   - Certificar-se de que todos os canais e superfícies estão submersos.
4. **Escovação manual**:
   - Escovar os instrumentos sob solução detergente enzimática em área de escovação com água corrente.
   - Usar escovas apropriadas e não abrasivas.
5. **Lavagem automatizada (se aplicável)**:
   - Inserir os instrumentos desmontados no equipamento de lavagem ultrassônica.

4.3 Enxágue

1. **Primeiro enxágue**:
   - Realizar o enxágue inicial com água corrente para remover resíduos do detergente.
2. **Segundo enxágue**:
   - Utilizar água de qualidade controlada em grande demanda certificando da retirada de todo e qualquer resíduo.
3. **Inspeção visual**:
   - Avaliar a presença de resíduos visíveis e, se necessário, repetir a lavagem.
4. **Secagem**:
   - Secar os instrumentos com papel descartável ou ar comprimido filtrado.

5. Controle de Qualidade

- Realizar testes de limpeza conforme recomendação da SOBECC (testes químicos ou visuais).
- Documentar todas as etapas do processo e arquivar relatórios.
- Realizar auditorias internas periódicas para avaliar a conformidade com este POP.

6. Não Conformidades

- Materiais não processados corretamente devem ser separados, identificados e retrabalhados.
- Todas as não conformidades devem ser registradas e reportadas ao Enfermeiro Responsável.

8. Indicadores de Desempenho

- Taxa de conformidade no recebimento e lavagem dos materiais.
- Número de não conformidades identificadas por semana.

5 – RESPONSABILIDADES E ATRIBUIÇÕES

- **Enfermeiro Responsável:** Supervisionar o cumprimento do POP e a rastreabilidade dos materiais.
- **Técnicos de Enfermagem:** Executar as etapas descritas neste procedimento, registrar as atividades e reportar não conformidades.

6 - REFERÊNCIAS

RDC 15/2012 – ANVISA: Regulamento para Processamento de Produtos para Saúde.

Manual da Anvisa: Segurança do Paciente – Processos de Desinfecção e Esterilização de Artigos: Guia técnico que detalha o processo de limpeza, desinfecção e esterilização na assistência saúde. Disponívelem:https://bvsms.saude.gov.br/

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco - SBCD

Hospital Municipal de Cubatão hmc Dr. Luiz de Camargo da Fonseca e Silva

SUS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP.10.004.00
DEFINIÇÃO E MANUSEIO DO CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA (PICC)	REV. 00	PAG. 1/12

Elaborado por: Joelma Moreira Niza	Data: 17/04/2024	Visto: Joelma Moreira Niza COREN/SP - 8927[illegible]: ENF
Validado por: Jailma da Silva Queiroz	Data: 17/04/2024	Visto: Jailma da Silva Queiroz Coordenadora Enfermagem COREN-SP 56979[illegible]
Aprovado por: Kevin Cristian Souza da Costa	Data: 17/04/2024	Visto: Kevin Cristian Souza da Costa Enfermeiro da Qualidade COREN/SP 511.390 SBCD - HMC

Rev.	Pág.(s).	Data	Descrição da Revisão

1 – OBJETIVO

O PICC/CCIP é um dispositivo seguro, pois permite a administração de medicamentos e fluídos que não são recomendados para infusão em uma veia periférica.

FINALIDADES:

- ✓ Tratamento endovenoso com drogas vesicantes (nutrição parenteral ou soro glicosado com concentração superior a 12,5%) e irritantes.
- ✓ Tratamento endovenoso com soluções hiperosmolares como nutrição parenteral. Administração de antibióticos por tempo prolongado.
- ✓ Infusão de agentes antineoplásicos.
- ✓ Coletas de sangue.
- ✓ Infusão de sangue total e/ou hemoderivados

2 – ALCANCE

Este procedimento se aplica a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal/Pediátrica, no tratamento de pacientes, principalmente com quadro mais grave e em uso de medicação por período prolongado.

3 – COMPETÊNCIAS

1. Enfermeiros:
    a. Avaliação inicial do local de inserção do PICC.
    b. Inserção do PICC.
    c. Monitoramento regular do local de inserção quanto a sinais de infecção ou complicações.

d. Realização de curativos e trocas conforme necessários.
e. Educação do paciente e dos cuidadores sobre cuidados com o PICC e sinais de complicações.

2. Médicos:
   a. Avaliação e seleção do local de inserção do PICC.
   b. Prescrição do PICC, incluindo tipo e comprimento adequados.
   c. Supervisão do processo de inserção do PICC.
   d. Tratamento de complicações relacionadas ao PICC, como infecções ou trombose.
3. Farmacêuticos:
   a. Preparo e fornecimento dos medicamentos que serão administrados através do PICC.
   b. Monitoramento da compatibilidade dos medicamentos com o PICC e com outros medicamentos administrados simultaneamente.
4. Técnicos de radiologia:
   a. Realização do exame de imagem para confirmação do posicionamento e inserção da ponta do cateter PICC por meio de exames de imagem, como radiografias ou ultrassonografia.
5. Fisioterapeutas:
   a. Avaliação e recomendação de estratégias para preservar a mobilidade e a funcionalidade do paciente com o PICC.
   b. Educação sobre atividades seguras para evitar danos ao PICC.

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES GERAIS

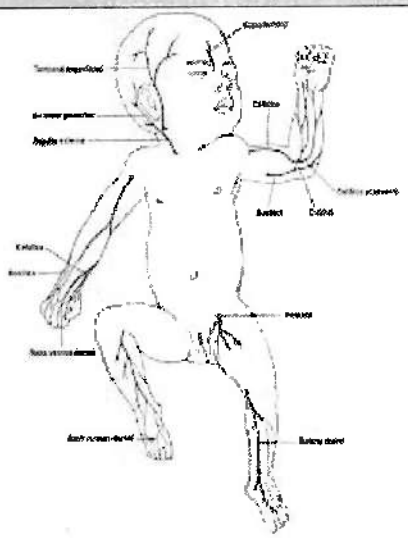
HMC – Hospital Municipal de Cubatão
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

- Definição Cateter confeccionado em material macio e flexível, inserido através de uma veia periférica e posicionado no sistema venoso central (aorta, artéria pulmonar, veia cava superior, veia cava inferior, veias braquiocefálicas, veias

jugulares internas, veias subclávias e veias femorais).

- Evita exposição às punções de repetição proporcionando a preservação da rede venosa periférica e, consequentemente, diminuição do manuseio e exposição à dor.

5 - DESENVOLVIMENTO:



O (PICC) é usado para designar um cateter que é inserido por punção venosa periférica e segue até a veia cava superior ou inferior, sendo, portanto, considerado um cateter central. É um cateter de longa duração, de uso contínuo ou intermitente e podendo ser usado em ambiente hospitalar, ambulatorial ou domiciliar. Em 1929, foi realizada a inserção do que seria um PICC, quando um médico alemão chamado Forssman passou uma sonda uretral em si mesmo em veia de fossa cubital. Mas somente na década de 70 que, com a criação de um cateter de silicone, que foi realmente instituído o procedimento de inserção do PICC nas unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN). Houve uma expansão do uso deste cateter nos anos 80 por enfermeiros, seja pela vantagem de poder ser inserido à beira leito e pelo surgimento de vários programas de capacitação profissional. Contudo, o PICC tem sido utilizado no Brasil desde 1990, tornando-se frequente verdadeiramente na área neonatal a partir de 2000, já que os recém-nascidos (RNs) internados são considerados frágeis, vulneráveis e os mais propensos a riscos iatrogênicos.

O PICC é indicado, para esta população, especialmente nos casos de prematuridade, baixo

peso e malformações congênitas, de modo a aumentar suas oportunidades de sobrevida e melhor prognóstico. O PICC constitui-se a primeira escolha para acesso venoso central após o cateterismo umbilical. Sua inserção consiste em um procedimento bastante delicado, necessitando de profissionais capacitados e qualificados.

As dificuldades de inserção aumentam conforme aumenta o tempo de internação, considerando-se que a rede venosa fica cada vez mais fragilizada. Além disso, vários fatores devem ser considerados ao se escolher o acesso para terapia endovenosa, dentre os quais: as características das drogas a serem administradas, o tempo, fluxo e volume de infusão e o consentimento da família/responsável sobre o procedimento.

As características do paciente também podem influenciar nessas decisões, como: idade gestacional, idade após nascimento, maturidade dérmica e peso corporal (se na população neonatal), doenças e comorbidades associadas, história previa de uso de cateteres venosos e complicações, restrição de seleção de local de inserção (fraturas, malformações), visibilidade e acessibilidade real das veias, possibilidade de fixação adequada, tolerância ao procedimento de inserção, a realização de um procedimento extremamente doloroso, a estabilidade clínica e hemodinâmica, a integridade da pele onde o cateter será inserido, os riscos e complicações leves ou graves associados, a disponibilidade de equipe treinada e habilitada, a relação custo-benefício.

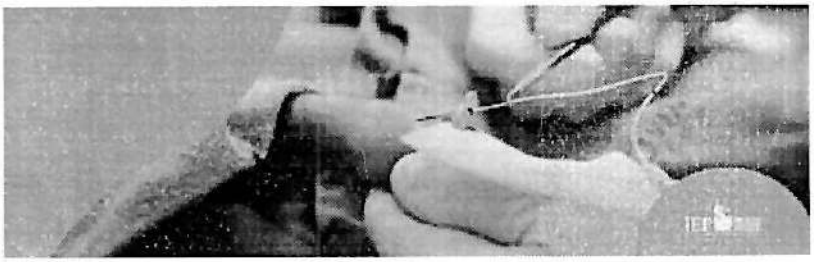
Vantagens e Desvantagens:

O PICC apresenta várias vantagens, tanto para o paciente quanto para a equipe multidisciplinar envolvida em seu cuidado, dentre as quais: menor custo se comparado com outros cateteres centrais; tempo de permanência prolongado; menor risco de infecção, de embolia gasosa, de extravasamento, complicações intratorácicas e hemorragia.

Além disso o PICC é menos invasivo por ter calibre mais fino; diminui a ocorrência de múltiplas punções, reduzindo, consequentemente, a dor, o estresse e a manipulação do neonato; outra importante vantagem é que pode ser inserido à beira do leito e utilizado em terapia domiciliar.

Já como desvantagens, tem-se: por ser um procedimento eletivo, não deve ser feito em

situações de urgência e emergência; necessidade de pessoal treinado tanto na inserção como na manutenção do cateter; carece de manutenção rigorosa e realização de exame radiológico para localização da ponta do cateter; precisa de vasos calibrosos e íntegros; não permite infusões rápidas e/ou volumosas; tempo médio de inserção é considerado longo, variando entre 45 a 60 minutos; maior risco de tração do cateter; obrigatoriedade de cobertura que promova barreira máxima; os calibres usados em Neonatologia não permitem transfusão de sangue e hemoderivados, nem coleta de exame.



MATERIAIS NECESSÁRIOS:

1. Inserção do cateter - Kit com cateter PICC (tamanho de 1 a 2Fr em Neonatologia), contendo, no mínimo, cateter, introdutor e fita métrica estéril, 01 bandeja de procedimento estéril identificada para PICC (contendo a bandeja, 03 cubas redondas, 01 campo fenestrado e 01 campo auxiliar), 02 escovas de degermação; 02 capotes estéreis;
2. EPIs (máscara, gorro e óculos de proteção;
3. 01 de cada para cada profissional envolvido no procedimento);
4. 01 agulha descartável 40X12;
5. 01 seringa de 10 ml (para casos de sujidade visível, de RN > 1500g e de escova de dergermação estar seca) 10 ml de Clorexidina Aquosa ou Alcoólica 0,5%, luva estéril, preferencialmente sem látex e sem pó;
6. 01 garrote estéril ou feito com punho de luva (caso não haja no kit de cateter) ou até realizado com uma gaze estéril (totalmente aberta que pode ser amarrada delicadamente);
7. 01 Fita métrica - 01 curativo tipo filme transparente, pacotes de gaze estéril (mínimo) Lençol extra-aquecido para enrolar o RN - Touca para o RN.
8. Foco portátil Observações: Como este procedimento deve ser realizado em dupla (dois enfermeiros, sendo pelo menos 01 habilitado ou um enfermeiro habilitado com um técnico de enfermagem), os materiais são relativos aos necessários para tal. Num plano ideal, além dos profissionais realizando o procedimento, há um técnico de enfermagem disponível para abrir todos os materiais e para segurar o RN. Como o procedimento de inserção do PICC é uma técnica com risco de complicações cardíacas e que pode ser de longa duração, faz-se necessária a monitorização cardiorrespiratória, o controle da temperatura corporal e a presença de um acesso venoso seguro para administração de medicamentos em caso de emergência/sedação/analgesia. Dentre as medidas não farmacológicas, as quais

são muito utilizadas em RNs.

9. Curativo - 02 gorros e 02 máscaras;
10. Bandeja de curativo ou kit estéril com pinças para tal (e luvas de procedimento) OU 01 par de luvas estéril (cujo pacote interno pode ser utilizado como campo);
11. 01 agulha descartável 40X12 - 01 seringa de 10 ml - 05 ml de clorexidina aquosa;
12. 01 curativo tipo filme transparente estéril, pacote de gaze estéril.
13. Solicitar Raio X para confirmação do posicionamento do cateter PICC; utilizar após avaliação médica.

Observações: O uso do SF0,9% só é necessário se presença de sujidades ou para realizar limpeza logo após o uso da clorexidina alcóolica (se fabricante permitir uso de produto com álcool na desinfecção do sítio de inserção), pois esta geralmente deixa resíduos na pele que não permite a fixação adequada com película transparente.

Manutenção do Cateter e cuidados na administração de medicamentos:

- Higienizar as mãos;
- Preparar medicamento;
- Paramentação com gorro, máscara, óculos de proteção e jaleco;
- Posicionar o paciente;
- Calçar as luvas procedimento;
- Avaliação do sítio de inserção do cateter e área adjacente: inspecionar, apalpar o local de inserção e o trajeto da veia, observar sinais flogísticos (dor, rubor, endurecimento);
- aferir e registrar a circunferência do membro 5cm acima do local da punção. Um aumento nestes valores, quando comparado às medidas entre o membro puncionado e o contralateral ou em relação às medidas anteriores, indicará a suspeita de trombose ou extravasamento e neste caso, o médico deve ser comunicado;
- Realizar antissepsia do hub (conectores) com clorexidina alcoólica ou álcool 70% antes

da infusão de qualquer solução. Retirar luvas de procedimentos;

- Lavar as mãos. Calçar luvas estéreis e utilizar técnica asséptica quando manipular o cateter.
- Lavar o PICC sob baixa pressão, antes de cada administração de medicamento ou outra solução intravenosa prescrita, utilizando técnica de turbilhonamento da solução fisiológica 0,9%, em uma seringa de 10 ml, para realizar tal procedimento. Seringa de 1 ml e 5ml não deve ser utilizada no manuseio desses dispositivos;
- Administrar medicação prescrita. Utilizar, sempre que possível, o sistema Luer Lock (rosca dupla), para prevenir acidentes decorrentes de uma desconexão acidental. É contraindicado uso de conector duas vias - POLIFIX devido risco de refluxo sanguíneo e consequentemente obstrução do cateter;
- Lavar o PICC sob baixa pressão, após a administração do medicamento. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- Retirar as luvas estéreis e higienizar as mãos. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário. Registrar o procedimento em planilha de produção.
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Procedimento de desobstrução

AÇÃO E JUSTIFICATIVA:

Realizar, antes de mais nada, os seguintes procedimentos:

- Examinar acessórios EV quanto a dobras, pinças fechadas, rachaduras em extensões, reajustamento da infusão; aspirar levemente para deslocar o material que está causando a obstrução; Lavar o cateter com seringa de 10ml preenchida com soro fisiológico. Se houver resistência, não forçar a infusão, pois pode empurrar o coágulo ou romper o cateter com esta manobra); avaliar o curativo para checar se não há dobras no cateter, solicitar ao enfermeiro habilitado para realizar método de desobstrução do cateter, solicitar avaliação radiológica para verificar se houve migração, dobra ou quebra do cateter.
  - **(Justificativa):**Verificar se existe real obstrução e garantir que o procedimento de desobstrução seja realizado com mais segurança.

- Reunir o material necessário (duas seringas de 10 e/ou 20ml, preenchendo uma das seringas (a menor) com soro fisiológico ou vitamina C, 01 torneirinha 3 vias, conectando as duas seringas, 01 swab de álcool.
  - **(Justificativa)**: Evitar interrupções durante o procedimento por falta de material, desgastando equipe e RN.

- Higienizar as mãos e antebraços com água e sabonete antisséptico e/ou álcool gel.
  - **(Justificativa):**Prevenir infecções cruzadas;

- Conectar a torneirinha 3 vias com as duas seringas, com uma dela preenchida e outra não.
  - **(justificativa):** Possibilita o procedimento de desobstrução.

- Fechar a torneirinha para a seringa com solução e aspirar a seringa vazia, esvaziando o cateter e criando uma pressão negativa; mantendo o embolo tracionado, feche a via da torneirinha para a seringa vazia e abra para a seringa 5. (justificativa):Procedimento que permite a desobstrução do cateter com segurança 84 com solução. A medicação dentro da seringa será aspirada para dentro do cateter devido à pressão negativa. Em seguida, fechar a torneirinha para a via do cateter e aguardar 5 minutos, quando o procedimento deve ser repetido por até 5 vezes intervaladas.
- Se houver refluxo de sangue, retirar 1-2 ml de sangue e desprezar, lavando o cateter com 1-2 ml de SF 0,9% e reiniciando a infusão de soluções pelo cateter.
- **(justificativa):** Garante a retirada dos coágulos que estavam no lúmen do cateter e sua permeabilidade posterior. Se a tentativa de desobstrução for ineficaz, deixar a solução por uma hora e tentar aspirar novamente para verificar se houve desobstrução.
- Caso o cateter continue obstruído, manter a solução por 6 horas e reavaliar de hora em hora, retirando o cateter no caso de não sucesso da desobstrução.
- **(justificativa)**: A vitamina C deixada por um tempo pode ser capaz de destruir os coágulos presentes no lúmen por sua propriedade ácida anotar o procedimento executado e observações pertinentes no prontuário do RN e em formulário próprio. (Justificativa):Respaldar documentalmente a assistência prestada pelo enfermeiro ao paciente e subsidiar a prescrição médica e de Enfermagem.

6. – REFERÊNCIAS

https://saude.campinas.sp.gov.br/enfermagem/POP_CCIP_completo.pdf

https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/CADERNO_5___PICC.pdf/25bc3224-cc25-d08b-c9ac-23c039f6c6f6?t=1670518738995

https://saude.campinas.sp.gov.br/enfermagem/POP_CCIP_completo.pdf

https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/CADERNO_5___PICC.pdf/25bc3224-cc25-d08b-c9ac-23c039f6c6f6?t=1670518738995

PICC (CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA):guia completo para uma terapia segura do neonato ao adulto/ Editora Moriá.

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.SBCD.ASS.075	VERSÃO: 02
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR VIA ENDOVENOSA	VALIDADE: 10/2025	Pag. 1 de 6

Elaborado por: Aurivan Andrade de Lima	Data: 10/2022	Visto:
Revisado por: Magali Lopez Romero de Aragão	Data: 10/2023	Visto:
Revisado por: CCIRAS	Data: 10/2023	Visto:
Verificado por: Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente	Data: 10/2023	Visto:
Aprovado por: Gerencia Assistencial	Data: 10/2023	Visto:

Rev.	Data	Descrição da Revisão / Data / Responsável
0	10/2022	Elaboração do documento
1	10/2023	Atualização do procedimento e das referências bibliográficas. Revisão do documento ao novo modelo institucional.

1- OBJETIVO

- Padronizar condutas relacionadas às técnicas de administração de medicamentos por via endovenosa;
- Administrar medicamentos que irritam o tecido muscular;
- Obter efeito sistêmico mais rápido.

2 – ALCANCE

Unidades de saúde sob gestão da Sociedade Brasileira Caminho de Damasco.

3 – COMPETÊNCIA

- Enfermeiros;
- Técnicos de Enfermagem.

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

- EPI – Equipamento Individual de Proteção.
- MEDICAÇÃO ENDOVENOSA-Consiste na introdução de medicamento e ou soluções diretamente por via intravenosa (corrente sanguínea), através de punção venosa com a finalidade de absorção rápida da substância em uso, sejam elas: soluções hipertônicas, isotônicas, hipotônicas, sais orgânicos, eletrólitos e medicamentos que deverão ter solubilidade sanguínea e estar livre de cristais ou qualquer outra partícula visível em suspensão.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

Materiais:

EPIs (Avental, luvas de procedimento, óculos);

- Cadeira ou maca;
- Braçadeira;
- Suporte para soro se necessário;
- Garrote;
- Bandeja;
- Algodão ou Swab;
- Álcool etílico a 70%;
- Agulha para aspiração (40x12);
- Seringas descartáveis;
- Medicação prescrita;
- Etiqueta para identificação do frasco de soro ou seringa;
- Equipo de macro ou micro-gotas (conforme medicação prescrita);
- Cateter sobre agulha ou Cateter agulhado adequado(s) ao calibre da veia do paciente;
- Caixa de perfurocortante;
- Curativo oclusivo (*blood stop* ou micropore);

Procedimento:

- Conferir a prescrição médica;
- Higienizar as mãos;
- Reunir todo o material numa bandeja;
- Antes de administrar qualquer medicação cheque sempre mentalmente os 9 certos (ANEXO 2);
- Separar o frasco ou a ampola e fazer a limpeza do mesmo com algodão embebido álcool 70%;
- Quebrar a ampola, envolvendo em algodão para evitar acidente;
- Escolher as seringas conforme a necessidade do medicamento prescrito;
- Separar o frasco ou a ampola e fazer a limpeza com algodão embebido em álcool 70%, nos casos de frasco ampola, retirar a proteção metálica com auxílio de um extrator e após fazer a assepsia;
- Fazer reconstituição do medicamento liofilizado ou em pó e aspirar conteúdo do frasco;
- Orientar o usuário quanto ao procedimento a ser realizado, mostrando medicação e diluentes que serão utilizados, questionar sobre alergias medicamentosas;
- Higienizar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Escolher o local para punção, garrotear sem compressão exagerada, acima do local escolhido (aproximadamente 10 cm), protegendo a pele se necessário;

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

- Pedir ao paciente para fechar a mão e manter o braço imóvel;
- Realizar antissepsia em movimento único na mesma direção com algodão
- embebido em álcool a 70% ou swab alcóolico;
- Expelir todo o ar da seringa;
- Com a mão não dominante, esticar a pele, fixar a veia e segurar o algodão;
- Colocar o bisel voltado para cima, segurar o canhão da agulha com o dedo indicador da mão dominante e a seringa com os demais dedos;
- Introduzir a agulha e após o refluxo de sangue na seringa ou extensão do cateter, pedir para o paciente abrir a mão e com a mão não dominante retirar o garrote;
- Administrar a medicação lentamente, retirar o cateter e comprimir com algodão seco, sem massagear;
- Observar o local da aplicação;
- Acionar o dispositivo de segurança;
- Recolher o material e descartar os resíduos em recipientes adequados;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Higienizar as mãos;
- Checar prescrição médica;
- Reorientar o paciente sobre os cuidados pós medicação, retornos, e não realizar esforços com o membro em que recebeu a aplicação por uma hora;
- Anotar no prontuário, item da prescrição, via de administração e local;
- Limpar e organizar o posto de enfermagem.

Medicamento diluído em SF, SG e / ou RL:

- Preencher e colocar o rótulo do soro;
- Conectar o equipo ao dispositivo intravenoso;
- Abrir o equipo com a velocidade de gotejamento prescrita;

Uso de Jelco:

- São dispositivos flexivéis em que, após a punção, a agulha é removida.
  Ideal para administração de soluções por períodos longos, ou para remoção do paciente para outros Serviços. A escolha deve ser de acordo com biótipo do paciente, de acordo com a numeração, sendo 14 o maior, e 24 o menor e menos calibroso.

Vaso de escolha (dar preferência para os vasos conforme ANEXO 1):

OBSERVAÇÕES: ATENÇÃO OS NOVES CERTOS (ANEXO 2)

5 – RESULTADO ESPERADO

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

- Aprimorar e padronizar o procedimento e condutas relacionadas às técnicas de administração de medicamentos por via endovenosa;
- Garantir a segurança do paciente em recepção de medicação endovenosa;

6 – AÇÕES CORRETIVAS

- Comunicação imediata do ocorrido ao enfermeiro;
- Promover ações de garantia da segurança do paciente imediatamente após a identificação de situação de risco;
- Investigação e reorientação junto ao responsável pelo erro favorecendo o aprendizado, com registro da orientação em prontuário funcional.

8 – RISCOS DO PROCESSO

- Erro no cumprimento de um dos NOVE CERTOS;
- Reação medicamentosa inesperada de qualquer ordem;

9 – INDICADORES

Não se aplica

10 - ANEXOS

ANEXO 1

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

PROCEDIMENTOS DE COLETA DE SANGUE VENOSO

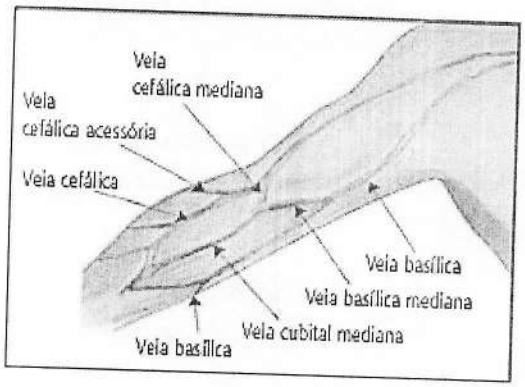


Figura 1: Veias do membro superior.

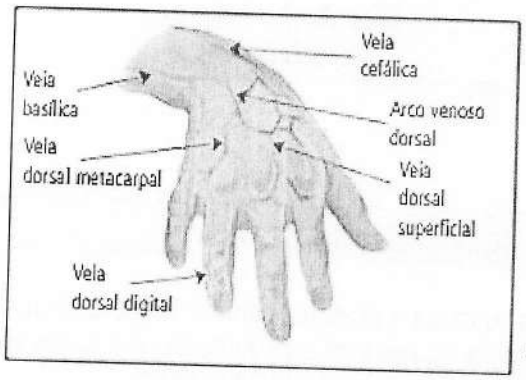
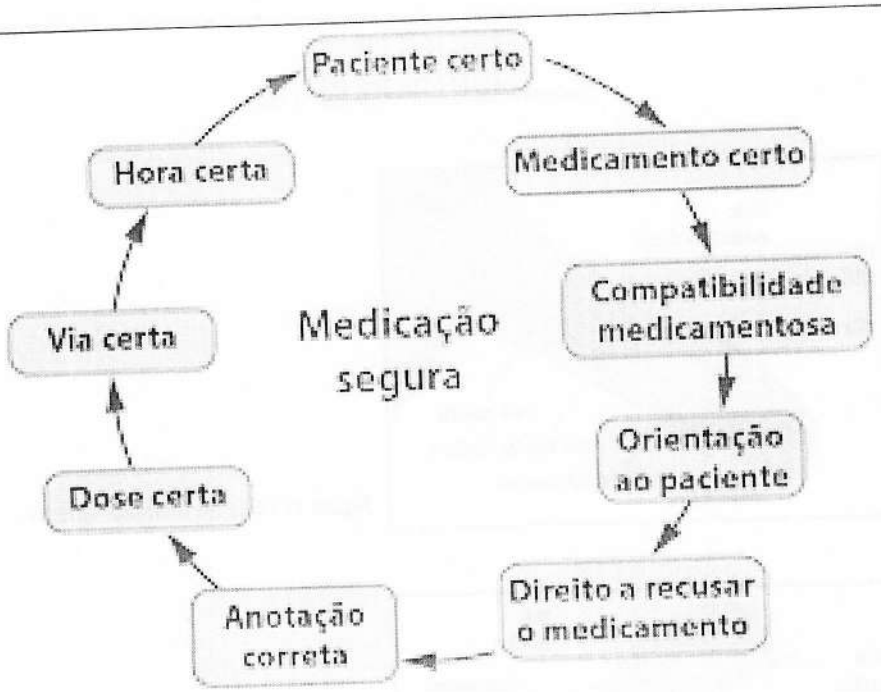


Figura 2: Veias do dorso da mão.

ANEXO 2- NOVE CERTOS – (COREN)

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE



11 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. COREN-SP. Uso seguro de medicamentos: guia para preparo, administração e monitoramento. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/wpcontent/uploads/2010/01/uso-seguro-medicamentos.pdf. Acesso em 28/07/2023.

2. Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem. Secretaria da Saúde. Coordenação de Atenção Básica. 2ª edição, So Paulo, SMS, 2015.

3. BRUNNER, L. S.; SUDARTH, D. S. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgico. 15ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2023.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco - SBCD

Hospital Municipal de Cubatão hmc Dr. Luiz de Camargo da Fonseca e Silva

SUS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.03.010.00		
ADMINISTRAÇÃO DE DIETA ENTERAL SNE	Ver. 01	Valid. 10/2027	PAG. 01/04

Elaborado por: Sara de Jesus Fernandes de Souza / Supervisor de Cuidados Especiais	Data: 08/09/2025	Visto: Sara de Jesus Fernandes de Souza Coren/SP 535.211-ENF.
Validado por: Daniele Borges Lourenço/ Enfermeira do SCIH	Data: 10/2025	Visto: Daniele Borges Lourenço COREN-SP 406.508-ENF
Validado por: Meryellen Cardoso Campos Moliterno/ Nutricionista Clinica	Data: 10/2025	Visto: Meryellen C. Campos Moliterno
Validado por: Michele da Silva Lopes/ Supervisora da Nutrição	Data: 10/2025	Visto: Michele da Silva Lopes Supervisora de Nutrição RT CRN3 18059
Verificado por: Kevin Cristian Souza da Costa / Supervisor da Qualidade	Data: 10/2025	Visto: Kevin Cristian Souza da Costa Enfermeiro da Qualidade CORENISP 511.390 SBCD - HMC
Aprovado por: Tissiane de Cássia Mestre/ Gerente Assistencial	Data: 10/2025	Visto: Tissiane de Cássia Mestre Gerente Materno Infantil COREN-SP 137392 SBCD - HMC

Ver.	Pág.(s).	Data	Descrição da Revisão
01	Todas	02/09/2025	Emissão Inicial

1 - OBJETIVO

Estabelecer um procedimento seguro, padronizado e eficaz para a administração de dieta enteral, visando garantir o aporte nutricional adequado, prevenir complicações e promover a segurança do paciente.

2 – ALCANCE OU APLICABILIDADE

Pacientes adultos internados no Hospital Municipal de Cubatão.

3 – ABREVIATURAS E DEFINIÇÕES

Bomba de infusão: Equipamento utilizado para infundir dieta de forma contínua e controlada.

BPANE – Boas Práticas de Administração da Nutrição Enteral.

Dieta enteral: Nutrição administrada diretamente no trato gastrointestinal através de sondas (nasoenteral, nasogástrica, gastrostomia ou jejunostomia).

GTT: Gastrostomia Endoscópica Percutânea

SNE: Sonda Nasoenteral

Via intermitente ou em bolus: Administração em volumes definidos, em intervalos regulares.

4 - DESENVOLVIMENTO

Seguindo a legislação RDC n° 503, de 27 de maio de 2021, onde estabelece os critérios da BPANE, assegurando a operacionalização da enfermagem seja realizada de forma segura e adequada.

1 Recebimento da NE

- Deve observar a integridade da embalagem e a presença de elementos estranhos ao produto;
- Realizar a inspeção de recebimento, verificando o rótulo, com as seguintes informações: nome do paciente, nº do leito, registro hospitalar, a dieta, volume total, velocidade de administração, via de acesso, prazo de validade.

2 Preparação do ambiente

- Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e higienizar com quartenário
- Verificar o horário da administração da dieta.

3. Higienização e paramentação

- Realizar a adequada higienização das mãos. PRT.SBCD. CCIRAS.001 - HIGIENE DAS MÃOS - RECOMENDAÇÕES PARA A PREVENÇÃO DE INFECÇÕES RELACIONADAS À SAÚDE.
- Paramentar-se com avental, máscara e touca.
- Higienizar a bancada com quartenário, repetindo a cada manipulação.

4. Preparo da dieta:

- Conferir informações contidas em etiqueta verificando validade e homogeneidade. Em caso de rasuras solicitar nova etiqueta ao lactário. (Etiqueta anexo I)
- Realizar dupla checagem com o enfermeiro
- Realizar a adequada higienização das mãos. PRT.SBCD. CCIRAS.001 - HIGIENE DAS MÃOS - RECOMENDAÇÕES PARA A PREVENÇÃO DE INFECÇÕES RELACIONADAS À SAÚDE.
- Abrir a dieta com cuidado para não perder conteúdo.
- Utilizar equipo novo a cada nova instalação do frasco da dieta.
- Envasar a dieta no frasco de acordo com o volume prescrito.

NOME:
DATA DE NASCIMENTO:
LEITO:
DIETA:
VOLUME:
VAZÃO:
VIA DE ACESSO:
DATA:
HORÁRIO DA INSTALAÇÃO:
VALIDADE: 24 HORAS
ENFª RESP.:
RESP.TÉCNICO:

Etiqueta de identificação da dieta -Anexo I

5. Administração da dieta:

- Realizar ausculta para confirmar locação da sonda nasoenteral
- Lavar sonda nasoenteral com 20mls de água filtrada
- Posicionar o frasco no suporte acima da cabeça do paciente.
- Conectar o equipo em BIC retirando o ar.
- Programar bomba infusão conforme prescrição; volume total, ml hora e horas de infusão.
- Conectar o equipo a sonda nasoenteral
- Ligar a bomba de infusão para iniciar a vazão da dieta via sonda nasoenteral
- Realizar a adequada higienização das mãos. PRT.SBCD. CCIRAS.001 - HIGIENE DAS MÃOS - RECOMENDAÇÕES PARA A PREVENÇÃO DE INFECÇÕES RELACIONADAS À SAÚDE.

6. Pós-procedimento:

- Registrar o procedimento na anotação de enfermagem, incluindo volume administrado, balanço hídrico e intercorrências.

7.Pacientes portadores de GTT

- Confirmar que a GTT está corretamente posicionada e fixa
- Observar sinais de deslocamento e infecção (vermelhidão, dor, vazamento, secreção anormal). comunicar ao médico, enfermeiro, relatar e realizar notificação
- Manter o local limpo e seco

. C **8. Cuidados importantes**

- Nunca misturar medicamentos com a dieta. Realizar a pausa da interação Droga Nutriente.
- Pausar dieta e lavar SNE/GTT para administrar medicações vias SNE, hidratação (água) via SNE, cuidados como banhos e mudança de decúbito.
- Em caso de transporte do paciente, a dieta deve ser pausada, SNE lavada e seguir em transporte junto ao paciente. Evite ao máximo romper sistemas fechados sem necessidade isso compromete a segurança microbiológica da dieta.
- Toda manipulação deve seguir os princípios de boas práticas de preparo e administração de nutrição enteral, conforme RDC nº 63/2011 da ANVISA.

5 – RESPONSABILIDADES E ATRIBUIÇÕES

Médico: prescrição da dieta, via de administração, volume e velocidade.

Nutricionista: planejamento da fórmula e acompanhamento nutricional.

Enfermagem: preparo, administração, monitoramento e registro.

Técnicos de enfermagem e enfermeiros, sendo que ambos podem realizar a instalação da dieta enteral desde que o enfermeiro realize a supervisão do cuidado e o técnico de enfermagem realize a dupla checagem com o enfermeiro.

6 - REFERÊNCIAS

BRASIL. Resolução RDC nº 503, de 27 de maio de 2021. Aprova o Regulamento Técnico Para Fixar os Requisitos Mínimos Exigidos Para Terapia de Nutrição Enteral. Órgão Emissor: ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br. Acesso em 06 de outubro de 2025.

Glebocki, Aline Cristina Gabriel; Silva, Ana Cláudia; Saleh, Carmen Mohamad Rida; Pinto, César Antonio; Andrade, Claudia Regina Furquim de; Maluvayshi, Cleide Harue; Moraes, Danielle Pedroni; Befi-Lopes, Débora Maria; Silva, Denise Alves; Fazan, Erica Rossi Augusto; Silva, Heloisa Brochado da; Fernandes, Heloisa Regina; Vieira, Lis Proença; Brandão, Luciana Severo; Rodrigues, Maria Branco; Miyamoto, Maria de Fátima Silva; Duarte, Marlene Oliveira; Michelone, Natália Diniz; Guidi, Paula Machado; Goastico, Sabrina Segatto Valadares; Rana, Tatiana Cunha; Fonseca, Thabata Larissa Campos; Souza, Vêronica Chaves de (eds). Manual de boas práticas em terapia nutricional enteral e parenteral [2.ed.]. SÃO PAULO: Atheneu, 2015.

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Hospital Municipal de Cubatão
hmc
Dr. Luiz de Camargo da Fonseca e Silva

SUS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.18.010.00		
DISTRIBUIÇÃO DE DIETAS ENTERAIS	VAL. 05/27	REV. 01	PAG. 01/03

Elaborado por: Michele da Silva Lopes	Data: 05/2025	Visto Michele da Silva Lopes Supervisora de Nutrição RT CRN3 18059 SBCD - HMC
Validado por: Meryellen Cardoso Campos Moliterno	Data: 05/2025	Visto Meryellen C. Campos Moliterno Nutricionista, CRN3 [illegible]
Verificado por: Kevin Cristian Souza da Costa	Data: 05/2025	Visto Kevin Cristian Souza da Costa Enfermeiro da Qualidade COREN/SP 511.390 SBCD - HMC
Aprovado por: Angelica Ferreira Brito	Data: 05/2025	Visto: Angélica Ferreira Administrador Hospitalar SBCD - HMC

Rev.	Pág.(s).	Data	Descrição da Revisão

1 – OBJETIVO

Buscar através da padronização e orientação de procedimentos, dispensar as dietas enterais e atingir a excelência na qualidade dos produtos produzidos e/ou manipulados no lactário, garantindo segurança aos clientes do Hospital Municipal de Cubatão – HMC.

2 – ALCANCE OU APLICABILIDADE

O procedimento aplica-se a todas lactaristas e funcionários do Serviço de Nutrição e Dietética - SND do HMC.

3 – ABREVIATURAS E DEFINIÇÕES

- SND – Serviço de Nutrição e Dietética: Compreende a cozinha, lactário e Refeitório;
- Nutrição Enteral Sistema Fechado: "Nutrição enteral industrializada, estéril, acondicionada em recipiente hermeticamente fechado e apropriado para conexão ao equipo". RDC n°63 de 06 de julho de 2000.

4 – DESENVOLVIMENTO

Higienizar as mãos e braços. A colaboradora deve estar devidamente uniformizada e paramentada.

Separar as dietas e certificar-se de que as embalagens estão íntegras e sem alterações da sua forma original, caso não esteja, deve ser separada para avaliação da nutricionista responsável.

Higienizar as embalagens das dietas com álcool a 70% antes de etiquetá-las.

Preencher as etiquetas com as informações contidas no mapa do lactário confeccionado pelas nutricionistas de clínicas baseado nas informações das prescrições médicas. Os seguintes dados são necessários: nome completo, data de nascimento, quarto, leito, nome da dieta, volume, vazão, via de acesso, data da entrega, hora de início e término, responsável pela enfermagem e nutricionista responsável). O preenchimento da hora de início e término e responsável pela enfermagem é de responsabilidade da equipe da enfermagem. Existe o caderno de protocolo para ser assinado pelo colaborador responsável pelo recebimento

Preencher o caderno de protocolo específico de entrega de dietas enterais, informando nome completo do paciente, quarto, leito, data e horário da entrega, nome da dieta, lote e validade da mesma. O técnico/auxiliar de enfermagem assina no ato do recebimento.

O frasco da dieta e o equipo são entregues dentro de um saco plástico por meio de um carrinho de transporte do lactário próprio para distribuição.

A substituição das dietas enterais devido término das mesmas (trocas) está padronizada sempre as 8h.

No caso de admissão, temos os horários das 8h e das 20h. Procurar sempre levar no horário mais

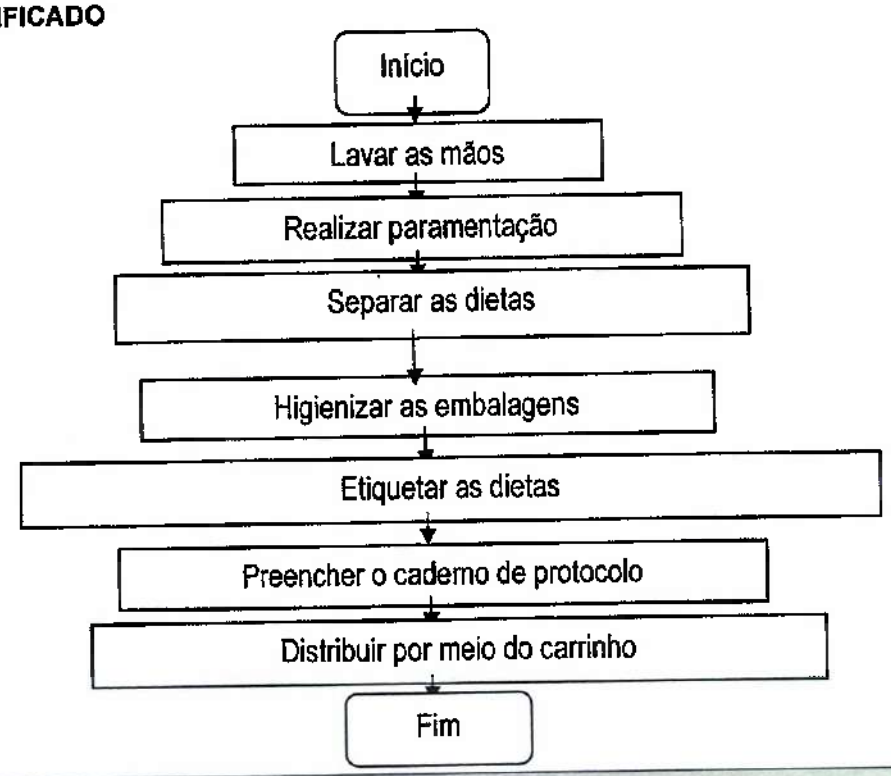
próximo da entrega.

1. RISCOS RELACIONADOS À ATIVIDADE

- Entrega incorreta de dieta;
- Etiqueta preenchida de forma incorreta;

Má avaliação da condição física da dieta antes da entrega à equipe da enfermagem;

2. FLUXO SIMPLIFICADO



5 – RESPONSABILIDADES E ATRIBUIÇÕES

As lactaristas do SND devem cumprir o estabelecido neste procedimento.

É de responsabilidade da Equipe Técnica do Serviço de Nutrição e Dietética, manter este procedimento atualizado.

6 - REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n. 63 de 6 de julho de 2000. Regulamento Técnico para terapia de nutrição enteral. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco - SBCD

Hospital Municipal de Cubatão hmc Dr. Luiz de Camargo de Fonseca e Silva

SUS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.03.011.00		
ADMINISTRAÇÃO DE DIETA ENTERAL NPP	Ver. 01	Valid. 10/2027	PAG. 01/03

Elaborado por: Sara de Jesus Fernandes de Souza / Supervisor de Cuidados Especiais	Data: 02/09/2025	Visto: Sara de Jesus Fernandes de Souza Coren/SP 555.211-ENF.
Validado por: Daniele Borges Lourenço / Enfermeira do SCIH	Data: 10/2025	Visto: Daniele Borges Lourenço COREN-SP 406.508-ENF
Validado por: Meryellen Cardoso Campos Moliterno/ Nutricionista Clinica	Data: 10/2025	Visto: Meryellen C. Campos Moliterno Nutricionista CRN
Verificado por: Kevin Cristian Souza da Costa / Supervisor da Qualidade	Data: 10/2025	Visto: Kevin Cristian Souza da Costa Enfermeiro da Qualidade COREN/SP 511.390
Aprovado por: Tissiane de Cássia Mestre / Gerente Assistencial	Data: 10/2025	Visto: SBCD / HMC Tissiane de Cássia Mestre Gerente Materno Infantil COREN SP 137392 SBCD - HMC

Ver.	Pág.(s).	Data	Descrição da Revisão
01	Todas	02/09/2025	Emissão Inicial

1 - OBJETIVO

Padronizar o procedimento de instalação da nutrição parenteral, garantindo a correta administração da terapia nutricional intravenosa com segurança, minimizando riscos de infecção, erros de medicação e outras complicações.

2 – ALCANCE OU APLICABILIDADE

Pacientes adultos internados no Hospital Municipal de Cubatão

3 – ABREVIATURAS E DEFINIÇÕES

Bomba de infusão: Equipamento utilizado para infundir dieta de forma contínua e controlada.

Nutrição Parenteral (NPP/NPT): Solução estéril contendo nutrientes (carboidratos, proteínas, lipídios, eletrólitos, vitaminas e minerais) administrada por via intravenosa, indicada quando o trato gastrointestinal não pode ser utilizado.

Via de acesso: Cateter venoso central (preferencial), ou periférico em casos específicos com solução compatível.

Sistema fechado: Frasco ou bolsa de NPP que não deve ser aberto ou manipulado após preparo.

4 - DESENVOLVIMENTO

o enfermeiro que deverá fazer a administração da nutrição parenteral, conforme orientado na Portaria nº 272/1998;

•Receber NPT da farmácia, conferindo rótulo e observando as condições de transporte, integridade da embalagem e homogeneidade da solução;

•Observar a temperatura ambiente (15°C a 30°C) no momento da administração;

- Programar a instalação da NPT no horário estabelecido pela instituição, conforme a rotina, para evitar armazenamento na geladeira da unidade;
- Limpar o balcão com água e sabão, fazendo também desinfecção com álcool 70%;
- Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e higienizar com quartenário
- Higienizar as mãos PRT.SBCD. CCIRAS.001 - HIGIENE DAS MÃOS - RECOMENDAÇÕES PARA A PREVENÇÃO DE INFECÇÕES RELACIONADAS À SAÚDE.
- Colocar máscara cirúrgica; gorro, óculos e capote (paramentação)
- Retirar da embalagem a bolsa de NPT e conectar equipo/bureta à bolsa;
- Conferir os dados do rótulo com a prescrição médica, inspecionando a bolsa quanto à coloração, separação de fases, presença de corpo estranho ou quaisquer outras anormalidades;
- Retirar da embalagem a bolsa de NPT e o equipo, colocando-os na bandeja, e o lacre da bolsa de NPT e conecte o equipo à bolsa, preenchendo a câmara de gotejamento e passando a solução através do equipo, retirando o ar da extensão e protegendo a extremidade do equipo;
- Verificar a via de infusão e as condições do cateter;
- Observar o sítio de inserção do cateter quanto a sinais de flebite, infiltração ou infecção. Caso sinais flogísticos e/ou irregularidades no acesso venoso central, comunicar ao médico, enfermeiro, realizar notificação e relatar em anotação de enfermagem.
- Pinçar o equipo em uso e interromper a infusão.
- Zerar o volume e verificar o volume não infundido para posterior anotação no prontuário do paciente;
- Reprogramar a bomba, colocar a bolsa nova no suporte e o equipo no circuito, mantendo-o pinçado;
- Calçar luvas estéreis;
- Fazer a desinfecção da conexão do equipo e do cateter com o swab de alcool
- Desconectar o equipo anterior, retirar a proteção da extremidade do equipo atual e conectar ao cateter do

acesso venoso;

- Verificar a programação da bomba, abrir a pinça do cateter e iniciar a infusão;
- Retirar as luvas estéreis;
- Deixar o paciente confortável;
- Recolher o material, mantendo a enfermaria organizada;
- Lavar bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e passar álcool a 70%;
- Higienizar as mãos PRT.SBCD. CCIRAS.001 - HIGIENE DAS MÃOS - RECOMENDAÇÕES PARA A PREVENÇÃO DE INFECÇÕES RELACIONADAS À SAÚDE.
- Checar na prescrição médica o horário de início da infusão;
- Registrar no prontuário do paciente.

CUIDADOS E ORIENTAÇÕES ESPECIAIS

- A NPP deve ser armazenada sob refrigeração e retirada 30 minutos antes da infusão.
- Uma vez iniciada, a infusão deve ser contínua e não interrompida sem justificativa clínica.
- Em caso de desconexão acidental, descartar a NPP imediatamente e comunicar à equipe médica.
- O sistema de infusão deve ser trocado a cada 24 horas.
- Manter controle rigoroso da glicemia capilar e balanço hídrico.
- Acesso venoso deve ser exclusivo, limpo e coberto por curativo estéril
- Monitorar sinais vitais, glicemia capilar, débito urinário e sinais de reação adversa (febre, calafrios, taquicardia).
- Não administrar medicamentos ou outras soluções pela mesma via de infusão da NPP.
- Realizar flusch no Acesso Venosso Central.

5 – RESPONSABILIDADES E ATRIBUIÇÕES

Médico: Prescrição da NPP.

Farmácia/Nutrição: Manipulação e liberação da fórmula.

Enfermeiro: Responsável pela instalação e retirada da bolsa de nutrição parenteral (NPP)

Técnico de enfermagem: responsável por lançar o volume infundido no balanço hídrico e zerar a bomba de infusão contínua a cada 2 horas.

6 - REFERÊNCIAS

CARMANGNANI, M.I.S. et al. Procedimentos de Enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

FIGUEIREDO, N.M.A; MACHADO, W.C.A. Tratado de cuidados de enfermagem (vol. 1). São Paulo: Roca, 2012.

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco - SBCD

Hospital Municipal de Cubatão hmc Dr. Luiz de Camargo da Fonseca e Silva

SUS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.28.013.00		
EXAME ADMISSIONAL	Ver. 01	Valid. 10/2027	PAG. 01/04

Elaborado por: Adelma Costa de França Leão / Coordenadora Med. do Trabalho	Data: 09/2025	Visto: DocuSigned by: Adelma Costa de França Leão
Validado por: Daniele Borges Lourenço / Enfermeira do SCIH	Data: 09/2025	Visto: Daniele Borges Lourenço COREN-SP 406.508-ENF
Verificado por: Kevin Cristian Souza da Costa / Supervisor da Qualidade	Data: 09/2025	Visto: Kevin Cristian Souza da Costa Enfermeiro da Qualidade COREN/SP 511.380 SBCD/HMC
Aprovado por: Fernanda Jurado / Gerente de Departamento Pessoal	Data: 09/2025	Visto: DocuSigned by: FERNANDA JURADO

Ver.	Pág.(s).	Data	Descrição da Revisão
01	Todas	09/2025	Emissão Inicial

1 - OBJETIVO

Estabelecer diretrizes básicas para a execução do processo de exame admissional dos candidatos as vagas de trabalho na SBCD, objetivando a estruturação uniforme das informações necessárias para este tipo de exame.

2 – ALCANCE OU APLICABILIDADE

Esse POP aplica-se a todos os colaboradores, setores e áreas da Sociedade Brasileira Caminho de Damasco.

3 – ABREVIATURAS E DEFINIÇÕES

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional.

DSO - Departamento de Saúde Ocupacional.

POP - Procedimento Operacional Padrão

SBCD - Sociedade Brasileira Caminho de Damasco

DP - Departamento Pessoal.

NR - Norma Regulamentadora.

PCMSO - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional.

RH - Recursos Humanos.

4 - DESENVOLVIMENTO

Verificar a condição biopsicossocial do candidato à vaga SBCD, antes da realização do exame admissional.

Estabelecer diretrizes, e fluxogramas de acolhimento diferenciado aos candidatos à vaga da SBCD, de forma humanizada e assertiva, podendo gerar dados estatísticos.

Docusign Envelope ID: 6C703167-898C-40E5-9CAE-51F605398435

5 – RESPONSABILIDADES E ATRIBUIÇÕES

5.1. Exame Admissional:

Atribuições do RH

• Preencher formulário padrão (Encaminhamento para Exames e Consultas) com as informações pertinentes do candidato:

- Nome Completo
- Idade
- CPF
- RG
- Data de nascimento
- Celular
- E-mail
- Nome da empresa
- CNPJ
- Unidade
- Função
- Setor
- Tipo de Exame
- Data Programada.

• Enviar e-mail com o formulário padrão devidamente preenchido para a LíderMed (sbcd@lidermed.com.br) e para o Departamento de Saúde Ocupacional (medicinadotrabalho.hmc@sbcdsaude.org.br) até as 14:00horas para a execução do exame admissional no próximo dia útil.

• Solicitar ao candidato que compareça na medicina do trabalho no dia do exame com 3 (três) horas de antecedência e/ou verificar uma data com a enfermeira do trabalho;

• Informar ao candidato: local, data, horário de comparecimento na medicina do trabalho e a trazer carteira de vacinação original completa e cópia incluindo as seguintes vacinas:

- Hepatite B: 3 doses, com reforço, se necessário.
- SCR (Sarampo, Caxumba e Rubéola): 2 doses na fase adulta.
- dT (Difteria e Tétano): 3 doses, com reforço a cada 10 anos.
- COVID-19: A dose anual da vacina monovalente, que é a versão atualizada para as variantes mais recentes.

Atribuições da empresa terceira

• Efetuar o cadastro no sistema SOC do candidato conforme informações recebidas no e-mail do RH com o

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco - SBCD

Hospital Municipal de Cubatão hmc Dr. Luiz de Camargo da Fonseca e Silva

SUS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.28.013.00		
EXAME ADMISSIONAL	Ver. 01	Valid. 10/2027	PAG. 03/04

formulário padrão (Encaminhamento para Exames e Consultas);

• Encaminhar e-mail informando a finalização do cadastro efetuado para o RH e para o DSO através do e-mail: medicinadotrabalho.hmc@sbcdsaude.org.br;

• Concluir todas as etapas de responsabilidade do processo até as 15:00 horas.

Atribuições do DSO

• Conferir o cadastro do candidato realizado pela LíderMed;

• Realizar o agendamento do exame na agenda do médico do trabalho pelo Sistema SOC;

• Emitir o Pedido para a coleta de exame complementar para o candidato no sistema SOC (se houver para o cargo em questão);

• No dia do exame: conferir todas as informações do candidato no SOC.

• Orientar o candidato quanto ao preenchimento do regulamento de atestado e termo de vacina;

• Efetuar a conferência da carteira de vacina do candidato, e em caso de ausência, e ou, atraso de qualquer vacina obrigatória orientar o candidato e encaminhar o mesmo para a unidade de saúde mais próxima para a atualização;

Atribuições do Médico do Trabalho

• Realizar o atendimento médico de exame admissional;

Atribuições da Enfermagem do Trabalho

• Conferir os dados do colaborador, anotar a evolução na ficha clínica diretamente no sistema SOC;

- Peso
- Altura
- Pressão Arterial.
- Frequência Respiratória.
- Frequência Cardíaca.

• Entregar 1 (uma) via do ASO ao candidato se não houver nenhuma pendência de vacinas;

• Arquivar documentos do processo admissional em local separado até finalização do processo admissional pelo DP e do RH;

• Conferir e organizar por ordem cronológica o prontuário médico;

• Arquivar prontuário por ordem alfabética;

• Comunicar o analista de RH responsável pela vaga, caso o candidato não compareça para a execução do exame admissional.

Atribuições do Candidato

• Comparecer no local designando para realização dos exames complementares (se pertinente ao cargo houver

Docusign Envelope ID: 6C703167-898C-40E5-9CAE-51F605398435

necessidade da coleta);

• Posteriormente a coleta de exame complementar, comparecer na medicina do trabalho para realização do exame médico admissional, munido de documento com foto e carteirinha de vacinação atualizada e completa, com as seguintes vacinas:

- Hepatite B: 3 doses, com reforço, se necessário.
- SCR (Sarampo, Caxumba e Rubéola): 2 doses na fase adulta.
- dT (Difteria e Tétano): 3 doses, com reforço a cada 10 anos.
- Gripe (influenza) dose anual conforme campanha.
- COVID-19: A dose anual da vacina monovalente, que é a versão atualizada para as variantes mais recentes.

Informações importantes:

• Os atendimentos no DSO, ocorrerão dentro do horário de agendamento e do funcionamento do setor (de segunda à sexta-feira das 08:00h às 17:00horas).

6 - REFERÊNCIAS

1. Consolidação das Leis do Trabalho.
2. Norma Regulamentadora - NR- 32.
3. Norma Regulamentadora - NR-07.
4. Norma Regulamentadora - NR-01.

Docusign Envelope ID: 57B7BD89-80F3-450B-8015-F68514940DC1

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.SBCD.SCIRAS.009	VERSÃO: 01
RECOMENDAÇÕES BÁSICAS PARA A PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO ASSOCIADA À CATETER VESICAL	VALIDADE: 04/2027	Pág. 1 de 5

Elaborado por: SCIRAS CORPORATIVO	Data: 04/2025	Visto: Assinado por: Anderson Camacho Silva 92CFAF0ED0E0466...
Revisado por: Gestão da Qualidade	Data: 04/2025	Visto: Assinado por: Sabrina Benetti 26842B8BE0BF4CE...
Aprovado por: Gerente da Qualidade	Data: 04/2025	Visto: DocuSigned by: Erica de Cassia Lamindo C3B0140AEA564CF...

Rev.	Data	Descrição da Revisão / Data / Responsável
0	Não se aplica	Elaboração do documento.

1 - OBJETIVO

Orientar baseado nos pilares da SBCD - Qualidade Técnica, Inovações em Soluções e Colaboração entre Equipes: as ações para prevenção, redução e controle do de Infecção de Trato Urinário (ITU), relacionados à cateterização vesical principalmente em cateterismo vesical de demora (CVD), possibilitando qualidade na assistência e monitoramento das ações de prevenção e intervenção para a remoção precoce do dispositivo.

2 - ALCANCE

Todos as unidades da SBCD onde ocorra procedimentos de inserção e manutenção de cateter vesical de demora (CVD).

3 - RESPONSABILIDADE

A equipe de enfermagem exerce papel imprescindível tanto na inserção do dispositivo quanto as ações de prevenção na manutenção do mesmo, o profissional médico que faz a prescrição do dispositivo, o SCIRAS quanto a auditoria beira leito certificando a realização das ações e desenvolvendo a equipe assistencial quanto a prevenção e ao controle de ITU e a equipe multiprofissional que de alguma forma entra em contato direto ou indireto com o paciente que está com o dispositivo.

4 - TERMOS E DEFINIÇÕES

CCIRAS – Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde
SCIRAS – Serviço de Controle de Infecção Relacionado à Assistência à Saúde
IRAS - Infecção Relacionada à Assistência à Saúde
ITU – Infecção de Trato Urinário
CVD – Sonda Vesical de Demora

5 - DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

Epidemiologia

A infecção do trato urinário – ITU é uma das causas prevalentes de IRAS de grande potencial preventivo visto que a maioria está relacionada à cateterização vesical. O diagnóstico clínico precoce, associado aos exames complementares (qualitativo e quantitativo de urina e urocultura), fornece evidência para uma adequada terapêutica, apesar dos casos de bacteriúria assintomática e candidúria, que podem induzir tratamentos desnecessários.

As ITUs são responsáveis por 35 – 45% das IRAS em pacientes adultos, com densidade de incidência de 3,1 7,4/1000 cateteres/dia. Aproximadamente 16 – 25% dos pacientes de um hospital serão submetidos ao cateterismo vesical, de alívio ou de demora, em algum momento de sua hospitalização, muitas vezes sob indicação clínica equivocada ou inexistente e até mesmo sem conhecimento médico. A problemática continua quando muitos pacientes permanecem com o dispositivo além

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 57B7BD89-80F3-450B-8015-F68514940DC1

do necessário, apesar das complicações infecciosas (locais e sistêmicas) e não infecciosas (desconforto para o paciente, restrição da mobilidade, traumas uretrais por tração), inclusive custos hospitalares e prejuízos ao sistema de saúde. Entende-se que o tempo de permanência da cateterização vesical é o fator crucial para colonização e infecção (bacteriana e fúngica). A contaminação poderá ser intraluminal ou extraluminal (biofilme), sendo esta última a mais comum. O fenômeno essencial para determinar a virulência bacteriana é a adesão ao epitélio urinário, colonização intestinal, perineal e cateter. Os pacientes acometidos pela infecção são de ambos os sexos, apresentam agravantes relativos dependentes de doenças clínicas/cirúrgicas e relacionadas à unidade de internação.

Em uma parcela de indivíduos a manifestação de bacteriúria clinicamente significativa, porém transitória, desaparece após a remoção do cateter, contudo poderá ocorrer septicemia com alta letalidade em alguns casos específicos relacionados também ao hospedeiro. Os agentes etiológicos responsáveis por essas ITU costumam, inicialmente, pertencerem à microbiota do paciente, e posteriormente, devido ao uso de antimicrobianos, seleção bacteriana, colonização local, fungos e aos cuidados do cateter, pode ocorrer a modificação da microbiota. As bactérias Gram negativas (enterobactérias e não fermentadores) são as mais frequentes, mas Gram positivos são de importância epidemiológica, especialmente do gênero *Enterococcus*. A associação de hemoculturas, em casos selecionados, trará informações adicionais, especialmente, em pacientes hospitalizados com sepse de foco urinário (20%). Deverá ser sempre considerada como hipótese diagnóstica em pacientes com febre sem foco aparente. Já a presença de sinais/sintomas configura quadro de ITU, que além decrescimento do microrganismo na urina há sinais e/ou sintomas como febre, piúria, dor supra-púbica, urgência miccional, disúria. Alguns destes sintomas podem ser de difícil avaliação em pacientes com cateter urinário e esta situação se torna ainda mais complicada em pacientes críticos, com confusão mental ou com comprometimento do nível de consciência.

A principal complicação da bacteriúria é a bacteremia secundária, isto é, a presença do agente na corrente sanguínea. Estima-se que 1 a 4% dos pacientes com bacteriúria desenvolvam bacteremia, com taxa de mortalidade de 10 a 30%. O tratamento antimicrobiano é recomendado, em geral, para infecções urinárias. A bacteriúria assintomática deve ser tratada apenas em situações específicas: gestantes, pacientes granulocitopênicos ou submetidos a transplante de órgãos e pacientes que serão submetidos à manipulação do trato urinário. Nos outros pacientes, o tratamento não reduz risco de bacteremia e seleciona microbiota bacteriana resistente.

Indicações para o uso do cateterismo vesical

- Pacientes com impossibilidade de micção espontânea;
- Paciente instável hemodinamicamente com necessidade de monitorização de débito urinário;
- Pós - operatório, pelo menor tempo possível, com tempo máximo recomendável de até 24 horas, exceto para cirurgias urológicas específicas;
- Tratamento de pacientes do sexo feminino com úlcera por pressão estadiamento IV com cicatrização comprometida pelo contato pela urina.
- Presença de hematúria macroscópica.

Medidas básicas de prevenção

- Uso apropriado do CVD - A permanência do CVD é o principal fator de risco para ITU.
- Inserir CVD somente com indicação precisa, por exemplo, pacientes submetidos a cirurgias urológicas, durante as cirurgias longas, necessidade da monitorização do débito urinário intraoperatório, controle rigoroso do débito urinário nos pacientes críticos, pacientes incontinentes com lesão por pressão.
- Evitar o uso de CVD nos casos de incontinência urinária.
- Discussão diária pela equipe multidisciplinar sobre a indicação do uso e remoção do CVD, se não houver mais necessidade.

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 57B7BD89-80F3-450B-8015-F68514940DC1

- Em pacientes cirúrgicos com indicação de CVD, remover o quanto antes, preferencialmente na recuperação anestésica ou nas primeiras 24h, a não ser que haja indicação apropriada para o uso continuado.
- Sempre que possível, considerar outros métodos para drenagem da diurese, como por exemplo, cistostomia, cateterização intermitente e dispositivos não invasivos (como por ex. uripen).

Recomendações para inserção e manutenção de cateteres vesicais (intermitente e de demora)

- Realizar higienização das mãos antes da inserção do cateter vesical e sempre antes e depois de manipular o sistema.
- A inserção do cateter vesical deve ser feita pelo enfermeiro (COFEN- CAT nº006/2015) devidamente validado no momento da contratação e anualmente de acordo com o protocolo da instituição.
- Utilizar material estéril e técnica asséptica do não toque para inserção e manutenção do cateter urinário. O campo fenestrado não é indicado, pois a sonda deve ser conectada ao sistema de drenagem antes da sua inserção, a fim de preservar o sistema fechado.
- Realizar higiene íntima com água e sabão, seguido de solução antisséptica à base de clorexidina aquosa >1% para a higiene perineal antes da introdução da sonda.
- Utilizar gel lubrificante estéril de uso único ou na impossibilidade deste, bisnaga estéril de primeiro uso para lubrificação do cateter. Para mulheres, instilar o gel na superfície do cateter e para homens, injetar na uretra a mínima quantidade possível para evitar trauma durante a passagem.
- Utilizar cateter de calibre apropriado para a idade e o sexo do paciente e sistema fechado e saco coletor com válvula antirrefluxo e proteção do tubo de drenagem.
- A lavagem do cateter não é recomendada. Em caso de obstrução, desconexão acidental, presença de sedimentos ou incrustações na ponta do cateter, trocar todo o sistema. A abertura do sistema contribui para infecções. Para pacientes urológicos discutir a troca com a equipe medica.
- A higiene do meato uretral deve ser realizada conforme o protocolo da instituição, três vezes ao dia com água e sabão ou sempre que necessário. É recomendada a inspeção diária deste procedimento para garantir a higiene adequada.
- A aplicação tópica de antimicrobianos não é recomendada.
- O CVD deve ser devidamente fixado com dispositivo apropriado para evitar o movimento, tração uretral e conforto para o paciente.
- Manter a bolsa de drenagem sempre abaixo da altura da bexiga, para prevenir refluxo de urina. No caso de transporte do paciente, estes princípios devem ser mantidos. Não deixar a bolsa coletora de urina em contato com o chão.
- Manter fluxo urinário desobstruído e se for necessária irrigação, utilizar CVD com três vias.
- Não há indicação de troca de cateteres em intervalos pré-fixados. Este procedimento aumenta o risco de ascensão de bactérias para o interior da bexiga durante a nova cateterização, não justificando seu benefício.
- Esvaziar a bolsa coletora regularmente e desprezar a diurese em recipientes individuais, de maneira cuidadosa para evitar respingos. Utilizar precaução padrão de acordo com o risco biológico.
- Para coleta de exames, a urina deve ser obtida com técnica asséptica e desinfecção com swab de álcool 70% no orifício do cateter apropriado para tal procedimento, utilizar agulhas de menor calibre para obter amostras, agulhas mais calibrosas podem danificar o orifício diafragmático. Não é recomendada a desconexão do sistema ou amostra da bolsa de drenagem.
- Não há evidência do que o uso de sonda impregnadas com prata ou antibiótico reduz o risco de infecção (grau de recomendação B). Cateteres hidrofílicos trazem mais conforto ao paciente, porém não há evidências de redução de

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 57B7BD89-80F3-450B-8015-F68514940DC1

infecção.

- Cateteres confeccionados com silicone reduzem o risco de incrustações em pacientes com tempo prolongado de cateterização. Além disso, sugerem menores alterações inflamatórias na uretra, dificultando a formação de biofilme e a obstrução. É sugerido o uso de CVD de silicone para pacientes nos quais se antecipa período de cateterização > que 7 dias.

Bundle de Prevenção

Como principal medida de prevenção é recomendado que o bundle esteja implantado e os resultados sejam analisados e discutidos mensalmente pela equipe multidisciplinar. Para cada item do bundle, **avaliar os subitens**, conforme descrito abaixo:

1. Avaliar diariamente a necessidade de permanência do CVD.
1.1 Existe registro em prontuário sobre a indicação de permanência do CVD?
2. Realizar a higiene diária do meato uretral.
2.1 Há registro da realização de higiene do meato uretral pelo menos uma vez ao dia?
2.2 Região íntima em boas condições de higiene? Observar presença de odor fétido, excesso de secreção ou presença de fezes.
3. Executar a técnica correta durante manipulação do sistema de drenagem.
3.1 O volume da bolsa coletora estava abaixo de 2/3 de sua capacidade?
3.2 Higienizou as mãos imediatamente antes de tocar o CVD?
3.3 Para desprezar a diurese foi utilizado um recipiente limpo e individual?
3.4 A bolsa coletora está posicionada abaixo do nível da bexiga, 10 cm acima do nível do chão (no mínimo) e o fluxo de urina está livre?
4. Manter o sistema de drenagem fechado e devidamente posicionado.
4.1 Higienizou as mãos imediatamente antes de tocar o CVD?
4.2 Os materiais foram abertos em técnica asséptica?
4.3 Realizou a desinfecção da porta de coleta do CVD com movimentos circulares por 10 segundos imediatamente antes da coleta de urina?
4.4 Fixação adequada do CVD? Inguinal, supra-púbica ou coxa.

Orientações para preenchimento do bundle de prevenção de ITU

- O bundle deve ser aberto em tempo real, sempre que houver introdução de uma nova sonda vesical de demora;
- A sondagem deve ser realizada pelo enfermeiro;
- O preenchimento do bundle de manutenção do cateter deve ser realizado diariamente, a beira leito, pelo profissional enfermeiro, e deve acontecer em todos os turnos de trabalho;
- Manter documento arquivado em local previamente combinado com os gestores assistenciais e do SCIRAS;
- Registrar data da inserção e retirada do cateter, nos formulários e em prontuário.

Obs: Não serão considerados bundles preenchidos de forma retrospectiva.

6 - RESULTADO ESPERADO

Pacientes submetidos a sondagem vesical de demora não desenvolva infecção do Trato Urinário.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 57B7BD89-80F3-450B-8015-F68514940DC1

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.SBCD.SCIRAS.009	VERSÃO: 01
RECOMENDAÇÕES BÁSICAS PARA A PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO ASSOCIADA À CATETER VESICAL	VALIDADE: 04/2027	Pág. 5 de 5

Rubrica ACS

Rubrica SB

DS EDCL

7 - AÇÕES CORRETIVAS

Corrigir e orientar falhas no processo e análise crítica dos resultados.

8 - RISCOS ENVOLVIDOS

O não cumprimento de procedimento operacional padrão acarretará em não adesão ao bundle e será evidenciado nos indicadores mensais do SCIRAS;

9 - INDICADORES

Os indicadores Gerenciados são:

SCIRAS: Densidade de Incidência de ITU: (número de ITU x1000 / Número de CVD-dia)
Taxa de utilização CVD: (número de CVD-dia x100/ Número de paciente dia)

10 - ANEXOS

Não se aplica

11 - REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- Guide to Preventing Catheter-Associated Urinary Tract Infections (CAUTI), APIC, 2025.

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília: ANVISA, 2017.

- Cheng WY, Lin YH, Lai CC, Chao CM. Impact of catheter–associated urinary tract infection bundle on other health care associated infection. American Journal of Infection Control 2015; 43: 197-199

- Guideline for the prevention of health care-associated infection in urological practice in Japan. International Journal of Urology 2011; 18:495-502.

- Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) - Infection Control and Hospital Epidemiology April 2010, vol. 31, no4.

- Lo E, Nicolle L, Coffin SE, Gould C, Maragakis LL, Meddings J et al. Strategies to prevent catheter-associated urinary tract infections in acute care hospitals: 2014 Update. Infect Control Hosp Epidemiol 2014,35:464-79.

- Manual de prevenção de infecção do trato urinário (ITU) relacionado à assistência a saúde da Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar – APECIH/2009.

- Saint S, Chenowith CE. Biofilms and catheter-associated urinary tract infections. Infect Dis Clin North Am 2003;17:411-32.

- Saint S, Greene MT, Fowler KE, et al. What US hospitals are currently doing to prevent common device-associated infections: results from a national survey. BMJ Qual Saf 2019;0:1-9

- Tenke P, Kovacs B, Naber KG. Optimal management and prevention of catheter-associated urinary tract infections. Int J Antimicrob Agents 2007; doi:10.1016/j.ijantimicag.2007.07.033.

- Yokoe DS, Anderson DG, Berenholtz SM, Calfee DP, Dubberke ER, Ellingson KD et al. A compendium of strategies to prevent healthcare-associated infections in acute care hospitals: 2014 updates. Infect Control Hosp Epidemiol 2014; 35:967-77.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 57B7BD89-80F3-450B-8015-F68514940DC1

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.SBCD.SCIRAS.010	VERSÃO: 01
RECOMENDAÇÕES BÁSICAS PARA A PREVENÇÃO DE INFECÇÃO PRIMÁRIA DA CORRENTE SANGUÍNEA ASSOCIADA A CVC	VALIDADE: 04/2027	Pág. 1 de 13

Elaborado por: SCIRAS Corporativo	Data: 04/2025	Visto: Assinado por: Anderson Camacho Silva 92CEAE0ED6E6466...
Revisado por: Gestão da Qualidade	Data: 04/2025	Visto: Assinado por: Sabrina Benetti 36843B6BE0BF4CE...
Aprovado por: Gerente da Qualidade	Data: 04/2025	Visto: DocuSigned by: Erica de Cassia Laurindo C3591491EA564CF...

Rev.	Data	Descrição da Revisão / Data / Responsável
0	Não se aplica	Elaboração do documento.

1 - OBJETIVO

Orientar baseado nos pilares da SBCD - Qualidade Técnica, Inovações em Soluções e Colaboração entre Equipes: as ações para prevenção, redução e controle de Infecção primária da corrente sanguínea associada a cateteres vasculares (IPCS), possibilitando qualidade na assistência e monitoramento das ações de prevenção e intervenção para a remoção precoce do dispositivo.

2 - ALCANCE

Todos as unidades da SBCD onde ocorra procedimentos de inserção e manutenção de cateteres vasculares (CVC).

3 - RESPONSABILIDADE

Técnico de Enfermagem:

- Realizar os procedimentos e boas práticas descritas no protocolo de CVC e os cuidados inerentes ao acesso venoso periférico.
- O técnico de enfermagem poderá ainda aplicar o checklist de Inserção do CVC desde que capacitado por enfermeiro.

Enfermeiro:

- Realizar os curativos de acessos venosos centrais a cada 07 dias ou troca antecipada por sujidade, umidade ou descolamento.
- Supervisionar a realização dos bundle de manutenção.
- Aplicar o checklist de inserção de CVC.
- Realizar a inserção do PICC desde que habilitado.
- Avaliar os curativos de acessos centrais por meio da inspeção e palpação, no mínimo, 1x ao dia e os curativos de acessos periféricos no mínimo 1x por turno.
- Promover a discussão para retirada do dispositivo invasivo quando não mais indicado.

Médico:

- Realizar a inserção do CVC (sob aplicação do checklist de inserção de CVC disponível no setor) e promover o debate para sua remoção quando não mais indicado.

Farmacêutico

- Realizar o preparo de quimioterápicos e outras soluções estéreis utilizando da cabine de segurança biológica quando aplicado à instituição.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 57B7BD89-80F3-450B-8015-F68514940DC1

- Garantir que o insumo padronizado neste protocolo para realização do curativo esteja disponível para o hospital.
- Promover o debate multidisciplinar sobre transição medicação endovenosa para via oral quando indicado.

Coordenador de Enfermagem

- Sugere-se o gerenciamento e monitoramento dos bundle preenchidos pela equipe de enfermagem.

SCIRAS

- Realizar a auditoria do bundle.

4 - TERMOS E DEFINIÇÕES

CCIRAS - Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde
SCIRAS – Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde
IRAS - Infecção Relacionada à Assistência à Saúde
IPCS - Infecção Primária de Corrente Sanguínea
PICC - Cateter central de inserção periférica de longa permanência.
CVC - Cateter Venoso Central
PAI – Pressão Arterial Invasiva

5 - DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

Os cateteres vasculares são responsáveis por terapia que salvam vidas, mas também podem representar uma porta de entrada para microrganismos causadores de infecções graves, com alta mortalidade.

- Alguns fatores de risco para o desenvolvimento de infecção associada aos acessos vasculares, dentre outros, são:

- Tempo prolongado de hospitalização antes da cateterização;
- Duração da cateterização;
- Colonização no sítio de inserção;
- Colonização dos hubs dos cateteres;
- Múltiplos lúmens;
- Uso concomitantes de cateteres;
- Obesidade (IMC > 40);
- Neutropenia;
- Prematuridade;
- Nutrição parenteral;
- Excesso de manipulação do cateter;
- Transfusão de hemoderivados em crianças;

- O cateter vascular central (CVC) está associado ao maior risco de infecção quando comparado ao cateter vascular periférico (CVP). No entanto, estudos recentes demonstram preocupação com as infecções associadas a CVP, que podem representar até 6,3% das infecções associadas à assistência. Além disso, quase metade dos CVP falham antes do término do tratamento por inconsistência na inserção e manutenção, resultando em eventos como flebites, desconforto para o paciente e incremento de custos, já que é o dispositivo invasivo mais frequente na prática assistencial.

CATETERES VASCULARES PERIFÉRICOS

Docusign Envelope ID: 57B7BD89-80F3-450B-8015-F68514940DC1

-As recomendações para inserção e manutenção dos cateteres vasculares periféricos arteriais e venosos:

- Higienizar as mãos antes e após a inserção e qualquer manipulação;
- Eleger os vasos das extremidades superiores e não puncionar as de extremidades inferiores;
- Realizar a antissepsia da pele com swab álcool a 70%, em caso de sujidade visível no local da punção, realizar a limpeza antes da antissepsia;
- Utilizar luvas de procedimento limpas e técnica asséptica do "no touch" (não toque) após a antissepsia da pele para inserção dos CVP. Caso haja necessidade de novo toque, proceder à nova antissepsia;
- Realizar a antissepsia da pele e utilizar luvas estéreis para sua inserção de cateteres arteriais. No caso de inserção em femural, utilizar barreira máxima (ver cateteres vasculares centrais);
- Utilizar um novo caterer a cada tentativa de punção. Limitar a 02 tentativas de punção por profissional e, no máximo, 04 no total. Se após 04 tentativas não houver sucesso, escalone a dificuldade para um time de acessos vasculares/terapia infusional ou equipe médica vascular;
- Quando disponível na unidade utilizar tecnologia para visualização dos vasos para pacientes com dificuldade de rede venosa antes mesmo da primeira tentativa e sempre após tentativas sem sucesso;
- Garantir a estabilidade do cateter com a fita adesiva estéril disponível no material do curativo. Para cateteres inseridos no pronto socorro e medicina diagnóstica, devido tempo de uso inferior a 48 horas a cobertura utilizada não precisa ser transparente, desde que estéril e indicada para cateteres vasculares. Para cateteres inseridos em pacientes internados, a cobertura indicada é semi-impermeável e transparente. Não é permitida a fixação com fita adesiva não estéril (tipo esparadrapo, medipore® ou micropore®) ou fita não indicada para acessos vasculares (como, por exemplo, curativos para feridas de pele). A cobertura deve ser trocada imediatamente se houver suspeita de contaminação e sempre quando úmida, solta, suja ou com integridade comprometida. Manter técnica asséptica durante a troca;
- Proteger o sítio de inserção e conexões com filme plástico durante o banho, mantendo o local seco e limpo;
- Todas as conexões centrais devem ser fechadas com conectores valvulados sem agulha para pacientes internados, bem como as conexões dos acessos periféricos de pacientes oncológicos internados ou em atendimento ambulatorial.
- Realizar desinfecção ativa dos conectores com swab de álcool a 70% utilizando-se de força mecânica sempre antes e após cada acionamento (tempo de contato 5 a 15 segundos). Aguardar secagem espontânea antes de acessar o dispositivo. Para as conexões de sistema aberto, realizar a desinfecção com a mesma técnica após a retirada da "tampinha". Nunca reutilizar a mesma tampinha.
- Verificar a permeabilidade do cateter e realizar o flushing utilizando seringas de 10 ml preenchidas com solução salina 0,9%;
- Realizar delicadamente um flushing e checar o retorno de sangue antes de cada infusão para verificar o funcionamento do cateter e evitar complicações;
- Realizar o flushing com solução salina 0,9% entre medicamentos para evitar a incompatibilidade medicamentosa;
- Realizar flushing com solução salina 0,9% e pressão positiva (fechar a pinça durante o flushing e então desconectar a seringa) após cada manipulação do cateter para manter sua permeabilidade.
- Não realizar flushing rotineiro (de horário) ou manter soro para permeabilizar a via. Esta prática aumenta os custos da assistência e o risco de infecção associada pela manipulação excessiva do cateter.
- O tempo de troca rotineira para CVP em adultos não deve ser praticado em intervalos inferiores a 96 horas, não

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 57B7BD89-80F3-450B-8015-F68514940DC1

havendo benefício na troca antes deste período. Para crianças, não há tempo pré-programado para troca.

- Não proceder à troca rotineira de cateteres arteriais, mas retirá-lo o mais breve possível, assim que a condição clínica do paciente permitir.
- Manter dados de identificação do momento da inserção no curativo (data, horário e assinatura).
- Seguir a recomendação de periodicidade de Troca dos Dispositivos para Terapia Infusional e Cobertura de Acessos Vasculares, padronizado na SBCD (tabela neste documento).
- Caso a instituição faça uso de conectores valvulados, não trocar os conectores valvulados em intervalos inferiores à 96h. A troca antes deste período deve acontecer apenas em caso de sujidade ou avaria.
- Em casos de administração esporádica de medicação, reavaliar a real necessidade de manutenção do cateter. Cateteres sem uso por um período de 24 horas devem ser retirados.
- Avaliar o sítio de inserção no mínimo uma vez por plantão (inspeção visual e/ou palpação sobre o curativo e comparação com o membro sem o cateter) e retirar o cateter o mais breve possível quando identificado sinais flogísticos.
- Hipodermóclise: a troca deve ocorrer a cada 7 dias e demais dispositivos devem seguir a rotina padronizada na SBCD.

CATETERES VASCULARES CENTRAIS DE CURTA PERMANÊNCIA - INSERÇÃO

- Utilizar o check list de passagem de CVC para cada cateter (e um check-list para cada tentativa, caso seja necessário mais de uma). Em caso de quebra de técnica, sinalizar o profissional responsável pela inserção para correção imediata. Em caso de instalação na femoral, questionar o motivo e anotar no campo destinado.

Escolha do Local

- A seleção do sítio de punção deve ser individualizada considerando as condições clínicas do paciente (como por exemplo, evitar veia subclávia em caso de coagulopatia) e a capacidade técnica do profissional responsável pela punção. Cabe ao hospital a capacitação do time no desenvolvimento de habilidade técnica na seleção e punção do melhor vaso para minimizar o risco de complicações mecânicas e infecciosas. A veia subclávia é o sítio de menor risco de complicações infecciosas (alto nível de evidência).
- Optar pela punção percutânea. A dissecção venosa só está indicada em condições especiais: coagulopatias em RN, má-formação anatômica, peso < 2000g.
- Utilizar ultrassom para as punções de cateteres vasculares centrais sempre que o sítio de punção permitir.

Paramentação da equipe

- Utilizar máscara cirúrgica, gorro e óculos de proteção. O profissional que auxilia e aquele que aplica o check-list devem utilizar máscara.
- Realizar a antissepsia das mãos, preferencialmente com solução alcoólica (respeitando a técnica e o tempo para adequado processo – consultar o POP sobre “Higiene das mãos: recomendações básicas para prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde”.
- Utilizar aventais cirúrgicos estéreis.
- Utilizar luvas cirúrgicas estéreis.
- Utilizar campos estéreis ampliados, que cubram toda a superfície corpórea do paciente (cabeça aos pés). O uso apenas de campo fenestrado não é permitido.

Preparo do paciente

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 57B7BD89-80F3-450B-8015-F68514940DC1

- Caso haja sujidade visível, realizar à limpeza antes do início do procedimento.
- Proceder a antissepsia da pele com clorexidina alcoólica a 2% (frasco novo ou dose única), com movimentos firmes de vai e vem, por no mínimo 30 segundos (ampliar o tempo para 2 minutos caso a punção seja na femoral).
- Aguardar a secagem espontânea do antisséptico. Não retirar o excesso ou realizar a secagem do local.
- Tricotomia do local de inserção: em princípio não deve haver retirada de pelos, mas se houver necessidade, utilizar tricotomizador elétrico. Realizar a tricotomia antes da antissepsia da pele para o procedimento.

Estabilização do Cateter

- A fixação do dispositivo a pele do paciente deverá ser em cada orifício lateral da aleta de fixação (presilha e grampo de borracha). A técnica “bailarina” (pontos traçados em torno do cateter) não é recomendada.
- Deve ser empregada para preservar a integridade do dispositivo de acesso e para evitar sua perda ou migração, de acordo com a orientação do fabricante do cateter.
- Deve se empregar técnica asséptica, com produtos estéreis, de forma a facilitar a manutenção da limpeza e integridade durante a realização dos curativos subsequentes.

CATETERES VASCULARES CENTRAIS DE LONGA PERMANÊNCIA (SEMI E TOTALMENTE IMPLATÁVEIS) – INSERÇÃO

- Cateteres de longa permanência são instrumentos valiosos quando a terapia parenteral prolongada é necessária. A principal porta de entrada dos microrganismos é o hub, a partir do qual há invasão pela porção intraluminal destes dispositivos. A quebra da técnica asséptica do “não toque”, durante preparo e administração de medicamentos, também é responsável pela contaminação intraluminal. O sítio de inserção, na presença de sangramentos, curativos sujos/úmidos ou descolando, também pode levar à contaminação pela porção extraluminal. Ocasionalmente, a contaminação se dá por via hematogênica.

- Instalar o cateter dentro do centro cirúrgico, com aplicação de check-list.
- Realizar o preparo cirúrgico das mãos da equipe médica.
- Utilizar paramentação completa e campo ampliado que cubra da cabeça aos pés do paciente.
- Caso haja sujidade visível, proceder à limpeza com água e sabão do local de punção antes do início do procedimento. - Proceder a antissepsia da pele com clorexidina alcoólica a 2% (frasco novo ou dose única), com movimentos firmes de vai e vem, por no mínimo 30 segundos.
- Aguardar a secagem espontânea do antisséptico. Não retirar o excesso ou realizar a secagem do local.
- Tricotomia do local de inserção: em princípio não deve haver retirada de pelos, mas se houver necessidade, utilizar tricotomizador elétrico, realizar antes da antissepsia da pele e fora da sala de cirurgia.
- Realizar o curativo da inserção do cateter com gaze e película transparente estéril.
- Seguir as recomendações gerais descritas neste documento sobre Periodicidade de Troca dos Dispositivos para Terapia Infusional e Cobertura de Acessos Vasculares para a manutenção dos equipos e extensões padronizados na SBCD (tabela neste documento).

Punção do port

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 57B7BD89-80F3-450B-8015-F68514940DC1

Este tipo de acesso vascular requer algumas particularidades:

- Para a punção do port deverá usar luva estéril e máscara cirúrgica (profissional e paciente) utilizando técnica asséptica;
- Para a punção do port, realizar antissepsia da pele com clorexidina alcóolica a 2 %, movimentos firmes de vai e vem, por no mínimo 30 segundos. Aguardar a secagem espontânea do antisséptico (não retirar o excesso ou secar o local). Em caso de sujidade aparente, realizar a limpeza local antes dos procedimentos de punção.
- Realizar o curativo do port com gaze estéril e película transparente estéril nas primeiras 48 horas após a inserção ou se houver persistência de sangramento ou exsudato. Caso contrário, utilizar película transparente estéril, com troca a cada 07 dias, quando da substituição da agulha, ou antes, se necessário. Para os outros cateteres semi-implantáveis, utilizar gaze e película transparente estéril nas primeiras 48 horas e posteriormente o curativo transparente semi-impermeável, seguir a recomendação de Periodicidade de Troca dos Dispositivos para Terapia Infusional e Cobertura de Acessos Vasculares, padronizados na SBCD (tabela neste documento).
- A punção do port deverá ser realizada com agulha própria de acordo com o tamanho do reservatório.
- Proceder à troca da agulha de punção a cada sete dias ou antes se necessário.
- Permeabilizar o cateter com soro fisiológico e pressão positiva após cada uso e a cada 28 dias ou 4 semanas quando o cateter não estiver sendo utilizado.

CATETERES VASCULARES CENTRAIS - MANUTENÇÃO

- Manter o acesso vascular somente o tempo estritamente necessário. A avaliação de sua necessidade deve ser diária e é responsabilidade de toda a equipe assistencial.
- Avaliar a prescrição médica e o plano terapêutico, de forma multidisciplinar, para a decisão do número de lúmens necessário para a terapia segura. Utilizar o menor número possível de lúmens.
- Não heparinizar cateteres de curta permanência.
- Para verificar a permeabilidade do cateter e realizar o flushing com pressão positiva ao término das infusões, utilizar seringas de 10 ml preenchidas com solução salina 0,9%.
- Antes de cada infusão, realizar delicadamente um flushing e checar o retorno de sangue para verificar o funcionamento do cateter e evitar complicações.
- Realizar o flushing entre medicamentos para evitar a incompatibilidade medicamentosa.
- Realizar flushing com seringa preenchida com solução salina 0,9% e pressão positiva (fechar a pinça durante o flushing e então desconectar a seringa) após cada manipulação do cateter para manter sua permeabilidade.
- O volume mínimo para o flushing deverá ser ao menos duas vezes o volume da capacidade do lúmen do cateter (priming). Caso não haja restrição hídrica, "lavar" o sistema com o volume mínimo 10 ml em cada via – em caso de soluções lipídicas ou hemocomponentes, dobrar este volume.
- Não realizar flushing rotineiro (de horário) ou manter soro para permeabilizar a via. Esta prática aumenta os custos da assistência e o risco de infecção associada pela manipulação excessiva do cateter.
- Proteger fixação e conexões com filme plástico durante o banho, mantendo o local seco e limpo.
- Todas as conexões (centrais) devem ser fechadas com conectores valvulados sem agulha para pacientes internados e pacientes oncológicos ambulatoriais. Realizar desinfecção ativa dos conectores com swab de álcool a 70% E força mecânica sempre antes e após cada acionamento (tempo de contato 5 a 15 segundos). Aguardar secagem espontânea. Para as conexões sistema aberto, realizar a desinfecção com a mesma técnica depois da retirada da "tampinha". Nunca reutilizar a mesma tampinha.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 57B7BD89-80F3-450B-8015-F68514940DC1

- Observar e palpar sobre o curativo, no mínimo uma vez a cada plantão, para avaliação do aspecto do local da inserção em relação à presença de dor e/ou secreção purulenta.
- Recomendamos a inspeção e palpação do local sobre o curativo, pois vale ressaltar que a dor pode ser o único indício de infecção local, mesmo na ausência dos demais sinais inflamatórios.
- O curativo deverá ser iniciado após cuidadosa higienização da mesa de apoio com desinfetante pronto-uso padronizado na instituição e higienização das mãos com água e sabão ou álcool gel.
- Utilizar máscara cirúrgica na realização do curativo de cateteres venosos centrais.
- O curativo do cateter deve obedecer à seguinte técnica (sempre iniciando pela inserção e toda a extensão): aplicação da clorexidina alcoólica a 2% para limpar o sítio de inserção e reaplicação do antisséptico para antissepsia. Aguardar secagem espontânea (aproximadamente 30 segundos).
- O curativo do cateter deve ser realizado com produtos estéreis novos e com a técnica asséptica do "não toque" (utilizar luvas estéreis).
- Curativo convencional com gaze/película transparente estéreis: utilizado nas primeiras 48 horas pós-inserção e nos casos de sangramentos/exsudatos, com troca a cada 48 horas ou antes se sujo, úmido ou solto. A presença de hiperemia reacional no sítio de inserção não é indicação de instalação de curativo convencional.
- Curativo transparente semi-impermeável: utilizado em neonatos e crianças abaixo de 02 meses, trocar na presença de sujidade, umidade ou soltura da película.

CATETERES VASCULARES CENTRAIS – RETIRADA

Atenção: Não existe indicação para a troca rotineira dos cateteres venosos centrais.

Indicações de troca

- Suspeita ou confirmação de infecção associada ao dispositivo, após exclusão de outros sítios infecciosos. Em casos específicos, avaliar o diferencial de tempo de crescimento das hemoculturas periféricas + via do cateter coletadas no mesmo momento (com crescimento >2 horas entre a via do cateter e a periférica).

Pacientes com instabilidade hemodinâmica e muito graves:

- Ausência de hipotensão ou falência de órgãos, mas com fatores de risco (imunossupressão, presença de prótese vascular, sinais de sepse, bacteremia franca).
- Infecção confirmada por *Candida spp*. E avaliar demais microrganismos de acordo com a clínica do paciente.
- Hiperemia (maior que 02 cm), dor e secreção purulenta na inserção do CVC.
- Suspeita de mau funcionamento.
- Se o cateter for passado na urgência, com risco de quebra de técnica asséptica, realizar nova punção em até 48 horas, assim como punção em veia femoral, avaliar a troca do sítio.

CATETERES UMBILICAIS

- Estabelecer localmente políticas e procedimentos para o uso adequado dos cateteres umbilicais arteriais e venosos com base na idade gestacional, peso ao nascer e a gravidade da doença, para evitar a utilização desnecessária e complicações associadas.

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 57B7BD89-80F3-450B-8015-F68514940DC1

- Realizar antissepsia do coto e da região peri-umbilical com solução de clorexidina alcoólica a 2% para recém-nascido com peso > 1000g ou clorexidina aquosa a 1% para recém-nascido com peso inferior a 1000g.
- Utilizar tanto clorexidina aquosa quanto a alcóolica com precaução e de forma econômica dentro dos primeiros 14 dias de vida, **devido aos riscos de queimaduras químicas na pele**. A absorção sistêmica tem sido relatada devido à imaturidade da pele, no entanto, os efeitos sistêmicos não foram documentados. Não utilizar tintura de iodo pelo impacto sobre a glândula tireóide do neonato.
- Utilizar precauções de barreira máxima no momento da inserção, incluindo uso de gorro, máscara, avental estéril de manga longa, luvas estéreis e campo ampliado estéril. Aplicar o check-list de passagem de CVC no mesmo modelo mencionado no item cateteres vasculares centrais de curta permanência.
- Selecionar um método para estabilização do cateter umbilical arterial e venoso baseado na promoção da integridade da pele, redução de complicações e facilidade de uso. Existe uma falta de evidências demonstrando qual o melhor método de estabilização.
- Manter o sítio umbilical limpo e seco.
- Não utilizar pomada antimicrobiana tópica em sítio umbilical pelo risco de infecções fúngicas e resistência antimicrobiana.
- Remover cateteres umbilicais quando não for mais necessários ou se ocorrer qualquer complicação mecânica e/ou infecciosa.
- Limitar o tempo de permanência do cateter umbilical venoso no máximo 07 dias. Riscos de infecção são aumentados com períodos prolongados de uso. Remoção de cateter umbilical venoso em 7 dias, seguido de inserção de PICC para terapia infusional contínua é uma estratégia para reduzir IPCS.
- Limitar o tempo de permanência do cateter arterial umbilical à um tempo inferior a 5 dias.
- Informações adicionais, consultar as “Recomendações para antissepsia da pele para procedimentos invasivos na população neonatal SBCD”, disponível neste mesmo documento.

ACESSOS PARA HEMODIÁLISE

Cateteres venosos

- Utilizar solução de selo de Citrato a 30% OU Taurolidina + Citrato 4% OU Taurolidina + Citrato 4% + heparina 500 UI para pacientes adultos.
- Administrar o selo após a sessão de hemodiálise conforme o volume do lúmen (prime) do cateter:
  - Administrar nos lúmens utilizados.
  - Utilizar uma seringa para cada lúmen.
  - A infusão deve ser lenta (8 a 10 segundos).
  - O fechamento do clamp deverá ser realizado com pressão positiva.

- Aspirar o selo antes da sessão de hemodiálise com volume maior que o prime do cateter.
- A troca do selo, quando o cateter não estiver em uso, deverá ser condicionada a troca do conector valvulado TEGO (a cada 7 dias).
- Não manter as vias do cateter protegidas com gazes e fitas.

Fístula Artério Venosa (FAV)

- Observar os seguintes sinais na FAV: aspecto da anastomose, presença de frêmito, estenose, hematomas, sinais flogísticos e lesões na pele.
- Realizar antissepsia do membro com gaze e clorexidina alcoólica 2%, com movimentos firmes de vai e vem, e aguardar a

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 57B7BD89-80F3-450B-8015-F68514940DC1

secagem completa do antisséptico antes da punção (não secar ou retirar o excesso).
- Ocluir o óstio com gaze estéril e tiras de Micropore® (não é permitida a fixação com fita adesiva que não seja preconizada para uso na pele).
- Ao final da sessão de hemodiálise, comprimir o local de punção por 10 minutos com gaze estéril
- Após os 10 minutos retirar a gaze e realizar curativo com gaze estéril e Micropore® ou Medipore®.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

- Pomadas antimicrobianas: NÃO recomendamos a utilização de pomadas na inserção dos cateteres devido ao risco de resistência bacteriana E aos danos para cateteres confeccionados com poliuretano.
- Lock de antimicrobiano ou terapia do selo: é uma técnica utilizada no controle das infecções relacionadas aos cateteres vasculares. Esta técnica tem demonstrado bons resultados, principalmente para cateteres de longa permanência, porém os guias não recomendam sua utilização rotineira, somente em circunstâncias especiais, como por exemplo, pacientes com cateteres de longa permanência ou tunelizados com história de infecção de repetição ou com dificuldade de acesso ou pacientes com alto risco de sequela grave após um episódio de infecção da corrente sanguínea (história recente de implante de prótese cardíaca ou enxerto aórtico). Discutir a indicação com o SCIRAS local antes de sua utilização.

RECOMENDAÇÕES PARA ANTISSEPSIA DA PELE PARA PROCEDIMENTOS INVASIVOS NA POPULAÇÃO NEONATAL

- A antissepsia da pele é essencial para redução do risco de infecção da corrente sanguínea associada a cateteres vasculares (ICS); Em neonatos, os agentes contaminantes de pele são responsáveis por uma grande parte destas infecções;
- A escolha do antisséptico mais eficaz ainda é baseada em estudos com evidências limitadas, mesmo para os adultos;
- Os estudos comparando os antissépticos em neonatologia são heterogêneos na metodologia, grupos comparados e desfechos;
- Preocupações sobre eventos adversos relacionados à integridade da pele e potencial disfunção da tireoide são responsáveis pela substituição do PVP-I para soluções de clorexidina (CHG) alcóolica e aquosa;
- No entanto, existem preocupações quanto ao uso de CHG alcóolica por conta de dermatite e absorção sistêmica quando comparada a formulações aquosas, principalmente em prematuros.

RECOMENDAÇÕES

- Não é necessária degermação prévia com CHG degermante antes da antissepsia.
- Em caso de sujidade visível na pele, retirar a mesma com água e sabão;
- Utilizar CHG aquosa a 1% para neonatos abaixo de 1000g e CHG alcóolica a 0,5% para maiores de 1000g antes da realização de procedimentos invasivos e para as trocas de curativos de cateteres e drenos;
- Aplicar a CHG com parcimônia apenas no local indicado para o procedimento invasivo. Cuidado com o excesso;
- Realizar a antissepsia da pele com movimentos e vai e vem, por no mínimo 30 segundos;
- Aguardar a secagem espontânea da CHG antes da realização do procedimento invasivo ou da instalação do curativo para minimizar o risco de dermatite ou outros eventos adversos. Não há necessidade de remover o CHG com água destilada ou soro fisiológico, exceto se o excesso escorrer na pele fora do limite do procedimento;
- Em caso de evento adverso, notificar o setor de Qualidade e o SCIRAS local.

PERIDIOCIDADE DE TROCA DOS DISPOSITIVOS UTILIZADOS PARA TERAPIA INFUSIONAL

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 57B7BD89-80F3-450B-8015-F68514940DC1

TIPOS DE EQUIPOS	PERIODICIDADE DE TROCA
Equipo de bomba de infusão (BI) e gravitacional - macro e microgotas (uso contínuo)	96 HORAS
Equipo de bomba de infusão e gravitacional macro e microgotas (uso intermitente) *	24 HORAS
Equipo infusão de propofol	12 HORAS OU 6 HORAS NO CASO DE PROPOFOL DILUÍDO
Equipo de nutrição parenteral	A CADA BOLSA
Equipo de hemoderivados e solução lipídica	A CADA BOLSA
TIPO DE CATETER E AGULHA	**PERIODICIDADE DE TROCA**
Cateter venoso periférico (paciente adulto)	**96 HORAS*** * Manter por período superior caso paciente apresente fragilidade tegumentar (ex. Skin Tears) ou dificuldade de acesso por múltiplas punções. Manter sob vigilância com registro diário. * Dispositivos instalados em situação de urgência devem ser trocados logo que possível.
Cateter venoso periférico (paciente pediátrico e neonatal)	SEM PERIDIOCIDADE
Agulha de HUBER	07 DIAS
TIPO DE EXTENSOR	**PERIODICIDADE DE TROCA**
Extensores para infusão (uso continuo)	96 HORAS
Extensores para infusão (uso intermitente)*	24 HORAS Periodicidades acima não se aplicam para a Unidade Neonatal. * Preferencialmente manter conectado. Desconectar apenas em casos excepcionais usando o conector macho/fêmea - não é permitido o uso de agulha como oclusor.
SISTEMA DE MONITORIZAÇÃO	**PERIODICIDADE DE TROCA**
Sistema de monitorização hemodinâmica - incluindo solução pressurizada e VAMP	96 HORAS
CONECTORES	**PERIODICIDADE DE TROCA**
Torneirinha (Dânula ou Three way) *	96 HORAS
Extensor multivias Luer lock (Polifix)	96 HORAS
Conector Luer Macho / fêmea	A cada abertura de sistema
Conector Valvulado**	96 HORAS
TEGO***	07 DIAS **Observações:** * Utilizar conector valvulado sempre que o dispositivo estiver conectado a CVC e/ou PICC ** Preferencialmente realizar a troca junto com o sistema de infusão contínua. Trocar na presença de sujidade aparente não removível com flushing (ex. infusão de

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 57B7BD89-80F3-450B-8015-F68514940DC1

	hemoderivados, Propofol etc.). **Não é recomendada a troca do conector valvulado a cada infusão de hemoderivado, NPP e solução lipídica, o mesmo deverá ser trocado nos casos de abertura acidental do conector (contaminação) ou resíduo de sangue / medicamento. ***Gerenciar para que a troca do TEGO ocorra no momento da realização da hemodiálise, evitando a manipulação do cateter
Hipodermóclise	A troca deve ocorrer a cada 7 dias e demais dispositivos devem seguir a rotina descrita nesta tabela.

COBERTURA DE ACESSOS VASCULARES

Cateter Venoso Periférico (Adulto)	**P**elícula estéril semipermeável: Troca a cada 7 dias ou antes, se necessário;
PICC e CVC (neonatal e pediátrico)	Película estéril semipermeável: Troca a cada 7 dias ou antes, se necessário; **Primeiro curativo CVC/PICC:** película estéril semipermeável + com gaze) após a passagem do cateter ou para inserções sangrantes. Realizar a troca com 48h ou antes, se necessário
FIXAÇÃO E ESTABILIZAÇÃO DE PICC adulto / pediátrico e neonatal	Indicado para fixação e estabilização de PICC; Troca a cada 7 dias junto com o curativo, ou antes, se necessário.

6 - RESULTADO ESPERADO

Redução ou zerar o número e os risco de infecção de corrente sanguínea nos pacientes em uso de acesso venoso central e periférico.

7 - AÇÕES CORRETIVAS

Corrigir e orientar falhas no processo e análise crítica dos resultados.

8 - RISCOS ENVOLVIDOS

O não cumprimento de procedimento operacional padrão acarretará em não adesão ao bundle e será evidenciado nos indicadores mensais do SCIRAS;

9 - INDICADORES

Indicadores Gerenciados:
SCIRAS: Densidade de Incidência de IPCS: (número de IPCS / número de CVC dia) x1000)
Taxa de utilização CVC: (número de CVC - dia X 100/ número de Paciente dia)

10 - ANEXOS

Não se aplica.

11 - REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 57B7BD89-80F3-450B-8015-F68514940DC1

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília: ANVISA, 2017.

- Alexandrou E, Ray-Barruel G, Carr PJ et al. Use of short peripheral intravenous catheters: characteristics, management and outcomes worldwide. J Hosp Med 2018, 13: doi: 10.12788/jhm.3039.

- Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology. Guide to Elimination of Infections in hemodialysis. Washington, 2010. 78 pag. Disponível em http://www.apic.org/resource_/eliminationguideform/7966d850-0c5a-48ae-9090-a1da00bcf988/file/apichemodialysis.pdf. Acesso em 07/03/2025.

- Bertoglio S, Rezzo R, Merlo FD, Solari N, Palombo D, Vassallo F et al. Pre-filled normal saline syringes to reduce totally implantable venous access device-associated bloodstream infection: a single institution pilot study. J Hosp Infect 2013;.84:85-8.

- Buetti N, Marschall J, Drees M, FakihMG, Hadaway L, Maragakis LL et al. Strategies to prevent central line-associated bloodstream infections in acute-care hospitals: 2022 Update. ICHE 2022;.1-17.

- Cais DP, Zimerman RA. Recomendações para prevenção de infecção da corrente sanguínea associada à cateter venoso central. In: Silva AA, Feijo RDF, Lessa SS (Coord). Infecção da corrente sanguínea associada ao uso de cateteres vasculares. 4º ed. rev. e ampl. São Paulo: APECIH, 2016.

- Chopra V. Central venous Access devices and approach to device and site selection in adults. Disponível em: <

https://www.uptodate.com/contents/central-venous-access-device-and-site-selection-in-adults?search=Central%20venous%20Access%20devices%20and%20approach%20to%20device%20and%20site%20selection%20in%20adults&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1>. Acesso em 28/02/2023.

- Dogra G, Herson H, Hutchinson B et al. Prevention of tunneled hemodialysis catheter-related infections using catheter restricted filling with gentamicin and citrate: a randomized controlled study. Am J Soc Nefrol 2002;.13:2133-9.

- Glowicz JB, Landon E, Sickbert-Bennet EE, Aiello AE, deKay K, Hoffmann KK et al. SHEA/IDSA/APIC Practice Recommendation: Strategies to prevent healthcare-associated infections through hand hygiene: 2022 Update. ICHE 2023;.1-22.

- Gorski LA, Hadaway L, Hagle M, Broadhurst D, Simon C, KLeidon T et al. Infusion Therapy Standards of Practice. Infusion Nurse Society 2021, 8th ed.

- Helme RE, Klausner JD, Klemperer JD, Flint LM, Huang E. Accepted but not accepted: peripheral IV catheter failure. J Infus Nurs 2015;.38:189-203.

- Kidney Disease Improvement Global Outcomes. KDIGO Quality Initiative. KDOQI clinical practice guideline for vascular access: 2019 update. American Journal of Kidney Diseases. 2020;. 75(4).

- Lima AFC, Saba A, Berger S, Bianchini SS, Berssaneti FT. Preventive risk analysis in the maintenance of patency of the peripherally inserted central catheter. Rev Esc Enferm USP. 2019;.53:e03462.

- Mai H, Zhao Y, Salerno S, Li Y, Feng Y, Ma l et al. Citrate versus heparina lock for prevention of hemodialysis catheter-related complications: updated systematic review and meta-analysis od randomized controlled studies. International Urology and Nephrology 2019;doi: 10.1007/s1125 5-019-02150 -0.

- Mermel LA. What is the evidence for intraluminal colonization of hemodialysis catheters?. Kidney Int. 2014 Jul;.86(1):28-33.

- Mermel LA. Short-term peripheral venous catheter-related bloodstream infections: a systematic review. Clin Infec Dis 2017;. 65:1757-62.

- O'Grady NP, Alexander M, Burns LA, Dellinger EP, Garland J, Heard SO et al. Guidelines for the prevention of intravascular catheterrelated infections. Clin Infec Dis 2011;. 52:e162-93.

- O'Grady NP, Chertow DS. Managing bloodstream infection in patients who have short-term central venous catheter. Cleve

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 57B7BD89-80F3-450B-8015-F68514940DC1

Clin J Med 2011;. 78:10-7.
- Parienti J-J, Mongardon N, Mégarbane B, Mira J-P, Kalfon P, Gros A et al. Intravascular complications of central venous catheterization by insertion site. N Engl J Med 2015;.373:1220-9.
- Perez A, Feuz I, Brostchi B, Bernet V. Intermittent flushing improves cannula patency compared to continuous infusion for peripherally inserted venous catheter in newborns: results from a prospective observacional study. Journal of Perinatal Medicine 2012:40:311-4.
- Saint S, Greene MT, Fowler KE, et al. What US hospitals are currently doing to prevent common device-associated infections: results from a national survey. BMJ Qual Saf 2019;.0:1-9
- Stonecypher K. Going around circles: is this the best practice for preparing the skin? Crit Care Nurs Q 2009;.32:94-8
- Taminato M, Fram DS, Grothe C, Gonçalves A, Belasco S, Barbosa DA. Uso profilático de Mupirocina em cateter venoso central de hemodiálise: revisão sistemática e metanálise. Acta Paul Enferm. 2012;.25:128-32.
- Timsit J-F, Mimoz O, Mourvillier B, Souweine B, Garrouste-Orgeas M, Alfandari S et al. Randomized controlled trial of chlorhexedine dressing and highly adhesive dressing for preventing catheter-related infections in critically ill adults. Am J Respir Crit Care Med 2012;.186:1272-8.
- Timsit JF, Bouadma L, Ruckly S et al. Dressing disruption is a major risk for catheter-related infections. Crit Care Med 2012;.40:1707-14.
- Timsit JF, Schwebel C, Bouadma L, et al. Chlorhexidine-impregnated sponges and less frequent dressing changes for prevention of catheter-related infections in critically ill adults: a randomized controlled trial. JAMA. 2009 Mar 25;.301(12):1231-41.
- Timsit JF, Mimoz O, Mourvillier B, et al. Randomized controlled trial of chlorhexidine dressing and highly adhesive dressing forpreventing catheter-related infections in critically ill adults. Am J Respir Crit Care Med. 2012 Dec 15;.186(12):1272-8.
- Voor in't Holt AF, Helder OK, Vos MC, Schafthuizen L, Sultz S, Van den Hoogen A et al. antiseptic barrier cap effective in reducing central line-associated bloodstream infections: A systematic review and meta-analysis. Int J Nurs Stud 2017;.69:34-40.
- Zack, J. Zeroing in on zero tolerance for central line-associated bacteremia. Am J Infect Control 2008;.36:S176.e1-S176.e2.
- Buetti N, Marschall J, Drees M, FakihMG, Hadaway L, Maragakis LL et al. Strategies to prevent central line-associated bloodstream infections in acute-care hospitals: 2022 Update. ICHE 2022;.1-17
41. Hooven TA, Palin RA. Healthcare-associated infections in the hospitalized neonate: a review. Early Hum Dev 2014;90:S4-6.
42. Lai NM, Lai NA, O'Riordan E et al. Skin antisepsis for reducing central venouscatheter-related infections. Cochrane Database Syst Rev 2016;7:CD010140.
43. Lilley C, Pawl A, Gray A. A prospective randomized double blind comparison of 0,5%versus 0,05% aqueous chlorhexidine for skin antisepsis prior to line insertion in neonates. Arch Dis Child 2006;91:A17-19.
44. Mannan K, Chow P, Lissauer T et al. Mistaken identify of skin cleasing solution Leading to extensive chemical burns in an extremely preterm infant. Acta Paediatr 2007;96:1536-7.
45. Neri I, Ravaioli GM, Faldella G et al. Chlorhexidine-induced chemical burns in very low birth weight infants. J Pediatr 2017;191:262-5.
46. Shah V, Deshpande P, Lee K et al. Comparison of 2% chlorhexidine in 70% isopropyl alcohol with 2% aqueous chlorhexidine for skin antisepsis prior to venipuncture in very low birth weight infants: a non-inferiority trial. Paediatr Child Health 2014;19:e67-8.
47. Sharma A, Kulkarni S, Thurkal A et al. Aqueous chlorhexidine 1% versus 2% for neonatal skin antisepsis: a randomized non-inferiority trial. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2021:Jun 9; fetalneonatal-202-321174. Doi: 10,1136/archdischild-202-321174. Online ahead of print.
48. Younge NE, Araujo-Pérez F, Brandon D et al. Early-life skin microbiota in hospitalized pretermand full-term infants. Microbiome 2018: 6:98.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: F6DED766-F65F-478B-ACF7-2AC5A6B1B55D

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.SBCD.SCIRAS.022	VERSÃO: 02
RECOMENDAÇÕES BÁSICAS PARA A PREVENÇÃO DE INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS	VALIDADE: 06/2027	Pág. 1 de 17

Elaborado por: Anderson Camacho Silva - Enfermeiro SCIRAS Corporativo	Data: 03/2025	
Verificado por: Enfermeiro SCIRAS Corporativo - Anderson Camacho Silva	Data: 06/2025	Visto: Assinado por: Anderson Camacho 92CFAF0ED6E6466...
Verificado por: Coordenação da Qualidade – Sabrina Benetti	Data: 06/2025	Visto: Assinado por: Sabrina Benetti 36842B6BE0BF4CE...
Aprovado por: Gerência da Qualidade – Érica Laurindo	Data: 06/2025	Visto: DocuSigned by: Erica de Cassia Laurindo C3591491EA564CF...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
0	Não se aplica	Elaboração do documento.
1	06/2025	Inclusão da tabela de Rotina de troca de dispositivos respiratórios. Realizado troca de código de 011 para 022. Revisado por: Anderson Camacho – Enf. SCIRAS Assinado por: Anderson Camacho 92CFAF0ED6E6466...

1 - OBJETIVO

Este POP tem como objetivo alinhar as ações para prevenção, redução e controle de infecções respiratórias com medidas básicas de prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV), que também são aplicáveis à outros tipos de infecções respiratórias como traqueobronquite, possibilitando qualidade na assistência e monitoramento das ações de prevenção e intervenções.

2 - ALCANCE

Todos as unidades da SBCD onde ocorra procedimentos de risco para infecções respiratórias.

3 - RESPONSABILIDADE

Equipe assistencial cumprir as medidas de Prevenção de Infecções Respiratórias associadas à Ventilação Mecânica.

Equipe Multidisciplinar

Fisioterapeuta

• Realizar higiene das mãos, respeitando os 5 momentos;

• Utilizar a VNI sempre que indicado;

• Manter a cabeceira da cama 35-45° ou 15°(neonatologia);

• Aspirar secreções supra cuff previamente ao procedimento de extubação;

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: F6DED766-F65F-478B-ACF7-2AC5A6B1B55D

• Utilizar técnica séptica para aspiração de secreções endotraqueais;

• Realizar troca de filtro HME/ HMEF a cada 48h ou se sujidade ou perda de função;

• Realizar troca de sistema de aspiração fechado conforme o protocolo da instituição, ou se sujidade ou perda de função;

• Retirar condensações do circuito de ventilação mecânica;

• Manter/mensurar pressão de cuff (25- 35 cmH2O);

• Em caso de uso de base aquecida, seguir troca de equipo para água conforme a periodicidade conforme protocolo da instituição;

• Avaliar a necessidade de ventilação mecânica diariamente;

• Conforme alinhamento entre SCIRAS e Coordenações, preencher e gerenciar bundle de PAV.

Enfermagem

• Realizar higiene das mãos, respeitando os 5 momentos;

• Manter a cabeceira da cama 35-45° ou 15°(neonatologia);

• Utilizar técnica séptica para aspiração de secreções endotraqueais;

• Retirar condensações do circuito de ventilação mecânica;

• Realizar higiene oral 3 vezes ao dia (utilizar clorexidina 0,12% (paciente adulto e pediátrico) ou com água destilada (neonatos);

• Em caso de uso da escova dental com cerdas, manter dispositivo limpo e protegido;

• Pausar sedação sempre que indicado despertar diário.

• Verificar diariamente posição/fixação da sonda gástrica ou enteral, evitando deslocamentos;

Médico

• Realizar higiene das mãos, respeitando os 5 momentos;

• Avaliar a necessidade de ventilação mecânica diariamente;

• Manter a cabeceira da cama 35-45° ou 15°(neonatologia);

• Avaliar interrupção de sedação diariamente – despertar diário;

• Monitorar diariamente a motilidade intestinal e ajustar a velocidade de infusão da dieta enteral, evitando distensão gástrica.

4 - TERMOS E DEFINIÇÕES

CCIRAS – Comissão de Controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: F6DED766-F65F-478B-ACF7-2AC5A6B1B55D

IRAS -Infecção Relacionada à Assistência à Saúde

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

VM – Ventilação mecânica

VNI – Ventilação não invasiva

PAV – Pneumonia associada à ventilação mecânica

CME - Centro de Material e Esterilização

5 - DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

A PAV é um tipo de Infecção Relacionada à Assistência em Saúde (IRAS), caracterizada por uma inflamação no parênquima pulmonar, que geralmente ocorre dois dias após o início da ventilação mecânica. Essa infecção afeta de 0,5% a 1,0% dos pacientes internados e dentre as IRAS, representa a infecção com maior taxa de mortalidade.

Apesar do rápido desenvolvimento da medicina intensiva, as taxas de incidência e a mortalidade de PAV ainda permanecem altas. Estudos mostram que a PAV afeta 5-40% dos pacientes que recebem ventilação mecânica invasiva (VM) por mais de 02 dias, com grandes variações a depender do país, tipo de UTI e critérios usados para diagnóstico PAV.

A incidência de pneumonia varia de 05 a mais de 20 casos por 1000 admissões hospitalares. Fora das UTIs, as altas taxas são observadas em pacientes idosos, imunodeprimidos, pacientes cirúrgicos e aqueles em uso de dieta enteral. Cerca de um terço das pneumonias ocorrem nas UTIs, sendo que 90% desses eventos estão associados à VM.

Em pacientes com PAV, a mortalidade varia de 24% a 50%, e pode aumentar para 76% se a infecção for causada por patógenos multirresistentes. A PAV é responsável por até 25% de todas as infecções na UTI, sendo o risco maior durante a internação precoce. Outras infecções respiratórias, como a traqueobronquite, também são importantes no ambiente de assistência à saúde e podem possuir o mesmo mecanismo de aquisição.

A aspiração é um dos mecanismos mais relacionados às infecções respiratórias, estando associado a posição supina, disfagia, alteração do estado mental, distúrbio de motilidade esofágica, vômito, refluxo gastroesofágico, intubação traqueal, nutrição enteral, sonda nasogástrica, colonização orofaríngea e traqueobrônquica, traqueostomia e alcoolismo.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: F6DED766-F65F-478B-ACF7-2AC5A6B1B55D

Embora as medidas de prevenção de infecções respiratórias associadas à VM sejam amplamente conhecidas, para o cenário das infecções não associadas à VM ainda há necessidade de evolução no que se diz respeito a adesão de melhores práticas para prevenção dos eventos respiratórios. A implementação de medidas direcionadas aos pacientes não ventilados impacta diretamente na segurança do paciente e também contribui para redução custos hospitalares.

Entende-se que o emprego de práticas ótimas de prevenção de infecções respiratórias é crucial para redução das taxas de IRAS e eventos adversos nas unidades hospitalares.

Imunização

As estratégias de imunização relevantes para a prevenção de pneumonia hospitalares incluem particularmente, vacinas contra influenza e pneumococo. Países como Reino Unido já destacam a importância de imunização contra influenza e doença pneumocócica para pacientes adultos e pediátricos de alto risco. Da mesma forma, também existe recomendação para vacinação de profissionais de saúde que prestam assistência para pacientes em risco.

Não existem evidências diretas de que a imunização de profissionais de saúde ou pacientes contra influenza impacta de forma direta a redução da incidência de pneumonia. Por outro lado, embora um estudo tenha encontrado evidências que sugerem que a imunização contra influenza previne a pneumonia em pacientes idosos, dados da literatura também mostraram que a falha na imunização de profissionais foi associada a um aumento da mortalidade por "doença semelhante à gripe" em pacientes idosos. Dessa forma, a imunização contra influenza em profissionais de saúde e pacientes e a vacina contra pneumococos em idosos e grupos de risco devem ser encorajadas.

Higienização das mãos

As mãos devem ser higienizadas sempre antes e após o contato com o paciente, após cada contato com secreções respiratórias, antes da realização de procedimentos, como por exemplo, a aspiração endotraqueal, após o risco de exposição a secreções respiratórias e após o contato com as superfícies e equipamentos do paciente.

O uso de luvas **NÃO** substitui a higienização das mãos, que deve ser feita imediatamente após sua remoção. Não é recomendado o uso de duas luvas para realização de diferentes procedimentos no mesmo paciente.

Higienizar as mãos entre contatos com diferentes sítios corpóreos no mesmo paciente. Sabe-se que a higiene das mãos é a medida mais eficaz para redução das IRAS. Tanto que as diretrizes baseadas em evidências para a

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: F6DED766-F65F-478B-ACF7-2AC5A6B1B55D

prevenção de infecções recomendam a implementação de uma política de higienização das mãos nos hospitais. Dessa forma, as práticas de higiene das mãos devem ser incorporadas nas diretrizes clínicas para a prevenção da pneumonia hospitalar de modo que auditorias de desempenho sejam realizadas para demonstrar e manter altos níveis de prática, resultando em menores índices de infecções respiratórias.

Prevenção de aspiração

Manter o decúbito entre 30º e 45º caso não haja contraindicação (pacientes em ventilação mecânica ou usuários de sondas enteral), inclusive durante procedimentos rotineiros como banho e transporte;

Manter a pressão do cuff entre 20 a 30 cmH2O ou entre 18 e 22 mmHg por meio da verificação regular, sendo recomendado no mínimo 3 vezes ao dia em pacientes internados em unidades críticas e 2 vezes ao dia em pacientes internados em unidades não-críticas.

A pressão do cuff deve ser verificada e ajustada antes de procedimentos rotineiros de movimentação do paciente, como banho e transporte.

Considerar o uso de tubos endotraqueais que permitam proceder com drenagem intermitente ou contínua de secreções subglóticas para minimizar o acúmulo de secreções acima do cuff em pacientes com necessidade de intubação superior a 72 horas.

Aspiração Traqueal

Realizar a aspiração do trato somente quando necessária, em decorrência de secreção em quantidade substancial

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: F6DED766-F65F-478B-ACF7-2AC5A6B1B55D

que possa dificultar a respiração ou que seja audível.

Realizar a aspiração traqueal com luvas e sondas de aspiração estéreis.

Utilizar a aspiração com sistema fechado (Trachcare®) para minimizar o risco de contaminação ambiental durante o procedimento. Não há recomendação de troca rotineira, devendo ser trocado sempre que for observado sujidade ou avaria no material ou de acordo com as orientações do fabricante e também considerando a rotina de troca em protocolo da instituição.

Proceder à aspiração do trato respiratório inferior, seguido pelo nariz e boca.

Utilizar solução fisiológica para limpeza da extensão do aspirador a cada sessão de aspiração ao final do procedimento.

Trocar o frasco coletor de secreções quando sua capacidade atingir 2/3 do volume do frasco.

Boa Prática

Vários estudos têm avaliado o impacto do sistema de aspiração fechado versus sistema aberto para prevenção de pneumonia. No entanto, os resultados ainda são inconsistentes. Uma revisão sistemática considerou evidências de quatro ensaios clínicos randomizados controlados e concluiu que o tipo de sistema de aspiração não teve efeito sobre a incidência de pneumonia. Do ponto de vista da segurança, a aspiração das secreções com sistema fechado tem valor na redução da aerossolização das secreções do trato respiratório e na proteção dos profissionais de saúde. O número de desconexões do equipamento de sucção deve ser minimizado para reduzir o risco de exposição do pessoal a secreções potencialmente infectadas. O uso de sistema fechado é considerado como boa prática, na perspectiva de um procedimento mais seguro.

Recomenda-se a troca do sistema fechado de aspiração a cada 72 horas ou quando houver sujidade ou mau funcionamento.

Cuidados com a Traqueostomia

Considerar traqueostomia precoce. Uma meta-análise de 17 estudos randomizados sugere que a traqueostomia precoce (dentro de 7 dias da intubação) pode estar associada com uma redução de 40% nas taxas de PAV, menos tempo de ventilação mecânica e menos dias de UTI, mas sem diferença na mortalidade. Esses potenciais benefícios devem ser considerados junto aos valores e preferências de cada paciente para o processo de tomada de decisão.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: F6DED766-F65F-478B-ACF7-2AC5A6B1B55D

A traqueostomia deve ser feita com técnica asséptica, percutânea beira-leito, a menos que haja indicação clínica para monitoramento no Centro Cirúrgico.

Utilizar a técnica do "não toque" e luvas de procedimento até que ocorra cicatrização da ferida da traqueostomia ou formação de tecido de granulação ao redor do tubo.

Proceder a troca do tubo da traqueostomia por outro estéril ou que tenha recebido desinfecção de alto nível sempre que necessário.

Utilizar luvas e campos estéreis na troca da cânula de traqueostomia.

É proibido o reprocessamento de cânulas de traqueostomia descartáveis de uso único.

Prevenção da Colonização do Trato Digestivo

Realizar higiene oral em pacientes sob ventilação mecânica (intubados ou traqueostomizados) no mínimo a cada 08h, com clorexidina aquosa 0,2%, fricção mecânica (escovação) com escova de dente e aspiração contínua durante o procedimento para evitar broncoaspiração e consequente pneumonite química;

Para pacientes com dificuldade de escovação oral, utilizar colutório a base de gluconato de clorexidina 0,2% com o uso de esponja macia e aspiração contínua, lembrando sempre que o uso de escovas dentais foi considerado superior para remoção de placa comparado ao uso de esponjas ou bonecas de gaze.

Por questões de segurança do paciente e do profissional, não é recomendado o uso de espátulas de madeira ou dedo como suporte para a gaze durante a higiene oral.

Para pacientes em ventilação espontânea, realizar higiene oral no mínimo a cada 08h com creme dental e escova de dente tradicional e,se necessário, enxaguante bucal.

Não utilizar enxaguante bucal a base de álcool pelo risco de ressecamento da mucosa.

Manter hidratação dos lábios.

A descontaminação seletiva da orofaringe e trato digestivo com antimicrobianos não é recomendada.

Considerar a colocação de sonda de alimentação pós-pilórica em pacientes com intolerância à alimentação gástrica, com alto risco de aspiração.

A profilaxia para úlcera de stress pode ser indicada para outras razões clínicas que não prevenção de PAV.

Manejo da Sedação

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: F6DED766-F65F-478B-ACF7-2AC5A6B1B55D

Minimizar o uso de sedativos para pacientes em VM sempre que possível.

Considerar estratégias multimodais e outros medicamentos, que não benzodiazepínicos, para controle do delirium e agitação.

Considerar o uso de protocolos locais para minimizar a sedação.

Realizar o despertar diário para avaliação do nível de consciência e possibilidade de extubação quando não contraindicado.

Os protocolos para minimizar sedação, mobilizar pacientes e extubação precoce devem ser sinérgicos.

Uso de ventilação não invasiva

Utilizar cateter nasal de alto fluxo (CNAF) ou ventilação não invasiva (VNI), no lugar da ventilação mecânica invasiva sempre que possível em pacientes nos quais a terapia é viável, utilizando os critérios apropriados. Tanto a terapia de alto fluxo quanto a VNI podem fornecer suporte respiratório aos pacientes sem a necessidade de intubação.

Existem evidências de que, em pacientes selecionados, as modalidades não invasivas reduzem o risco de pneumonia e estão associadas a menores taxas de intubação, reintubação, PAV e mortalidade em comparação com a oxigenoterapia convencional.

Método de intubação

Realizar intubação preferencialmente por via oral e evitar reintubações sempre que possível. Vários ensaios clínicos randomizados controlados demonstraram uma associação entre intubação nasotraqueal e sinusite maxilar. Outros estudos mostram que a reintubação está associada a um aumento da incidência de PAV.

Cultura de secreção traqueal

Utilizar a coleta de secreções traqueais apenas para pesquisa de colonização ou suspeita de infecção por agentes multirresistentes ou para avaliação epidemiológica, sob a indicação do SCIRAS. Entretanto, em situações especiais, como por exemplo, paciente que acaba de ser intubado, a cultura quantitativa e o Gram do material colhido podem auxiliar no diagnostico etiológico.

Aspirados obtidos através de tubos endotraqueais podem ser contaminados durante o trajeto do cateter em áreas

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: F6DED766-F65F-478B-ACF7-2AC5A6B1B55D

densamente colonizadas, tornando difícil a interpretação dos resultados de culturas. As traqueostomias colonizam-se após algumas horas com microrganismos hospitalares, em especial os gram-negativos. Sendo assim, a coleta de secreções traqueais deve ser utilizada apenas em situações pontuais e quando indicada pelo SCIRAS. Dados da literatura mostram grande variabilidade dos percentuais de positividade e especificidade. A coloração de Gram identifica se o material é representativo: presença de 25 polimorfonucleares /mm3 na amostra.

Prevenção da contaminação do equipamento e acessórios

Não existe recomendação para a esterilização ou desinfecção rotineira do maquinário interno dos ventiladores mecânicos. Seguir as orientações do fabricante para este cuidado.

A limpeza externa dos ventiladores mecânicos deve ser realizada uma vez ao dia, com desinfetante padronizado, exemplo: Peroxido de Hidrogênio ou Quartenario de Amônia e a limpeza concorrente deve ser registrada de forma apropriada para conferência e/ou auditoria do SCIRAS/Coordenações.

O filtro de barreira utilizado entre o ventilador e o circuito devem ser trocados entre pacientes ou no mesmo paciente em casos de saturação do filtro e consequente produção de resistência ao fluxo ventilatório (atentar aos casos de ventilação com umidificação ativa).

Os materiais de uso individual, cujo reprocessamento está proibido, devem ser trocados quando apresentarem sujidade ou qualquer dano que comprometa sua funcionalidade.

Os materiais designados como de “uso único” nunca devem ser reprocessados.

As cânulas de Guedel® são descartáveis, devendo ser desprezadas a cada uso.

Todos os equipamentos envolvidos no atendimento ao paciente devem ser limpos, descontaminados e armazenados de acordo com a política do hospital e instruções do fabricante.

Utilizar esterilização ou desinfecção de alto nível (termodesinfetadora) para reprocessamento de artigos semi-críticos (contato direto ou indireto com membranas mucosas do trato respiratório). No ambiente hospitalar, é proibido o reprocessamento de artigos de assistência ventilatória fora do Centro de Material e Esterilização (CME). Materiais que precisam ser esterilizados com técnicas não executadas pelo CME local devem ser encaminhados para empresa externa validada para prestação do serviço.

Circuitos ventilatórios e fluidos

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: F6DED766-F65F-478B-ACF7-2AC5A6B1B55D

Não existe indicação de troca rotineira do circuito de ventilação mecânica. Devem ser trocados entre diferentes pacientes ou no mesmo paciente sempre que sujo, com avarias ou com mau funcionamento. Proceder à desinfecção de alto nível no CME em casos de materiais permanentes, ou ao descarte se utilização de circuitos descartáveis.

Drenar e descartar o condensado contaminado acumulado dentro do circuito do ventilador com cuidado no expurgo da unidade. O circuito deve ser gerenciado de modo que o condensado não seja drenado em direção ao paciente.

Utilizar água estéril para enxaguar o equipamento respiratório não invasivo reutilizável entre procedimentos no mesmo paciente (como por exemplo, o inalador de uso único).

Utilizar água estéril (quando necessário) para uso em equipamentos e artigos de assistência ventilatória. Não é recomendável completar o nível com pequenas quantidades do mesmo. Se for necessária a adição de uma nova quantia de fluído, o líquido residual deve ser descartado no expurgo da unidade (utilizar cálices exclusivos e individuais ou recipientes descartáveis).

Em caso de uso de frasco de grande volume, o conteúdo não utilizado deve ser identificado com a etiqueta do paciente, data de abertura e ser descartado em até 24 horas.

Os fluídos utilizados nos sistemas de ventilação e aspiração endotraqueal devem necessariamente ser estéreis e preparados imediatamente antes de seu uso.

Utilizar medicamentos aerossolizados em frascos de dose única sempre que possível. Se forem utilizados frascos de múltiplas doses, siga as instruções do fabricante para o manuseio, armazenamento e dispensação do medicamento.

Após extubação, o circuito usado poderá permanecer montado, desde que protegido por embalagem plástica e identificado com etiqueta do paciente, de acordo com as recomendações abaixo:

- Pacientes que estavam sob ventilação com umidificação ativa (circuitos úmidos): até 24 horas após extubação;
- Pacientes que estavam sob ventilação com umidificação passiva (circuitos secos): até 48 horas após extubação;
- Após este período se ainda houver a necessidade de uso, o circuito deverá ser trocado e um novo deverá ser montado e também protegido.

Umidificadores e filtros

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: F6DED766-F65F-478B-ACF7-2AC5A6B1B55D

Utilizar filtros higroscópicos no lugar de umidificadores aquecidos no circuito de ventilação mecânica, desde que não haja contraindicações para o seu uso (por exemplo, pacientes com risco de obstrução das vias aéreas).
Filtros higroscópicos do tipo Gibeck®: Umidivent, Traquevent, entre outros, devem ser trocados a partir de 48 horas, e ou sempre que sujo, úmido ou apresentar avarias ou ainda conforme protocolo da instituição.

Frequência de troca dos umidificadores

Trocar os umidificadores e nebulizadores a cada 48 horas, quando for utilizada água para umidificação do sistema. Para umidificadores em que não há necessidade do uso de água, trocar a cada 07 dias.
O desempenho técnico dos umidificadores por mais de 48 horas deve ser monitorado, especialmente em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Na evidência ou suspeita de contaminação, o umidificador deve ser trocado. De acordo com a ANVISA, o sistema de umidificação deve ser substituído quando em mau funcionamento ou visivelmente contaminado.

Equipamentos de reanimação cardiopulmonar (Ambu)

Realizar a troca do Ambu® entre diferentes pacientes e sempre que sujo ou com mau funcionamento.
Para pacientes crônicos, com internação prolongada, trocar a cada 30 dias.

Medidas para prevenção de infecções pulmonares para pacientes com risco /ou nos períodos pré-operatório.

Pacientes submetidos a cirurgias abdominais e/ou torácicas, com DPOC, doenças musculoesqueléticas e testes de função pulmonar anormais devem receber instruções pré e pós-operatórias para prevenir complicações do ato cirúrgico.
Na fase pré-operatória, as infecções de qualquer topografia devem ser tratadas e secreções pulmonares devem ser removidas.
No pós-operatório, os pacientes devem ser orientados sobre a importância de estimular a tosse, realizar exercícios respiratórios recomendados, sentar em poltrona e/ou deambular tão logo seja possível e sempre que não houver restrição clínica.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: F6DED766-F65F-478B-ACF7-2AC5A6B1B55D

Controlar a dor que, no pós-operatório, frequentemente interfere na tosse e exercícios respiratórios;

Rotina para Troca dos Dispositivos Respiratórios

Observação: Um dos fatores que podem contribuir para a aquisição de pneumonia está associado ao inadequado processamento dos produtos utilizados na terapia ventilatória. Por isso é fundamental que esses produtos sejam processados em conformidade com as evidências científicas disponíveis e a normatização sanitária sobre o tema. Os produtos de assistência respiratória classificados como críticos, devem ser submetidos a esterilização após adequada limpeza. Já os produtos de assistência respiratória classificados como semicríticos, devem ser submetidos a limpeza e, no mínimo, desinfecção de nível intermediário

Tipo de Material	Recomendação	Observação
Água estéril do nebulizador / umidificador	Trocar a água a cada 24 horas. Se houver necessidade de reposição de água deverá ser desprezado o líquido anterior, realizar higienização do reservatório com gaze antes de preencher novamente.	A água pode ser desprezada no expurgo da unidade.
Ambu	Manter protegido em embalagem plástica junto ao leito. Para pacientes crônicos, com internação prolongada, trocar a cada 30 dias e ou trocar, se apresentar sujidade e mau funcionamento.	Desinfecção de alto nível no CME entre pacientes.
Cateter de oxigênio	Não haverá troca programada no mesmo paciente, higienizar com gaze a cada plantão.	Descartar após uso.
Pipetas	Realizar limpeza e desinfecção com desinfetante padronizado Ex.: Peroxido de Hidrogênio ou Quartenario de Amônia a cada paciente.	
Fixador cefálico de silicone	Realizar limpeza e desinfecção com desinfetante padronizado Ex.:	Não é necessário o envio para o CME. Limpeza e desinfecção devem ser

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: F6DED766-F65F-478B-ACF7-2AC5A6B1B55D

	Peroxido de Hidrogênio ou Quartenario de Amônia a cada uso.	realizadas no expurgo da unidade.
Cânula de Guedel	Não haverá troca programada no mesmo paciente, se fora de uso enviar imediatamente para CME.	Desinfecção de alto nível no CME entre pacientes OU quando as cânulas de Guedel são descartáveis, devem ser desprezadas a cada uso.
Extensões de látex e Silicone	Com água: troca a cada 24h. Sem água: troca a cada 7 dias.	Desinfecção de alto nível no CME nas datas estabelecidas ou se apresentar sujidade.
Circuitos respiratórios	Não haverá troca programada no mesmo paciente. Trocar, se apresentar sujidade e mau funcionamento. Após extubação: Pacientes que estavam sob ventilação com umidificação ativa (circuitos úmidos): até 24 horas após extubação; Pacientes que estavam sob ventilação com umidificação passiva (circuitos secos): até 48 horas após extubação; Após este período se ainda houver a necessidade de uso, o circuito deverá ser trocado e um novo deverá ser montado e também protegido.	Desinfecção de alto nível no CME entre pacientes.
Circuito de transporte e circuito do carrinho do anestesista	Troca do circuito e do filtro HME entre cada paciente.	Se circuito reprocessável, enviar para o CME; se “uso único”, descartar após o uso.
Filtro de barreira HEPA	Paciente em uso de inalação: trocar a cada 24 horas. Paciente em isolamento respiratório: trocar a cada paciente. Demais situações: trocar a cada 30 dias.	
Filtro interno do ventilador mecânico	Troca realizada pela engenharia clínica	

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: F6DED766-F65F-478B-ACF7-2AC5A6B1B55D

exalatório	durante manutenção preventiva anual.	
Filtro HME com filtro bacteriano	Recomenda-se a troca a partir de 48 horas, e ou sempre que apresentar sujidade e mau funcionamento.	
Frasco de aspiração a vácuo descartável	Desprezar o frasco quando completar 2/3 da capacidade do recipiente.	Desprezar o frasco na lixeira infectante sem abri-lo, no expurgo.
Frasco de aspiração a vácuo portátil	Realizar limpeza e desinfecção com desinfetante padronizado. Ex.: Peroxido de Hidrogênio e Quartenario de Amônia a cada plantão/uso.	Limpeza e desinfecção devem ser realizadas no expurgo/sala de utilidades da unidade.
Sistema de Venturi / CPAP	Manter o sistema protegido em embalagens plásticas, junto ao leito enquanto estiver em uso no paciente. Não haverá troca programada no mesmo paciente. Trocar se apresentar sujidade e mau funcionamento.	Encaminhar para desinfecção de alto nível no CME entre pacientes.
Sistema de Inaladores / Nebulizadores, Tubo T / Traqueinha	Manter o sistema protegido em embalagens plásticas, junto ao leito. Trocar todo o sistema a cada 24 horas.	Desinfecção de alto nível no CME.
Sistema de aspiração fechado (trach-care)	Recomenda-se a troca do sistema fechado de aspiração a cada 72 horas ou quando houver sujidade ou mau funcionamento.	Trocar a qualquer momento se houver quebra de técnica ou obstrução.
Umidificadores (parede) para nebulização	Umidificador com água: trocar a cada 24 horas. Umidificador sem água: trocar a cada 7 dias.	Desinfecção de alto nível no CME.
Materiais de fisioterapia motora: teraband, bastão, andador, cicloergômetro e bolas	A fisioterapia deve realizar limpeza e desinfecção com desinfetante padronizado a cada uso. Ex.: Peroxido de Hidrogênio ou Quartenario de Amônia.	Como boa prática os materiais e equipamentos devem ser colocados dentro de sacos plásticos. Limpeza e desinfecção devem ser realizadas no expurgo da unidade.
Aparelhos para exercício	Manter protegidos em embalagens	Entre pacientes seguir recomendação

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: F6DED766-F65F-478B-ACF7-2AC5A6B1B55D

Respiratório (respiron, flutter, shaker, threshold)	plásticas, junto ao leito enquanto o paciente estiver em uso. Se apresentar sujidade realizar limpeza com gaze embebida água.	do fabricante. Se passível de reprocessamento enviar para o CME e se "uso único", descartar.
Manuvacuômetro, cufômetro e ventilômetro	Realizar limpeza e desinfecção com desinfetante padronizado. Ex.:Peroxido de Hidrogênio e Quartenário de Amônia a cada uso.	Limpeza e desinfecção devem ser realizadas no expurgo da unidade

6 - RESULTADO ESPERADO

Redução ou zerar o número e os risco de infecção infecções respiratórias nos serviços de saúde bem como também a exposição dos pacientes a infecções respiratórias associadas à ventilação mecânica (PAV).

7 - AÇÕES CORRETIVAS

Corrigir e orientar falhas no processo e análise crítica dos resultados.

8 - RISCOS ENVOLVIDOS

O não cumprimento de procedimento operacional padrão acarretará em não adesão ao bundle e será evidenciado nos indicadores mensais do SCIRAS;

9 - INDICADORES

Indicadores Gerenciados:

SCIRAS: Densidade de Incidência de PAV: (número de PAV / número de ventilação mecânica dia x1000)

Taxa de utilização VM: (número de VM - dia x 100/ número de Paciente dia)

10 - ANEXOS

Não se aplica.

11 - REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: F6DED766-F65F-478B-ACF7-2AC5A6B1B55D

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada RDC 156 de 11 de agosto de 2006. Dispõe sobre o registro, rotulagem e reprocessamento de produtos médicos e dá outras providências.
2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. ANVISA. Brasília, 2017.
3. Amaral SM, Cortêz AQ, Pires FR. Nosocomial pneumonia: importance of the oral environment. J Bras Pneumol 2009; 35:1116-24.
4. Aranha LF, Correa L, Costa MMM, Eid RC, Silva CV, Caruso P et al. Medidas de Prevenção de Infecção do Trato respiratório. In: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada á Assistência à Saúde. Brasília, 2017.
5. Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Hospitalar. Prevenção das Infecções Hospitalares do Trato Respiratório. APECIH, 2ª Ed., São Paulo, 2005.
6. Baker D, Quinn B. Hospital Acquired Pneumonia Prevention Initiative-2: Incidence of nonventilator hospital-acquired pneumonia in the United States. American Journal of Infection Control, 2018, 46:2-7.
7. Cambridge, MA. How-to Guide: Prevent Ventilator-Associated Pneumonia. Institute for Healthcare Improvement; 2012. (Available at www.ihi.org).
8. Centers for Disease Control and Prevention. Guideline for Preventing Health-Care-Associated Pneumonia 2003. Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. MMWR 2004; 53
9. (RR03):1-36.
10. Cutler RL, Sluman P. Reducing ventilator associated pneumonia in adult patients through high standards of oral care: A historical control study. Intensive Crit Care Nurs 2014; 30:61-8.
11. Dale CM, Rose L, Carbone S, Pinto R, Smith OM, Burry L et al. Effect of oral chlorhexidine de option and implementation of an oral care bundle on mortality for mechanically ventilated patients in the intensive care unit (CHORAL): a multi-center stepped wedge cluster-randomized controlled trial. Intensive Care Med 2021;47:1295-1302.
12. Damas P, Frippiat F, Ancion A, Canivet J-L, Lambermont B, Layios N et al. Prevention of ventilatorassociated pneumonia and ventilator-associated conditions: a randomized controlled trial with subglottic secretion suctioning. Crit Care
13. Med 2015;43:22-30
14. Eom JS, Lee MS, Chun HK, Choi HJ, Jung SY, Kim Ys et al. The impact of a ventilator bundle on preventing ventilator-associated pneumonia: a multicenter study. Am J Infect Control 2014; 42:34-7.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: F6DED766-F65F-478B-ACF7-2AC5A6B1B55D

15. Gentille MA, Siobal MS. Are Specialized Endotracheal Tubes and Heat-and-Moisture Exchangers Cost-Effective in Preventing Ventilator Associated Pneumonia? Respir Care 2010;55(2):184 –196.
16. Glowicz JB, Landon E, Sickbert-Bennet EE, Aiello AE, deKay K, Hoffmann KK et al. SHEA/IDSA/APIC Practice Recommendation: Strategies to prevent healthcare-associated infections through hand hygiene: 2022 Update.
17. ICHE 2023;1-22.
18. Health Protection Surveillance Centre, 2011. Guidelines for the prevention of ventilator associated pneumonia in adults in Ireland.
19. Klompas M, Branson R, Cawcutt K, Crist M, Eichenwald EC, Greene LR et al. Strategies to prevent ventilator-associated pneumonia, ventilator-associated events, and nonventilator hospital-acquired pneumonia in acute care hospitals: 2022 Update. Infection Control and Hospital Epidemiology 2022; 1-27.
20. KLOMPAS M, SPECK K, HOWELL MD, GREENE LR, BERENHOLTZ SM. REAPPRAISAL OF ROUTINE ORAL CARE WITH CHLORHEXIDINE GLUCONATE FOR PATIENTS RECEIVING MECHANICAL VENTILATION: SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS. JAMA INTERN MED 2014; 174:751-61.
21. Lee S, Lighvan NL, McCredie V, Pechlivanoglou P, Krahn M, Quiñonez C, Azarpazhooh A. Chlorhexidine-related mortality rate in critically ill subjects in intensive care units: A systematic review and meta-analysis. Respir Care. 2019 Mar;64:337-349.
22. Li H-Y, Wang H-S, Wang Y-L, Wang J, Huo X-C and Zhao Q. Management of Ventilator-AssociatedPneumonia: Quality Assessment of Clinical Practice Guidelines and Variations in Recommendations on Drug Therapy for Prevention and
23. Treatment. Front Pharmacol 2022; 13:903378. doi: 10.3389/fphar.2022.903378.
24. Price R, MacLennan G, Glen J. SuDDICU Collaboration. Selective digestive or oropharyngeal decontamination and topical oropharyngeal chlorhexidine for prevention of death in general intensive care: systematic review and network meta-analysis. BMJ. 2014 Mar 31;348:g2197.
25. Zhao T, Wu X, Zhang Q, Li Chunjie, Worthington HV, Hua F et al. Oral hygiene care for critically ill patients to prevent ventilator-associated pneumonia. Cochrane Database Syst Rev 202;24:12:CD008367.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 99018AFA-AF3C-4EF5-AA5B-20EBA3069D2A

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP. 118	VERSÃO: 2
CONTENÇÃO MECÂNICA	VALIDADE:01/03/2026	Pag. 1 de 6

Elaborado por: Paula A. S. F. Martins	Data: 02/08/2022	Visto: Assinado por: Paula Andrea Shinzato Ferreira Martins 864CAF24E4274A4...
Revisado por: Carla Carin Casaes	Data: 15/08/2022	Visto: DocuSigned by: FAEFCD486FD6449...
Aprovado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz	Data: 30/08/2022	Visto: Assinado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz CEC19F2097164F7...

Rev.	Data	Descrição da Revisão / Data / Responsável
01	02/08/2022	Elaboração do procedimento
02	01/03/2024	Revisão

Docusign Envelope ID: 99018AFA-AF3C-4EF5-AA5B-20EBA3069D2A

1- OBJETIVO

Normatizar e orientar os profissionais da saúde sobre o procedimento de contenção mecânica como indicação de um cuidado terapêutico aos pacientes com critérios pré-estabelecidos nas unidades assistenciais de urgência e emergência.

Proteger e preservar a integridade física do paciente com alterações de comportamento de agressividade e agitação em situação de emergência psiquiátrica limitando sua habilidade de movimentos quando esse oferece perigo para si e para terceiros, através de dispositivos mecânicos possibilitado pelo uso das faixas, relaxamento progressivo, diminuição da agressividade e agitação e uma percepção dos limites corporais, contra lesões, traumas, quedas, contaminação de cateteres, feridas, dentre outros, provocados por ele mesmo ou a outros e que gera a interrupção do tratamento a que vem sendo submetido.

2 – ALCANCE

Unidades Média Complexidade: Pronto Socorro Santana, UPA Jaçanã, AMA Lauzane, AMA Jardim Joamar e AMA Wamberto Dias da Costa

3 – COMPETÊNCIA

Equipe de enfermagem;
Equipe médica;

4 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

Indicação e contraindicação:

- Quando todos os outros recursos já foram esgotados e o usuário não é responsivo ao manejo verbal, ambiental, medicamentoso e retirada de agentes estressores, apresentando comportamento que indique risco e/ou auto ou heteroagressividade, impulsividade marcantes, destrutividade, estreitamento de consciência.
- Indicado como um procedimento terapêutico.
- A equipe deve estar devidamente capacitada e treinada para os procedimentos envolvidos na contenção.
- A incorreta aplicação e manutenção do procedimento podem acarretar lesões por compressão vascular e nervosa, restrição aos movimentos respiratórios, úlceras por decúbito.

Avaliação do comportamento de risco do paciente:

- Postura: manter-se de pé, andar de um lado ao outro, hipervigilante, comportamento exigente, tenso.
- Discurso: voz em alto volume, gritos, comentários difamatórios, pejorativos ou sexualmente

Docusign Envelope ID: 99018AFA-AF3C-4EF5-AA5B-20EBA3069D2A

agressivos, intolerância a abordagem, ameaças verbais.
• Atividade motora: dificuldade em permanecer sentado ou aceitar orientações, postura inclinada para frente, tensão muscular evidente.

Procedimentos:
• Avaliar a necessidade de restrição mecânica e utilizá-la apenas quando o risco de seu uso for menor que os riscos à saúde do próprio paciente ou aos demais;
• Orientar paciente e/ou familiar sobre o procedimento, salientando o motivo, a duração prevista e as possíveis complicações;
• Reunir o material necessário – contenção de punho, membros inferiores e tórax se necessário;
• Avaliar o ambiente onde será aplicado (leito, objetos próximos, condições das grades);
• Higienizar as mãos;
• Calçar luvas;

• Lavar e secar a área a ser restrita;
• Restringir os punhos e os tornozelos e se necessário, restringir coxas e braços, utilizando faixas adequadas e padronizadas;
• Observar o paciente constantemente, quanto à condição neurológica, condição da pele do membro contido, a fim de evitar eventos adversos da contenção mecânica;
• Nunca realizar a fixação da contenção nas grades das camas, e sim na cama, a fim de evitar acidentes em caso de urgência /emergência;
• Registrar detalhadamente a necessidade de restrição mecânica na evolução de enfermagem do paciente, bem como nas anotações complementares (motivo, horário, área restrita, reação do paciente) e assinar;
• Acrescentar cuidados com restrição mecânica à prescrição de enfermagem;
• Reavaliar o paciente a cada 30 minutos, considerando a necessidade ou não de manutenção da restrição e a associação com outras medidas terapêuticas, proceder com a anotação de enfermagem;
• Fazer o registro na evolução de enfermagem referente a aceitação, evolução e intercorrências da restrição.

Descrição da técnica:
Ações da equipe médica:
• Avaliar o paciente em situação de risco e indicar os procedimentos, realizando registro em prescrição e prontuário, comunicando o enfermeiro da unidade.

Ações do enfermeiro responsável:
• Avaliar o paciente e comunicar ao médico responsável a situação de risco, solicitando o auxílio dos demais membros da equipe para a execução do procedimento.
• Realizar registro na ficha de notificações de eventos adversos (NEA) e abrir ficha de monitoramento de contenção mecânica.

Ações do Técnico de Enfermagem:
• Solicitar avaliação do enfermeiro ou médico ao detectar a situação de risco e colocar-se sob o comando do responsável para a execução do procedimento;
• Abrir e registrar ficha de avaliação e monitoramento de contenção mecânica.

Docusign Envelope ID: 99018AFA-AF3C-4EF5-AA5B-20EBA3069D2A

Demais membros da equipe:

- Ao serem comunicados do procedimento prontificam-se para auxílio dos demais.

Grupo de contenção (profissionais capacitados)

Sob o comando do líder (em geral é o que está realizando o manejo verbal), os profissionais posicionam-se em torno do paciente, formando um semicírculo. Ao comando do líder, a equipe (pelo menos 4 e idealmente 5 profissionais) simultaneamente seguram um membro do paciente, ficando o apoio da cabeça e tórax para a 5º pessoa. O paciente é carregado até o leito, permanecendo contido pelo grupo até que as faixas, uma após a outra sejam colocadas, liberando assim em sequência os membros do grupo. Após a contenção, manter decúbito e grades do leito elevadas.

Monitoramento durante o período da contenção:

- Todo paciente em contenção mecânica deve ser monitorado atentamente pela equipe de enfermagem para prevenir a ocorrência de eventos adversos ou para identificá-los precocemente (art. 4º da Resolução COFEN nº 427/2012);
- Envolver o paciente, conforme aumenta o seu autocontrole, no processo decisório para passar a uma forma menos restritiva de intervenção;
- Conter o membro abaixo de um acesso intravascular periférico, para evitar a constrição e infiltração da solução que estiver sendo infundida;
- Manter as contenções limpas e secas;
- Nunca conter uma região que possui uma lesão instalada;
- Realizada a contenção, identificar para o paciente e seus familiares os comportamentos que tornaram necessária a intervenção;
- Manter as contenções fora do alcance do paciente;
- Oferecer conforto psicológico ao paciente constantemente, esclarecendo o caráter não punitivo e o motivo da intervenção;
- Monitorar a pele e a circulação dos membros contidos a cada 30 minutos, atentando para a presença de hiperemia, lesão, edema, cianose, palidez cutânea, extremidades frias e alterações de sensibilidade, nesses casos, soltar as contenções e reavaliar a medida de contenção;
- Reavaliar o comportamento/nível de consciência do cliente e a eficácia do medicamento a cada 30 MINUTOS, para identificar a necessidade ou não da manutenção das contenções. Comunicar ao médico;
- Manter vigilância sobre os riscos psíquicos das contenções, tais como: agravamento da confusão, humilhação, perda da autoestima, da memória e da dignidade, sentimento de abandono, depressão, medo, raiva e indiferença.
- Toda vez que o paciente urinar ou evacuar na contenção deverá ser levado ao banho pela enfermagem, acompanhado por mais funcionários e ser novamente contido;
- Retirar contenções gradualmente, à medida que o paciente deixa de forçá-las;
- Documentar a razão para a intervenção, condição física do paciente, medicações e seu horário, e cuidados de enfermagem oferecidos durante toda intervenção e o motivo para o término da intervenção.

Recomendações:

- Ao verificar potencial agitação/agressão, chame o restante da equipe para planejamento de como dever ser o manejo com esse paciente;
- Se você for o interlocutor principal, procure mostrar-se tranquilo, sem confrontações, ofereça

Docusign Envelope ID: 99018AFA-AF3C-4EF5-AA5B-20EBA3069D2A

ajuda e opções (sentar-se, ir para o leito...);
- Durante o manejo verbal, é aconselhável direcionar o paciente para o mais próximo possível ao leito onde será restrito;
- Nunca tome atitude e decisões sozinho;
- Mantenha postura neutra e impessoal;
- Nunca reaja a provocações e não retruque agressões verbais ou físicas;
- Nunca aceite conversas pessoais ou privadas;
- Nunca demonstre temor, a simples demonstração de atitude firme pode induzir a cooperação do paciente;
- Assegure ao paciente que se encontra em local de cuidado, mas deixe claro que atitudes agressivas não serão toleradas;

- A posição de escolha para a contenção é o decúbito dorsal, podendo, por razões clínicas, ser realizada em decúbito lateral (quando houver risco de aspiração), manter a cabeceira elevada a 45º;
- Evitar imobilizar um cliente em decúbito ventral, pois dificulta os movimentos respiratórios, além de limitar o seu campo visual;
- As contenções devem ser colocadas de maneira que permitam avaliações clínicas, medidas de higiene, alimentação e medicação;
- A contenção deve durar período limitado e implica em monitorização cuidadosa e reavaliação periódica, os quais devem ser registrados em prontuário médico;
- No momento de liberar o paciente da contenção, preferencialmente pelo profissional que o conteve, é importante que se explique o que se está fazendo e verifique os sinais vitais;
- As contenções não devem ser removidas sem a presença de equipe adequada;
- Sempre que possível é recomendado prescrever a contenção para o paciente agitado de forma associada a aplicação de medicamentos;
- Capacitar a equipe de enfermagem para atuar com habilidade e segurança na contenção física e mecânica do cliente agressivo, confuso e/ou com agitação psicomotora.

5 – RESULTADO ESPERADO

- Diminuição dos casos de quedas nas unidades de internação;
- Garantir a segurança do paciente durante crise de agitação psicomotora

6 – AÇÕES CORRETIVAS

- Utilização das medidas de contenção somente em pacientes que tenham indicação, e não de forma punitiva para o usuário

7 – RISCOS DO PROCESSO

- Lesão decorrente a fixação, ou utilização de faixas ou ataduras não recomendadas para o procedimento;
- Piora da agitação, após medidas de contenção;
- Fraturas.

12 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Docusign Envelope ID: 99018AFA-AF3C-4EF5-AA5B-20EBA3069D2A

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Consolida as diversas resoluções da área da Psiquiatria e reitera os princípios universais de proteção ao ser humano, à defesa do ato médico privativo de psiquiatras e aos critérios mínimos de segurança para os estabelecimentos hospitalares ou de assistência psiquiátrica de quaisquer naturezas, definindo também o modelo de anamnese e roteiro pericial em psiquiatria. Resolução nº 2.057, de 20 de setembro de 2013. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 12 nov. 2013. Seção I, p.165-171.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Adota as diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil e modifica a Resolução CFM nº 1.598, de 9 de agosto de 2000. Resolução nº 1.952, de 11 de junho de 2010. Diário Oficial da União, Poder Executivo, DF, 7 jul. 2010, Seção I, p.133.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Sistema de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e políticas na área de saúde mental. Processo consulta nº 8.589/10 parecer nº 1/11. Brasília-DF, 12 de janeiro de 2011.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ. Internamento de doente mental. Parecer nº 1.317/01- CRMPR Curitiba, 16 de abril de 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETÁRIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. Diretrizes e Normas para o Atendimento Ambulatorial/Hospitalar em Saúde Mental. Portaria SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 30 jan. 1992. Seção 1, p. 1168.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Portaria MS/GM Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.. Diário Oficial União, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 34, 20 fev. 2002. Seção 1, p. 22-3.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes. Resolução COFEN nº 427/2012, de 7 de maio de 2012., Brasília/DF.

STACCIARINI TSG, CASABURI L, DIAS DS, CAMILO E, ABREU RMD. Contenção mecânica do cliente no leito. Divisão de enfermagem e serviço de educação em enfermagem. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Minas Geras, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Normatiza o atendimento médico a pacientes portadores de transtorno mental. Resolução n° 1598/2000, de 09 de agosto de 2000. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, n. 160, 18 ago. 2000. Seção 1, p.63 .

CARVALHO MB, FELLI VEA. O trabalho de enfermagem psiquiátrica e os problemas de saúde dos trabalhadores. Rev Latino-am Enfermagem 2006 janeiro-fevereiro; 14(1):61-9.

ARAUJO EM; et al. Inquérito sobre o uso de contenção física em um hospital psiquiátrico de grande porte no Rio de Janeiro. J Bras Psiquiatr. 2010;59(2):94-98.

SALLES CLSP, MAVILDE LG. Restrição de Pacientes. Câmera Técnica do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, 2009.

MARCOLAN JF. A contenção física do paciente: uma abordagem terapêutica. São Paulo, edição do autor, 2004. 266 p. Disponível em:<https://pesquisa.bvsalud.org/unifesp/resources/prod-178591>Acesso em: 21 de fev de 2020.

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Hospital Municipal de Cubatão
Dr. Luiz de Camargo da Fonseca e Silva

SUS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP.14.001.01
ATENDIMENTO PARA CLIENTES DE CIRURGIA ELETIVA	REV. 01	PAG. 1/4

Elaborado por: Camila Pinheiro Henrique de Oliveira	Data: 07/04/2025	Visto: Camila Pinheiro Henrique de Oliveira Supervisora CC/CME COREN 710807 SBCD/HMC
Aprovado por: Thaís Alvares Mendes	Data: 18/04/2025	Visto: Thaís Alvares Mendes Gerência Assistencial COREN-SP 485538-ENF SBCD - HMC
Verificado por: Kevin Cristian Souza da Costa	Data: 26/04/2025	Visto:

Rev.	Pág.(s).	Data	Descrição da Revisão
00	Todas	06/04/2023	Emissão Inicial
01	Todas	07/04/2025	Revisão Geral

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco - SBCD

Hospital Municipal de Cubatão hmc Dr. Luiz de Camargo da Fonseca e Silva

SUS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.14.001.01	
ATENDIMENTO PARA CLIENTES DE CIRURGIA ELETIVA	REV. 01	PAG. 2/4

1 – OBJETIVO

Recepcionar os clientes, identificar sua demanda por procedimento cirúrgico e viabilizar seu acesso de forma adequada e segura aos serviços hospitalares, obedecendo aos padrões e normas da instituição.

1 – ALCANCE

Este procedimento é aplicável às áreas de Suprimentos, Ambulatórios, Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, Relacionamento com Clientes, Faturamento, Corpo Clinico.

2 – COMPETÊNCIAS

Compete ao Serviço de Controle de Infecção Hospitalar manter este procedimento atualizado e cumprir o que nele está estabelecido.

3 – ABREVIATURAS E DEFINIÇÕES

AIH – Autorização para Internação Hospitalar;

SUS – Sistema Único de Saúde;

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

4 - DESENVOLVIMENTO

Atendimento ao cliente de Cirurgias Eletivas e Pequenos Procedimentos

O atendimento ao cliente de cirurgia eletiva na Central de Autorizações se faz necessário para solicitação de autorização prévia de procedimentos e OPME's que serão realizados e utilizados no Hospital de Cubatão.

- Nos casos de atendimento SUS, paciente vem encaminhado da SMS para consulta com cirurgião que ao identificar a necessidade de cirurgia, emitirá o laudo de solicitação de AIH, pedidos de exames e encaminhamentos para o risco cirúrgico.
- Após a consulta o médico entrega as solicitações de cirurgia para a técnica de enfermagem responsável pelo ambulatório, onde a mesma faz uma primeira verificação da documentação. Caso esteja tudo ok, o médico encaminhará o paciente à recepção para agendar os exames e a técnica encaminha as solicitações à Central de Autorizações para continuidade no fluxo de autorização.
- A recepcionista realizará o agendamento dos exames Laboratoriais, ECG e Rx, já disponibilizados pelos setores de referência, entregando ao paciente a marcação contendo dia, horário e orientação de preparo/jejum.

A gestão de cirurgias eletivas consiste em:

- Separação da AIH para auditoria (médico auditor da SMS, audita os pedidos no HMC), conforme procedimento de controle de autorizações;

- Marcação de consulta com anestesista (sempre que necessário);
- Encaminhamento da AIH autorizada pelo auditor e documentações necessárias à SMS. A relação de AIHs é feita em planilha e encaminhadas com protocolo de envio;
- Recebimento das AIH devolvida pela SMS e conferência da aptidão para a cirurgia através da leitura do prontuário do atendimento de retorno com o cirurgião e avaliação anestésica quando necessário.

Processo de Check-in

- Central de atendimento ao cliente verifica a Escala do Centro Cirúrgico, com 24 horas de antecedência;
- Contata o paciente para confirmar a data do procedimento e o orienta sobre o preparo e a chegar no hospital 1hora e 30 minutos antes do horário programado do procedimento, de posse de documento com foto e exames pré-operatórios (caso tenha realizado).
- Deve ser orientado ainda ao cliente a necessidade de evitar portar pertencer de maior valor no dia do procedimento e cumprir o jejum de 08 horas, conforme orientações médicas.
- Caso o paciente optar por não realizar o procedimento, envia email de cancelamento às áreas envolvidas no processo de internação e realização da cirurgia, até as 19:00hs do dia que a antecede.

Atendimento Internações Eletivas

Para processar a internação a recepcionista localiza o agendamento do paciente que será internado.

Em seguida preencher os dados da internação eletiva verificando o número do prontuário do paciente;

O termo de Consentimento para Anatomia Patológica deve ser preenchido e anexado ao prontuário nos casos de internação cirúrgica, no momento da admissão do paciente.

É obrigatória a conferencia do preenchimento do Termo de Consentimento Cirúrgico emitido pelo médico, que deverá conter o carimbo e assinatura do médico, assinatura do paciente ou seu responsável legal. Sem este termo o paciente não poderá ser internado. A Recepcionista deverá contatar o centro cirúrgico e informar a pendência do Termo de Consentimento e, tão logo seja confeccionado, o paciente poderá ser admitido para a internação.

Segue abaixo o fluxograma para agendamento cirúrgico

Fluxograma para agendamento cirúrgico

Especialista avalia o paciente e indica o procedimento.
(Preenche AIH, solicita exames e encaminha ao anestesista)

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco - SBCD

Hospital Municipal de Cubatão hmc Dr. Luiz de Camargo da Fonseca e Silva

SUS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.14.001.01	
ATENDIMENTO PARA CLIENTES DE CIRURGIA ELETIVA	REV. 01	PAG. 4/4

Recepcionista agenda os exames, a consulta com o anestesista e informa ao paciente imediatamente.
(Encaminhar a AIH para central de autorização após os atendimentos)

⇩

Auxiliar administrativo do setor de autorização informa, por e-mail, ao Centro Cirúrgico admcentrocirurgico.hmc@sbcdsaude.org.br (com cópia para camila.oliveira@sbcdsaude.org.br os pacientes que estão com os procedimentos autorizados.

⇨ Procedimentos que necessitam de OPME: Encaminhar a solicitação médica com formulário 169 para os e-mails aline.inhuma@sbcdsaude.org.br admcentrocirurgico.hmc@sbcdsaude.org.br

⇩

Auxiliar administrativo do Centro Cirúrgico retorna o e-mail com a data do procedimento e as recomendações.

⇨ Auxiliar administrativo do setor de autorização entrega a AIH autorizada no Centro Cirúrgico 1 dia antes do procedimento.

⇩

Telefonista realiza contato com os pacientes informando sobre o agendamento (4 dias de antecedência e confirmação 2 dias antes do procedimento) e retorna o e-mail com as confirmações.

5 – RESPONSABILIDADES E ATRIBUIÇÕES

As atribuições deste procedimento são aplicáveis às áreas de Suprimentos, Ambulatórios, Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, Relacionamento com Clientes, Faturamento e Corpo Clínico.

A Supervisora do Centro Cirúrgico é responsável por manter este procedimento atualizado.

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco - SBCD

Hospital Municipal de Cubatão

SUS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP.14.004.00
CANCELAMENTO OU REMANEJAMENTO DE CIRURGIAS OU AGENDAS	REV. 00	PAG. 01/06

Elaborado por: Camila Pinheiro Henrique de Oliveira	Data: 19/07/2024	Visto: Camila Pinheiro Henrique de Oliveira Supervisora CC/CME COREN 710807 SBCD - HMC
Validado por: Angélica Ferreira de Brito	Data: 31/07/2024	Visto Angelica Ferreira Gerente Administrativa SBCD - HMC
Validado por: Thaís Alvares Mendes	Data: 31/07/2024	Visto Thais Alvares Mendes Gerência Assistencial COREN-SP 465638-ENF SBCD - HMC
Validado por: Fernanda Monique Gouveia	Data: 31/07/2024	Visto Fernanda Gouveia Supervisão Administrativa SBCD - HMC
Validado por: Ana Claudia Dias Dutra da Silva	Data: 31/07/2024	Visto Anna Claudia Dutra Supervisão Administrativa SBCD - HMC
Validado por: Muriel Alejandra Bertotto Grusiecki Magalhães	Data: 31/07/2024	Visto Muriel Alejandra Bertotto Grusiecki Supervisora CTRS/Ambulatório COREN 635572 SBCD - HMC
Validado por: Roberto Alexandre da Rocha Alves	Data: 31/07/2024	Visto Dr. Roberto Alexandre da Rocha Alves Diretor Técnico CRM 70242 HMC
Validado por: Eliana Rose da Silva Negócio	Data: 31/07/2024	Visto Eliana Rose da Silva Negocio Coordenação de Enfermagem COREN-SP 607463 SBCD - HMC
Aprovado por: Kevin Cristian Souza da Costa	Data: 31/07/2024	Visto Kevin Cristian Souza da Costa Enfermeiro da Qualidade COREN/SP 511390 SBCD - HMC

Rev.	Pág.(s).	Data	Descrição da Revisão

804

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco - SBCD	Hospital Municipal de Cubatão	SUS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.14.004.00	
CANCELAMENTO OU REMANEJAMENTO DE CIRURGIAS OU AGENDAS	REV. 00	PAG. 02/06

1 - OBJETIVO

Descrever os procedimentos administrativos para reagendamento de cirurgias suspensas no Centro Cirúrgico do Hospital Municipal de Cubatão para reduzir o tempo de espera na realização de cirurgias suspensas.

2 – ALCANCE OU APLICABILIDADE

Enfermeiros, Auxiliares Administrativos, Médicos Cirurgiões, Equipe de Agendamento Cirúrgico

3 – ABREVIATURAS E DEFINIÇÕES

Salutem – sistema de registro ou ferramentas de gestão de informações relacionadas à saúde, como prontuários eletrônicos, sistemas de agendamento de consultas ou cirurgias, entre outros.

4 - DESENVOLVIMENTO

Solicitação de Cancelamento:

- O responsável pelo cancelamento da cirurgia deve preencher o formulário de Suspensão Cirúrgica 163 no sistema Salutem, detalhando o motivo do cancelamento, a data para reagendamento ou a indicação para não reagendar o procedimento.

Critérios para Cancelamento de Cirurgias Eletivas:

Alterações Clínicas Significativas: Descompensação de doenças crônicas (ex: diabetes, hipertensão) que não foram estabilizadas a tempo da cirurgia.

Infecções Ativas: Presença de infecção aguda (ex: pneumonia, síndrome gripal, infecção urinária) que aumenta o risco de complicações.

Exames Pré-Operatórios Alterados: Resultados de exames laboratoriais ou de imagem que indicam risco elevado para o procedimento cirúrgico.

Falta de Preparação Adequada

- **Jejum Inadequado**: Paciente não seguiu as orientações de jejum pré-operatório.
- **Suspensão de Medicamentos**: Paciente não suspendeu medicamentos que devem ser

interrompidos antes da cirurgia (ex.: anticoagulantes).

- **Não Realização de Exames Pré-Operatórios**: Exames necessários para a cirurgia não foram realizados ou os resultados não estão disponíveis.
- **Situações de Emergência:**
- **Prioridade para Cirurgias de Emergência**: Necessidade de priorizar cirurgias de emergência ou urgência que surgiram e demandam o uso imediato dos recursos do centro cirúrgico.

Conferência Administrativa:

- O auxiliar administrativo é responsável por conferir se o formulário de cancelamento de cirurgia está corretamente preenchido pelo serviço médico ou de enfermagem.

- Deve-se verificar se o motivo do cancelamento está dentro dos critérios pré definidos, se a data para reagendamento foi indicada ou se há instrução para não reagendar o procedimento.

- O formulário deve estar devidamente datado, assinado e carimbado e anexado ao prontuário do paciente que deverá ser encaminhado ao faturamento.

Verificação no Sistema:

- É necessário verificar as solicitações de suspensão e reagendamento de cirurgias no sistema Salutem para garantir que todas as informações estejam registradas corretamente.

Procedimento de Reagendamento

- Caso não haja necessidade de uma nova Autorização de Internação Hospitalar (AIH), o setor de agendamento procederá com o novo agendamento para a data mais próxima disponível.

Comunicação e Registro

- É fundamental comunicar o cancelamento da cirurgia aos envolvidos, incluindo a equipe de agendamento cirúrgico, enfermagem e o paciente, caso seja necessário um novo preenchimento da ficha clínica 169.

- Todos os registros relacionados ao cancelamento e reagendamento da cirurgia devem ser devidamente documentados no prontuário do paciente e nos sistemas hospitalares.

Segue abaixo formulário 163 (Relatório de Suspensão de Cirurgia).

GLASGOW : PACIENTE ALERTA ESCALA DE FUGULIN : CUIDADOS MINIMOS ESCALA DE BRADEN (ADULTO >5 ANOS) : RISCO BAIXO ESCALA DE QUEDAS DE MORSE : BAIXO RISCO DE QUEDA MEWS : AVALIACAO DO ENFERMEIRO EM 1 HORA
ESCALA SCORE FLEX - RISCO DE BRONCOASPIRACAO : AUSENCIA DE RISCO DE BRONCOASPIRACAO ESCALA DE NIHSS (AVC) : 0 ESCALA DE BRADEN Q (CRIANCAS <5 ANOS) : ALTO RISCO MEOWS : CHAMAR OBSTETRA IMEDIATAMENTE

163 - RELATORIO DE SUSPENSAO DE CIRURGIA

DATA

dd/mm/aaaa --:--

DESCRICAO DA CIRURGIA

SUSPENSAO PELA EQUIPE CIRURGICA

- ANESTESIOLOGISTA
- CIRURGIA GERAL
- VASCULAR
- ORTOPEDIA
- GINECOLOGIA
- OUTROS

CAUSAS EXTRAS PACIENTES

- SEM AVALIACAO DE ESPECIALISTA
- FALTA DE VAGA NA UTI
- EMERGENCIA DE CONDUTA
- FALTA DE TERMOS ASSINADOS
- FALTA DE MATERIAL/EQUIPAMENTO
- PRIORIDADE PARA URGENCIA/EMERGENCIA DO PS
- EXCESSO DE PROGRAMACAO
- FALTA DE MEMBRO DA EQUIPE
- FALTA DE PREFEITO

JUSTIFIQUE A INDICACAO/PRIORIDADE

CAUSAS PACIENTE

- SEM COMORBIDADES CIRURGIAS
- DAS
- DPOC
- PACIENTE NAO INTERNOU
- PACIENTE NAO TEM/OU ESQUECEU DE PRE-OPERATORIOS
- HAS
- IVAS
- OUTROS
- PACIENTE RECUSA-SE A PROCEDIMENTO ANESTESICO/CIRURGICO

RESUMO

Remanejamento de Agendas Cirúrgicas

Identificação da Necessidade de Remanejamento:

- O remanejamento de agendas cirúrgicas pode ser necessário devido a diversas razões, como emergências médicas (vaga zero), mudanças nas condições dos pacientes ou disponibilidade de recursos. Quando identificada essa necessidade, a equipe responsável pelo agendamento juntamente com a equipe de enfermagem do centro cirúrgico deve iniciar o processo de remanejamento.

Comunicação e Coordenação:

- A equipe responsável pelo agendamento cirúrgico comunica a necessidade de remanejamento à equipe de cirurgiões e enfermagem, iniciando um processo colaborativo de coordenação.

- É importante estabelecer uma comunicação clara e eficaz entre todas as partes envolvidas para garantir um remanejamento eficiente e adequado às necessidades dos pacientes e da equipe.

Análise de Disponibilidade:

- A equipe de cirurgiões e enfermagem avalia a disponibilidade das salas cirúrgicas, equipe assistencial e recursos necessários para realizar as cirurgias remanejadas.

- São considerados fatores como horários disponíveis, equipamentos médicos necessários, disponibilidade de equipe de anestesia, entre outros.

Discussão e Decisão Conjunta:

- A equipe de cirurgiões e enfermagem discute as opções de remanejamento, levando em consideração as prioridades clínicas dos pacientes, a disponibilidade de recursos e a logística hospitalar.

- Decisões são tomadas de forma conjunta, visando garantir a segurança e a qualidade dos procedimentos cirúrgicos.

Agendamento Atualizado:

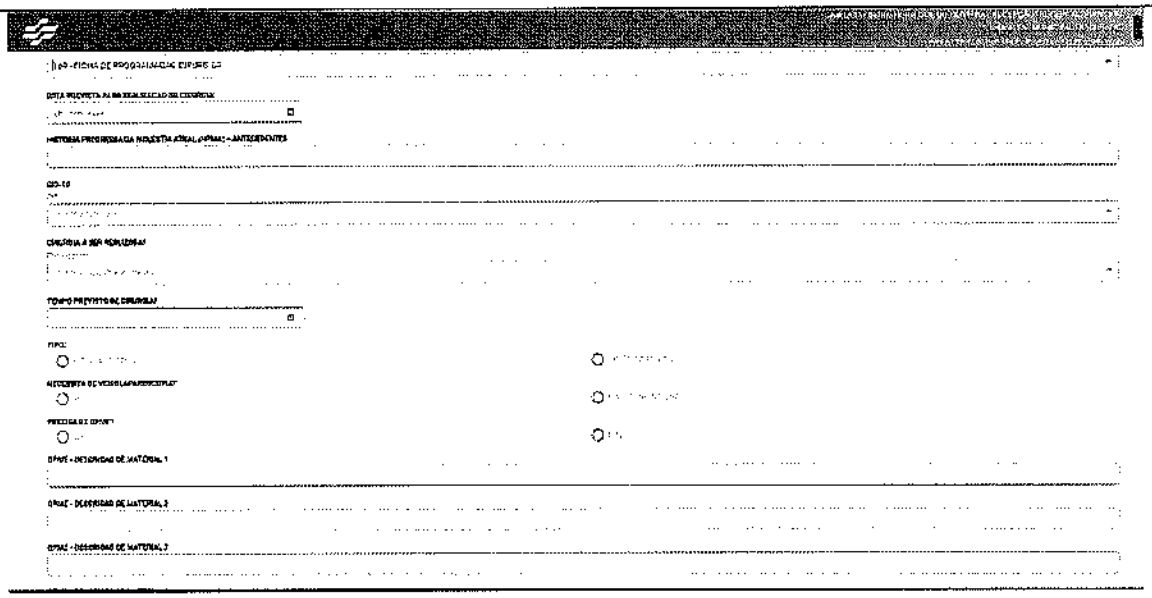
- Após a definição do remanejamento, a equipe responsável pelo agendamento cirúrgico atualiza os horários e datas das cirurgias conforme acordado na agenda cirúrgica do setor.

- Todos os registros referentes ao remanejamento são devidamente documentados no sistema hospitalar (Salutem) e nos prontuários dos pacientes através do formulário 169.

Comunicação Externa:

- Os pacientes envolvidos no remanejamento deverão ser informados sobre as mudanças em suas agendas cirúrgicas, garantindo uma comunicação clara e transparente.

Segue abaixo a imagem da ficha clínica 169:



5 – RESPONSABILIDADES E ATRIBUIÇÕES

Enfermeiro e equipe médica verificam a disponibilidade de salas e horários.

Enfermeiro e Auxiliar Administrativo registram na agenda e no prontuário do paciente usando o formulário 169.

Em caso de cancelamento de cirurgia, o enfermeiro registra no prontuário do paciente através da ficha clínica 163, imprimindo e anexando ao prontuário.

6 - REFERÊNCIAS

https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hu-ufjf/acesso-a-informacao/nucleo-de-qualidade-hospitalar-gestao-de-documentos/

https://portaldeperiodicos.unibrasil.com.br/index.php/cadernossaude/article/view/6351

https://www.scielo.br/j/reeusp/a/jw6h6mFVHK9VYDySsdMY6ry/

Sociedade Brasileira de Cirurgia (SBC)

American College of Surgeons (ACS) - Guidelines for Surgery Cancellations

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) - Preoperative Care

Manual de Condutas e Procedimentos Operacionais - Hospital das Clínicas

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco - SBCD

Hospital Municipal de Cubatão hmc Dr. Luiz de Camargo da Fonseca e Silva

SUS

INSTRUÇÃO DE TRABALHO	ITR.11.001.00		
FLUXO DE RESPOSTA RÁPIDA CTRS	VAL. 05/25	REV. 00	PAG. 1/02

	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE	Responsável
1	Identifica a intercorrência durante a sessão de hemodiálise	Técnicos Enfermagem
2	Classifica de acordo com a gravidade	Enfermeiro
3	Acionamento de avaliação médica	Enfermeiro
4	Paciente recebe avaliação médica, caso a conduta seja passível de resolução em poltrona, equipe deve iniciar o tratamento conforme recomendação médica, caso contrário encaminhar paciente para sala de emergência.	Medico e equipe de Enfermagem
5	Paciente deve ser monitorizado e a equipe deve seguir conduta conforme recomendação médica	Equipe de Enfermagem
6	Caso paciente seja estabilizado e seja necessário internação o médico deve preencher o formulário de solicitação de vaga e o enfermeiro deve solicitar a vaga do NIR conforme as especificações médicas.	Médico Enfermeiro
7	Após a vaga cedida, o paciente deve ser encaminhado ao leito de destino acompanhado da enfermagem, médico.	Medico e equipe de Enfermagem
8	Em caso de evolução a óbito dentro da sala de emergência: é de responsabilidade da equipe medica realizar o preenchimento da D.O e	Medico e equipe de Enfermagem

IMAGENS ILUSTRATIVAS

Álvares Mendes
Gerência Assistencial
COREN-SP 465538-ENF
SBCD - HMC

	Comunicar a notícia família.	
9	Equipe de enfermagem deve preparar o corpo e encaminhar ao necrotério. Separar todo o prontuário físico do paciente e destinar ao setor de faturamento.	Equipe de enfermagem

Em caso de óbito, a D.O deve ter preenchida pela equipe médica e o corpo encaminhado ao necrotério

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco - SBCD

Hospital Municipal de Cubatão Dr. Luiz de Camargo de Fonseca e Silva

SUS

MANUAL GERAL INSTIRUCIONAL	MGI.11.001.00		
MANUAL DE CONDUTAS – TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA (AGUDOS)	REV. 00	Valid. 08/2027	PAG. 01/08

Elaborado por: Jéssica Stefanie Soares Barbosa / Enfermeira RT - CTRS	Data: 04/08/2025	Visto: Jéssica Stefanie Soares Barbosa Enfermeira COREN-SP 722324
Validado por: Rosina C. Dal Maso Graçaplena / Médica Nefrologista	Data: 08/2025	Visto: Dra. Rosina C. Dal Maso Graçaplena Especialista em Nefrologia CRM-SP 59059 - RQE: 2689 CNS: 898.0046.1659.0151
Verificado por: Kevin Cristian Souza da Costa / Qualidade	Data: 08/2025	Visto: Kevin Cristian Souza da Costa Enfermeiro da Qualidade COREN/SP 511.390 SBCD - HMC
Aprovado por: Roberto Alexandre da Rocha Alves / Diretor Técnico	Data: 08/2025	Visto: Dr. Roberto Alexandre da Rocha Alves Diretor Técnico CRM 70242 SBCD - HMC

Rev.	Pág.(s).	Data	Descrição da Revisão
00	Todas	04/08/2025	Emissão Inicial

1 - OBJETIVO

Orientar a equipe de enfermagem quanto às condutas assistenciais, organizacionais e de segurança no procedimento de Terapia Renal Substitutiva (hemodiálise) em ambiente hospitalar, garantindo a segurança do paciente e a padronização dos protocolos institucionais.

2 – ALCANCE OU APLICABILIDADE

Este manual aplica-se a todos os profissionais da equipe de enfermagem, médicos nefrologistas, técnicos de enfermagem e demais colaboradores envolvidos direta ou indiretamente na execução e no suporte da Terapia Renal Substitutiva (TRS), visando padronizar a assistência, reduzir riscos e garantir a segurança e a qualidade do cuidado prestado ao paciente em TRS.

3 – ABREVIATURAS E DEFINIÇÕES

3.1. Abreviaturas

DRC – Doença Renal Crônica.

EPIs – Equipamento de Proteção individual.

FAV – Fístula Arteriovenosa

IRA – Insuficiência Renal Aguda.

PA – Pressão Arterial.

TRS – Terapia Renal Substitutiva.
UF – Ultrafiltração.

3.2. Definição

3.2.1. Doença Renal Crônica

A Doença Renal Crônica (DRC) é uma condição clínica caracterizada pela alteração progressiva e irreversível da função dos rins, resultando na incapacidade de manter o equilíbrio adequado de líquidos, eletrólitos, excreção de toxinas e regulação de hormônios essenciais ao organismo.

3.2.2. Insuficiência Renal Aguda

A IRA – Insuficiência Renal Aguda (termo mais recente: Lesão Renal Aguda – LRA) é uma síndrome clínica caracterizada pela redução súbita e geralmente reversível da função renal, levando ao acúmulo de ureia, creatinina e outros resíduos nitrogenados, além de alterações no equilíbrio hidroeletrolítico e ácido-básico.

3.2.3. Terapia Renal Substitutiva

É o conjunto de tratamentos utilizados para substituir parcial ou totalmente a função dos rins, quando estes não conseguem mais manter o equilíbrio do organismo. A TRS tem como objetivos remover toxinas urêmicas, controlar o balanço hídrico, corrigir distúrbios eletrolíticos/ácido-básicos e manter a vida do paciente com insuficiência renal aguda ou crônica.

3.2.4. Hemodiálise

A hemodiálise é um tratamento utilizado para substituir parcialmente a função dos rins quando estes não conseguem desempenhar suas atividades de forma adequada. Consiste em um processo extracorpóreo (fora do corpo), no qual o sangue do paciente é retirado através de um acesso vascular (como fístula arteriovenosa, cateter ou prótese), circula por uma máquina chamada dialisador ou rim artificial e retorna ao organismo.
Durante o procedimento:

- O dialisador filtra o sangue, removendo toxinas (ureia, creatinina, potássio, etc.), excesso de líquidos e outros produtos resultantes do metabolismo.
- Também contribui para o equilíbrio hidroeletrolítico (sódio, potássio, cálcio, fósforo) e ácido-básico.
- A sessão dura, em média, de 3 a 5 horas, geralmente realizada de 2 a 4 vezes por semana, dependendo da condição clínica do paciente.

3.2.5. Ultrafiltração (UF)

É o processo de remoção de líquidos (água e solutos dissolvidos) do sangue do paciente durante a sessão de hemodiálise, por meio de uma pressão transmembrana aplicada no dialisador.

3.2.6. Linha arterial e venosa

São os tubos do circuito extracorpóreo da hemodiálise que permitem a circulação do sangue do paciente através do dialisador:

- Linha arterial: conduz o sangue do paciente até o dialisador para ser filtrado.
- Linha venosa: retorna o sangue já purificado do dialisador de volta ao paciente.

3.2.7. Filtro dialisador

É o componente principal da máquina de hemodiálise responsável por filtrar o sangue do paciente, removendo toxinas, excesso de líquidos e equilibrando eletrólitos e ácido-base.

3.2.8. Anticoagulante

É uma substância utilizada durante a hemodiálise para prevenir a coagulação do sangue no circuito extracorpóreo, garantindo que o sangue circule livremente pelo dialisador e linhas sem formar coágulos.

3.2.9. Fístula Arteriovenosa (FAV)

É um acesso vascular cirúrgico criado para hemodiálise, conectando uma artéria a uma veia, geralmente no braço, permitindo fluxo sanguíneo suficiente para a realização segura e eficiente da diálise.

3.2.10. Cateter venoso central (CVC)

É um acesso vascular temporário ou de médio prazo, inserido em uma veia central (como jugular interna, subclávia ou femoral) para permitir a realização de hemodiálise, especialmente quando a fístula arteriovenosa (FAV) não está disponível ou ainda não está madura.

3.2.12. Contaminação cruzada

É a transmissão de agentes infecciosos (bactérias, vírus, fungos) de uma pessoa, objeto ou superfície para outra, direta ou indiretamente, podendo ocorrer entre pacientes, profissionais de saúde, equipamentos ou ambientes.

4 - DESENVOLVIMENTO

4.1. Materiais e equipamentos necessários

- Máquina de hemodiálise;
- Dialisador;
- Líquido de diálise prescrito;
- Equipos estéreis;
- Sistema de acesso vascular (cateter venoso central ou fístula, conforme o caso);
- EPIs (luvas, avental, máscara, óculos);
- Monitor multiparamétrico;
- Carrinho de emergência com medicamentos e materiais para suporte avançado.

4.2. Antes do procedimento

- Verificar prescrição médica e da TRS (tipo, tempo, fluxo, anticoagulação);
- Conferir identificação correta do paciente (nome completo, prontuário, pulseira);
- Verificar sinais vitais e nível de consciência;
- Checar funcionamento do equipamento e calibração;
- Garantir acesso vascular adequado:
- Fístula arteriovenosa: inspecionar se não há sinais flogísticos (rubor, calor, dor, edema) e palpar para verificar presença de frêmito.
- Cateter venoso central: verificar a permeabilidade, as condições do curativo e a data de inserção; observar se não há presença de sujidade no cateter e na pele adjacente.
- Higienizar as mãos antes de qualquer contato;
- Posicionar o paciente de forma confortável e segura;
- Preparar e instalar o sistema de hemodiálise conforme protocolo;
- Garantir disponibilidade de carrinho de emergência;
- Comunicar intercorrências clínicas à equipe médica antes de iniciar o preparo;

4.3. Durante o Procedimento

- Monitorar sinais vitais periodicamente conforme protocolo institucional;
- Observar aspectos do líquido aspirado e das linhas do equipamento (presença de bolhas, coágulos, cor anormal);
- Manter vigilância quanto a sinais de instabilidade hemodinâmica:
- Hipotensão, náuseas, sudorese, palidez, câibras;
- Em caso de intercorrências, comunicar imediatamente o enfermeiro e médico responsável;
- Registrar todos os dados no prontuário eletrônico/físico.

4.4. Após o Procedimento

- Realizar curativo no acesso venoso conforme técnica asséptica e realizar a troca dos tegos;
- Avaliar e monitorar sinais vitais pós-procedimento;
- Manter o paciente em repouso por período determinado pela equipe médica se necessário.
- Observar e registrar possíveis efeitos adversos (cefaleia, fraqueza, sangramento);
- Garantir que todos os dados da sessão estejam registrados adequadamente (tempo de diálise, fluxo, anticoagulação utilizada, volume retirado);
- Recolher e descartar materiais conforme norma biossegurança;

- Higienizar as maquinas de hemodiálise e reorganizar o ambiente;
- Registrar todas as ações e intercorrência no prontuário.

4.5. Equipamentos e Materiais Utilizados

- Equipamento de hemodiálise;
- Conjunto de linhas arterial e venosa;
- Filtro dialisador;
- Soro fisiológico 0,9% (volume conforme protocolo);
- Anticoagulante (heparina)
- Sistema de curativo estéril;
- Luvas, máscaras, touca e EPIS conforme protocolo
- Balança para controle de peso pré e pós-dialítico
- Para pacientes em situação aguda e/ou em estado grave, nos quais não seja possível realizar a pesagem em balança (ex.: instabilidade hemodinâmica, restrições de mobilidade ou suporte avançado de vida), o controle do balanço hídrico deverá ser realizado por meio de registro rigoroso de entradas e saídas e avaliação clínica, conforme prescrição médica.

4.6. Medidas de Segurança e Controle de Infecção

- Cumprir precauções padrão rigorosamente;
- Utilizar EPIs de forma adequada;
- Evitar contaminações cruzadas (realizar higiene das mãos entre os atendimentos);
- Realizar curativos estéreis e respeitar prazo de validade do cateter;
- Seguir protocolos específicos de desinfecção da máquina de diálise e ambiente após o uso.

4.7. Registros Obrigatórios pela Enfermagem

- Sinais vitais pré, intra e pós-procedimento;
- Horário de início e término da sessão;
- Tipo de acesso utilizado e condição do mesmo;
- Condição clínica do paciente;
- Complicações durante a sessão e condutas adotadas;
- Assinatura e carimbo do profissional responsável.

4.8. Comunicação com a Equipe Multiprofissional

- Relatar qualquer alteração clínica ao médico e equipe de nefrologia;
- Informar intercorrências ao setor de controle de infecção hospitalar, se necessário;
- Participar de reuniões de caso, quando aplicável, para alinhamento da conduta terapêutica.

4.9. Condutas da Enfermagem em pacientes portadores de IRA

- Monitorar atentamente os sinais vitais antes, durante e após a sessão (risco elevado de hipotensão);
- Realizar a programação da máquina de hemodiálise conforme prescrição médica, incluindo parâmetros como UF (ultrafiltração), tempo de tratamento, fluxo de sangue, fluxo de dialisato e demais ajustes necessários.
- Avaliar constantemente o débito urinário e características da urina (se presente);
- Observar presença de edema, distensão abdominal ou ganho de peso recente;
- Realizar punção venosa com extrema cautela se não houver cateter implantado;
- Garantir manutenção do cateter venoso central limpo e pérvio;
- Colaborar com a equipe médica para ajustes na taxa de ultrafiltração, especialmente em pacientes com instabilidade hemodinâmica;
- Registrar sinais de melhora ou agravamento clínico.
- Promover a conservação do acesso: **nunca aferir PA ou coletar exames no braço com fístula**;

4.10. Condutas da Enfermagem em pacientes portadores de DRC

- Realizar acolhimento humanizado, considerando o sofrimento emocional e o desgaste do tratamento crônico;
- Estabelecer rotina de cuidados conforme dias e horários programados da diálise;
- Verificar a integridade e funcionamento da fístula arteriovenosa antes de cada sessão: presença de sopro, ausência de sinais de infecção ou trombose;
- Promover a conservação do acesso: **nunca aferir PA ou coletar exames no braço com fístula**;
- Orientar o paciente quanto ao autocuidado com o acesso vascular e sinais de alerta;
- Avaliar queixas recorrentes como câibras, cefaleias, prurido, hipotensão pós-diálise;
- Monitorar estado nutricional e sinais de desnutrição ou anemia;
- Facilitar a adesão do paciente ao tratamento, informando sobre a importância da pontualidade e regularidade das sessões;
- Manter comunicação clara com o serviço de nefrologia para agendamento e intercorrências;
- Estimular participação em grupos de apoio ou acompanhamento psicológico, se disponível.

5 – RESPONSABILIDADES E ATRIBUIÇÕES

5.1. Enfermeiro

- Planejar, coordenar, supervisionar e avaliar as atividades de enfermagem na unidade de TRS.
- Garantir a aplicação dos protocolos institucionais e normas de biossegurança.
- Assegurar a qualidade e segurança do cuidado prestado ao paciente.
- Supervisionar e validar os registros de enfermagem.
- Avaliar o paciente antes, durante e após as sessões, tomando decisões clínicas dentro de sua competência.
- Prescrever cuidados de enfermagem de acordo com as necessidades individuais
- Supervisionar preparo e programação das máquinas de diálise
- Gerenciar intercorrências clínicas e acionar equipe médica quando necessário
- Garantir comunicação efetiva entre paciente, equipe e familiares

5.2. Técnico de Enfermagem

- Executar atividades assistenciais sob supervisão do enfermeiro.
- Cumprir protocolos e normas estabelecidas para a unidade de TRS.
- Zelar pelo correto manuseio dos equipamentos e materiais.
- Preparar máquinas e poltronas para o início das sessões.
- Realizar punção de acesso vascular conforme treinamento e protocolo.
- Monitorar sinais vitais e parâmetros durante a sessão, registrando-os adequadamente.
- Comunicar imediatamente ao enfermeiro qualquer intercorrência.
- Realizar higienização e desinfecção de equipamentos após uso.
- Garantir a identificação correta de pacientes, materiais e soluções.

5.3. Responsabilidade compartilhada

- Manter sigilo e confidencialidade das informações do paciente.
- Cumprir e fazer cumprir medidas de prevenção e controle de infecções.
- Participar de treinamentos, reciclagens e reuniões de equipe.
- Contribuir para ambiente de trabalho seguro e colaborativo.

5.4. Médico nefrologista

- Identificar pacientes com Insuficiência Renal Aguda (IRA) que necessitam de Terapia Renal Substitutiva (TRS);
- Determinar o tipo de TRS mais adequado (hemodiálise intermitente ou contínua, conforme estabilidade hemodinâmica do paciente);

- Definir parâmetros da sessão de hemodiálise: duração, fluxo sanguíneo, composição do dialisato, ultrafiltração e anticoagulação;
- Ajustar prescrição de acordo com estado clínico, exames laboratoriais e resposta do paciente;
- Acompanhar sinais vitais e parâmetros hemodinâmicos durante o procedimento;
- Detectar e intervir em intercorrências agudas (hipotensão, arritmias, desequilíbrios eletrolíticos, reações alérgicas);
- Orientar a equipe de enfermagem sobre condutas específicas em situações críticas;
- Reavaliar o paciente após a sessão;
- Ajustar terapias de suporte renal, medicamentos e plano clínico;
- Prescrever exames laboratoriais de monitoramento e ajustes necessários para próximas sessões;
- Participar da discussão de casos clínicos;
- Garantir que a equipe siga protocolos institucionais e normas de segurança do paciente;
- Atuar como referência técnica para dúvidas e decisões durante o procedimento.

6 - REFERÊNCIAS

Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN). Guia de Assistência Nefrológica Hospitalar. Disponível em: https://sbn.org.br/wp-content/uploads/2024/05/Clique-aqui-para-acessar-a-guia-na-integra.pdf.

Ministério da Saúde – Linha de Cuidado para DRC.

CONASS – NT 09/2022 – TRS.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 11, de 13 de março de 2014. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Diálise e dá outras providências.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Orientações para o preenchimento da avaliação nacional das práticas de segurança do paciente – Serviços de Diálise – 2025. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/seguranca-do-paciente/avaliacao-nacional-das-praticas-de-seguranca-do-paciente/DILISEORIENTAESDEPREENCHIMENTOAVALIAODASPRATICASDESEGDOPACIENTE2025_versofinal010425.pdf

Sociedade Brasileira Jalho de Damasco - SBCD

Hospital Municipal de Cubatão hmc Dr. Luiz de Camargo de Fonseca e Silva

SUS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP.11.005.00
MANUAL DE CONDUTAS DA TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA - HMC	REV. 00	PAG. 1 01/53

Elaborado por: Rosina Dal Maso	Data: 09/12/2024	Visto: Dra. Rosina C. Graçaplena Dal Maso Especialista em Nefrologia CRM-SP 59059 - RQE: 21689 CNS: 898.0046.1659.0151
Validado por: Ana Paula de Freitas Bahia Santos	Data: 19/03/25	Visto Dra. Ana Paula F. B. dos Santos Médica CRM [illegible]
Validado por: Thaís Alvares Mendes	Data: 19/03/25	Visto Thaís Alvares Mendes Gerência Assistencial COREN-SP 465538-ENF SBCD - HMC
Aprovado por: Roberto Alexandre da Rocha Alves	Data: 19/03/25	Visto Dr. Roberto Alexandre da Rocha Alves Diretor Técnico CRM 70242 SBCD - HMC
Verificado por: Kevin Cristian Souza da Costa	Data: 28/02/2025	Visto Kevin Cristian Souza da Costa Enfermeiro da Qualidade COREN/SP 511.390 SBCD - HMC

Rev.	Pág.(s).	Data	Descrição da Revisão

1 – OBJETIVO

Padronizar o atendimento dos pacientes em TRS, de modo a aumentar a eficiência do tratamento e sempre com foco na segurança do paciente.

2 – ALCANCE

CTRS

UTI Adulto

Semi Intensiva

3 – COMPETÊNCIAS

Técnicos de Enfermagem: identificarem as queixas dos pacientes ou mudança do estado clínico; medicar o paciente conforme prescrição médica

Enfermeiros: Providenciar o pronto atendimento do paciente e gerenciar a equipe, além da assistência ao paciente

Médicos: Avaliarem prontamente os pacientes quando necessário, prescreverem os pacientes, tanto nas ocorrências intra dialíticas, como nas avaliações mensais dos mesmos

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES GERAIS

O VENOSO CENTRAL

- **INDICAÇÕES**

- Acesso Temporário por cateteres de duplo lúmen de curta duração: São comumente usados para acesso "agudo" nos seguintes pacientes
- aqueles com Insuficiência Renal Aguda
- aqueles que necessitam de hemodiálise ou hemoperfusão por overdose ou intoxicação
- aqueles com Insuficiência Renal Crônica Terminal (IRCT) que necessitem de diálise urgente e não possuam acesso vascular "pronto" e/ou adequado
- aqueles em hemodiálise crônica que tenham perdido a eficiência de seu acesso vascular e necessitem de acesso temporário até que seu acesso vascular permanente tenha sido restabelecido
- aqueles que necessitem plasmaferese ou hemoperfusão
- aqueles em programa de diálise peritoneal que se apresentem temporariamente sem condições de usar o peritônio e/ou o acesso peritoneal receptores de transplante renal que necessitem de hemodiálise temporária durante episódios agudos e graves de rejeição

2. **Acesso Temporário por cateteres de triplo lúmen de curta duração:** São indicados nas mesmas situações acima, na peculiaridade de paciente necessitando também via central para administração de drogas, por falência de acesso venoso periférico ou paciente em unidade de terapia intensiva.

- **Acesso Permanente por cateteres de longa permanência ou tunelizados**: Catéteres venosos com cuff são alternativas para pacientes nos quais não há possibilidade de acesso artério-venoso:
- pacientes diabéticos com doença vascular grave
- pacientes com obesidade mórbida
- pacientes com múltiplas fístulas artério-venosas (FAV) anteriores, sem local disponível para novas
- pacientes com cardiomiopatia que não suportam a sobrecarga da FA
- pacientes novos em programa que não possuem FAV

- **TIPO DE CATETER**

O FDA recomenda que as pontas dos cateteres temporários fiquem localizadas a cerca de 3 cm acima do átrio direito. Tal ponto é geralmente 13-16 cm a partir da veia jugular interna direita, e cerca de 15 – 20 cm na veia jugular esquerda. O comprimento necessário para diálise efetiva em cateteres femorais deve ser de, no mínimo 16 cm e, preferencialmente, maior que 19 cm.

Evidencias recentes mostram que a taxa de infecção entre cateteres temporários de duplo ou triplo lumen, não têm diferenças significantes, portanto a decisão de qual usar deve ser baseada nas necessidades clínicas do paciente.

E. USO DE TÉCNICA ESTÉRIL

É essencial que o médico adote a técnica estéril. Por definição, esta envolve o uso de uma técnica antisséptica apropriada sobre a área selecionada, avental cirúrgico, máscara, gorro e luvas. Evidencias mostram claramente que o uso estrito da técnica estéril reduz a taxa de infecção de corrente sanguínea relacionada a cateteres.

A literatura e o CDC claramente apontam a clorohexidina a 2% como a primeira opção de agente antisséptico para o preparo da pele, diminuindo tanto o número de organismos na pele, quanto o número de infecções de cateter. É essencial que o agente escolhido seque para ser efetivo. Este período de secagem é de 30 segundos para clorohexidina.

F. IMPLANTE PROPRIAMENTE DITO

- **Geral:**

Se o paciente estiver internado, a passagem do CDL de curta permanência ficará a cargo da equipe de Cirurgia Geral ou do plantonista da UTI se ele assim desejar. Caso não haja sucesso no implante, deverá ser acionada a equipe de Cirurgia Vascular.

Assim que o paciente for admitido no programa crônico de TRS, os cateteres de curta permanência devem ser trocados por cateteres tunelizados pela equipe de Cirurgia Vascular e, a seguir, a confecção de FAV

G. COMPLICAÇÕES PRECOCES DO CATETER VENOSO CENTRAL

São eles:

- punção arterial
- sangramento, hematoma
- pneumotórax ou hemotórax
- lesão vascular ou perfuração vascular
- arritmia
- lesões neurológicas
- lesão do plexo braquial
- síndrome de Horner
- lesões do ducto torácico (à esquerda apenas)
- embolia gasosa

- **Punção arterial**

A punção arterial é provavelmente a complicação aguda mais frequente no implante de cateteres centrais. O reconhecimento desta é o primeiro passo de seu tratamento. Se o tamanho da lesão for pequeno (por exemplo, só a punção), pressão externa pode ser a conduta primaria nas perfurações de carótidas e femorais. Entretanto, por razões óbvias, isto não será efetivo no tórax. A compressão externa da punção arterial deve ser proximal à entrada da agulha e deve ser realizada por 6-10 minutos, dependendo do status de coagulação do paciente. No caso das carótidas, o tempo pode ser limitado pela diminuição de fluxo sanguíneo para o córtex cerebral em alguns pacientes. Se o procedimento progrediu para a colocação do cateter ou o uso de dilatadores de mais de 8 French, seria inteligente consultar um cirurgião vascular antes de remover o cateter ou diminuir a pressão manual do vaso, a medida que possa ser necessária uma intervenção cirúrgica.

- **Sangramentos**

Sangramentos não relacionados à punção arterial podem ser manuseados tanto com a compressão, quanto com a otimização dos fatores de coagulação (crioprecipitado de plasma, plasma fresco, vitamina K, protamina, etc, dependendo do distúrbio base) e plaquetas. Se um paciente tem um sangramento significativo num procedimento de um lado do pescoço, um segundo procedimento contralateral não deveria ser realizado até que o sangramento tenha cessado e o paciente tenha sido observado por 24 horas, para se assegurar que não haja compressão traqueal. Esta mesma precaução, retardar um procedimento contralateral, deveria ser tomada

para punções/cateteres que entraram na cavidade torácica. Se um paciente tem um sangramento de vaso subclávia ou de um vaso intratorácico, pode ocorrer hemotórax e o tratamento pode variar de simples observação à drenagem de tórax ou até toracotomia. Se o sangramento vem de um vaso intratorácico ou tenha havido lesão do pericárdio durante o implante do cateter, então uma cirurgia de tórax é geralmente imediatamente necessária. A sobrevivência do paciente dependerá da velocidade com que o médico reconheça o problema e o tempo em que se adotará tratamento definitivo. Se o sangramento não for massivo, então o paciente poderá ser monitorado com raio-x seriados, controle de Hb/Ht e pode ser necessária a drenagem.

No caso das femorais, pode haver sangramento para dentro do espaço retroperitonial, tanto arterial quanto venoso. A conduta mais importante para o manuseio desta complicação é o diagnostico antes de perda significativa de sangue. Infelizmente, o diagnostico geralmente é feito geralmente após a alteração dos sinais vitais e/ou diminuição dos níveis de Hb/Ht. O melhor meio diagnóstico é a CT. O manuselo desta complicação pode variar de remover o cateter ao reparo endovascular ou cirurgia.

- **Embolia gasosa**

A embolia gasosa é uma das complicações mais assustadoras do implante de cateteres centrais. O risco é maior em pacientes hipovolêmicos que não estejam deitados ou em Trendelenburg, que tenham uma abertura de bom tamanho em sua veia com uma conexão direta com a atmosfera e então, inale. Se a quantidade de ar for volumosa o suficiente, se comportará como um embolo pulmonar e causará taquicardia, hipóxia, dor torácica e até morte. O manuseio desta complicação é colocar o paciente imediatamente sobre decúbito lateral esquerdo, com o lado direito mais alto, de modo que o ar permaneça no lado direito do coração e não se mova adiante. Aspira-se então o ar para fora do acesso venoso, se o cateter ainda estiver locado.

- **Pneumotorax**

O pneumotórax é menos provável quando se punciona a jugular interna do que na punção de subclávia. É importante enfatizar o potencial para tal intercorrência. A cúpula do pulmão esquerdo é mais alta que a direita, tornando a abordagem pela esquerda de alto risco para esta complicação. A incidência usual de pneumotórax com punção de veia jugular interna é de 0,1%. A probabilidade aumenta se a ponta da agulha entra abaixo da clavícula durante o posicionamento. Os sintomas agudos são semelhantes ao do embolismo agudo, mas o exame físico revela diminuição do murmúrio vesicular no pulmão envolvido. Enquanto um grande pneumotórax é imediatamente sintomático, pode levar 4 horas ou mais para que um pequeno pneumotórax seja sintomático

ou radiologicamente visível. É importante que o paciente seja radiografado de pé para que o ar se localiza superiormente e não anteriormente. Enquanto pneumotórax maiores do que 10% necessitam drenagem torácica, é possível adotar conduta expectante naqueles menores, dependendo da clínica do paciente.

- **Arritmias**

As arritmias podem ser complicações do uso do fio guia, próximo ao coração. Algumas poucas extrassístoles desaparecem imediatamente com a retirada do fio guia e não são uma complicação real do procedimento. Entretanto, uma arritmia prolongada é uma complicação séria destes procedimentos, requerendo monitorização e às vezes, requerem internação prolongada. Não é uma complicação frequente, mas deve ser encorajada a monitorização durante o procedimento.

H. COMPLICAÇÕES TARDIAS DOS CATETERES VENOSOS CENTRAIS

As principais complicações tardias são:

- infecção
- do orifício de saída (ex-site)
- bacteriemia
- infecção metastática / endocardite
- estenose do vaso
- trombose do vaso
- desenvolvimento de capa de fibrina
- erosão e perfuração do vaso
- fratura do cateter ou embolismo
- síndrome da veia cava superior.

- **Infecções**

A infecção é a complicação tardia mais comum deste procedimento e será discutida em detalhes em um capítulo adiante. Entretanto, o tratamento de infecções em cateteres temporários é, inicialmente, a retirada do cateter, diferentemente dos cateteres tunelados. A prevenção da infecção com uma técnica estéril adequada no implante é mais importante e preferível, a lidar com uma infecção posterior.

A escolha do antibiótico e a duração do tratamento é dependente do organismo identificado na cultura. Os

organismos mais comuns são *Staphylococcus epidermidis* e *Staphylococcus aureus*, seguidos pelos Gram negativos e aumentando em incidência, os Enterococcus naqueles pacientes internados. Se os organismos

- **Infecção do orifício de saída**

- hiperemia e/ou crosta sem secreção purulenta pode ser tratada com antibioticoterapia apropriada por até duas semanas
- remover o catéter se: febre (> 38°), ou leucocitose, ou secreção purulenta ou persistência ou recurrência da infecção, ou hemocultura positiva

- **Infecção de Túnel**

- exudato purulento com dor e rubor ao longo do túnel
- remoção imediata do catéter com antibioticoterapia apropriada por duas semanas

- **Infecção Sistêmica**

- apresentação inicial típica: febre e leucocitose, principalmente imediatamente após o início ou término da HD
- pode haver história de diarreia pós HD
- a febre pode piorar durante a diálise
- em geral, infecção do orifício de saída ou túnel
- se houver outra causa de infecção à distância (pneumonia, ITU, etc) pode se manter o catéter mas sob cuidadosa vigilância
- caso não haja outra causa aparente de febre, diagnóstico de presunção de infecção do catéter com a retirada imediata do mesmo
- colher hemoculturas de veias periféricas e do próprio catéter
- enviar a ponta do catéter para cultura
- duração da antibioticoterapia depende da resposta clínica, mas em geral por um mínimo de 2 a 3 semanas

- **Colocação de um novo catéter**

- pode ser implantado um novo catéter, em outro sítio, 48 horas após hemocultura negativa ou doente sem febre (na impossibilidade de resultados ágeis das hemoculturas)

- DISFUNÇÃO DE CATÉTER

aja suspeita de trombose da veia onde foi inserido o catéter, fazer a troca com fio guia. Na presença de suspeita estenose, retirar o catéter, avaliar possibilidade de anticoagulação com heparina de baixo peso molecular e a equipe de cirurgia vascular, além de se providenciar outro acesso.

- FÍSTULA ARTÉRIO-VENOSA

- CUIDADOS PÓS OPERATÓRIOS, MATURAÇÃO E MANUTENÇÃO

- Na medida do possível, evitar o uso da FAV antes de 30 dias da sua confecção
- Preferencialmente, evitar as fístulas proximais
- Punções iniciais preferencialmente com agulhas G16
- Punção "arterial" a pelo menos 3 cm distante da anastomose
- Intervalo mínimo de 5 cm entre as punções arterial e venosa
- Orientar exaustivamente enfermagem e pacientes de que as punções devem ser em pontos distintos a cada diálise, a fim de se evitar aneurismas
- Quando infectadas, têm geralmente origem estafilocóccica e devem ser tratadas do mesmo modo que uma endocardite subaguda

- PRESCRIÇÃO DE HEMODIÁLISE "AGUDA"

- REDUÇÃO DA QUANTIDADE DE DIÁLISE PARA AS PRIMEIRAS DIÁLISES

- Se os níveis de uréia forem muito altos (acima de 260 mg%), a primeira diálise deve ser realizada com fluxo sanguíneo máximo de 300 ml/min e por duas horas; no dia seguinte, poderá ser feita uma nova sessão, de até 3 horas de duração e, a partir daí, reavaliar o paciente no sentido de ofertar a quantidade necessária de diálise ao paciente. Estas precauções devem evitar o síndrome do desequilíbrio.
- Para pacientes com IRA, considerar a possibilidade de diálises diárias, que aparentemente diminuem a mortalidade destes doentes : seis sessões por semana, com duração média de 3 a 4 horas. Outra

alternativa seria o uso de sessões de 6 a 12 horas, com fluxo de sangue e banho baixos naqueles doentes mais instáveis hemodinamicamente

- Naqueles pacientes com muita instabilidade hemodinâmica, avaliar a possibilidade de diálise peritoneal contínua, inclusive com implante de catéter de Tenckoff, principalmente naqueles vítimas de traumatismo crâneo-encefálico

- **ANTICOAGULAÇÃO**

- A heparinização deve sempre ser a mais branda possível e, na vigência de atrito pericárdico, usar preferencialmente a diálise sem heparina ou com dose reduzida de heparina de baixo peso molecular. Se em ambiente de terapia intensiva, tentar sempre o consenso com o médico responsável.
- Na suspeita de AVC, mesmo isquêmico, evitar a heparinização, dando-se preferência ao "flush" de SF 0,9% periódico (ex: 150 ml a cada 30 min, que deverão ser acrescidos à quantidade desejada de ultrafiltração)
- Outras condições sugestivas de diálise sem anticoagulação: cirurgia vascular ou cardíaca, cirurgia oftalmológica (retina e catarata), transplante renal, cirurgia cerebral, coagulopatias, trombocitopenias, hemorragia intracraniana, sangramento ativo

- **ULTRAFILTRAÇÃO**

- Mesmo pacientes muito edemaciados e em Edema Agudo de Pulmão raramente necessitam remoção de mais de 4 litros de fluídos durante a sessão inicial. É melhor remover o excesso restante durante uma segunda sessão, no dia seguinte
- Aqueles pacientes que não têm edema de MMII, anasarca ou congestão pulmonar, raramente necessitam de uma retirada de mais de 2 litros durante a sessão
- O planejamento da quantidade a ser ultrafiltrada deve levar em consideração os 400 ml de SF 0,9% que o doente receberá ao final da diálise e outros fluidos ingeridos ou administrados durante a sessão
- Se a diálise inicial for de apenas duas horas e houver necessidade de retirada de grandes quantidades de fluídos (ex: 4 litros), é perigoso e impraticável a retirada de todo o volume em 2 horas; nestas situações avaliar ultrafiltração isolada antes ou depois da diálise propriamente dita
- Uma alternativa para a situação anterior é a diálise por 4 horas, com a retirada de 1litro/hora, com fluxo sanguíneo baixo, porém levando-se em consideração a possibilidade de coagulação do sistema
- Em pacientes com IRA deve-se evitar a hipotensão intradialítica pois está provado que a auto-regulação renal está bastante prejudicada; como consequência, teríamos um dano renal adicional com retardo da recuperação funcional do rim

- Monitorização frequente da pressão arterial é recomendável, em média a cada 15 minutos.

- PRESCRIÇÃO DE HEMODIÁLISE CRÔNICA

- ADEQUAÇÃO

- Adequar, para cada paciente individualmente, através da escolha da área do capilar, do tempo de diálise e do fluxo sanguíneo, um Kt/V acima de 1,2, idealmente acima de 1,4 por sessão
- Adequar, para cada paciente, o seu peso seco (aquele peso que, se ultrapassado pela ultrafiltração leva a sensação de mal-estar, câimbras, confusão e hipotensão). Deve ser reavaliado a cada duas semanas

- HEPARINIZAÇÃO

- De maneira geral, a dose de heparina a ser utilizada deve ser de 100 a 150 UI/kg, em bolus, EV, no início da diálise.
- Após a primeira diálise, o doente deve ser reavaliado de forma au aumentar ou diminuir a referida dose de modo a não ter coagulação do sistema e nem complicações hemorrágicas (hematúria, epistaxe, sangramento gengival, etc)

- MANUSEIO DAS PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES DURANTE A SESSÃO DE HEMODIÁLISE

- **Hipotensão e câimbras:**
- Reduzir a taxa de ultrafiltração
- Colocar o paciente em Trendelenburg
- Administração de SF 0,9% 100 a 500 ml ou NaCl 20% 10 a 20 ml por 3 a 5 min ou G50% 50 ml ou aumentar o sódio da solução de diálise

- Dor torácica:
- Oxigênio nasal a 3 litros/min
- Considerar a redução do fluxo de sangue
- "Zerar" a taxa de ultrafiltração

- Tratar prontamente a hipotensão
- Nitroglicerina sub lingual se não houver hipotensão e a dor sugerir angina

- Prurido:

- Flebocortid 100 mg EV

- Náuseas e vômitos:

- Reduzir a taxa de ultrafiltração
- Metoclopramida 01 amp EV ou dimenidrato B6 1 amp EV ou ondansetrona 8mg EV

- PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- HIPOTENSÃO

- **Causas**

1.a Relacionadas a diminuição excessiva da volemia

- Flutuações na taxa de ultrafiltração
- Alta taxa de ultrafiltração (para tratar grandes ganhos de peso interdialítico)
- Peso seco avaliado erroneamente baixo
- Sódio da solução de diálise muito baixo

1.b Relacionadas a falta de vasoconstricção

- Solução de diálise muito quente
- Ingesta de comida (vasodilatação esplâncnica)
- Isquemia tecidual (mediada por adenosina, agravada por baixo hematócrito)
- Neuropatia autonômica (ex: diabetes)
- Medicações antihipertensivas

1.c Relacionadas a fatores cardíacos

- Débito cardíaco inapropriadamente dependente de enchimento cardíaco: disfunção diastólica devido a hipertrofia ventricular esquerda, doença cardíaca isquêmica, ou outras condições)

- Incapacidade de aumentar a frequência cardíaca: ingestão de beta bloqueadores, neuropatia autonômica urêmica, idade (senilidade)
- Incapacidade de aumentar o débito cardíaco por outras razões: contratilidade miocárdica prejudicada devido à idade, hipertensão, aterosclerose, calcificação miocárdica, doença valvar, amiloidose,etc

1.d Causas incomuns

- Tamponamento pericárdico
- Infarto do miocárdio
- Hemorragia oculta
- Sepses
- Arritmia
- Reação ao capilar
- Hemólise
- Embolia gasosa

- **Estratégias para evitar a hipotensão durante a diálise**

- Usar máquina de diálise com controle de UF sempre que possível
- Aconselhar o paciente a limitar a ingesta de sal, o que resultará em menor ganho de peso interdialítico
- Não ultrapassar o peso seco (excesso de UF) e não ultrapassar 5% do peso corporal
- Manter o sódio da solução de diálise no mesmo nível ou ligeiramente acima do nível sérico
- Medicação antihipertensiva diária após, e não antes, da diálise
- Banho de bicarbonato
- Em pacientes selecionados, tentar diminuir a temperatura da solução de diálise
- Assegurar um hematócrito acima de 33% antes da diálise
- Não dar alimentação ou glicose via oral durante a diálise para aqueles pacientes com tendência à hipotensão

- CÃIMBRAS

- **Causas (devem ser evitadas)**

- Hipotensão

- Paciente abaixo do peso seco
- Solução de diálise com sódio baixo
- Alguns pacientes podem apresentar cãimbras cronicamente, inclusive no período interdialítico

- **Manuselo**

- Quando as cãimbras ocorrem juntamente com a hipotensão, pode haver resposta à infusão de SF 0,9%
- Se não houver resposta às cãimbras, fazer infusão de soluções hipertônicas (G50% ou NaCl 20%) pois elas dilatam o leito vascular muscular e também transferem osmoticamente água dos tecidos subjacentes para o compartimento sanguíneo; também é possível o uso de gluconato de cálcio EV naqueles pacientes que não responderam às medicações anteriores

- **Prevenção**

- Evitar hipotensões
- Aumentar o sódio do banho (145 ou mais) pode ser útil, porém haverá o perigo de se aumentar a sede pós diálise e o ganho interdialítico de peso
- Diálise com diminuição progressiva do sódio do banho: começar com sódio de 150 – 155 mEq/L e programar diminuição linear para terminar com135 na última hora
- Vitamina E 400 UI VO ao deitar ou 300 mg de hidroquinina VO ao deitar pode melhorar cãimbras crônicas
- Suplementação alimentar com carnitina também diminuem as cãimbras
- Exercícios de alongamento no grupo mm afetado também pode ser útil
- NÁUSEAS E VÔMITOS

- Tratamento inicial é corrigir a hipotensão (principal causa); caso não haja resposta, pode-se usar um antiemético
- Evitando-se a hipotensão, evitam-se os vômitos

- CEFALÉIA

- **Etiologia**
- Causas desconhecidas

- Pode ser manifestação de desequilíbrio urêmico
- Em bebedores de café pode ser decorrente da queda aguda do nível de cafeína com a diálise

- **Manuseio**
- Paracetamol VO ou Dipirona VO ou Dipirona EV

- **Prevenção**
- Evitar hipotensão
- Alguns pacientes se beneficiam com diminuição de 30% do fluxo na primeira hora, mas devem ter suas sessões prolongadas

- SÍNDROME DO DESEQUILÍBRIO

- **Leve**
- Sintomas de náuseas, vômitos, cansaço e cefaléia
- Tratamento apenas sintomático
- Reduzir o fluxo de sangue e considerar antecipar o final da diálise

- **Grave**
- Convulsões, obnubilação, coma
- Interromper a diálise
- Tratamento de suporte ao coma (respiração assistida s/n, etc)
- Pode haver alguma utilidade na infusão de manitol
- Deve haver melhora dentro de 24 horas

- **"Crônica"**
- Considerar uso de solução de diálise contendo pelo menos 200mg/dL de glicose e sódio 140 mEq/L
- Solução de diálise com níveis decrescentes de sódio também podem ser úteis

- REAÇÕES AO CAPILAR

- **Anafilaxia**
- Interromper imediatamente a diálise

- Clampear linhas e desprezar todo o sistema, sem devolver o sangue do doente
- Suporte cardiorrespiratório
- Hidrocortizona 500 mg EV
- Considerar Adrenalina EV 2,0 ml – repetir s/n

- **Inespecíficas**
- Dor torácica ou lombar, dor abdominal, sensação de ardor em FAV
- Hidrocortizona 200 mg EV
- Diferencial para dor torácica, considerando-se possibilidade de oferta de O_2 e vasodilatadores coronarianos
- Broncoespasmos devem ser inicialmente tratados com aerosol com 10 ml de SF 0,9 % + 05 gotas de fenoterol (Berotec) + 20 gotas de brometo de inatrópio (Atrovent); caso não haja resposta, considerar hidrocortisona EV

- **HEMÓLISE**

- **Sintomas**

- dor em flanco, "aperto" no peito, e respiração curta
- banho de diálise em "vinho do porto"

- **Causas**

- Obstrução ou estreitamento das linhas sanguíneas
- Problemas com a solução de diálise: superaquecida, solução hipotônica, banho de diálise contaminado com formaldeído, hipoclorito, cloramina, cobre, nitratos

- **Tratamento**

- Desligar imediatamente a bomba de sangue e clampear as linhas
- Não reinfundir o sangue para o doente
- Avaliar a necessidade de tratamento de hipercalemia aguda (SF 0,9% 200 ml + Gluconato de cálcio a 10% 04 ampolas EV gota a gota em 20 min) e da reposição de glóbulos vermelhos
- Considerar internação

- Ligar novamente a diálise com sistema e solução novos

- **EMBOLIA GASOSA**

- **Sintomas e Sinais**

- Dependentes da quantidade de ar e da posição do paciente
- Paciente sentado: ar tende a migrar para SNC sem "passar" pelo coração, levando à obstrução do retorno venoso central, com perda de consciência,
- convulsão e até morte
- Paciente deitado: o ar tende a entrar no coração, gerando espuma no ventrículo direito e passar para dentro dos pulmões, levando a dispnéia, tosse e "aperto no peito"; passagem adicional de ar pelo ventrículo esquerdo pode resultar em embolização gasosa de cérebro e coração, com disfunção neurológica e cardíaca aguda
- Geralmente nota-se espuma na linha venosa; ausculta-se um ruído característico na auculta cardíaca, definido como batedura de manteiga

- **Manuseio**

- Clampear a linha venosa e parar imediatamente a bomba de sangue
- Colocar imediatamente o paciente em decúbito lateral esquerdo com tórax e cabeça em nível mais baixo
- Fornecer suporte cardiorrespiratório, com aporte de O_2 a 100% por máscara ou tubo endotraqueal
- Solicitar vaga em terapia intensa caso necessário

- HIPOXEMIA DIÁLISE INDUZIDA

- **Definição e importância clínica**

- Durante a hemodiálise, a pO_2 arterial cai de 5 a 30 mmHg, que geralmente não tem significado clínico no paciente de rotina, mas pode ser deletéria em paciente com doença grave preexistente cardíaca ou pulmonar

- **Manuseio**

- Administração nasal de oxigênio é suficiente para a maioria dos pacientes
- Naqueles com retenção de dióxido de carbono, é mais apropriada a oferta de oxigênio por máscara de Venturi

- COAGULAÇÃO DO SISTEMA

- **Sinais de coagulação do circuito extracorpóreo**

- Sangue muito escuro
- Sombras ou faixas pretas no capilar
- Espuma e subsequente formação de coágulo no "cata-bolhas"
- Enchimento rápido dos transdutores dos monitores com sangue
- "Refluxo": o sangue no segmento pós capilar da linha venosa não progride para dentro do "catabolha" mas retorna pelo segmento da linha
- presença de coágulos na extremidade arterial do capilar

- **Fatores que favorecem a coagulação do circuito extracorpóreo**

- Fluxo sanguíneo baixo
- Hematócrito alto
- Alta taxa de ultrafiltração
- Recirculação do acesso para a diálise
- Transfusão durante a diálise de sangue e hemoderivados
- Infusão intradialítica de lípides
- "cata-bolhas"
- Ar retido no capilar
- Dose inadequada de heparina
- Diálise sem heparina
- Interrupção frequente do fluxo sanguíneo devido aos alarmes da máquina

- **Manuseio**

- Desligar a diálise

- Desprezar todo o sistema
- Religar a diálise, se possível com a correção da causa da coagulação
- Avaliar a necessidade de reposição de sangue

- HIPERTENSÃO ARTERIAL

- DEFINIÇÃO

em diálise é considerado hipertenso se apresentar uma PAM > 106 mmHg (cerca de 140 X 90 mmHg) quando seu peso seco

- TRATAMENTO DA HAS PRÉ-DIÁLISE

- O paciente deve ter seu esquema anti hipertensivo reavaliado, no mínimo mensalmente
- Deve-se orientar exaustivamente os pacientes sobre a restrição da ingesta de sódio e de líquidos
- Frisar constantemente a necessidade da aderência ao tratamento medicamentoso d HAS
- Não ultrapassar hematócritos de 38% na terapêutica com EPO

- **Pressão diastólica de 120 até 139 mm Hg pré-diálise**

- Ligar a diálise sem que o paciente receba o soro fisiológico das linhas
- Não heparinizar o paciente
- Reavaliar a PA em 15 minutos: se os níveis de pressão sistólica já estiverem abaixo de 110 mmHg, proceder à heparinização
- Se os níveis de pressão distólica permanecerem elevados, utilizar Nifedipina 10 a 20mg VO ou Captopril 25 a 50mg VO (lembrar que pacientes expandidos não respondem bem) ou Hidralazina 50mg VO ou Atenolol 25-50mg VO

- **Pressão diastólica igual ou maior que 140 mmHg**

- Fazer Nifedipina 20mg VO e/ou Captopril 50 mg VO ou as demais drogas já descritas no item anterior e reavaliar em 15 min: se os níveis de diastólica tiverem diminuído para 120 mmHg, ligar a diálise, sem que o paciente receba o SF das linhas e sem heparinizar
- A heparinização segue o mesmo padrão do item anterior
- Naqueles pacientes que não apresentarem resposta a estas duas medicações, considerar a internação e o eventual uso de drogas hipotensoras endovenosas, e ligar a diálise apenas quando a pressão diastólica estiver dentro dos níveis descritos anteriormente

- TRATAMENTO DA ANEMIA

- SINTOMAS

- Mais proeminentes: fadiga e dispnéia
- Outros: dificuldade de concentração, confusão, distúrbios do sono, intolerância ao frio, cefaléia, imunossupressão, etc
- Exame físico com palidez (detectável principalmente nas palmas das mãos, leito ungueal e mucosa oral), podendo haver também sopro sistólico ejetivo em todo precórdio e até ICC

- TRATAMENTO COM EPO

- **Indicações e Hematócrito alvo**
- Na medida do possível, deve ser iniciado no período pré-dialítico (quando o clearence estiver abaixo de 35 ml/min e o Ht abaixo de 30%)
- No início da diálise se o Ht estiver consistentemente abaixo de 33%
- Ht alvo deverá ser no máximo de 36% (estudos com níveis maiores de Ht em pacientes renais crônicos mostram nítida tendência de aumento de mortalidade)

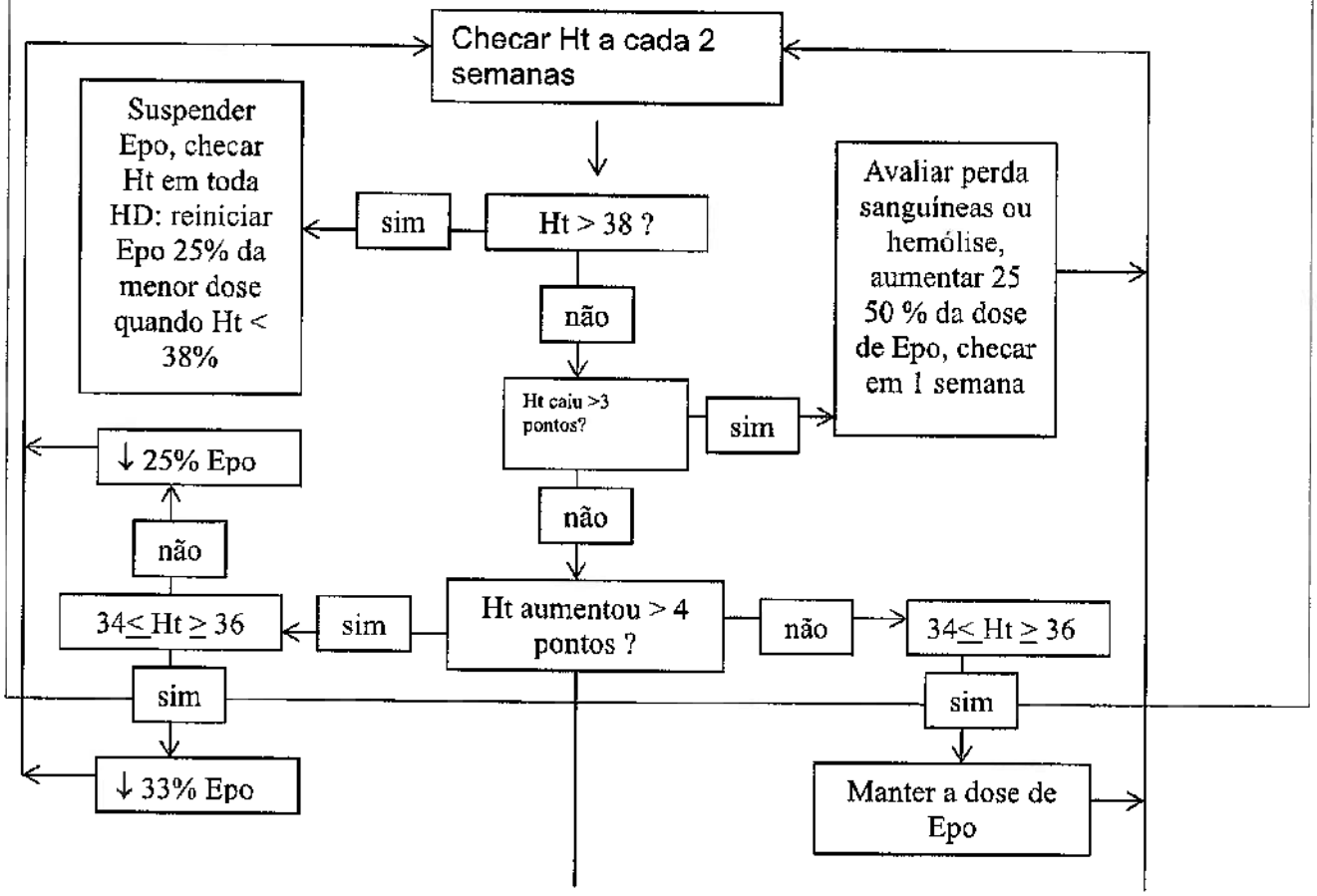
- Via de administração

- A via de escolha é a subcutânea e toda a equipe deve se esforçar para que o paciente a aceite
- A administração deve, na medida do possível, ser realizada no Serviço de diálise, para garantir a aderência ao tratamento
- No início do tratamento a dose semanal deve ser dividida em 3 doses semanais, mas a meta deve ser apenas uma aplicação semanal após meses de tratamento, quando o Ht alvo tiver sido atingido

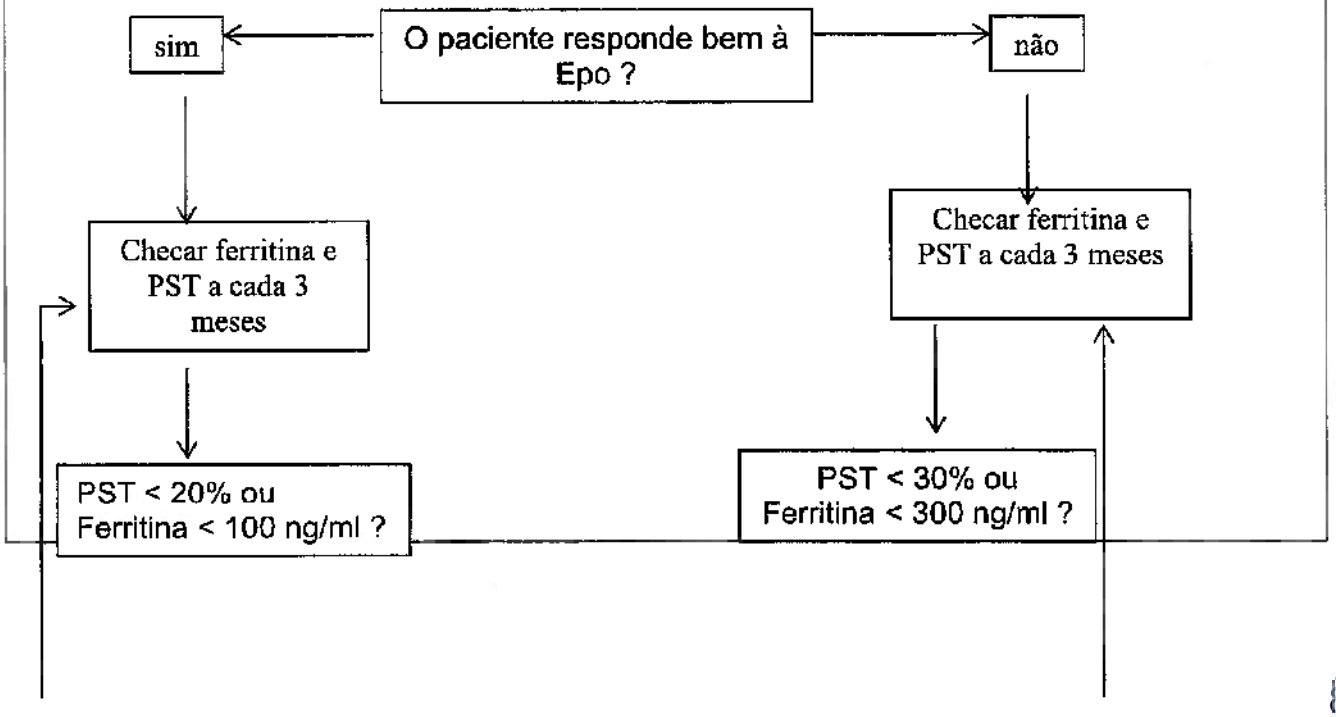
- Resposta Inicial e Efeito "plateau"

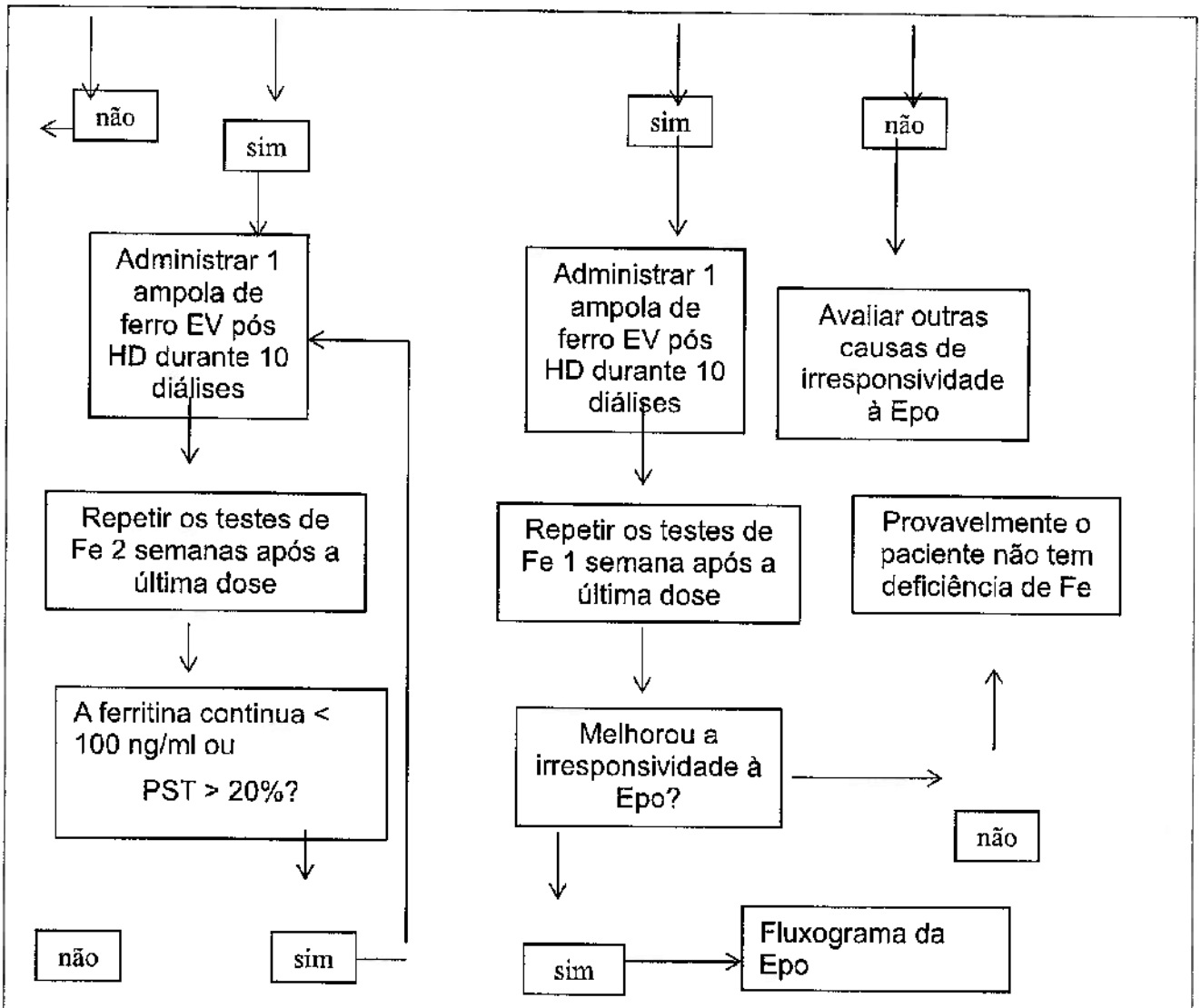
- Na fase inicial da terapia, o Ht deve ser checado a cada 1 ou 2 semanas
- Sempre avaliar nível de deficiência de ferro para evitar a irresponsividade à Epo devido à carência de Ferro
- Quando o Ht alvo for alcançado, checar Ht mensalmente (a cada 4 semanas)
- Dose inicial: 50 a 60 U/kg SC duas vezes por semana e em pacientes que necessitem de um aumento mais rápido, 75 U/kg
- O Ht alvo não deve ser atingido antes de 3 meses, pois há risco aumentado de convulsões e hipertensão

Fluxograma de Tratamento com EPO



Fluxograma do tratamento com Ferro





PST = porcentagem de saturação da transferrina

1. Causas de irresponsividade à Epo

- Deficiência de Ferro
- Hiperparatireoidismo
- Infecção
- Inflamação
- Sub diálise
- Intoxicação por alumínio

- Sangramentos ocultos
- Inibidores da ECA
- Doenças hematológicas (deficiência de vitamina B, deficiência de ác. Fólico,etc)

A. TRANSFUSÃO SANGUÍNEA

- Deverão ser realizadas naqueles indivíduos com Ht < 20
- Indivíduos com Ht > 20 mas com sintomas importantes de anemia, devem ser avaliados quanto a uma possível transfusão
- Pacientes com DPOC e angina pectoris podem ser transfundidos mesmo com níveis de Ht > 20, se assim a doença de base exigir

I. INFECÇÕES

A. INFECÇÕES DE ACESSO VASCULAR

1. Incidência

1.a Catéteres de Duplo Lúmen

- Infecções de catéter femoral são raras se estes forem usados por períodos breves de tempo (não mais que 72 horas)
- Catéteres de jugular ou subclávia têm risco aumentado de infecção após 3 semanas de uso, sendo maior o risco quanto maior o período de uso
- O risco de infecção pode ser minimizado se: utilizar-se catéter com cuff; trocar-se o catéter e seu sítio de inserção a cada 3 semanas; ou ainda, troca do catéter com fio guia, no mesmo local de inserção, se não houver qualquer sinal de infecção

1.b Fístulas artério-venosas

- Baixa taxa de infecções em relação aos catéteres

2. Flora responsável

- Principalmente à flora comum de pele: estáfilococos ou estreptococos
- Outros possíveis: organismos aeróbicos, tais como difteróides ou bacilos gram negativos, e até anaeróbios

3. Apresentação clínica

- Paciente geralmente com febre e calafrios, às vezes toxemiado
- Pode ser assintomática ou oligossintomática
- Sinais de inflamação e infecção presentes auxiliam o diagnóstico mas a ausência deles não exclui o referido diagnóstico
- Febre e calafrios que começam imediatamente após o início da diálise ou do final da diálise sugerem bacteriemia catéter-associada
- Se o paciente apresenta febre antes, durante e após a diálise, é mais provável o diagnóstico de infecção do acesso que o de reação pirogênica
- Reação pirogênica: paciente afebril antes da diálise, apresenta febre (geralmente baixa) durante a diálise, e torna-se novamente afebril com o término da diálise
- Sempre colher hemocultura nos pacientes febris

4. Tratamento

- Já discutido anteriormente

B. OUTRAS INFECÇÕES

- Todo paciente com febre deve ser examinado clinicamente e deve-se obter uma história clínica direcionada para infecções
- Colher hemograma (preferencialmente, antes da diálise), hemoculturas (03 amostras, preferencialmente na vigência de febre), urina tipo I e urocultura quando o doente apresentar diurese, além de exames específicos compatíveis com o quadro clínico (ex: Raio X de tórax se tosse, TGO e TGP se hepatite, etc)
- Avaliar a necessidade de internação
- Antibiticoterapia de acordo com os critérios do plantonista / Guia de antibioticoterapia Sanford / resultados das culturas

II. PERICARDITE URÊMICA – DERRAME PERICÁRDICO

A. MONITORIZAÇÃO

- Na suspeita do diagnóstico, realizar imediatamente ecocardiograma ou, na impossibilidade deste, raio X de tórax e ECG
- Importante frisar que o ecocardiograma não permite, per se, o diagnóstico de tamponamento
- Internação é obrigatória, e quando houver derrame pericárdico importante ou suspeita de tamponamento, entrar em contacto imediato com a cirurgia cardíaca para drenagem

B. Intensificação da diálise

- Na fase inicial, as sessões de diálise devem ser intensificadas para 5 a 7 vezes por semana, durante 2 a 4 semanas
- Se o paciente já estiver em programa crônico de diálise, rever seu esquema de diálise e adequação
- Investigar causas associadas com a sub diálise: infecção bacteriana ou viral, hipercatabolismo, sobrecarga de volume, hiperparatireoidismo, hiperuricemia e desnutrição

C. Drogas

- Estudos controlados com indometacina, outros AINH e corticóides não mostram qualquer benefício na diminuição da dor, diminuição de volume ou na não evolução para pericardite constrictiva. Portanto, não estão indicadas

D. Riscos da terapêutica dialítica na vigência de pericardite

- Sangramento pericárdico: fazer HD sem heparina
- Arritmias: monitorização cardíaca durante HD e dos níveis de potássio
- Hipotensão: monitorização rigorosa durante HD
- Tamponamento cardíaco: idem anterior
- Quando se faz diálise diária há risco de: desidratação, hipocalemia e hipofosfatemia

III. OUTROS PROBLEMAS

A. EDEMA AGUDO DE PULMÃO

- Controle da HAS, se houver, com nifedipina ou captopril VO ou nitroprussiato EV ou nitroglicerina EV, conforme a necessidade, até que o doente seja ligado à diálise
- Pode ser feito, via EV lento, 4 ampolas de furosemide e/ou morfina EV; se necessário, considerar uso de drogas endovenosas com nitroprussiato de sódio, nitroglicerina, dobutamina, etc
- Ligar HD o mais breve possível
- Ao ligar HD, não infundir o SF das linhas/sistema para o paciente
- Preferencialmente, não fazer UF seca caso não se conheçam os níveis de potássio do doente

B. HIPERPOTASSEMIA

- Desconfiar do diagnóstico quando o paciente chegar com queixas de fraqueza muscular e/ou paresia e/ou plegia de MMII bilateralmente (fraqueza muscular proximal)
- Enquanto o sistema de HD é montado, aplicar SF 0,9% 200 ml + 4 ampolas de gluconato de cálcio a 10%, EV, gota a gota em 20 minutos
- Ligar HD o mais breve possível

C. ANGINA PECTORIS

1. Crônica

- Assim como na população normal, a conduta farmacológica é a introdução progressiva de nitratos sublingual, nitratos orais de longa duração, beta bloqueadores e bloqueadores de canal de cálcio
- As doses são as mesmas da população normal
- Considerar o tratamento da anemia com a Epo e/ou transfusão s/n

2. Durante a Hemodiálise

- Oxigênio nasal rotineiramente

- Se desencadeada por hipotensão, inicialmente elevar os pés e administrar SF 0,9% cautelosamente
- Se houver correção da PA e a dor persistir, nitroglicerina SL
- Fluxo de sangue deve ser diminuído e a taxa de UF deve ser cessada até que haja desaparecimento da dor
- Se não houver hipotensão na hora que a dor se manifestou, tratar diretamente com a nitroglicerina SL, mas deve-se colocar o paciente deitado para evitar hipotensão

Parada Cardiorrespiratória em pacientes Dialíticos

I. Definições

- Parada Cardiorrespiratória (PCR)

Interrupção súbita e brusca da circulação sistêmica e da respiração, confirmada pela presença de inconsciência, apnéia ou respiração agonica e ausencia de pulso detectavel.

- Morte biológica irreversível

Deterioração irreversível dos órgãos e sistemas, que se segue à PCR, quando não se instituem as manobras de circulação e oxigenação.

- Morte Encefálica

Necrose do tronco e do córtex cerebral pela falta de oxigenação por mais de 5 minutos.

- Morte Súbita Cardíaca

Definida como colapso circulatório que ocorre com ausência ou mínimos sintomas premonitórios e a morte ocorre em menos de 1 hora dos sintomas .

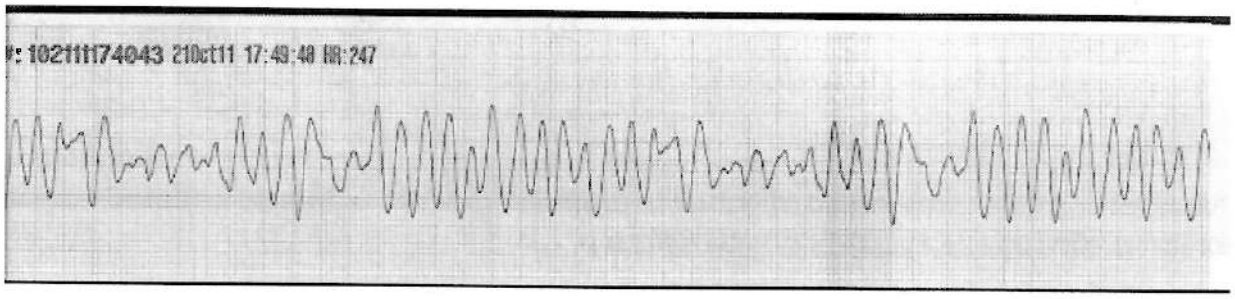
- Retorno a circulação espontânea

É o retorno do coração a condição de oferecer perfusão mínima aos órgãos e respiração eficiente, sendo observado movimentos respiratórios espontâneos , tosse, pulsos palpáveis e pressão arterial possível de ser aferida .

II. Modalidades de Parada Cardiorrespiratória

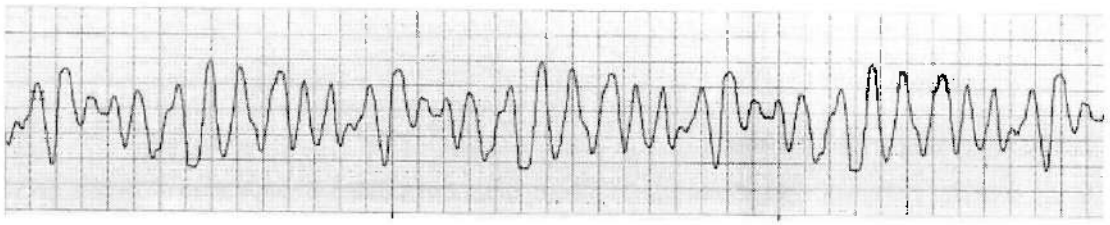
1) Fibrilação Ventricular

Representa uma desorganização da atividade elétrica do coração , devido a múltiplas áreas que sofrem variações na despolarização e repolarização ventricular . Não há uma despolarização ventricular organizada ("Caos do miocárdio"). Não havendo contratilidade como uma unidade, o ventrículo não consegue produzir um débito cardíaco adequado.



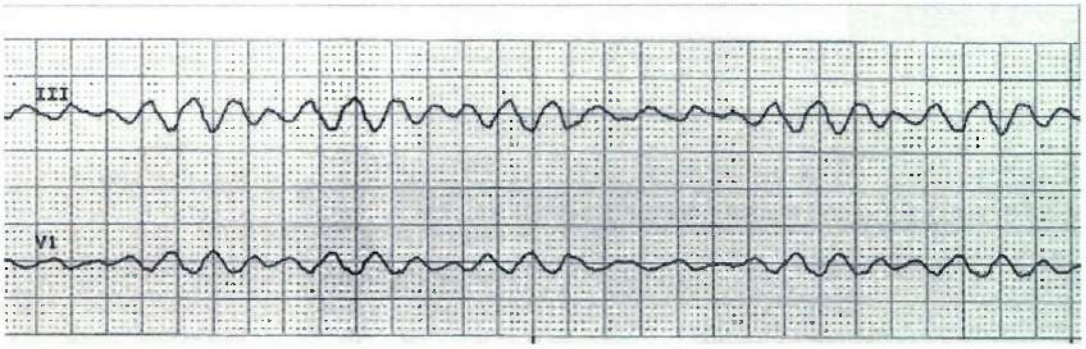
- Fibrilação Ventricular Grosseira

Fibrilação Ventricular de início recente , a menos de 3 a 5 minutos, que reflete a presença de reserva energética(ATP) nos miócitos. Ritmo desorganizado , com ondas de grande amplitude . Maior probabilidade de retorno após terapia elétrica(desfibrilação) para ritmo organizado.



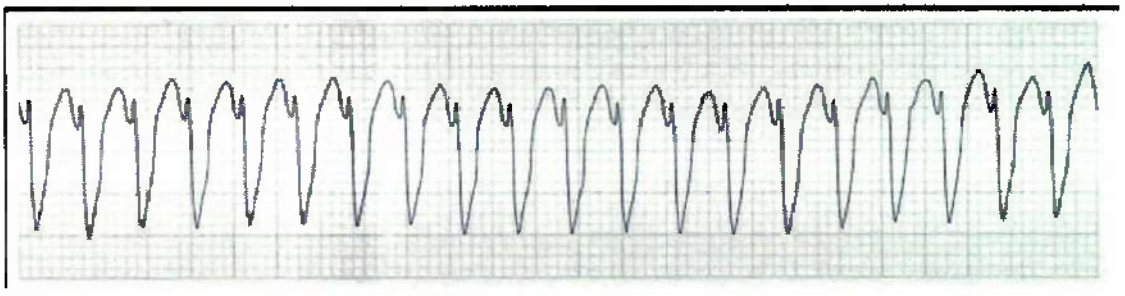
- Fibrilação Ventricular Fina

Fibrilação Ventricular persistente, refletindo a depleção de ATP pelos miócitos, levando o músculo cardíaco a exaustão. Menor probabilidade de retorno a ritmo organizado após terapia elétrica (desfibrilação) , maior probabilidade de evolução para assistolia .



2) Taquicardia Ventricular sem pulso

Representa um ritmo de atividade elétrica organizado do ventrículo, sem produzir débito cardíaco adequado.

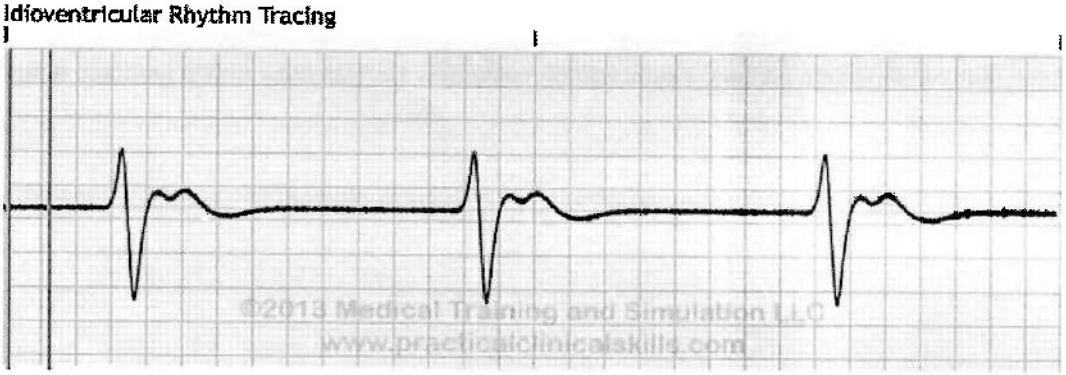


3) Atividade Elétrica Sem Pulso (AESP)

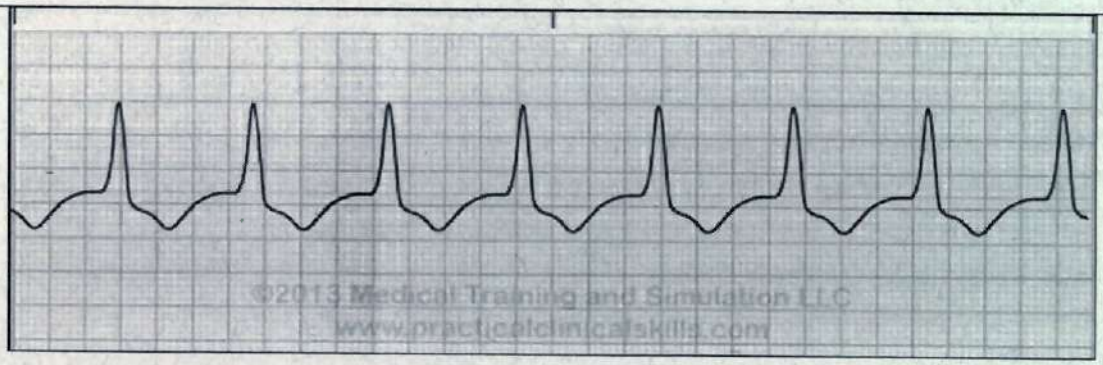
Não é definida como um único ritmo, e sim como qualquer ritmo cardíaco organizado com ausência de pulso, ou seja, uma dissociação elétrica – mecânica.

- Ritmo Idioventricular

Definido como um foco ectópico de atividade elétrica no ventrículo que assume o comando quando ocorre disfunção da marca – passo cardíaco. Quando ocorre a supressão total da marca – passo cardíaco (Nó sinusal) pode ocorrer taquicardia idioventricular, com frequência de 60 – 120bpm

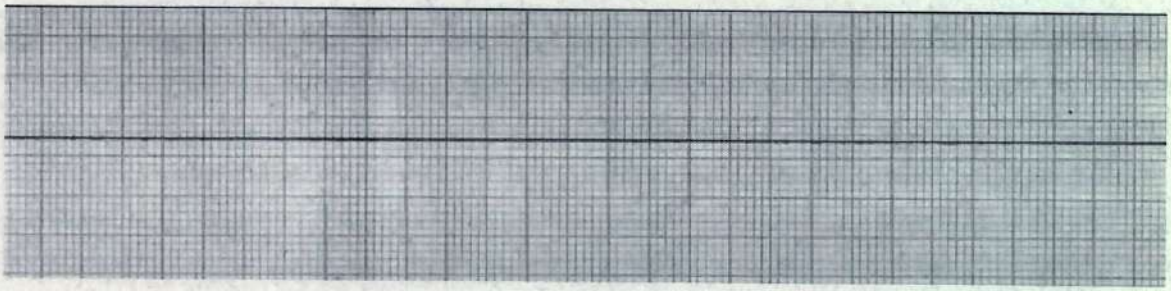


Taquicardia idioventricular



4) Assistolia

Cessação de qualquer atividade elétrica ou mecânica dos ventrículos, sendo muitas vezes o estágio final evolutivo de uma parada cardiorrespiratória. Possui um péssimo prognóstico e chance de retorno a circulação espontânea



III. Manejo da Parada Cardiorrespiratória baseada em evidências

1) Reconhecimento rápido da Parada Cardíaca

Independente do local do evento , parada cardiorrespiratória testemunhada têm maior chance de retorno a circulação espontânea , com aumento expressivo nas taxas da recuperação de vítimas de PCR se for prestado atendimento sistematizado , seguindo as normas do ACLS .

Em 2005, as taxas de sobrevivência de pacientes vítimas de parada cardiorrespiratória (PCR) em Fibrilação Ventricular (FV) testemunhada que receberam atendimento pré – hospitalar e após evento receberam alta hospitalar foi de 6% nos Estados Unidos. Em 2012 após conferência da American Heart Association e a mudança na ênfase as compressões torácicas essa taxa elevou – se para 11,4% e o mesmo evento ocorrido dentro de ambiente hospitalar teve taxas de sobrevivência de 32%. Em 2013 a taxa aumentou 43% e o ritmo gravado em 17,6% destes eventos foi Taquicardia Ventricular sem pulso .

As evidências científicas demonstram que os centros que alcançaram estas elevadas taxas de

sobrevivência possuíam em comum alguns elementos como :

- Treinamento e conhecimento dos profissionais de saúde
- Planejamento e rápida ação e resposta
- Rápido reconhecimento da PCR
- Pronto início das Compressões torácicas e ressuscitação cardiopulmonar
- Desfibrilação em 3-5 minutos do colapso
- Uma equipe de atendimento a pós – parada cardiorrespiratória organizada

Independentemente do local de atendimento, ao presenciar um paciente ou uma vítima se tornar irresponsiva , sem movimentos respiratórios espontâneos ou respiração anormal , a primeira pessoa na cena deve ativar o serviço de emergência e após iniciar as manobras de ressuscitação cardiopulmonar até chegar a presença de equipe mais experiente . O imediato reconhecimento de sinais de gravidade como desconforto torácico e respiração curta pode oferecer atendimento de emergência previamente ao colapso.

2) Ressuscitação cardiopulmonar (RCP) precoce com ênfase as compressões torácicas

Compressões torácicas efetivas são essenciais para promover o fluxo sanguíneo adequado durante as manobras de ressuscitação cardiopulmonar, por isso todos os pacientes que apresentem parada cardiorrespiratória devem receber compressões torácicas.

Devem ser administrados ciclos de 30 compressões para 2 ventilações até uma via aérea avançada ser providenciada, então deverá continuar as compressões torácicas com ventilações na taxa de uma ventilação a cada 6 – 8 segundos (8/10 ventilações/minuto). Não deve – se interromper as compressões torácicas, e se necessário, que por não mais de 10 segundos.

A literatura evidencia que pacientes vítimas de PCR que receberam RCP precoce dobram a chances de sobrevivência[1-3]. Para a maioria dos adultos, em atendimento pré-hospitalar de vítimas de PCR, RCP prestada somente com compressões torácicas (Hands Only ™ CPR) atingem estatísticas semelhantes a RCP convencional [4-7].

No atendimento pré-hospitalar, 23% das vítimas de PCR tiveram como ritmo incial Fibrilação Ventricular (FV) ou Taquicardia Ventricular (TV) ou ritmo com indicação de desfibrilação com Desfibrilador Externo Automático (DEA). No ambiente intra – hospitalar, vítimas de PCR apresentaram como ritmo inicial FV ou TV com primeiro ritmo gravado 17,7%.[7] Para vítimas com FV, as taxas de sobrevivência são maiores quando é imediatamente iniciada a RCP e a desfibrilação ocorre em 3 a 5 minutos do colapso [8-13]. Em ambiente intra – hospitalar este tempo não deve exceder 3 minutos.

3) Desfibrilação Rápida

Rápida desfibrilação é o tratamento de escolha para FV de curta duração, assim como para vítimas

testemunhadas de PCR no ambiente pré-hospitalar ou pacientes hospitalizados com ritmo cardíaco monitorado. As taxas de sobrevivência são maiores se a vítima/ paciente receber RCP precoce e desfibrilação em 3 a 5 minutos do colapso. [8-13]

Ressuscitação cardiopulmonar precoce e desfibrilação rápida em 3 a 5 minutos do colapso podem produzir taxas de sobrevivência tão altas quanto 41 a 74% [14-15]. Para cada minuto passado do colapso até a desfibrilação sem RCP, as taxas de sobrevivência de um episódio de FV testemunhada caem de 7 a 10% por minuto, sendo que estas taxas de decréscimo diminuem para 3 a 4 % por minuto quando iniciada RCP até a desfibrilação .[16-17]

4) Efetivo Sistema de Suporte Avançado de Vida

A equipe de atendimento aos pacientes vítimas de PCR devem ter treinamento adequado ao ACLS e BLS .

5) Unidade de Atendimento à Pós – Parada integrada

Deve haver uma equipe preparada ao atendimento no pós – parada com ênfase em programas multidisciplinares que focam na otimização de medidas hemodinâmicas , neurológicas e metabólicas que aumentem a sobrevivência e a alta hospitalar dos pacientes que apresentaram retorno a circulação espontânea após uma PCR mesmo naqueles atendidos em ambiente pré – hospitalar [18-19].

Hipotermia controlada induzida é uma intervenção que mostrou resultados de melhora no prognóstico de pacientes comatosos adultos que apresentaram PCR testemunhada em ambiente pré – hospitalar que o ritmo inicial era FV. [20-21] Sendo que após 2005 , inúmeras publicações científicas validaram o uso da hipotermia controlada induzida como meio para obter melhores prognósticos em pacientes vítimas de PCR em qualquer modalidade e em ambiente pré e intra – hospitalar .[18, 22-25]

Os objetivos primários da Unidade de Terapia pós – PCR devem ser :

- Otimizar função cardiopulmonar e a perfusão orgânica
- Transportar o paciente atendido em ambiente pré – hospitalar para um Hospital que possua um sistema de atendimento efetivo as vitimas de PCR que retornaram em circulação espontânea , incluindo intervenções coronarianas , cuidados neurológicos , Unidade de Terapia Intensiva e Hipotermia
- Transportar o paciente atendido em ambiente intra – hospitalar para um Hospital que possua um sistema de atendimento efetivo as vitimas de PCR que retornaram em circulação espontânea , incluindo intervenções coronarianas , cuidados neurológicos , Unidade de Terapia Intensiva e Hipotermia

- Tentar identificar e tratar as causas que precipitaram a PCR e prevenir possíveis novos episódios

Os objetivos secundários da Unidade de Terapia pós – PCR

- Controle da temperatura corpórea e otimizar a sobrevivência e recuperaçãoo neurológica
- Identificar e tratar síndromes coronarianas agudas
- Otimizar a ventilação mecânica para minimizar injurias orgânicas secundárias
- Reduzir o risco de disfunção orgânica múltipla
- Basear o prognóstico objetivamente para a recuperação em tempo adequado
- Assistir aos sobreviventes com reabilitação quando necessário

6) Medicamentos usados na PCR

Desde o 2010 International Consensus Conference não há nenhuma publicação científica placebo – controlada evidenciando que o uso de qualquer medicação – vasopressor ou antiarrítmicos , infundidos rotineiramente em qualquer estagio de uma parada cardiorrespiratória aumenta as taxas de sobrevivência sem dano neurológico ou alta hospitalar após reversão do quadro, portanto a sequencia de atendimento sistematizado a PCR não enfatiza mais o uso de drogas e sim o atendimento sistematizado básico de vida .

O momento correto da infusão de medicamentos não está claramente definido, porém não deve atrapalhar ou retardar as retorno às compressões torácicas , podendo ser administradas imediatamente antes ou após a desfibrilação.

a) Epinefrina

Catecolamina natural com efeitos agonistas tanto alfa , quanto beta – adrenérgicos. Os efeitos benéficos da epinefrina durante uma parada cardiorrespiratória se dá principalmente pelos seus efeitos alfa – adrenérgicos , durante a ressuscitação aumenta a vasoconstrição periférica e a pressão de perfusão coronariana. Como resultado , a estimulação de receptores alfa – adrenérgicos durante a parada cardiorrespiratória aumenta o fluxo sanguíneo miocárdico e cerebral. [27]

A administração de epinefrina endovenosa pode aumentar :

- Resistência Vascular sistêmica
- Pressões sistólicas e diastólica
- Atividade elétrica do miocárdio

- Fluxo sanguíneo coronariano e cerebral
- Força contrátil do miocárdio
- Requerimento de oxigênio pelo miocárdio
- Automaticidade

A administração endovenosa de epinefrina está indicada nas seguintes condições:

- Parada Cardiorrespiratória : FV ou TV sem pulso não responsiva aos choques iniciais
- Bradicardia sintomática após falha com atropina
- Hipotensão severa : hipotensão proveniente do choque
- Anafilaxia

É aceitável considerar a infusão da dose de 1mg de epinefrina EV/IO a cada 3 a 5 minutos durante a PCR (Classe IIb, LOE A) . Altas doses de epinefrina não aumentaram a sobrevida , a taxa de alta hospitalar ou a evolução neurológica dos pacientes comparando com as doses padronizadas de epinefrina . [28,29]

Pode ser infudida via tubo endotraqueal se um acesso venoso periférico ou intra – ósseo não for possível de ser estabelecido na dose de 2 a 2,5mg.

b) Vasopressina

Vasopressina é um vasoconstritor periférico não – adrenérgico, estimulando os receptores V1 direto nos músculos lisos, que causa vasoconstrição coronariana e renal.[30,31] Dois grandes ensaios clínicos randomizados controlados em humanos não evidenciaram um aumento nas taxas de retorno a circulação espontânea ou sobrevivência em pacientes que utilizaram Vasopressina 40 unidades comparado com Epinefrina 1mg como vasopressor inicial de escolha para o tratamento de parada cardiorrespiratória .

Como não houve diferença entre a vasopressina e epinefrina na parada cardiorrespiratória em ensaios clínicos , uma dose de Vasopressina 40 unidades EV/IO pode substituir a primeira ou a segunda dose de epinefrina no tratamento da parada cardiorrespiratória (Classe IIb, LOE A)

Arginina – Vasopressina é um hormônio natural , também conhecido como hormônio antidiuréticos. Os níveis endógenos de vasopressina estão significativamente aumentados durante uma parada cardiorrespiratória em pacientes que sobrevivem em comparação aos pacientes que não atingem retorno a circulação espontânea , por isso o interesse em ter a vasopressina como vasoconstritor durante uma parada cardiorrespiratória .

Durante a parada cardiorrespiratória a vasopressina aumenta :

- Pressão de perfusão coronariana

- Fluxo sanguíneo de órgãos vitais
- Frequência média da FV
- Fornecimento cerebral de oxigênio

Uma vantagem potencial da Vasopressina é que ela não possui efeito beta adrenérgico e sua meia vida em modelos animais com circulação efetiva é de 10 a 20 minutos .

c) Amiodarona

Amiodarona é o primeiro agente antiarrítmico de escolha durante uma parada cardiorrespiratória pois está clinicamente demonstrado o aumento das taxas de retorno a circulação espontânea e admissão hospitalar em adultos com FV/TV sem pulso refratárias as manobras de RCP.[32-33]

Considerar a dose de 300mg EV/IO em bolus , e se houver persistência da FV/TV sem pulso , considerar uma segunda dose de 150mg EV/IO em 3 a 5 minutos. Se Amiodarona não estiver disponível , Lidocaína pode ser considerada (Classe IIb, LOE B) mas lembrar que Lidocaína não demonstrou em ensaios clínicos melhora nas taxas de retorno a circulação espontânea ou admissão hospitalar.

d) Lidocaína

Não há evidencias adequadas do uso de Lidocaína em pacientes com FV/TV sem pulso refratárias , ou seja , não responsivas a desfibrilação ou recorrentes após desfibrilação , tanto no uso pré – hospitalar como no intra – hospitalar.

Se Amiodarona não estiver disponível , Lidocaína pode ser considerada (Classe IIb, LOE B) na dose inicial de 1 a 1,5mg/kg. Se houver persistência FV/TV sem pulso , pode ser administrada dose suplementar de 0,5 a 0,75mg/kg endovenosa m 5- 10 minutos , com dose máxima recomendada de 3mg/kg.

Se não houver acesso venoso disponível , pode ser administrada via tubo endotraqueal na dose de 2-4mg/kg.

- Lidocaína não deve ser administrada em uso profilático durante Infarto Agudo do Miocárdio
- Reduzir a dose de Lidocaína se evidencias de falência hepática ou Insuficiência Cardíaca Congestiva
- Interromper infusão se qualquer anormalidade neurológica se desenvolver

e) Magnésio

Magnésio é recomendado no uso em pacientes com FV/TV sem pulso persistente que haja suspeita ou comprovação de estarem em estado de hipomagnesemia , sendo os grupos de risco para essa condição os

idosos , etilistas e desnutrição crônica .

Quando parada cardíaca em FV/TV sem pulso associada a *Torsades de Pointes* esta indicada a administração de Sulfato de Magnésio na dose de 1 a 2 gramas em 10ml de diluente (soro glicosado 5% ou SF0,9%) (Classe IIb, LOE C).

f) Atropina

Sulfato de Atropina reverte estados colinérgicos (redução da frequência cardíaca e da condução do nó atrioventricular).

Não há evidencias cientificas sugerindo o uso de atropina durante parada cardiorrespiratória em Atividade elétrica sem pulso ou Assistolia (Classe IIb, LOE B)

g) Bicarbonato de Sódio

A acidose tecidual e acidemia resultante durante uma parada cardiorrespiratória e ressuscitação cardiopulmonar é um processo dinâmico resultante da ausência de fluxo sanguíneo durante a PCR ou o baixo fluxo sanguíneo durante a RCP, afetado pelo tempo de parada , nível de fluxo sanguíneo e conteúdo de oxigênio arterial durante a RCP.

Suporte Ventilatório adequado e perfusão tecidual adequada fornecida por compressões torácicas eficientes e retorno a circulação espontânea em pouco tempo são os pilares para correção dos distúrbios ácido – base durante a PCR.

As evidencias científicas são pobres em demonstrar benefícios no uso rotineiro de bicarbonato de sódio, exceto em situações especiais como acidose metabólica previamente confirmada , hipercalemia ou overdose por antidepressivos tricíclicos , sendo nesses casos administrada dose inicial de 1MEq/Kg.

h) Cálcio

Não é recomendado o uso rotineiro durante a PCR (Classe III, LOE B) , entretanto no caso da etiologia ser hipercalemia está recomendado o uso.

i) Fibrinolítico

O uso de terapia fibrinolítica foi proposto durante a parada cardiorrespiratória para tratamento tanto de trombose de coronária (síndrome coronariana aguda – SCA) e tromboembolismo pulmonar (TEP). As medidas de RCP não são contra – indicações absolutas a fibrinólise.

Estudos iniciais foram promissores e sugeriam benefício no tratamento de vítimas de PCR irresponsivas ao

tratamento convencional [34,35], porém estudos posteriores não evidenciaram benefício. [36]

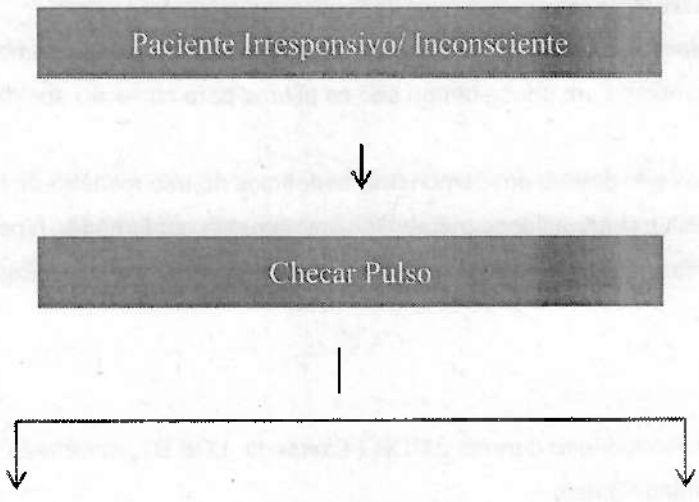
Fibrinolíticos não devem ser rotineiramente usados durante a parada cardiorrespiratória , porém devem ser considerados se a causa presumida da PCR for Tromboembolismo Pulmonar .

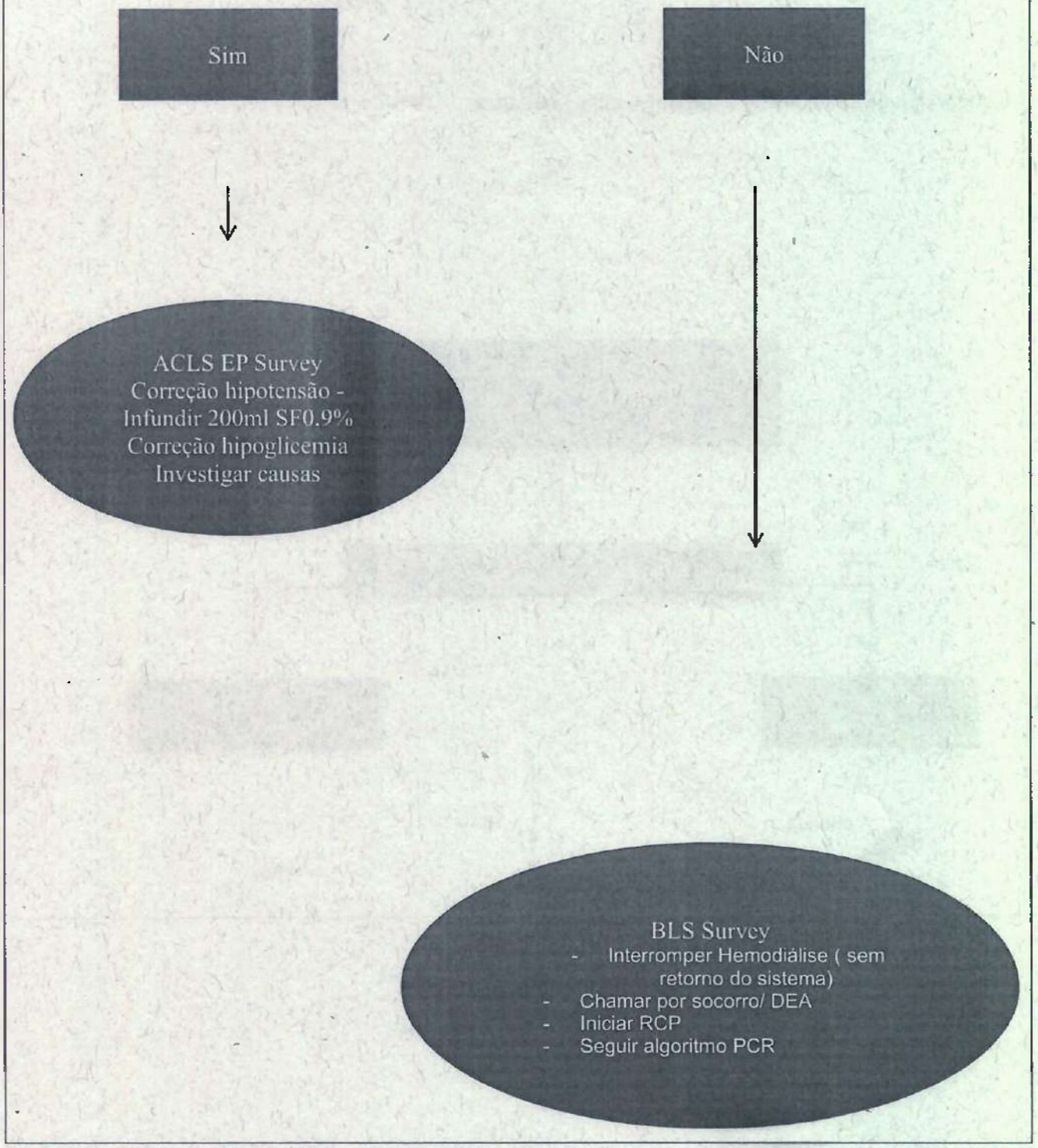
7) Via Aérea Avançada

As evidencias cientificas são inadequadas para definir o melhor momento de se obter uma via aérea avançada durante uma parada cardiorrespiratória.

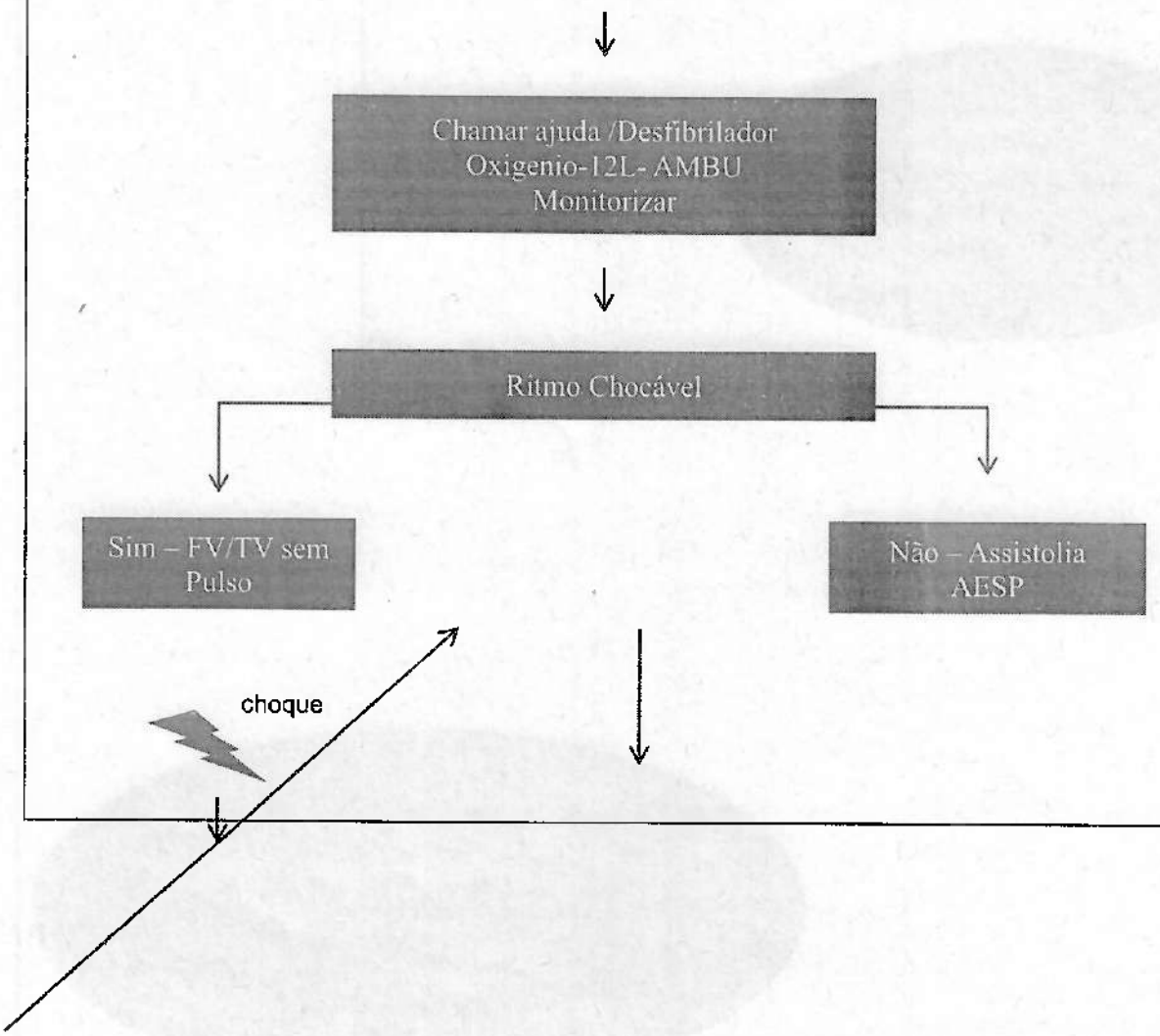
Vantagens de uma via aérea avançada são menor quantidade de interrupções nas compressões torácicas e a possibilidade de monitorização com capnografia da eficácia das compressões torácicas e das evidencias de retorno a circulação espontânea.

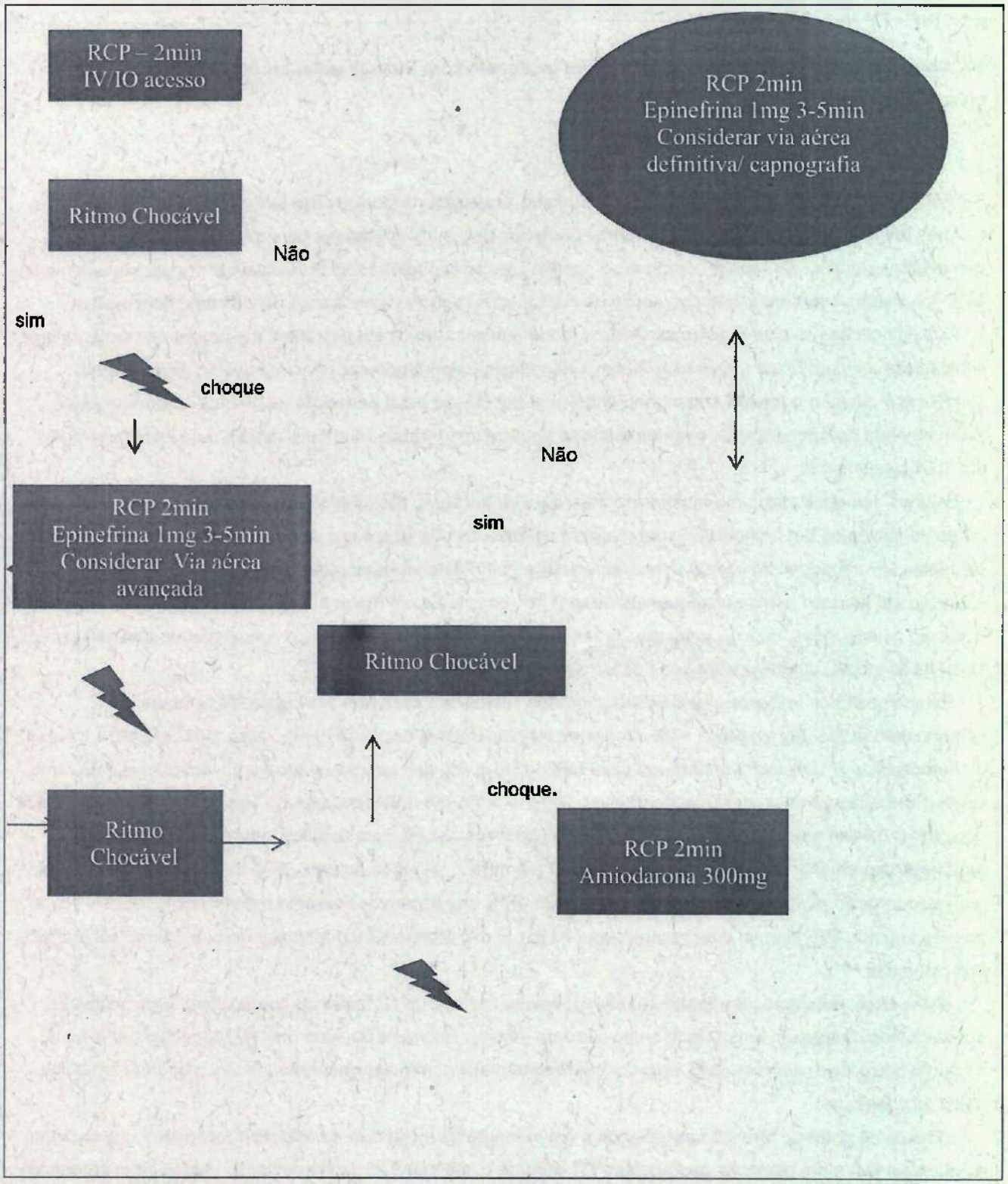
IV. Algoritmo de atendimento sistematizado a paciente Inconsciente em Hemodiálise




Sim
Não
ACLS EP Survey
Correção hipotensão -
Infundir 200ml SF0.9%
Correção hipoglicemia
Investigar causas
BLS Survey
- Interromper Hemodiálise (sem retorno do sistema)
- Chamar por socorro/ DEA
- Iniciar RCP
- Seguir algoritmo PCR

V. Algoritmo de atendimento a pacientes vítimas de PCR




RCP – 2min
IV/IO acesso
Ritmo Chocável
Não
RCP 2min
Epinefrina 1mg 3-5min
Considerar via aérea definitiva/ capnografia
sim
choque
Não
sim
RCP 2min
Epinefrina 1mg 3-5min
Considerar Via aérea avançada
Ritmo Chocável
choque.
Ritmo Chocável
RCP 2min
Amiodarona 300mg

VII. Considerações do atendimento a PCR em pacientes com doença renal crônica em Terapia de substituição renal

As doenças cardiovasculares ocorrem de maneira acelerada na Doença Renal Crônica Terminal , e são as maiores responsáveis pelo aumento da mortalidade nos pacientes em terapia de substituição renal (hemodiálise e diálise peritoneal). Arritmias e parada cardiorrespiratória são responsáveis por aproximadamente 26% das mortes ocorridas nesta população de acordo com registros americanos do US renal data system.

A incidência de parada cardiorrespiratória e morte súbita cardíaca em pacientes em programas de terapia de substituição atingem taxas próximas a 90 em 1000 pacientes para população acima dos 65 anos .[37] Essa incidência é quase o dobro da encontrada entre uma população geral portadora de doença coronariana que acompanhada por um ano após evento de Infarto agudo do miocárdio , que apresentam uma incidência de 51 em 1000 pacientes.[38]

Estudos demonstraram uma maior incidência de eventos como parada cardiorrespiratória e morte súbita no grupo de pacientes em hemodiálise que realizam as sessões três vezes por semana , no período em que os pacientes permanecem mais tempo sem hemodiálise , com uma incidência maior nas doze horas que precedem a sessão até as doze horas subsequentes da sessão , ocorrendo em maior número nos pacientes que realizam a sessão às segundas, quartas e sextas - feiras durante as segundas – feiras , e nos pacientes que realizam as sessões às terças, quintas e sábados , às terças – feiras.[39]

Estudo posterior evidenciou que 64% das mortes súbitas em pacientes em hemodiálise foram testemunhadas. Destes eventos , 14% ocorreram nas 2 primeiras horas de hemodiálise, 10% entre 2 e 5 horas de hemodiálise e 10% nas 8 a 12 horas após hemodiálise. 9% dos pacientes apresentavam bloqueio de ramo esquerdo, 9% apresentavam fibrilação atrial ou flutter e 3.9% ritmo de marcapasso. Um intervalo QT prolongada corrigido (>0,44 s) estava presente em 53,5% dos pacientes. 24,7% com estudos laboratoriais mensais anteriores tiveram um valor potássio sérico inferior a 4 mEq / l. No mês anterior, 47% desses pacientes tiveram um valor potássio sérico inferior a 4 mEq / l. Ao todo, 27% dos pacientes tiveram uma albumina sérica < 3g / dl no mês anterior, 50% tinham uma hemoglobina <11g / dl, e o fósforo sérico foi maior do que 6,5 mg / dl em 36% dos pacientes.[40]

O estresse, resultando em morte súbita no primeiro período de 12 horas da hemodiálise, provavelmente deriva do fato de que em um período muito curto de 4 horas, toxinas e líquidos que se acumulam por mais de 44 ou 68 horas deve ser removido. Isso contrasta fortemente com o depuramento suave e contínuo fornecida pelos rins normais.

Fluxos de potássio têm sido associados a um aumento da incidência de ectopia ventricular[41] um aumento do intervalo QT, e um aumento da dispersão QT durante o intervalo[42-44] da Hemodialise - todos os preditores de

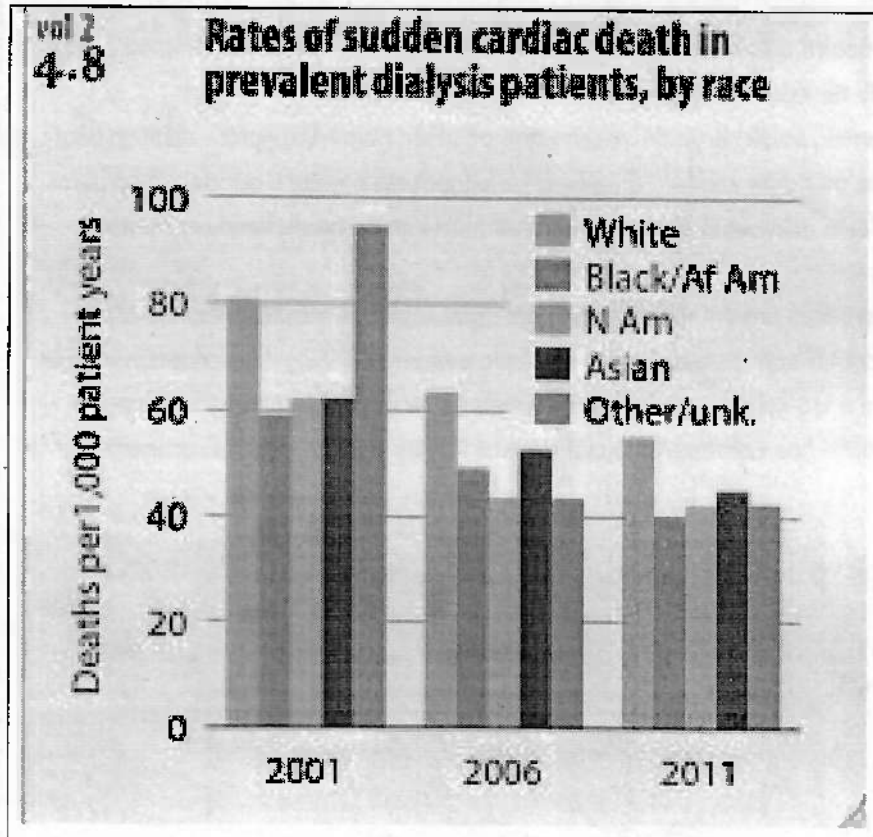
morte súbita.

Aumento na atividade simpática ocorre durante a Hemodiálise[45] e esse aumento de tônus simpático está associado á um aumento na incidência de eventos cardiovasculares e na mortalidade.[45]

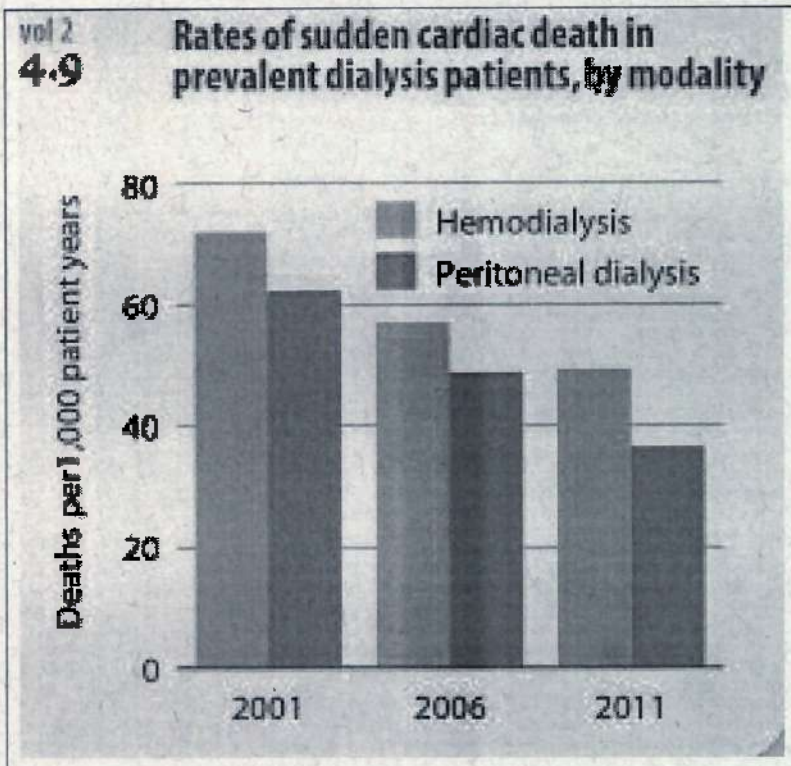
A piora da hipertensão, hipercalemia , sobrecarga de volume que ocorrem no período pré – dialitico está associada á um aumento da incidência de morte súbita.[46,47] Apesar de o intervalo semanal ser desejado pelos pacientes e provedores de saúde ele está associado á um aumento da mortalidade cardiovascular nesta população.

Os pacientes que sofreram morte súbita tinham uma prevalência aumentada de Insuficiência Cardíaca Congestiva (55%) , Cardiomiopatia (com fração de ejeção do ventrículo esquerdo 45% ± 16) e doença arterial coronariana (55,7%).[40] De acordo com o US Renal Data System a prevalência de Insuficiência Cardíaca Congestiva na população em hemodiálise nos Estados Unidos é de 40,8% e de doença arterial coronariana é de 37,6%

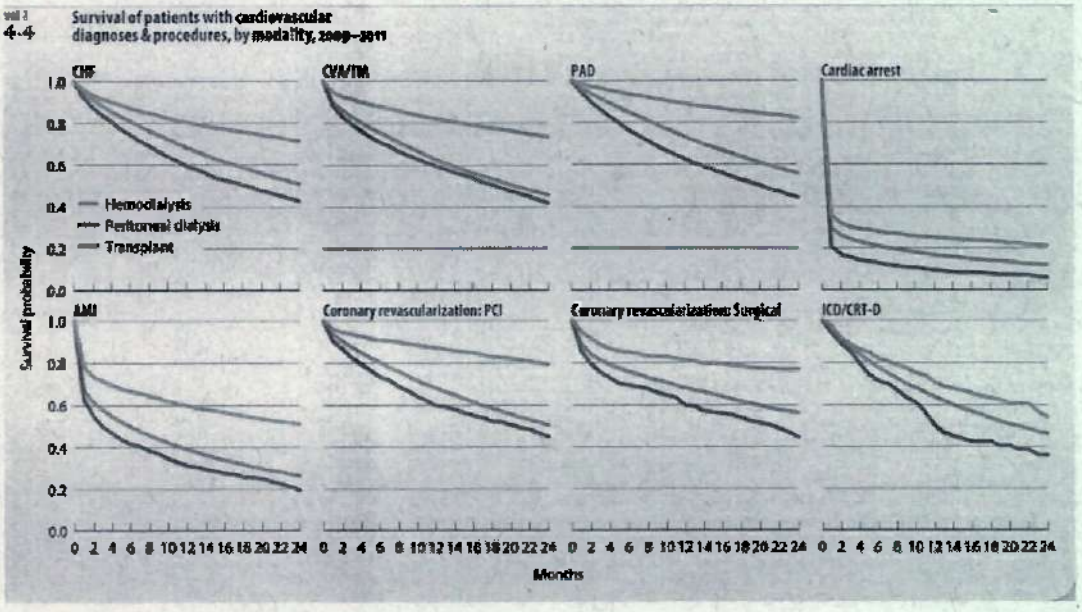
VIII. Tabelas e Anexos



USRDS, 2013 , Volume 2 – rates of sudden cardiac death in prevalente dialysis patients adjust by race



USRDS, 2013 , Volume 2 – rates of sudden cardiac death in prevalente dialysis patients adjust by modality

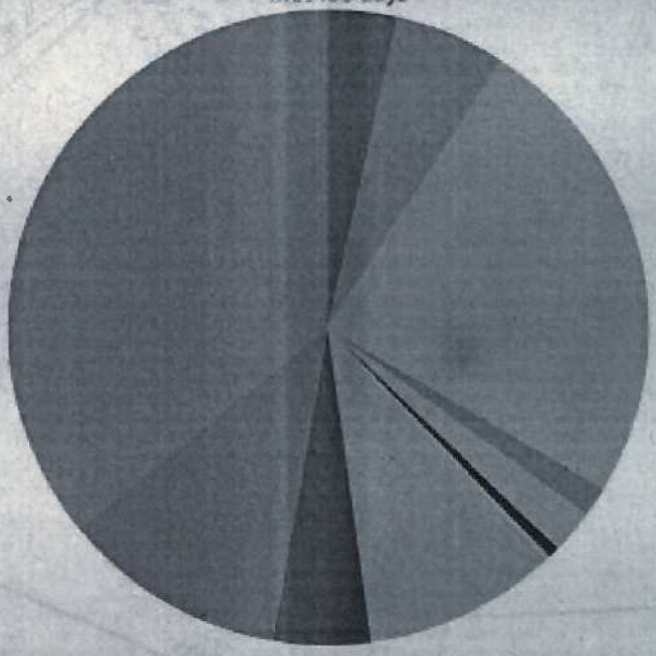


USRDS ,2013, volume 2 – survival of patients with cardiovascular diagnoses and procedures , adjust by modality , 2009 – 2011

vol 2
4.1

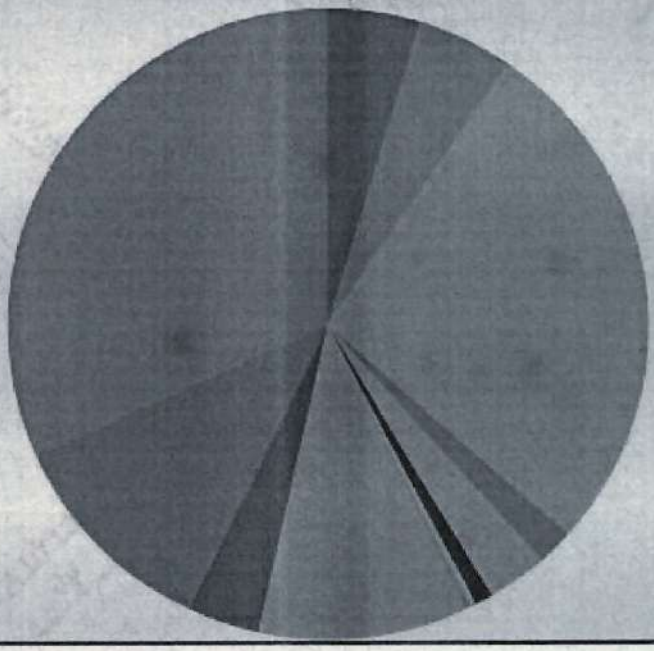
Causes of death in incident & prevalent dialysis patients, 2009–2011

Incident dialysis patients: first 180 days



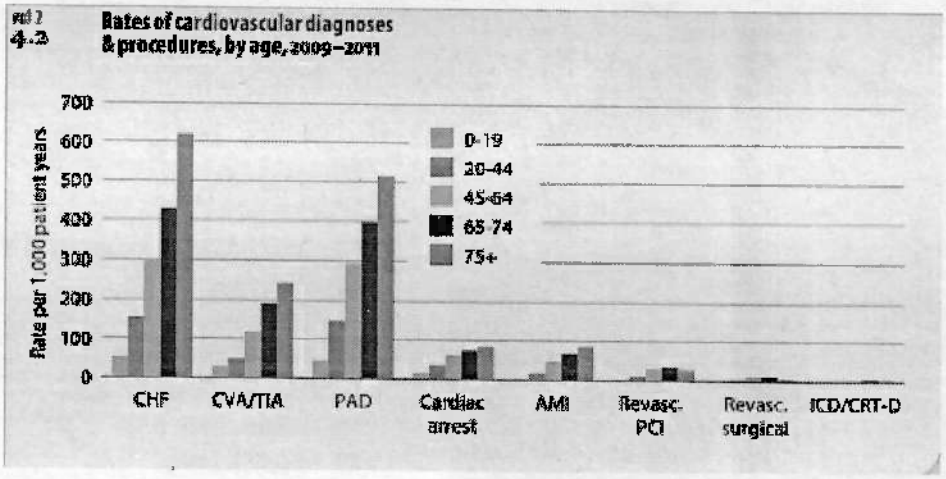
- AMI: 3.6%
- CHF: 5.7%
- Arrhythmia/cardiac arrest: 24.3%
- Other cardiac: 1.5%
- CVA: 2.2%
- Other vascular: 0.6%
- Pumonary embolus: 0.2%
- Hyperkalemia: 0.2%
- Infection: 9.6%
- Malignancy: 4.9%
- Withdrawal: 11.4%
- All others: 35.8%

Prevalent dialysis patients

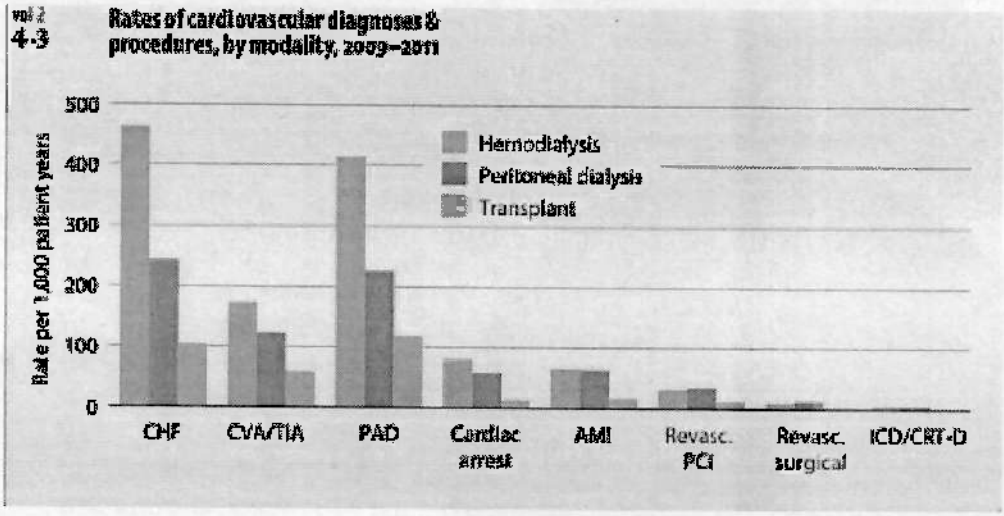


- AMI: 4.7%
- CHF: 4.8%
- Arrhythmia/cardiac arrest: 26.9%
- Other cardiac: 1.9%
- CVA: 3.1%
- Other vascular: 0.9%
- Pumonary embolus: 0.3%
- Hyperkalemia: 0.4%
- Infection: 10.5%
- Malignancy: 3.7%
- Withdrawal: 11.1%
- All others: 31.6%

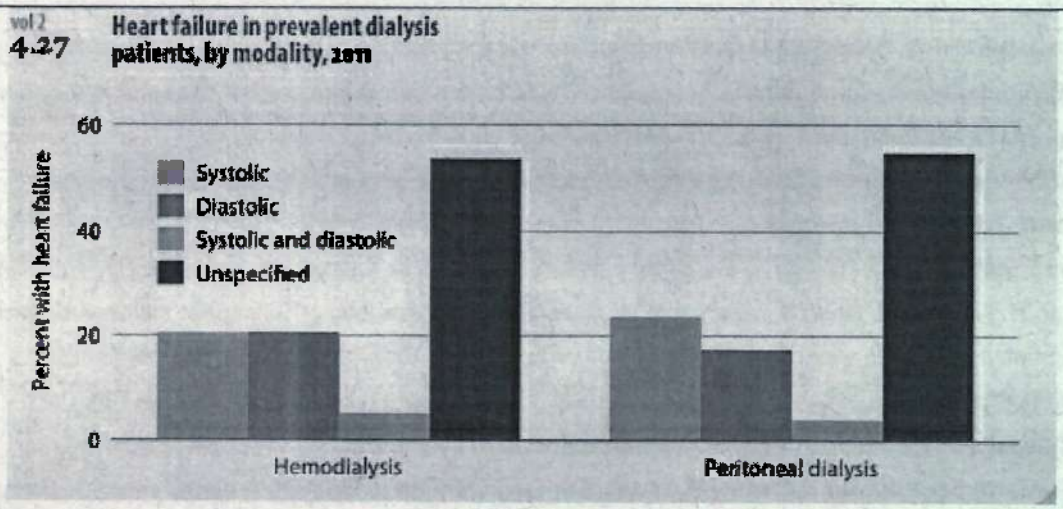
USRDS , 2013, volume 2 – Incidência e Prevalência de causas de óbito em pacientes em dialise



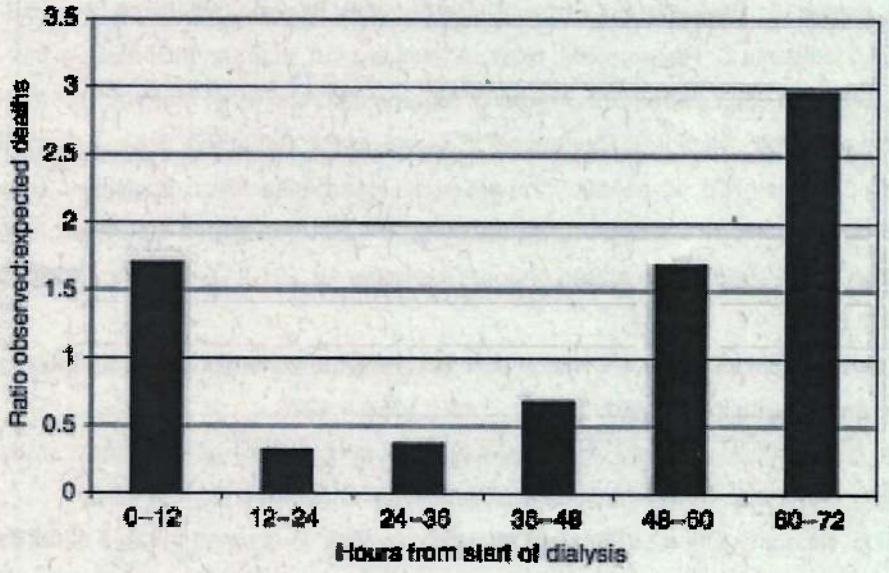
USRDS , 2013, volume 2 – Taxas de diagnósticos cardiovasculares e procedimentos , ajustados por idade de 2009 – 2011



USRDS , 2013, volume 2 – Taxas de diagnósticos cardiovasculares e procedimentos , ajustados por modalidade de 2009 – 2011



USRDS , 2013, volume 2 – Taxas de prevalência de Insuficiência Cardíaca em pacientes em diálise, ajustados por modalidade em 2011



Proporção de real para o número esperado de ocorrências de morte súbita para cada intervalo de 12 horas começando com o início de HD. [40]

5 – REFERÊNCIAS

1.Uretsky BF, Thygesen K, Armstrong PW, Cleland JG, Horowitz JD, Massie BM, Packer M, Poole – Wilson PA, Ryden L. Acute coronary finding at autopsy in heart failure patient with sudden death : results from the assessment of treatment with lisinopril and survival (ATLAS) trial . Circulation 2000;102:611- 616.

2. Thom T, Kannel W, Silberschatz H, D'Agostino RB. Cardiovascular diseases in the United States and prevention approaches. In : Fuster V, Alexander RW, Schalant RC, O'Rourke RA, Roberts R, Sonnenlick EH, eds. *Hurt's the heart* .New York , NY: McGraw- Hill, 2001:3 – 7.

3. Rajat D, Albert CM. Sudden cardiac death. Epidemiology and genetics of sudden cardiac death. Circulation 2012, 125: 620 – 637.

4. Iwami T, Kawamura T, Hiraide A, Berg RA, Hayashi Y, Nishiuchi T, Kajino K, Yonemoto N, Yukioka H, Sugimoto H, Kakuchi H, Sase K, Yokoyama H, Nonogi H. Effectiveness of bystander initiade cardiac – only resuscitation for patients with out – of – hospital cardiac arrest. Circulation. 2007; 116: 2900- 2907.

5. Cardiopulmonary resuscitation by bystanders with chest compression only (SOS-KANTO): an observational study. Lancet. 2007; 369: 920- 926

6. Ong ME, Ng FS, Anushia P, Tham LP, Leong BS, Ong VY, Tiah L, Lim SH, Anantharaman V. Comparison of chest compression only and standard cardiopulmonary resuscitation for out – of – hospital cardiac arrest in Singapore. Resuscitation. 2008; 78: 119 - 126

7. Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Borden WB, Bravata DM, Dai S, Ford ES, Fox CS, Franco S, Fullerton HJ, Gillespie C, Hailpern SM, Heilt JA, Howard VJ, Huffman MD, Kissela BM, Kittner SJ, Lackland DT, Lichtman JH, Lisabeth LD, Magid D, Marcus GM, Marelli A, Matchar DB, McGuire D, Mohler E, Moy CS, Mussolino ME, Nichol G, Paynter NP, Schereiner PJ, Sorlie PD, Stein J, Turan TN, Virani SS, Wong ND, Woo D, Turner MB; on behalf of the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcomittee. Hérat disease and stroke statistic – 2013 update: a report from the American Heart Association [published online ahead of print December 12,2012] Circulation. 2013. doi 10.1161/CIR.0b013e31828124ad.

8. Chan PS, Nichol G, Krumholz HM, Spertus JA, Nallamothu BK. Hospital variation in time to defibrillation after in – hospital cardiac arrest. Arch intern Med. 2009; 169 :1265 – 1273.

9. Sasson C, Rogers MA, Dahl J, Kellermann AL. Predictors of survival from out – of – hospital cardiac arrest : a systematic review and meta – analysis.Circ cardiovasc Qual Outcomes. 2010;3:63-81.

10. Valenzuela TD, Roe DJ, Nichol G, Clark LL, Spaite DW, Hardman RG. Outcomes of rapid defibrillation by security officers after cardiac arrest in casinos. N Engl J Med. 2000;343:1206-1209

11. Agarwal DA, Hess EP, Atkinson EJ, White RD. Ventricular fibrillation in Rochester, Minessota : experience over 18 year. Resuscitation. 2009;80:1253 -1258.

12. Rea TD, Cook AJ, Stiell IG, Powell J, Bigham B, Callaway CW, Chugh S, Aufderheide TP, Morrison L, Terndrup TE, Beaudoin T, Wittwer L, Davis D, Idris A, Nichol G. Predicting survival after out – of – hospital cardiac arrest : role of the Utstein data elements. Ann Emerg Med. 2010;55:249-257

13. Caffrey SL, Willoughby PJ, Pepe PE, Becker LB. Public use of automated external defibrillators. N Eng J Med. 2002;347:1242-1247

14. England H, Hoffman C, Hodgman T, Singh S, Homoud M, Weinstock J, Link M, Estes NA III.

Effectiveness of automated external defibrillators in high schools in greater Boston. Am J Cardiol. 2005;95:1484-1486.

15. Rea TD, Stickney RE, Doherty A, Lank P. Performance of chest compressions by laypersons during the public access defibrilation trial. Resuscitation. 2010;81:293-296

16. Larsen MP, Eisenberg MS, Cummins RO, Hallstrom AP. Predicting survival from out – of – hospital cardiac arrest : a graphic model. Ann Emerg Med. 1993;22:1652-1658.

17. Chan PS, Krumholz HM, Nichol G, Nallamothu BK. Delayed time to defibrillation after in hospital cardiac arrest. N Eng J Med. 2008;358:9-17

18. Sunde K, Pytte M, Jacobsen D, Mangschau A, Jensen LP, Smedsrud C, Draegni T, Steen PA. Implementation of a standardised treatment protocol for post resuscitation care after ot – of – hospital cardiac arrest. Resuscitation. 2007;73:154-160.

19. Rittenberger JC, Menegazzi JJ, Callaway CW. Association of delay to first intervention with returno f spontaneous circulation in a swine modelo f cardiac arrest. Resuscitation. 2007;73:154-160

20. Mild therapeutic hypothermia to improve the neurologic outcome after cardiac arrest. N Eng J Med. 2002; 346:549 -556

21. Bernard SA, Gray TW, Buist MD, Jones BM, Silvester W, Gutteridge G, Smith K. Treatment of comatose survivors of aou – of – hospital cardiac arrest with induced hypothermia. N Eng J Med. 2002; 346:557-563

22. Don CW, Longstreth WT Jr, Maynard C, Olsufka M, Nichol G, Ray T, Kupchik N, Deem S, Copass MK, Cobb LA, Kim F. Active surface cooling protocol to induce mild therapeutic hypothermia after out – of – hospital cardiac arrest : a retrospective before – and – after comparison in a single hospital. Crit Care Med. 2009; 37:3062-3069

23.Storm C, Steffen I, Schefold JC, Krueger A, Oppert M, Jorres A, Hasper D. Mild therapeutic hypothermia shortens intensive care unit stay of survivors after out – of – hospital cardiac arrest compared to historical controls. Crit Care. 2008;12:R78

24. Busch M, Soreide E, Lossius HM, Lexow K, Dickstein K. Rapid implementation of therapeutic hypothermia in comatose out – of – hospital cardiac arrest survivors. Acta Anaesthesiol Scand. 2006;50:1277-1283

25. Oddo M, Schaller MD, Feihl F, Ribordy V , Liaudet L. From evidence to clinical practice : effective implementation of therapeutic hypothermia to improve patient outcome after cardiac arrest. Crit Care Med.2006;34:1865-1873

26. Bernard SA, Jones BM, Horne MK. Clinical trial of induced hypothermia in comatose survivors of out – of – hospital cardiac arrest. Ann Emerg Med. 1997;30:146-153.

27.Michael JR, Guerci AD, Koehler RC, Shi AY, Tsitlik J, Chandra N, Niedermeyer E, Rogers MC, Traystman RJ, Weisfeldt ML. Mechanisms by which epinephrine augments cerebral and myocardial perfusion during

cardiopulmonary resuscitation in dogs. Circulation. 1984;69:822-835

28. Vandycke C, Martens P. High dose versus standard dose epinephrine in cardiac arrest – a meta-analysis. Resuscitation. 2000;45:161-166

29. Gueugniaud PY, Mols P, Goldstein P, Pham E, Dubien PY, Deweerdt C, Vergnion M, Petit P, Carli P. Comparison of repeated high doses and repeated standard doses of epinephrine for cardiac arrest outside the hospital. European Epinephrine Study Group. N Eng J Med. 1998;339:1595-1601.

30. Lindner KH, Strohmenger HU, Ensinger H, Hetzel WD, Ahnefeld FW, Georgieff M. Stress hormone response during and after cardiopulmonary resuscitation. Anesthesiology.1992;77:662-668.

31. Lindner KH, Prengel AW, Pfenninger EG, Lindner IM, Strohmenger HU, Georgieff M, Lurie KG. Vasopressin improves vital organ blood flow during closed-chest cardiopulmonary resuscitation in pigs. Circulation. 1995;91:215-221.

32. Kudenchuk PJ, Cobb LA, Copass MK, Cummins RO, Doherty AM, Fahrenbruch CE, Hallstrom AP, Murray WA, Olsufka M, Walsh T. Amiodarone for resuscitation after out – of – hospital cardiac arrest due to ventricular fibrillation. N Eng J Med. 1999;341:871-878.

33. Dorian P, Cass D, Schwartz B, Cooper R, Gelaznikas R, Barr A. Amiodarone as compared with lidocaine for shock resistant ventricular fibrillation. N Eng J Med. 2002;346:884-890.

34. Stadlbauer KH, Krismer AC, Arntz HR, Mayr VD, Lienhart HG, Bottinger BW, Jahn B, Lindner KH, Wenzel V. Effects of thrombolysis during out – of – hospital cardiopulmonar resuscitation. Am J Cardiol. 2006;97-305-308

35. Fatovich DM, Dobb GJ, Clugston RA. A pilot randomised trial of thrombolysis in cardiac arrest (the TICA trial). Resuscitation . 2004;61:309-313

36. Bottinger BW, Arntz HR, Chamberlain DA, Bluhmki E, Belmans A, Danays T, Carli PA, Adgey JA, Bode C, Wenzel V. Thrombolysis during resuscitation for out – of – hospital cardiac arrest . N eng J Med. 2008;359:2651-2662

37. Table H.16 Death Rates by Primary Cause of Death: Dialysis Patients, Unadjusted, in USRDS 2003 Annual Data Report: Atlas of End-Stage Renal Disease in the United States, edited by U.S. Renal Data System, Bethesda, MD, 2003, p 484. 38. Kannel WB, Schatzkin A. Sudden death: lessons from subsets in population studies. J Am Coll Cardiol 1985; 5: 141B–149B.

39. Ieyer AJ, Russell GB, Satko SG. Sudden and cardiac death rates in hemodialysis patients. Kidney Int 1999; 55: 1553–1559.

40.Bleyer AJ, Hartman J, Brannon PC, Reeves-Daniel A, Satko SG, Russell G. Characteristics of sudden death in hemodialysis patients. Kidney International 2006; 69: 2268–2273.

41. Morrison G, Michelson EL, Brown S, Morganroth J. Mechanism and prevention of cardiac arrhythmias in chronic hemodialysis patients. Kidney Int 1980; 17: 811–819. 42.Lorincz I, Matyus J, Zilahi Z et al. QT dispersion in patients with end-stage renal failure and during hemodialysis. J Am Soc Nephrol 1999; 10:

1297–1302.

43.Cupisti A, Galetta F, Caprioli R et al. Potassium removal increases the QTc interval dispersion during hemodialysis. Nephron 1999; 82: 122–126.

44.Morris S, Galiatsou E, Stewart G et al. QT dispersion before and after hemodialysis. J Am Soc Nephrol 1999; 10: 160–163.

45.Daugirdas JT. Pathophysiology of dialysis hypotension: an update. Am J Kidney Dis 2001; 38: S11–S17.

46.Zehender M, Faber T, Koscheck U et al. Ventricular tachyarrhythmias, myocardial ischemia, and sudden cardiac death in patients with hypertensive heart disease. Clin Cardiol 1995; 18: 377–383.

47. Johnston R, de Bono D, Nyman C. Preventable sudden death in patients receiving angiotensin converting enzyme inhibitors and loop/potassium sparing diuretic combinations. Int J Cardiol 1992; 34: 213–215.

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco - SBCD

Hospital Municipal de Cubatão hmc Dr. Luiz de Camargo da Fonseca e Silva

SUS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.11.009.00		
AVALIAÇÃO E MANEJO DE FAV	VAL. 05/27	REV. 00	PAG. 01/03

Elaborado por: Rosina Dal Maso	Data: 03/2025	Visto: Dra. Rosina C. Giacomina Dal Maso Especialista em Nefrologia CRM-SP: 59059 - ROE: 21686 CNS: 898 0048 1659 0151
Elaborado por: Luana Simplício dos Santos Alves	Data: 03/2025	Visto:
Validado por: Eliana Rose da Silva Negócio	Data: 05/2025	Visto: Eliana Rose da Silva Negócio Coordenação de Enfermagem COREN-SP 607463 SBCD - HMC
Aprovado por: Thaís Alvares Mendes	Data: 05/2025	Visto: Thaís Álvares Mendes Gerência Assistencial COREN-SP 465538-ENF SBCD - HMC
Verificado por: Kevin Cristian Souza da Costa	Data: 05/2025	Visto: Kevin Cristian Souza da Costa Enfermeiro da Qualidade COREN/SP 511.390 SBCD - HMC

Rev.	Pág.(s).	Data	Descrição da Revisão

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco - SBCD

Hospital Municipal de Cubatão hmc Dr. Luiz de Camargo do Pomazzo e Silva

SUS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.11.009.00		
AVALIAÇÃO E MANEJO DE FAV	VAL. 05/27	REV. 00	PAG. 02/03

1 - OBJETIVO

Capacitar a equipe CTRS no maneja adequado da FAV

2 – ALCANCE OU APLICABILIDADE

Equipe de Enfermagem do Centro de Terapia Renal Substitutiva

3 – ABREVIATURAS E DEFINIÇÕES

FAV: Fístula Arteriovenosa

4 - DESENVOLVIMENTO

Preparo do paciente:

Ao chegar à unidade de Terapia os pacientes devem ser encaminhados para a lavagem do braço da fístula com água e sabão, sob acompanhamento dos Enfermeiros ou Técnicos de Enfermagem, que devem monitorar os pacientes quanto a correta lavagem dos braços e orientá-los quando a lavagem não for realizada adequadamente, solicitando a repetição do processo.

Início da Diálise de Pacientes com FAV:

Os Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros, antes do início do turno, devem realizar a assepsia das mãos com sabão líquido.

Entre a manipulação de pacientes, deverão fazer assepsia das mãos com álcool gel e a seguir, calçar luvas. É obrigatória a troca de luvas (sempre precedida da assepsia com o já referido álcool ou lavagem das mãos) entre um paciente e outro ou quando for necessário, ou seja, toda vez que houver possibilidade de contato com material biológico

O material necessário (gaze estéril, um par de agulhas com o calibre adequado de acordo com a fístula, álcool a 70%) já deverá estar próximo ao paciente.

Fazer a assepsia da fistula com a gaze umedecida com o álcool a 70%, em movimentos retos de cima para baixo, de dentro para fora.

A punção denominada "arterial" será realizada da seguinte maneira: através da palpação com as polpas digitais, identifique a veia arterializada, com frêmito e numa distância preferencialmente acima de 5 centímetros do provável local da anastomose arteriovenosa

(presumivelmente sob a cicatriz cirúrgica); caso seja necessário garrotear a veia para melhor visualização e/ou percepção da veia, tente primeiro um garrote realizado pela mão contra-lateral do paciente ou pela mão de um outro auxiliar, e caso esse não seja efetivo, use então um garrote clássico. Não esquecer que o tempo de garroteamento deverá ser o mais breve possível, não devendo ultrapassar 3 minutos contínuos, já que quanto maior o tempo de garroteamento, maior será o risco de trombose da FAV.
Evitar, na medida do possível, a punção no mesmo local da punção da diálise anterior. A agulha propriamente dita deverá estar direcionada às extremidades dos pacientes, salvo excepcionalidades extremas.
A punção denominada "venosa" deverá ser realizada na própria veia arterializada ou em suas afluentes, de forma a manter um espaço mínimo de 10 centímetros da punção arterial, respeitando-se todos os cuidados descritos para a punção arterial. Nessa punção porém, a agulha propriamente dita deverá ser direcionada ao polo cefálico. Também aqui, deverá ser evitada a punção no mesmo local da punção anterior e só serão admitidos intervalos abaixo dos 10 cm em situações excepcionais.
A fixação das punções é feita com fita crepe; naqueles pacientes alérgicos poderá ser utilizado esparadrapo do tipo Micropore ou similar.

Após o termino da terapia, as agulhas devem ser retiradas com auxilio de compressa de gaze fazendo compressão (SEM GARROTEAMENTO) no local por aproximadamente 5 minutos ou de acordo com o necessário. Seguindo pelo curativo compressivo com gaze e Micropore.

5 – RESPONSABILIDADES E ATRIBUIÇÕES

Responsabilidade do Enfermeiro: Avaliar diariamente as condições da FAV, e realizar as primeiras 03 punções de uma FAV nova.
Responsabilidade do Técnico Enfermagem: Puncionar a FAV após liberação do Enfermeiro com agulha adequada. Monitorar durante toda a terapia as condições da FAV.

6 - REFERÊNCIAS

Handbook of Dialysis: Wolters Kluer, Edited by: John T. Daugirdas, Peter G. Blake, Todd S. Ing Sixth edition Handbook of Dialysis Therapy, Edited by: Allen R. Nissenson, Richard N. Fine

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco - SBCD

Hospital Municipal de Cubatão hmc Dr. Luiz de Camargo de Fonseca e Silva

SUS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.11.011.00		
MANEJO DE CATETER PARA HEMODIALISE	VAL. 05/27	REV. 00	PAG. 1/04

Elaborado por: Luana Simplício dos Santos Alves	Data: 02/2025	Visto:
Elaborado por: Leandro Oliveira	Data: 02/2025	Visto:
Validado por: Rosina Dal Maso	Data: 02/2025	Visto: Dra. Rosina C. Graziano Dal Maso Especialista em Nefrologia CRM-SP 59059 • RQE: 21689
Aprovado por: Thais Alvares Mendes	Data: 05/2025	Visto: Thais Alvares Mendes Gerência Assistencial COREN-SP 465538-ENF SBCD - HMC
Verificado por: Kevin Cristian Souza da Costa	Data: 05/2025	Visto: Kevin Cristian Souza da Costa Enfermeiro da Qualidade COREN/SP 511.390 SBCD - HMC

Rev.	Pág.(s).	Data	Descrição da Revisão

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco - SBCD

Hospital Municipal de Cubatão

SUS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.11.011.00		
MANEJO DE CATETER PARA HEMODIALISE	VAL. 05/27	REV. 00	PAG. 2/04

1 - OBJETIVO

Orientar a equipe quanto ao manejo do cateter nas sessões de hemodiálise. Garantindo ao paciente portador de doença renal uma via de acesso para tratamento dialítico, além de direcionar a equipe de enfermagem acerca da circulação ao procedimento e cuidados na manutenção do cateter.

2 – ALCANCE OU APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se à Equipe medica e Enfermagem.

3 – ABREVIATURAS E DEFINIÇÕES

CDL – CATETER DUPLO LUMEN

CTL – CATETER TRIPLO LUMEN

FAV – FISTULA ARTERIO VENOSA

IRA – INSUFICIENCIA RENAL AGUDA

IRC – INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

4 - DESENVOLVIMENTO

- Cateter Duplo Lúmen (CDL) para uso em diálise é inserido por via percutânea em uma veia calibrosa (jugular interna, femoral ou subclávia) a fim de ser utilizado como opção de acesso venoso central temporário para a realização das sessões de hemodiálise. cateter é implantado no paciente sob anestesia local, com técnica asséptica, pela Equipe de Cirurgia Geral com o auxilio da Equipe de Enfermagem.

- MATERIAL NECESSÁRIO:

Para auxiliar na instalação do CDL, disponibilizar os seguintes itens:

- ► Cateter para hemodiálise (duplo ou triplo lúmen);
- ► Bandeja de punção de acesso central;
- ► Clorexidina degermante;
- ► Clorexidina alcoólica;
- ► Campo e avental estéreis, máscara, gorros e óculos;
- ► Luva estéril; 1 de 3
- ► Micropore;
- ► Seringas de 5 e 10 ml;
- ► Agulhas 40x12 e 30x7 ou 25x7;

- ► Xilocaína 2% sem vasoconstritor;
- ► Fio sutura (nylon 3-0);
- ► Lâmina de bisturi nº11;
- ► Gazes estéreis;
- ► Monitor cardíaco;
- ► Equipo, polifix 2 ou 4 vias e SF0,9% 250mL;
- ► Heparina 5.000UI/ml 3mL.

- Para realizar o curativo do Cateter, disponibilizar os seguintes itens:

- ► 01 par de luvas de procedimento;
- ► 01 par de luvas estéreis;
- ► Clorexidina degermante e clorexidina alcoólica;
- ► Máscara com visor ou máscara + touca e capote simples;
- ► pacotes de gaze estéril, de acordo com a necessidade;
- ► filme transparente estéril.

CONSIDERAÇÕES GERAIS:

Por se tratar de acesso venoso central calibroso, os pacientes e/ou acompanhantes deverão ser orientados a manter o curativo fechado, limpo e seco. CDL deverá ser manuseado somente por profissionais habilitados;

Para evitar que o curativo absorva umidade, recomendar ao paciente e/ou acompanhante a proteção impermeável do mesmo durante o banho (podem ser utilizados plásticos e fita adesiva);

No caso de incidentes no período Inter dialítico, o paciente deverá procurar a Unidade para a troca do curativo;

5 – RESPONSABILIDADES E ATRIBUIÇÕES

Medico Cirurgião Geral: Realizar o procedimento em técnica adequada.

Enfermagem: Fazer cumprir o procedimento acima, acompanhar no dia a dia as condições do acesso e comunicar ao enfermeiro em caso de sinais flogísticos ou outras inconformidades, realizar técnica asséptica em conector Tego, Salinizar e Heparinizar o cateter sempre após as sessões,

Enfermeiros: Supervisionar e fazer cumprir o procedimento acima, realizar o Curativo em técnica estéril de acordo com o protocolo Institucional.

6 - REFERÊNCIAS

- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência

à Saúde. 2013.

- https://www.hce.eb.mil.br/images/pop_protocolo_hce/POP-Enfermagem-Volume-2.pdf

Sociedade Brasileira Carmelho de Damasco - SBCD

Hospital Municipal de Cubatão hmc Dr. Luiz de Camargo da Fonseca e Silva

SUS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.42.007.00	
EXECUÇÃO DO EXAME DE RAIO - X	REV. 00	PAG. 01/077

Elaborado por: Jaqueline Veríssimo dos Santos Monteiro	Data: 25/06/2024	Visto: Jaqueline Veríssimo Supervisora Radiológica SBCD - HMC
Validado por: Thaís Alvares Mendes	Data: 25/06/2024	Visto Thaís Alvares Mendes Gerência Assistencial COREN-SP 465538-ENF SBCD - HMC
Aprovado por: Kevin Cristian Souza da Costa	Data: 25/06/2024	Visto: Kevin Cristian Souza da Costa Enfermeiro da Qualidade COREN/SP 511.390 SBCD - HMC

Rev.	Pág.(s).	Data	Descrição da Revisão

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco - SBCD	Hospital Municipal de Cubatão hmc	SUS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.42.007.00	
EXECUÇÃO DO EXAME DE RAIO - X	REV. 00	PAG. 02/077

1 - OBJETIVO

Padronizar a técnica de execução do exame de RAIO - X na Gerência de Métodos Gráficos do Hospital Cubatão.

2 – ALCANCE

Este procedimento se aplica (os) Técnicos de Tecnólogos em Radiologia e médicos Radiologista da Gerência de Métodos Gráficos

3 – COMPETÊNCIAS

Todos Técnicos e Tecnólogos em Radiologia e Médicos Radiologistas da Gerência de Métodos Gráficos devem cumprir o estabelecido neste procedimento e cabe à Gerência mantê-lo atualizado.

Funções do Técnico/Tecnólogo

- Realizar o posicionamento do paciente
- Orientar o paciente para respirar tranquilamente e manter apneia, quando solicitado.
- Programar estudo
- Verificar o preenchimento do questionário antes da realização do exame.
- Documentar exame.
- Buscar orientação do médico radiologista sempre que tiver dúvidas

4 - DESENVOLVIMENTO

4. Para realização do exame de RAIO- X, é necessário ser feito por um Técnico de Radiologia.

4.1 **Recepção - Recepcionista**

- Solicitar a requisição e a autorização do Agendamento no SISREG, ou ficha de agendamento quando o exame foi solicitado no Ambulatório do Hospital Municipal de Cubatão.
- Em casos de Raio - X de Urgência recepcionista recebe pedido do Pronto Socorro abre o atendimento e encaminha o paciente para sala de espera.
- Recepcionista verifica documentação da paciente, faz o atendimento atualizando o cadastro para ser preenchido corretamente pelo técnico de Raio - X na central
- Em casos de exames Ambulatoriais a recepcionista entrega protocolo para retirada do laudo em 7 dias e direciona a paciente para a sala de espera para a realização do exame.
- Em casos de Raio – X de Urgência e Internados o técnico de Radiologia envia as imagens para o sistema PACS e o médico consegue visualizar pelo computador.

4.2 **Realização do exame – Técnicos de Tecnólogos em Radiologia**

4.2.1 Atendimento antes da realização do exame.

- Técnica de Radiologia pega ficha de Atendimento na Recepção chama a paciente, confere documentação da paciente e identificação da paciente.
- Técnico de Radiologia confere pedido médico.
- Técnico de Radiologia realiza a anamnese do paciente.
- Técnico de Radiologia deve orientar e explicar, e esclarecer todas as dúvidas do (a) paciente quanto a realização do procedimento.
- Perguntar a paciente se ela tem suspeita ou está grávida.
- Perguntar a paciente se ela realizou o preparo corretamente para a realização do exame (no caso do exame que precisa de preparo ex: Coluna Lombo Sacra).
- Orientar a paciente a retirar joias ou outros objetos que possa interferir no exame.
- Solicitar a paciente para vestir a camisola do Hospital para iniciar a realização do exame.

(caso seja necessário).

4.2.2 Durante a realização do exame.

- Solicitar ao paciente seguir todos os passos ao qual solicitado durante o exame.
- Em casos de exames realizados com Contraste após a realização do exame a paciente aguarda o médico para fazer a liberação.

Radiografia do polegar AP.

1 - Incidência: Paciente sentado de frente para a mesa (extremidade), polegar estendido. Nesta incidência o braço e o antebraço serão rodados (rotação interna) de modo que a superfície dorsal (posterior) do polegar fique apoiada no cassete, sentido de supinação.

2 - RC (Raio Central): Perpendicular entrando na articulação metacarpofalangeana.

3 - DFoFi (Distância Foco-Filme): 1 metro

4 - Sentido do cassete : Transversal (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse (Colimação)

5 - Sem Bucky (Tampo da mesa).

6 - Patologia: Fratura, Luxação, Corpo Estranho.

7 - Observação : Nessa incidência o trapézio tem que estar incluso e bem visualizado.

Radiografia do Polegar P (PERFIL OU LATERAL).

1 - Incidência: Paciente sentado de frente para a mesa (extremidade), o cúbito (cotovelo) fletido em cerca de 90º (Noventa Graus), com mão fechada e repousando sobre o cassete, e o antebraço e a mão em pronação (PA), a mão estará fechada para obter uma melhor lateralização do polegar que deverá estar abduzido, apoiando a face lateral externa do polegar no cassete.

2 - RC: Perpendicular entrando na primeira articulação MF (metacarpofalangeana)

3 - DFoFi 1 metro

Sentido do cassete: Transversal, DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse (Colimação)

4 - Sem Bucky

5 - Patologia: Fratura, Luxação.

6 - Observação Os ossos sesamóides tem que aparecer (se tiver).

Radiografia da Mão PA

1 . Incidência: Paciente sentado de frente para a mesa (extremidade). o cúbito (cotovelo) fletido formando um ângulo com cerca de 90º (Noventa Graus), com mão e o antebraço repousando sobre o cassete, e pronar a mão (PA), com a superficie palmar em contato com o chassi, abduzir levemente os dedos e alinhar o eixo longitudinal da mão e o antebraço, centralizar a mão e o punho na metade descoberta do chassi.

2 .RC: Perpendicular entrando na terceira articulação MF (Metacarpofalangeana)

3. DFoFi: 1 metro

4. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse (Colimação)

5. Sem Bucky

6. Patologia: Fraturas.

7. Observação : Toda mão, e 2,5 *cm* (dois centímetros e meio) da parte distal do antebraço (punho) tem que estar no cassete.

Radiografia da Mão em obliqua

1. Incidência: Paciente sentado de frente para a mesa (extremidade), o cotovelo fletido formando um ângulo com cerca de 90° com a mão e o antebraço sobre o cassete. A mão deverá estar em obliqua a 45° e os dedos em forma de leque sobre um cassete 24x30.

2. RC: Perpendicular entrando na 3° articulação MF (Metacarpofalangeana).

3. DFoFi: 1 metro

4. Sentido do cassete: DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse (Colimação)

5. Patologia: Fratura.

6. Proteção : Colocar escudo de chumbo sobre o colo do paciente, para proteger as gônadas.

7. Observação: Nessa incidência incluir 2,5 (dois centímetros e meio) do punho (parte distal do antebraço) no cassete.

8. Critério de avaliação da visão-radiográfica as porções mediais das diáfises (corpo) do 3°, 4°, 5° metarcarpianos não devem sobrepôr-se. Haverá algumas sobreposições das cabeças

distais do 3º, 4º, 5º metacarpianos, mas sem sobrepôr-se as posições distais do 2º e 3º metacarpianos.

9. A superposição (sobreposição) excessiva dos metacarpianos indica rotação excessiva e a separação muito grande dos metacarpianos significa rotação insuficiente.

Radiografia da mão em perfil.

1. Incidência: Paciente sentado de frente para a mesa (extremidade) com o cúbito (cotovelo) fletido a cerca de 90º com a mão e o antebraço apoiado sobre o chassi. Rodar a mão e o punho a 90º A mão deverá estar em perfil (lateralizada), absoluto, com os dedos sobrepostos, (do 2º ,5º dedo), podendo o polegar ficar de duas maneiras: Lateralizado (abduzido) ou justaposto

2. RC: Entrando perpendicular na 2º até a 5º articulação MF (metacarpofalangeana).

3. DFoFi: 1 metro

4. Sentido do cassete: Transversal (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)

5. Sem Bucky

6. Patologia: Corpo estranho, fratura do metacarpiano.

7. Observação: As impressões trabeculares do polegar devem aparecer nítidas e evidentes.

Radiografia de mãos e punhos para idade óssea.

1. Incidência: Paciente sentado de frente para a mesa (extremidades) coloca-se as duas mãos sobre o chassi DR 43x35. Punhos e mãos em pronação, dedos das mãos estendidos, todas

as articulações devem estar alinhadas.

2. RC: Perpendicular entrando no centro do filme DFoFi: 1 metro

3. Sentido do cassete: Transversal (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)

4. Patologia: Visualização de núcleo de crescimento.

Radiografia de punho PA.

1. Incidência: Paciente sentado de frente para a mesa. Coloca-se o punho a ser radiografado sobre o cassete no sentido de pronação. As articulações do punho e cúbito (cotovelo) devem estar no mesmo plano (alinhados)

2. RC: Perpendicular entrando na área do meio do carpo (centro do carpo)

3. DFoFi: 1 metro

4. Sentido do cassete: Transversal (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)

5. Patologia: Fratura, luxação.

6. Observação: Com a mão em pronação, curvando a levemente para colocar o punho e a área do carpo em íntimo contato com o cassete.

Radiografia do punho em perfil.

1. Incidência: Paciente sentado de frente para a mesa (extremidade), com o punho sobre o chassi. O punho e o antebraço formam um ângulo com cerca de 90° entre si. As articulações cúbito e punho, devem estar no mesmo plano (alinhados). O punho deve estar em perfil absoluto, de modo que o radio e o cotovelo fiquem na mesma linha. O polegar deve estar para cima.

2. RC: Perpendicular, entrando na área media do carpo (centro do punho).

3. DFoFi: 1 metro

4. Sentido do Ch cassete: Transversal, (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)

5. Sem Bucky

6. Patologia: Fratura, Luxação, Fratura do tipo de Barton, Fratura de Cooles, Fratura de Smith com deslocamento anterior ao fragmento distal.

Radiografia do punho em flexão ulnar.

1. Incidência: Paciente sentado de frente para a mesa (extremidade), colocar a mão e o punho em sentido de pronação (PA), dedos estendidos e mão aberta. Delicadamente realizar (fazer) flexão da mão (fletir a mão em direção a face ulnar).
2. RC: Perpendicular entrando ao centro do punho (carpo)

3. DFoFi: 1 metro

4. Sentido do Chassi: Transversal, (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação).

5. Sem Bucky

6. Patologia: Estudo de possíveis lesões do complexo da fibrocartilagem triangular.

7. Observação: Os ossos do carpo com espaços interarticulares adjacentes mais abertos devem ser mais bem visualizados na face ulnar lateral do punho.

Radiografia do punho em flexão radial.

1. Incidência: Paciente sentado de frente para mesa, colocar a mão e o punho em sentido de pronação (PA), dedos da mão estendidos. Fazer delicadamente flexão da mão (fletir a mão em direção a face radial).

2. RC: Perpendicular entrando ao centro do punho (carpo)

3. DFoFi: 1 metro

4. Sentido do Cassete: Transversal, (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação).

5. Sem Bucky

6. Patologia: Estudo de possíveis lesões (laceração) do complexo da fibrocartilagem triangular

7. Observação : A artrografia do punho pode diagnosticar este tipo de patologia, de fibrocartilagens triangular.

Radiografia do túnel do carpo infero-superior.

1. Incidência: Paciente sentado na extremidade da mesa, coloca-se a face anterior distal do ante-braço sobre a metade de um cassete 43x35 Solicitar ao paciente que hiperestender o punho (Dorsiflexão ou Hiperflexão), e a mão deverá ser fletida para trás, e com o auxilio da outra mão puxar as falanges para trás, ou usar uma faixa para puxar os dedos (falanges). Os metacarpianos e os dedos deverão que estar o mais vertical possível (flexo - extensão), sem levantar o punho e o ante-braço. Rodar toda a mão e o punho a cerca de 10º internamente (em direção ao lado radial) afim de evitar sobreposição do pisiforme e o Hâmulo do osso do Hamato

2. RC: Entrando na face palmar e saindo no meio do chassi. OBS: Kenneth L.Bontrager, recomenda entre 25º a 30º Graus.

3. DFoFi: 1 metro

4. Sentido do cassete: Transversal (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)

5. Sem Bucky

6. Patologia: Fratura do Hâmulo do hamato, e calcificação anormal do sulco do carpo que pode determinar encarceramento do nervo mediano observado na síndrome do carpo.

Radiografia do túnel do carpo súpero-inferior.

1. Incidência: Paciente em pé (ortostático) de costa para o chassi, paciente deve ficar na extremidade da mesa e posicionar a palma da mão sobre o cassete. A seguir hiperestender o punho, tracionando-se lentamente o ante-braço para frente ao máximo tolerado, permitindo que a superfície palmar da mão eleve-se do cassete de 3 a 4 cm, não mais que isso.

2. RC: Perpendicular na Vertical, entrando no meio do carpo

3. DFoFi: 1 metro

4. Sentido do cassete: Transversal (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)

5. Sem Bucky

6. Patologia: Calcificação da articulação do túnel do carpo

7. Observação: Flexionar ou tracionar o ante-braço para frente fazendo um ângulo de 20° Graus em relação ao plano

Radiografia do escafóide em PA.

1. Incidência: Paciente sentado de frente para a mesa. O escafóide estará em PA. O escafóide será fletido com um desvio ulnar (fletir a mão no sentido lateral a 45°), o polegar estará na mesma linha que o radio.

2. RC: Perpendicular no centro do escafóide.

3. DFoFi: 1 metro

4. Sentido do cassete : Transversal (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)

5. Sem Bucky
6. Patologia: Fratura

Radiografia do osso escafóide em perfil.

1. Incidência: Paciente sentado de frente para a mesa. Coloca-se o punho a ser radiografado deverá estar estar em perfil absoluto com o polegar em abdução. Angular o perfil do escafóide em 5º Graus em uma rotação externa.

2. RC: Perpendicular na vertical entrando no escafóide.

3. DFoFi: 1 metro

4. Sentido do cassete: Transversal (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)

5. Sem Bucky

6. Patologia: Fratura

Radiografia do antebraço em AP

1. Incidência: Paciente sentado na extremidade da mesa, com a mão e o braço totalmente estendidos, com a palma para cima (supinação) sobre o cassete. Incidência abaixar o ombro para colocar todo o membro superior no mesmo plano horizontal. Alinhar e centralizar o antebraço com o eixo longitudinal do filme, assegurar que as articulações do punho e do cúbito (cotovelo), sejam incluídas no filme.

2. RC: Perpendicular entrando ou direcionando para a parte media do ante-braço. (entrando na diáfise do osso)

3. DFoFI 1 metro.

4. Sentido do cassete: Longitudinal, (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)

5. Sem Bucky.

6. Patologia: Fratura, ou corpo estranho.

7. Observação: Os ossos do capo devem ser incluídos distalmente, e a parte distal do úmero proximalmente. Os epicôndilos do úmero devem ser visualizados em perfil com a cabeça, o colo e a tuberosidade do radio levemente sobrepostos pela ulna. Deve haver apenas discreta superposição na articulação radio-ulnar distal.

Radiografia do antebraço em perfil.

1. Incidência: Paciente sentado na extremidade da mesa. Coloca-se o antebraço à ser radiografado sobre um cassete 35x43 O ante-braço e o braço fará uma angulação de 90°, as articulações do punho e cúbito (cotovelo) e ombro tem que estar no mesmo plano, o antebraço estará em perfil absoluto, e o punho sofrerá uma angulação de 5° para o lado de rotação externa.

2. RC: Perpendicular na vertical, entrando direcionado para a parte media do ante-braço

3. DFoFi: 1 metro.

4. Sentido do cassete: Longitudinal, (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)

5. Sem Bucky.

6. Patologia: Fratura, Corpo Estranho

7. Observação: Os ossos do carpo devem ser visíveis distalmente, e a parte distal do úmero a nível proximal. A cabeça da ulna distal deve estar diretamente sobreposta e centralizada sobre o radio, os epicôndilos umerais devem estar diretamente sobrepostos. A cabeça do radio deve sobrepor-se ao processo coronóide.

Radiografia do cotovelo AP.

1. Incidência: Paciente sentado na extremidade da mesa, com o cotovelo totalmente estendido sobre o chassi DR 43x35. Coloca-se a articulação do cotovelo no centro do cassete, com a palma da mão em supinação. A articulação do punho e a articulação cotovelo e o braço tem que estar alinhados no mesmo plano.

2. RC: Perpendicular ao filme direcionado para o meio da articulação do cúbito, que esta aproximadamente 2 cm distal ao ponto médio de uma linha entre os epicôndilos.
3. DFoFi: 1 metro

4. Sentido do cassete: longitudinal.

5. Sem Bucky

6. Patologia: Fratura, Luxação, Corpo Estranho.

Radiografia do cotovelo perfil.

1. Incidência: Paciente sentado na extremidade da mesa. O braço e o antebraço formarão um ângulo de 90º entre si. Abaixar o ombro de forma que o úmero e o ante-braço estejam no mesmo plano horizontal, mão e dedos estendidos. A mão e o punho deverão estar em uma posição lateral (ou perfil absoluto) verdadeiro com o lado radial para cima. O cotovelo deverá estar sobre um cassete 43X35 panorâmico.

2. RC: Perpendicular ao filme, entrando no meio da articulação do cúbito(cúbito)

3. DFoFi: 1 metro

4. Sentido do cassete: Transversal (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)

5. Sem Bucky

6. Patologia: Fratura, Luxação.

Radiografia do cotovelo em obliqua interna.

1. Paciente sentado junto à mesa extremidade da mesa com o braço e antebraço estendidos. A mão fará uma rotação interna até que fique me pronação. Centralizar o cotovelo no centro do cassete DR 43x35
2. RC: Perpendicular orientado para a articulação do cotovelo.
3. DfoFi: 01 metro.

4. Sentido do cassete: Longitudinal (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)

5. Sem Bucky.
6. Patologia: Fratura

Radiografia do cotovelo em rotação externa.

1. Paciente sentado junto à mesa extremidade da mesa com o braço e antebraço estendidos, com a mão em supinação, fazer uma rotação médio-lateral forçada, centralizar o cotovelo sobre o cassete 43x35.
2. RC: Perpendicular orientado para a articulação do cotovelo.
3. DfoFi: 01 metro.

4. Sentido do cassete: Longitudinal (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)

5. Sem Bucky.
6. Patologia: Fratura

Radiografia do cotovelo para visualização de olécrano

1. Incidência: Paciente sentado na extremidade da mesa, com a parte posterior do úmero (braço) encostada no cassete. Coloca-se a região olecraniana sobre um cassete 43x35, em seguida flexionar o ante-braço o máximo possível em cima do braço (úmero) com as pontas dos dedos sobre a clavícula ou ombro.

2. RC: Perpendicular na vertical, entrando no olécrano.

3. DFoFi: 1 metro

Sentido do cassete: Longitudinal (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)

4. Sem Bucky

5. Patologia: Fratura, Visualização do sulco cubital.

6. Observação : Parte distal do úmero: O antebraço e o úmero devem estar diretamente sobrepostos. Os epicôndilos medial e lateral, às margens distais da tróclea., assim como o capitulo e o olecrânio devem ser todos observados em perfil. O espaço articular e as superfícies articulares do olecrânio e da tróclea dever ser visualizados.

Radiografia do túnel do cotovelo.

1. Incidência: Paciente sentado na extremidade da mesa. Coloca-se o cúbito (cotovelo) a ser radiografado sobre cassete 43x35. O braço e o antebraço formarão um angulo entre si um angulo de 45º, a mão estará em supinação para frente do corpo.

2. RC: Perpendicular entrando no centro da articulação.

3. DFoFi: 1 metro

4. Sentido do cassete: Transversal (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)

5. Sem Bucky.

6. Patologia: Fratura intercondiliana.

Radiografia do úmero AP

1. Incidência: Em decúbito dorsal ou ortostático braço estendido em supinação, centralizar o úmero sobre a LCM ou LCE.

2. RC: Perpendicular, entrando no meio do braço.

3. DFoFi: 1 metro.

4. Sentido do cassete: Longitudinal (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)

5. Com ou Sem Bucky
6. Patologia: Fratura, Corpo Estranho

7. Obs. 1º A posição ortostático é mais bem indicada. 2º Abduzir o braço do corpo a fim de que não haja sobreposição dos tecidos moles do braço e tórax.

Radiografia do úmero perfil.

1. Incidência: Pode ser feito com o paciente em decúbito dorsal (DD) ortostático. Ser for feito em ortostático, estender o membro ao longo do corpo, rodar internamente o braço, até a posição lateral verdadeira, centralizar o braço na linha central do bucky vertical.

2. RC: Perpendicular, entrando no meio do braço.

3. DFoFi: 1 metro.

4. Sentido do cassete: Longitudinal (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)

5. Com ou Sem Bucky
6. Patologia: Fratura, Corpo Estranho

7. Avaliação: Os epicôndilos devem estar diretamente sobrepostos, tubérculo menor em perfil medialmente superposto pela parte inferior da cavidade glenóide.

Radiografia do úmero transtorácico.

1. Incidência: Paciente em ortostático, nesta incidência coloca-se o braço a ser radiografado sobre a linha central do Bucky vertical, colocando sua borda superior a nível de acrômio. O braço do lado oposto deve estar levantado e dobrado acima da cabeça. O corpo em perfil absoluto e o braço a ser radiografado em posição neutra

2. RC: Perpendicular na horizontal entrando na colo cirúrgico, na face lateral do tórax do lado oposto.

3. DFoFi: 1 metro

4. Sentido do cassete: Longitudinal (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)

5 .Com Bucky.

Radiografia do ombro AP

1. Incidência: Paciente em ortostático, a parte posterior do ombro a ser radiografado sobre a linha central do bucky vertical , Plano Médio Sagital (PMS) fazendo um ângulo de 15° a 20° em relação ao plano da estativa (bucky mural). O úmero estará paralelo ao corpo, e fará um angulo de 90° com o antebraço, a mão ficará na disposição de mão perfil. Entre o plano do corpo e o antebraço terá um angulo de 90°.

2. RC: Perpendicular entrando no meio da articulação escapuloumeral, com angulação do raio central de 10° a 15° caudal.

3 .DFoFi: 1 metro

Sentido do cassete: Longitudinal (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)

4. Sem Bucky

5. Observação: Vista oblíqua frontal da porção proximal do úmero; dois terços laterais da clavícula e porção superior da escapula, incluindo a relação entre a cabeça do úmero e a cavidade glenóide.

Radiografia do ombro duplay em rotação interna.

1. Incidência: Paciente em DD ou Ortostático. O ombro a ser radiografado sobre a LCM ou LCBV, nesta incidência o braço e o antebraço deverá fazer uma rotação interna e deve estar estendido ao longo do corpo, o PMS fará uma angulação de 30° a 45° ao cassete.

2. RC: Entrando na articulação escapuloumeral com angulação de 10° a 15° caudal, e saindo no cassete.

3. DFoFi: 1 metro

4. Sentido do cassete: Longitudinal, (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)

5. Com Bucky

6. Patologia: Calcificação e estudo da cavidade glenóide, pesquisa de bursite.

Radiografia do ombro duplay em rotação externa

1. Incidência: Paciente em DD ou Ortostático. O ombro a ser radiografado será colocado sobre a LCM ou LCBV, nesta incidência o braço e o antebraço devem fazer uma rotação externa e este estendido ao longo do corpo, o PMS fará uma angulação de 30º a 45º ao cassete.

2. RC: Entrando na articulação escapuloumeral com angulação de 10º a 15º caudal, e saindo no cassete.

3. DFoFi: 1 metro

4. Sentido do cassete: Longitudinal, (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)

5. Com Bucky

6. Patologia: Calcificação e estudo da cavidade glenóide, pesquisa de bursite.

Radiografia do ombro axilar ínfero-superior

1. Incidência: Paciente em DD, com o ombro a ser radiografado elevado acerca de 5cm, o mesmo estará abduzido acerca de 90º em relação ao corpo. Colocar o cassete vertical sobre a mesa, e o mais próximo possível do pescoço. Apoiar atrás do chassi com saco de areia, manter em rotação externa palma da mão para cima. Obs: Trazer o paciente o mais próximo da borda da mesa e sua cabeça deve ficar lateralizada ao lado oposto a ser radiografado.

2. RC: Perpendicular na horizontal entrando a aproximadamente 45º medialmente na axila e cabeça do úmero. Obs: Se a abdução do braço for menor do que 90º, o ângulo medial do RC, também deverá ser diminuído.

3. DFoFi 1 metro

4. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)

5. Patologia: Luxação ou Lesão, fratura na cabeça do úmero.

6. Observação: Vista lateral da porção proximal do úmero e sua relação com a cavidade glenóide.

Radiografia do ombro axilar supero-inferior.

1. Incidência: Paciente sentado ao lado da mesa, com o braço em abdução e o úmero fará um ângulo acerca de 90° em relação ao plano lateral do corpo, e o chassi estará sobre a mesa e abaixo da axila.

2. RC: Entrando com angulação de 10° em relação ao plano vertical entrando no acrômio e saindo na região axilar

3. DFoFi: 1 metro

4. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)

5. Sem Bucky

6. Patologia: Luxação ou Lesão, fratura na cabeça do úmero.

Radiografia do ombro (Túnel do Supra – Espinhoso).

1. Incidência: Paciente em ortostático, o PMS do corpo angulado aproximadamente 40° a 45° em relação a LCBV, de modo que a escapula fique em perfil absoluto em relação ao plano do filme obtendo assim um Y.

2. RC: 10° a 15° caudal em relação ao plano horizontal no sentido caudal, entrando na cavidade posterior do supra - espinhoso, saindo no centro do filme.

3. DFoFi: 1 metro

4.Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)

5. Com Bucky.

6. Patologia: Serve para avaliar o trajeto do tendão supra - espinhoso e também o grau de inclinação do acrômio e os osteófitos inferiores do acrômio. Estudo do desfiladeiro supra - espinhoso (inserção tendinosa na grande tuberosidade do úmero).

Radiografia da articulação acrômio clavicular com angulação do RC.

1. Incidência: Paciente em ortostático. A articulação acromioclavicular deverá estar na LCBV. Para a suspeita de luxação acromioclavicular é facilmente avaliada na incidência AP do ombro realizado com uma angulação cranial de 15° do tubo de RX.

2. RC: 15°cranial para a clavícula

3. DFoFi: 1 Metro

4. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)

5. Com Bucky

6. Patologia: Suspeita de luxação.

Radiografia da clavícula AP

1. Incidência: Paciente ortostático ou DD com a parte posterior encostada na mesa ou LCBV. Os braços estendidos ao longo do corpo, e em posição anatômica. A clavícula deve estar na (LCBV) ou 1/3 médio da clavícula sobre a LCBV.

2. RC: Entrando com 15º cranial 2cm abaixo do terço médio da clavícula

3. DFoFi 1 metro

4. Sentido do cassete: Longitudinal (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)

5. Com Bucky

6. Patologia: Fratura

Radiografia da escápula AP.

1. Incidência: Paciente em DD ou Ortostático, travesseiro para a cabeça. Superfície posterior

do ombro encostado na LCM. A escapula a ser radiografada deverá estar no centro da LCM (Linha Central da Mesa). Delicadamente abduzir o braço em 90º e supinar a mão (face da mão para cima) face posterior do antebraço encostada na mesa. MMII estendidos ao longo do corpo.

2. RC: Perpendicular, entrando para o meio da escápula, 5cm abaixo do processo coracóide, ou ao nível da axila, 5cm medial a partir da borda lateral do paciente.

3. DFoFi: 1 Metro

4. Sentido do Cassete: longitudinal (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)

5. Com Bucky

6. Patologia: Fratura.

Radiografia da escápula perfil (melhor visualização da cavidade glenóide).

1. Incidência: Paciente em ortostático. O PMS do corpo fará um angulo de 30º a 45º Graus em ralação a LCBV de modo que o lado lesado fique na LCBV. O braço do lado radiografado será elevado para cima e para diante colocando a mão deste braço no ombro oposto, na parte superior do ombro.

2. RC: Perpendicular na Horizontal, entrando na espinha da escapula.

3. DFoFi: 1 Metro

4. Sentido do cassete: Longitudinal , Transversal Com Bucky (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)

5. Patologia: Nessa incidência teremos melhor visualização da cavidade glenóide, e também fratura do angulo inferior da escapula.

Radiografia de crânio AP

1. Incidência: Paciente em ortostático ou em decúbito ventral com PMS do corpo sobre a LCM ou LCE, MMII totalmente estendidos e MMSS semi fletidos apoiados na mesa ou estativa.Apoiar a testa e o nariz na mesa ou estativa, abaixar o queixo, para que a LOM fique perpendicular ao plano da mesa ou estativa, PMS do crânio fique perpendicular com a LCM ou LCE, evitando a rotação e a inclinação da cabeça.
2. R.C.: Perpendicular incidindo na lambda e saindo na glabela.
3. D.F.F.: 100 cm

4. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)

5. Com bucky
6. Patologia: Fratura, corpo estranho, tumores e outros.

Radiografia de cranio perfil

1. Incidência: Paciente em ortostático ou em decúbito ventral em posição de nadador. Um dos membros inferiores fletido e o outro totalmente estendido. O membro superior do lado que o inferior está fletido deverá ser colocado para frente de forma que o braço e o antebraço formem um ângulo de 90° e a palma da mão fique apoiada na mesa. E o outro membro superior

totalmente estendido ao longo do corpo. Apoiar a face lateral do crânio direita ou esquerda na mesa, de modo que o PVO fique perpendicular e 2cm atrás da LCM, a linha Infra-órbitomeatal perpendicular à mesa, evitar inclinação do crânio para obter uma lateral verdadeira.
2. R.C. Perpendicular na vertical incidindo 2cm adiante e 3cm acima do MAE.
3. D.F.F. 100 cm.

4. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)

5. Estruturas visualizadas: Sela túrcica, clinóides anteriores e posteriores, dorso da sela, e asas maiores e menores do esfenóide.

Radiografia de crânio perfil com feixe horizontal (politrauma)

1. Incidência:Paciente em decúbito dorsal na maca ou mesa de modo que o PMS do corpo fique perpendicular com a LCM, MMII totalmente estendidos e MMSS totalmente estendidos ao longo do corpo apoiados na mesa ou maca. Apoiar o occipital na mesa ou maca mantendo o mento na posição, de forma que o PMS fique paralelo ao plano do chassi e o PVO fique perpendicular com o plano do filme.
2. R.C. : Perpendicular na horizontal incidindo 2cm adiante e 3cm acima do MAE.
3. D.F.F. 100 cm.

4. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)

5. Estruturas visualizadas: Face lateral do crânio mais próxima do filme, sela túrcica, clinóides anteriores e posteriores, dorso da sela, e asas maiores e menores do esfenóide.
6.Patologias: Fratura, corpo estranho, tumores e outros.

Radiografia de crânio Towne.

1. Incidência: Paciente em ortostático ou em decúbito dorsal com PMS do corpo sobre a LCM ou LCE, MMII totalmente estendidos e MMSS totalmente estendidos ao longo do corpo. Apoiar o occipital na mesa ou estativa abaixar o queixo, para que a linha Órbito-Meatal fique perpendicular à mesa ou estativa, PMS do crânio fique perpendicular com a LCM ou LCE, evitando uma rotação e inclinação da cabeça.
2. R.C. : Angulado 30° caudal incidindo no frontal e saindo no meio do filme.
3. D.F.F. 100 cm.
4. Sentido do cassete(DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)
5. Estruturas visualizadas: Osso occipital, pirâmides petrosas e forame magno com dorso da sela e clinóides posteriores em sua imagem.
6.Patologias: Fratura do occipital e outros.

Radiografia cranio Bretton

1. Incidência:Paciente em ortostático ou em decúbito dorsal com PMS do corpo sobre a LCM ou LCE, MMII totalmente estendidos e MMSS estendidos ao longo do corpo. Apoiar o occipital na mesa ou estativa abaixar o queixo, para que a linha Órbito-Meatal fique perpendicular à mesa ou estativa, PMS do crânio fique perpendicular com a LCM ou LCE, evitando uma rotação e inclinação da cabeça.
2. R.C. : Angulado 45° caudal incidindo no frontal e saindo no meio do filme.
3. D.F.F. 100 cm.
4. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)
5. Estruturas visualizadas: Osso occipital, pirâmides petrosas e forame magno com dorso da sela e clinóides posteriores em sua imagem.

6.Patologias: Fratura do occipital e outros.

Radiografia de cranio Hirtz (submento vértice).

1. Incidência: Paciente em ortostático ou em decúbito dorsal com PMS do corpo sobre a LCM ou LCE, MMII totalmente estendidos e MMSS estendidos ao longo do corpo. Apoiar uma almofada na região posterior do tórax de modo que o paciente apóie a calota craniana na mesa, hiperestendendo o pescoço o máximo possível. PMS perpendicular e LOM o mais paralelo possível e o PVO com relação ao plano da mesa ou estativa.
2. R.C.: Perpendicular na vertical ou horizontal incidindo 4cm abaixo do mento e saindo no vértice.
3. D.F.F: 100 cm
4. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)
5. Com Bucky.
6. Estruturas visualizadas: seios maxilares e fossas nasais.

7. Patologias: Fratura, corpo estranho, tumores e outros.

Radiografia do crânio Hirtz (vértice submento)

1. Incidência: Paciente em decúbito ventral com PMS do corpo sobre a LCM ou LCE, MMII totalmente estendidos e MMSS semi fletidos apoiados na mesa ou estativa. Apoiar o mento sobre um calço radiotransparente de aproximadamente 10 cm que estará sobre a LCM de modo que o PMS do crânio fique perpendicular e a LOM , fique paralela e o PVO perpendicular em relação ao plano da mesa.
2. R.C. : Perpendicular na vertical incidindo no bregma e saindo 4 cm atrás do mento.
3. D.F.F. 100 cm.
4. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)
5. Com Bucky.
6. Estruturas visualizadas: orame oval e espinhoso, mandíbula, seios esfenoidal e etmoidal, processos mastóides, cristas petrosas, palato duro, forame magno e osso occipital.
7.Patologias: Fratura, corpo estranho, tumores e outros

Radiografia de arco zigomático.

1. Incidência: Paciente em ortostático ou decúbito dorsal, com o PMS do corpo sobre a LCM ou LCE, MMII totalmente estendidos e MMSS estendidos ao longo do corpo. Apoiar uma almofada na região posterior do tórax, de modo que, o paciente apóie a calota craniana na mesa, hiperestendendo o pescoço o máximo possível. PMS perpendicular e LOM e PVO mais paralelo possível com relação do plano da mesa ou estativa.
2. R.C. : Perpendicular na horizontal incidindo 4 cm abaixo do mento e saindo no vértice.
3. D.F.F. 100 cm.
4. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)5. Sem Bucky.
6. Estruturas visualizadas: Sínfise mandibular sobre o osso frontal, osso zigomático, arco zigomático e osso temporal.
7.Patologias: Afundamento ou fratura do arco zigomático.

Radiografia arco zigomático

11. Incidência: Paciente em ortostático ou decúbito dorsal, com o PMS do corpo sobre a LCM ou LCE, MMII totalmente estendidos e MMSS estendidos ao longo do corpo. Apoiar o occipital na mesa ou estativa, abaixar o queixo, para que a Linha Órbito-Meatal fique perpendicular à mesa ou estativa. PMS do crânio perpendicular com a LCM ou LCE, evitando rotação e inclinação da cabeça.
2. R.C. : Angulado 30° caudal incidindo na glabela e saindo no meio do filme.
3. D.F.F. 100 cm.
4. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)
5. Com Bucky.
6. Estruturas visualizadas: Células aéreas da mastóide, arco zigomático e ramo da mandíbula.
7.Patologias:Afundamento ou fratura do arco zigomático.

Radiografia cavum.

1. Incidência: Paciente em ortostático ou decúbito ventral em posição de nadador. PMS do corpo angulado em relação ao plano da mesa ou estativa. Os membros inferiores um deverá estar fletido e o outro totalmente estendido. O membro superior, do lado que o inferior estiver fletido, deverá ser colocado para frente, de forma que o braço e antebraço formem um ângulo de 90° e a palma da mão fique apoiada na mesa. O outro membro superior deverá estar totalmente estendido ao longo do corpo. Apoiar a face lateral do crânio direita ou esquerda na mesa, de modo que, o PMS fique paralelo ao plano da mesa. O PVO deverá estar perpendicular e 5 cm atrás da LCM, a linha Infra-Órbimeatal perpendicular à mesa. Paciente com boca aberta. Deverá evitar, uma possível inclinação do crânio, para obtermos uma lateral verdadeira.
2. R.C. : Perpendicular incidindo 3 cm adiante e 2cm abaixo do MAE ou do CAE.
3. D.F.F. 100 cm.
4. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)
5. Com Bucky.
6. Estruturas visualizadas: Cavidades nasais, nasofaringe, orofaringe, laringofaringe, cavidade oral, palato mole, palato duro, língua, dentes superiores e inferiores.
7.Patologias: Alteração do palato mole, ou adenóide (estreitamento de vias aéreas).

Radiografia cavum.

1. Incidência: Paciente em ortostática ou decúbito ventral em posição de nadador. PMS do corpo angulado em relação ao plano da mesa ou estativa. Os membros inferiores um deverá estar fletido e o outro totalmente estendido. O membro superior, do lado que o inferior estiver

fletido, deverá ser colocado para frente, de forma que o braço e antebraço formem um ângulo de 90° e a palma da mão fique apoiada na mesa. O outro membro superior deverá estar totalmente estendido ao longo do corpo.

2. R.C. : Perpendicular incidindo 3 cm adiante e 2cm abaixo do MAE ou do CAE.

3. D.F.F. 100 cm.

4. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)5. Com Bucky.

6. Estruturas visualizadas: Cavidades nasais, nasofaringe, orofaringe, laringofaringe, cavidade oral, palato mole, palato duro, língua, dentes superiores e inferiores.

7.Patologias: Alteração do palato mole, ou adenóide (estreitamento de vias aéreas).

Radiografia de seios da face (Water`s)

1. Incidência: Paciente em ortostático ou decúbito ventral. Com o PMS do corpo sobre a LCM ou LCE, MMII totalmente estendidos e MMSS semi-fletidos, apoiados na mesa ou estativa. Apoiar o mento na mesa ou estativa, deixando a ponta do nariz 2 cm distante da mesma. Ajustar a cabeça até que a linha mento-meatal esteja perpendicular. A LOM formará um ângulo de aproximadamente 37° com a mesa ou estativa. O PMS perpendicular e sobre a LCM ou LCE.

2. R.C. : Perpendicular na vertical incidindo no vértice e saído no meio do filme.

3. D.F.F. 100 cm.

4. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)5. Com Bucky.

6. Estruturas visualizadas: Borda orbitária inferior, septo nasal, espinha nasal anterior, seios frontais, etmoidais, esfenoidais, maxilares.

7.Patologias: Pneumatização de seios da face.

Radiografia de seios da face (Caldwell)

1. Incidência:Paciente em ortostático ou decúbito ventral, com o PMS do corpo sobre a LCM ou LCE, MMII totalmente estendidos e MMSS semi-fletidos apoiados na mesa ou estativa. Apoiar a testa e o nariz sobre a mesa ou estativa. Abaixar o mento, colocando a LOM perpendicular na mesa ou estatela. O PMS deverá estar perpendicular em relação a LCM ou LCE.
2. R.C. : Angulado de 15° a 25° caudal incidindo na lambda e saindo no meio do filme.
3. D.F.F. 100 cm.
4. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)
5. Com Bucky.
6. Estruturas visualizadas: Borda orbitária, maxilas, septo nasal, ossos zigomáticos, nasal anterior, seios: Frontais, maxilares, etmoidais e esfenoidais e crista gali.
7.Patologias: Pneumatização dos seios da face.

Radiografia de ossos da face – Water`s.

1. Incidência: Paciente em ortostático ou decúbito ventral, com o PMS do corpo sobre a LCM ou LCE, MMII totalmente estendidos e MMSS semi-fletidos apoiados na mesa ou estativa. Apoiar o mento e o nariz sobre a mesa ou estativa. Ajustar a cabeça até que a, LOM forme um ângulo de 55° com o plano da mesa ou estativa. PMS perpendicular em relação a LCM ou LCE.
2. R.C. : Perpendicular na vertical incidindo no 2cm abaixo do vértice e saindo no meio do filme.
3. D.F.F. 100 cm.
4. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)
5. Com Bucky.
6. Estruturas visualizadas: Assoalhos da órbita.

7.Patologias: Fratura, corpo estranho e outros.

Radiografia de ossos da face perfil.

1. Incidência: Paciente em ortostática ou decúbito ventral em posição de nadador. PMS do corpo angulado em relação ao plano da mesa ou estativa. Os membros inferiores um deverá estar fletido e o outro totalmente estendido. O membro superior, do lado que o inferior estiver fletido, deverá ser colocado para frente, de forma que o braço e antebraço formem um ângulo de 90° e a palma da mão fique apoiada na mesa. O outro membro superior deverá estar totalmente estendido ao longo do corpo. Apoiar a face lateral do crânio direita ou esquerda na mesa, de modo que, o PMS fique paralelo ao plano da mesa. O PVO deverá estar perpendicular e 5 cm atrás da LCM, a linha Infra-Órbimeatal perpendicular à mesa .Deverá evitar, uma possível inclinação do crânio, para obtermos uma lateral verdadeira.
2. R.C. : Perpendicular na vertical, incidindo 5 cm adiante e 2 cm acima do MAE ou do CAE.
3. D.F.F. 100 cm.
4. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)
5. Com Bucky.
6. Estruturas visualizadas: Ossos da face superpostos, asas maiores do esfenóide, sela túrcica, zigoma e mandíbula.
7.Patologias: Fratura, corpo estranho, tumores e outros.

Radiografia de osso do nariz perfil

1. Incidência: Paciente em ortostática ou decúbito ventral em posição de nadador. PMS do corpo angulado em relação ao plano da mesa ou estativa. Os membros inferiores um deverá estar fletido e o outro totalmente estendido. O membro superior, do lado que o inferior estiver fletido, deverá ser colocado para frente, de forma que o braço e antebraço formem um ângulo

de 90° e a palma da mão fique apoiada na mesa. O outro membro superior deverá estar totalmente estendido ao longo do corpo. Apoiar a face lateral do crânio direita ou esquerda na mesa, de modo que, o PMS fique paralelo ao plano da mesa. O PVO deverá estar perpendicular e 5 cm atrás da LCM, a linha Infra-Órbimeatal perpendicular à mesa. Deverá evitar, uma possível inclinação do crânio, para obtermos uma lateral verdadeira.

2. R.C. : Perpendicular na vertical, incidindo no nasio, ou seja, espinha nasal.

3. D.F.F. 100 cm.

4. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)5. Sem Bucky.

6. Estruturas visualizadas: Osso nasal e estruturas de tecidos moles do nariz.

7.Patologias: Fratura dos ossos nasais e tecidos moles.

Radiografia de mandíbula PA.

1. Incidência: Paciente em ortostática ou decúbito ventral, com o PMS do corpo sobre a LCM ou LCE, MMII totalmente estendidos e MMSS semi-fletidos apoiados na mesa ou estativa. Apoiar a testa e o nariz sobre a mesa ou estativa. Abaixar o queixo, colocando a LOM perpendicular na mesa ou estativa. PMS do crânio perpendicular em relação a LCM ou LCE, evitando uma rotação ou inclinação da cabeça.

2. R.C. : Perpendicular na vertical incidindo 3 cm abaixo da base do occipital.

3. D.F.F. 100 cm.

4. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)

5. Com Bucky.

6. Estruturas visualizadas: Ramos mandibulares, porção lateral do corpo.

7.Patologias: Fratura, corpo estranho, tumores e outros.

Radiografia Mandíbula Axial AP (Método de Towne).

1. Incidência: Paciente em ortostática ou decúbito dorsal, com o PMS do corpo sobre a LCM ou LCE, MMII totalmente estendidos e MMSS estendidos ao longo do corpo. Apoiar o occipital na mesa ou estativa, para que a linha órbito-meatal, fique perpendicular a mesa ou estativa, PMS do crânio fique perpendicular com a LCM ou LCE, evitando uma rotação e inclinação da cabeça.
2. R.C. : Angulado de 35° a 40° caudal incidindo na glabela e saindo no meio do filme.
3. D.F.F. 100 cm.
4. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)
5. Com Bucky.
6. Estruturas visualizadas: Processos condilóides da mandíbula e das fossas temporais, ramo e mento da mandíbula.
7.Patologias: Fratura, corpo estranho e outros.

Radiografia de mandíbula em perfil.

1. Incidência: Paciente em decúbito ventral ou dorsal em posição de nadador. PMS do corpo angulado em relação ao plano da mesa ou estativa. Os membros inferiores um deverá estar fletido e o outro totalmente estendido. O membro superior, do lado que o inferior estiver fletido, deverá ser colocado para frente, de forma que o braço e antebraço formem um ângulo de 90° e a palma da mão fique apoiada na mesa. O outro membro superior deverá estar totalmente estendido ao longo do corpo. Apoiar a face lateral do crânio direita ou esquerda na mesa, de modo que, o PMS fique paralelo ao plano da mesa. O PVO deverá estar perpendicular e 5 cm atrás da LCM. A linha infra-órbitomeatal deverá estar perpendicular à mesa, evitando assim uma inclinação do crânio para obter uma lateral verdadeira.
2. R.C. : Perpendicular na vertical incidindo a nível do ramo da mandíbula.
3. D.F.F. 100 cm.
4. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)
5. Com Bucky.

6. Estruturas visualizadas: Ramos mandibulares, corpo e mento da mandíbula e processo coronóide.
7.Patologias: Fratura, luxação, corpo estranho,etc.

Radiografia ATM perfil (Articulação temporomandibular).

1. Incidência: Paciente em ortostática ou decúbito ventral em posição de nadador. PMS do corpo angulado em relação ao plano da mesa ou estativa. Os membros inferiores um deverá estar fletido e o outro totalmente estendido. O membro superior, do lado que o inferior estiver fletido, deverá ser colocado para frente, de forma que o braço e antebraço formem um ângulo de 90° e a palma da mão fique apoiada na mesa. O outro membro superior deverá estar totalmente estendido ao longo do corpo. Apoiar a face lateral do crânio direita ou esquerda na mesa, de modo que, o PMS fique paralelo ao plano da mesa. O PVO deverá estar perpendicular e 2 cm atrás da LCM.A linha infra-órbitomeatal perpendicular à mesa, evitar inclinação do crânio para obter uma lateral verdadeira.
2. R.C. : Angulado 25° a 30° caudal incidindo 5 cm acima do MAE e saindo no meio do filme.
3. D.F.F. 100 cm.
4. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)
5. Com Bucky.
6. Estruturas visualizadas: Fossa temporal da mandíbula (do lado a ser examinado), côndilos (do lado a ser examinado), células aéreas da mastóide e articulação temporo-mandibular.
7.Patologias: Fratura, corpo estranho, tumores e etc.

8.Observações: Obs.: Exame realizado com a boca aberta e com a boca fechada.

Radiografia de mastóides

1. Incidência: Paciente em ortostática ou decúbito ventral em posição de nadador. PMS do corpo angulado em relação ao plano da mesa ou estativa. Os membros inferiores um deverá

estar fletido e o outro totalmente estendido. O membro superior, do lado que o inferior estiver fletido, deverá ser colocado para frente, de forma que o braço e antebraço formem um ângulo de 90° e a palma da mão fique apoiada na mesa. O outro membro superior deverá estar totalmente estendido ao longo do corpo. Apoiar a face lateral do crânio direita ou esquerda na mesa, de modo que, o PMS fique paralelo ao plano da mesa. O PVO deverá estar perpendicular e 1 cm atrás da LCM.

A linha infra-órbitomeatal perpendicular à mesa, evitar inclinação do crânio para obter uma lateral verdadeira.

2. R.C. : Angulado 30° caudal incidindo 7 cm acima do MAE e saindo no meio do filme.

3. D.F.F. 100 cm.

4. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)

5. Com Bucky.

6. Estruturas visualizadas: Células aéradas da mastóide, MAE, côndilo mandibular e fossa temporo-mandibular.

7.Patologias: Pneumatização das células, mastoidite, traumas, etc.

8.Observações: Obs.: Manter a orelha do paciente, do lado examinado dobrada com espara-drapo.

Radiografia de mastóides

1. Incidência: Paciente em ortostático ou decúbito dorsal. PMS do corpo sobre a LCM ou LCE, MMII totalmente estendidos e MMSS estendidos ao longo do corpo. Apoiar o occipital na mesa ou estativa, abaixar o queixo para que a linha órbito-meatal fique perpendicular à mesa ou estativa. PMS do crânio perpendicular com a LCM ou LCE, evitando uma rotação e inclinação da cabeça.

2. R.C. : Perpendicular incidindo no násio e saindo no meio do filme.

3. D.F.F. 100 cm.

4. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)

5. Com Bucky.
6. Estruturas visualizadas: Órbita, cóclea, vestíbulo, canais semicirculares superiores e lateral, conjunto auditivo interno, antro da mastóide, etc.
7.Patologias: Lesão do nervo óptico, neurinomas e traumas.

Radiografia da coluna cervical AP.

1. Incidência: Paciente em ortostático com os MMSS estendidos ao longo do corpo, MMII totalmente estendidos. Encostar a face posterior da coluna cervical na estativa de modo que o PMS esteja sobre a LCE .Ajustar a cabeça de forma que a linha mentoniana fique perpendicular com relação ao plano da estativa.Assegurar que não haja rotação da cabeça ou do corpo.
2. R.C. : Angulado de 7° a 10° cefálico incidindo a nível da C4 e saindo no meio do filme.
3. D.F.F. 100 cm.
4. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)
5. Com Bucky.
6. Estruturas visualizadas: Vértebras cervicais 3 a 7, espaço entre os pedículos, espaços dos discos intervertebrais e processos espinhosos.
7.Patologias: Fraturas, hérnia de disco e outros.

Radiografia de coluna cervical perfil.

1. Incidência: Paciente em ortostático ou sentado lateralizado, com o ombro em contato com a estativa. MMSS ao longo do corpo. MMII totalmente estendidos. Apoiar a face lateral direita ou esquerda do ombro na estativa de modo que o plano médio coronal fique sobre a LCE.Pedir para que o paciente relaxe e abaixe os ombros o máximo possível. Estender o queixo para frente a fim de evitar superposição da mandíbula.
2. R.C. : Perpendicular na horizontal incidindo a nível da C4-C5 e saindo no meio do filme.
3. D.F.F. 100 cm.
4. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)
5. Com Bucky.
6. Estruturas visualizadas: Vértebras cervicais, espaços articulares intervertebrais, pilares articulares, processos espinhosos e articulações zigapofisárias.
7.Patologias: Fraturas, hérnia de disco e outros.

Radiografia de coluna cervical obliqua anterior e/ou posterior.

1. Incidência: Paciente em ortostático ou sentado junto à estativa. MMSS ao longo do corpo. Encostar a face anterior ou posterior, direita ou esquerda da coluna cervical na estativa de modo que o PMS esteja angulado a 45° com a mesma. Elevar o queixo para evitar sobreposição da mandíbula.
2. R.C. : 1) Obliqua anterior: Angulado de 15° á 20° caudal incidindo ao nível da C4 e saindo no meio do filme. 2) Obliqua posterior: Angulado de 15° á 20° cefálico incidindo ao nível da C4 e saindo no meio do filme.
3. D.F.F. 100 cm.
4. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação).
5. Com Bucky.
6. Estruturas visualizadas: Forames intervertebrais e pedículos mais próximos do filme.
7.Patologias: Fraturas e outros

Radiografia da coluna cervical em hiperflexão.

1. Incidência: Paciente em ortostático ou sentado lateralizado, com os MMSS totalmente estendidos e relaxados ao longo do corpo. Apoiar a face lateral direita ou esquerda do ombro na estativa de modo que o plano médio coronal fique sobre a LCE. Pedir para que o paciente relaxe e abaixe os ombros o máximo possível.Fletir o pescoço até que o queixo fique apoiado na fúrcula esternal.
2. R.C. : Perpendicular na horizontal incidindo á nível da C4 e saindo no meio do filme.
3. D.F.F. 100 cm.
4. Sentido do cassete: 24x30 no sentido longitudinal, com seu bordo superior 2cm acima do CAE.
5. Com Bucky.
6. Estruturas visualizadas: Estudo funcional para demonstrar o movimento ou ausência de movimento da vértebra cervical.
7.Patologias: Estudo funcional da coluna

Radiografia da coluna cervical em hiperextensão.

1. Incidência: Paciente em ortostático ou sentado lateralizado, com os MMSS totalmente estendidos e relaxados ao longo do corpo. Apoiar a face lateral direita ou esquerda do ombro na estativa de modo que o plano médio coronal fique sobre a LCE. Pedir para que o paciente relaxe e abaixe os ombros o máximo possível, e que estenda a cabeça para trás até que o mento fique o mais distante possível da fúrcula esternal.
2. R.C. : Perpendicular na horizontal incidindo á nível da C4 e saindo no meio do filme.
3. D.F.F. 100 cm.
4. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)
5. Com Bucky.

6. Estruturas visualizadas: Estudo funcional para demonstrar o movimento ou ausência de movimento da vértebra cervical.

Radiografia coluna cervical (processo odontóide).

1. Incidência: Paciente em DD ou em ortostático, MMII totalmente estendidos, MMSS estendidos ao longo do corpo ou fletidos sobre o tórax. Encostar a face posterior do crânio na mesa ou estativa de modo que o PMS esteja sobre a LCM ou LCE. Ajustar a cabeça de forma que a linha acântio-meatal fique perpendicular com relação ao plano da mesa ou estativa, assegurar que não haja rotação da cabeça e do corpo, pedir para que o paciente mantenha a boca aberta.
2. R.C. : Perpendicular na vertical ou horizontal incidindo no centro da boca e saindo no meio do filme.
3. D.F.F. 100 cm.
4. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação).
5. Com Bucky.
6. Estruturas visualizadas: Processo odontóide e corpo vertebral de C2, massas laterais de C1 e articulações zigapofisárias entre C1 e C2.
7.Patologias: Fraturas de processo odontóide.

Radiografia transição cervicotorácica

1. Incidência: Paciente em ortostático semilateralizado com os MMSS estendidos ao longo do corpo. MMII totalmente estendidos. Apoiar a face lateral direita ou esquerda do ombro na estativa com o plano coronal perpendicular e sobre a LCE. Elevar o braço que está em contato com a estativa e apoiar o antebraço na cabeça. O outro braço deve estar relaxado ao longo do corpo e levemente para frente, para não haver sobreposição da cabeça do úmero na vértebra.
2. R.C. : Perpendicular na vertical, incidindo á nível da T1 e saindo no meio do filme.

3. D.F.F. 100 cm.
4. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)
5. Com Bucky.
6. Estruturas visualizadas: Corpos cervicais inferiores e torácicos superiores, espaços intervertebrais e articulações zigapofisárias.
7.Patologias: Fraturas e outros

Radiografia coluna torácica AP.

1. Incidência: Paciente em DD com os MMSS estendidos ao longo do corpo. MMII semifletidos ou estendidos. Encostar a face posterior da coluna torácica na mesa de modo que o PMS do corpo esteja alinhado com a LCM. Certificar-se de que não haja rotação da pelve ou do tórax.
2. R.C. : Perpendicular na vertical incidindo á nível da T7 ou de 8 a 10 cm abaixo da fúrcula esternal e saindo no meio do filme.
3. D.F.F. 100 cm.
4. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)
5. Com Bucky.
6. Estruturas visualizadas: Vértebras torácicas, espaços articulares intervertebrais, distância entre pedículos, processos espinhosos e transversos, costelas posteriores e articulações costovertebrais.
7.Patologias: Fratura e outros.

Radiografia da coluna torácica em perfil.

1. Incidência: Paciente em DL direito ou esquerdo, com um membro superior sobre a cabeça, e o outro sob a cabeça. MMII fletidos de forma que a perna forme um ângulo de 90° com a coxa e a coxa forme um outro ângulo de 90° com o corpo. Colocar calços entre os joelhos e tornozelos e sob a cintura. Alinhar o plano coronal sobre a LCM, apoiar a cintura de forma que toda a coluna esteja paralela com o plano da mesa, e manter o paciente em uma posição lateral

verdadeira.

2. R.C. : Perpendicular na vertical, incidindo na face lateral á nível da T7 ou de 8 a 10 cm abaixo da incisura jugular e saindo do meio do filme.

3. D.F.F. 100 cm.

4. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)

5. Com Bucky.

6. Estruturas visualizadas: Vértebras torácicas, espaços articulares intervertebrais e forames intervertebrais.

7.Patologias: Fratura e outros.

Radiografia de coluna lombar AP.

1. Incidência: Paciente em DD com os MMSS estendidos ao longo do corpo ou sobre o tórax. MMII fletidos com as plantas dos pés apoiadas sobre a mesa. Encostar a face posterior da região lombar na mesa de forma que o PMS fique perpendicular e sobre a LCM.

2. R.C. : Perpendicular na vertical, incidindo á nível da L3 (aproximadamente 4cm acima da crista ilíaca) e saindo no meio do filme.

3. D.F.F. 100 cm.

4. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação).

5. Com Bucky.

6. Estruturas visualizadas: Vértebras lombares, espaços articulares intervertebrais.

7.Patologias:Fratura, luxação, tumores e outros.

Radiografia de coluna lombar perfil.

1. Incidência: Paciente em DL direito ou esquerdo, com os MMSS um sobre e outro sob a cabeça, MMII totalmente fletidos de forma que a perna forme um ângulo de 90° com a coxa e a coxa forme um outro ângulo de 90° com o corpo. Colocar calços entre os joelhos e tornozelos e sob a cintura. Encostar a face lateral do quadril direito ou esquerdo na mesa de forma que o plano coronal fique perpendicular a LCM. Colocar a pelve em uma posição lateral verdadeira.
2. R.C. : Perpendicular na vertical, incidindo aproximadamente 4cm acima da crista ilíaca sobre o plano coronal e saindo meio do filme.
3. D.F.F. 100 cm.
4. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação).
5. Com Bucky.
6. Estruturas visualizadas: Vértebras lombares, espaços articulares intervertebrais, forames intervertebrais.
7.Patologias: Fratura, luxação, tumores e outros.

Radiografia de coluna lombar lateral (L5-S1).

1. Incidência: Paciente em DL direito ou esquerdo, com os MMSS, um sobre e outro sob a cabeça MMII totalmente fletidos de forma que a perna forme um ângulo de 90° com a coxa e a coxa forme um outro ângulo de 90° com o corpo. Colocar calços entre os joelhos e tornozelos e sob a cintura. Alinhar o plano coronal sobre a LCM, colocar a pelve e o tronco em uma posição lateral verdadeira. Manter o eixo longitudinal da coluna paralelo com o plano da mesa.
2. R.C. : Perpendicular na vertical, incidindo a nível da L5-S1 (4cm abaixo crista ilíaca) e saindo no meio do filme.
3. D.F.F. 100 cm.
4. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)
5. Com Bucky.
6. Estruturas visualizadas:Espaço articular L5-S1 em posição lateral.
7.Patologias:

8. Observação: OBS. Caso não utilize suporte na cintura, angular o RC 5º a 8º caudal.

Radiografia de coluna lombar em obliqua.

1. Incidência: Paciente em semidecúbito dorsal ou em semidecúbito ventral. Em semidecúbito dorsal os MMII devem estar fazendo um "4", e os MMSS um deve estar sob a cabeça e o outro segurando a extremidade da mesa. Em semidecúbito ventral o paciente deve estar em posição de nadador, ou seja, MMII fazendo um "4", e MMSS um estendido ao longo do corpo e o outro semi-fletido segurando a extremidade da mesa. Encostar a face anterior ou posterior da região lombar na mesa de forma que o PMS fique angulado 45° em relação ao plano da mesa, e as articulações zigapofisárias fiquem sobre a LCM. Apoiar a região lombar e pelve com calços radiotransparentes para manter a posição.
2. R.C. : Perpendicular na vertical, em AP incidindo 5cm acima da crista ilíaca á nível do hipocôndrio direito ou esquerdo, em PA incidindo 5cm acima da crista ilíaca entrando nas articulações zigapofisárias.
3. D.F.F. 100 cm.
4. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)
5. Com Bucky.
6. Estruturas visualizadas: Articulações zigapofisárias, cães escocês devem ser visualizados na boa oblíqua.

Radiografia Sacro AP

1. Incidência: Paciente em DD, com os MMSS, estendidos ao longo do corpo ou fletidos sobre o tórax. MMII semifletidos. Encostar a face posterior do sacro na mesa de modo que o PMS do corpo esteja perpendicular e sobre a LCM. Certificar-se de que não haja rotação da pelve.
2. R.C. : Angulado de 10° a 15° cranial, incidindo 5cm acima do púbis e saindo meio do filme.

3. D.F.F. 100 cm.
4. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação).
5. Com Bucky.
6. Estruturas visualizadas: Vista frontal do sacro e articulação sacro-ilíaca e junção L5-S1.

Radiografia de sacro perfil.

1. Incidência: Paciente em DL direito ou esquerdo, com os MMSS, um sobre e outro sob a cabeça. MMII totalmente fletidos de forma que a perna forme um ângulo de 90° com a coxa e a coxa forme um outro ângulo de 90° com o corpo. Colocar calços entre os joelhos e tornozelos e sob a cintura. Encostar a face lateral do quadril direito ou esquerdo na mesa de forma que o plano coronal fique perpendicular a LCM. Colocar a pelve em uma posição lateral verdadeira.
2. R.C. : Perpendicular na vertical, incidindo 5cm abaixo da crista ilíaca sobre o plano coronal e saindo meio do filme.
3. D.F.F. 100 cm.
4. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)
5. Com Bucky.
6. Estruturas visualizadas: Sacro e articulação L5-S1.

Radiografia de cóccix AP

1. Incidência: Paciente em DD , com os MMSS, estendidos ao longo do corpo ou fletidos sobre o tórax. MMII semifletidos. Encostar a face posterior do cóccix na mesa de modo que o PMS do corpo esteja perpendicular e sobre a LCM. Certificar-se de que não haja rotação da pelve.
2. R.C. : Angulado de 10° a 15° caudal, incidindo no púbis ou 8 cm abaixo da crista ilíaca e saindo no meio do filme.
3. D.F.F. 100 cm.

4. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)
5. Com Bucky.
6. Estruturas visualizadas: Cóccix livre de auto-superposição e superposição da sínfise púbica.
7. Patologias: Fratura, luxação, tumores e outros.

Radiografia do cóccix perfil

1. Incidência: Paciente em DL direito ou esquerdo, com os MMSS, um sobre a cabeça e o outro sobre a mesa ou segurando a extremidade da mesa. MMII totalmente fletidos de forma que a perna forme um ângulo de 90° com a coxa e a coxa forme um outro ângulo de 90° com o corpo. Colocar calços entre os joelhos e tornozelos e sob a cintura. Encostar a face lateral do quadril direito ou esquerdo na mesa de forma que o plano coronal fique perpendicular e de 2 a 4 cm adiante da LCM. Colocar a pelve em uma posição lateral verdadeira.
2. R.C. : Perpendicular na vertical, incidindo 8cm abaixo da crista ilíaca e de 2 a 4 cm atrás do plano coronal e saindo meio do filme.
3. D.F.F. 100 cm.
4. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)
5. Com Bucky.
6. Estruturas visualizadas:
7. Patologias: Fratura.

Radiografia do ante pé.

1. Incidência : Paciente em DD ou sentado sobre a mesa, joelhos fletidos, com a superfície plantar do pé apoiada sobre cassete desde as pontas das falanges, acerca de 15 cm do pé, deverá estar no mínimo sobre o cassete.

2. 1° RC: Perpendicular na Vertical, entrando na 3° Articulação metatarso falangeana.

3. 2° RC: (AP Axial dos dedos)

4. RC: Perpendicular entrando com uma angulação de 10° a 15° na 3°articu1ação metatarso falangeana

5. DFoFi: 1 metro

6. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)

7. Sem Bucky

8. Patologia: Fratura

9. Observação: Se uma cunha for colocada sob o pé para alinhamento da parte - Filme então o RC é perpendicular ao filme, com o RC Angulado 15° e centralizado na 3°articulação meta-tarso fangeana, os espaços articulares inter falangeanos e metatarso falangeanos são abertos (projeção axial inter falangeana).

Radiografia do ante pé obliqua.

1. Incidência : Sentado ou em D.D.H., com o joelho fletido, apoiar o ante-pé sobre a parte descoberta do chassis, em seguida obliquar o pé no sentido lateromedial □ 30° com o plano, dedo de interesse centralizado.

2. 1° RC: Perpendicular na Vertical, entrando na 3° Articulação metatarsofalangeana.

5. DFoFi: 1 metro

6. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação).

7. Sem Bucky.

8. Patologia: Fratura

↓

Radiografia do ante pé perfil.

1. Incidência : Sentado ou em D.D.L. com o joelho fletido, apoiar o ante-pé sobre a parte descoberta do cassete, em seguida rodar o pé e a perna no sentido médio lateral até que esteja em perfil verdadeiro.

2. RC: Perpendicular na Vertical, entrando na base do hálux.

5. DFoFi: 1 metro

6. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)

7. Sem Bucky.

8. Patologia: Fratura

Radiografia do pé AP.

1. Incidência : Paciente em DD, travesseiro para a cabeça, fletir o joelho e colocar a superfície plantar do pé afetado sobre a metade de um chassi.

RC : Entrando com urna angulação de 10º a 15º, entrando no centro do pé e saindo na base inferior do calcâneo (RC base do 3º metatarsiano).

2. DFoFI 1 metro

3. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação).

4. Sem Bucky

5. Patologia: Fratura

Avaliação: Todo o pé deve ser visualizado . incluindo todas as falanges e dos metatarsianos. bem como o navicular, os cuneiformes e o cubóide. As articulações metatarso falangeanas (MF) geralmente devem apresentar-se abertas. As articulações inter falangeanas podem aparecer parcialmente fechadas, em virtude de Raios divergentes.

A incidência Antero - Posterior do pé demonstra adequadamente os OSSOS metatarsianos e as falanges e revela uma importante característica anatômica conhecida como primeiro ângulo inter metatarsiano, que normalmente varia de 5º a 10º. Este ângulo é um importante fator na avaliação de deformidades da porção anterior do pé, pois é uma forma de quantificar o grau de metatarso Primo varo associado ao Hálux Valgo.

Radiografia do pé obliqua.

1. Incidência : Paciente em DD, travesseiro para a cabeça, fletir o joelho, com a superfície plantar do pé sobre a mesa. Rodar o pé medialmente para colocar a superfície plantar do pé formando um ângulo de 30° a 45° do filme.
2. RC: Perpendicular ao cassete, orientado para a base do 3° metatarsiano.
3. DFoFi: 1 metro
4. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação).
5. Patologia: Fratura, ou Lesões traumáticas.
6. Observação: Alguma rotina de departamento utilizam uma oblíqua medial a 40° a 45° graus e outros preferem 30° graus. É recomendado por muitos 40° a 45° graus para oblíqua medial, que resulta na melhor separação na base do 2° ao 5° metatarsianos e entre os ossos do tarso.

Radiografia do pé em perfil.

1. Incidência : Colocar travesseiro sob a cabeça do paciente. O paciente será colocado em DL (Decúbito Lateral), com o joelho levemente fletido, e a parte a ser radiografado terá a face lateral do pé contra o cassete. A perna oposta será colocada para trás (a que não será radiografada).

2. RC: Perpendicular ao filme, orientado para o primeiro cuneiforme medial (base do 3° metatarsiano).

3. DFoFi: 1 metro

4. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação).

5. Sem Bucky

6. Patologia: Fratura, Corpo estranho.

7. Avaliação: Devem ser visualizados todo o pé e no mínimo 2cm da porção distal da tibia e fibula. Os ossos do tarso apresentam sobrepostos parcial. A articulação do tornozelo e a articulação subtalar apresentam-se parcialmente sobreposta, os metatarsiano e as falanges estão sobrepostos.

Radiografia do calcâneo ínfero-superior

1. Incidência : Paciente em decúbito dorsal ou sentado sobre a mesa. Parte posterior do calcâneo estará sobre o cassete, dorsifletir o pé de forma que a superfície plantar do pé esteja quase perpendicular ao filme. O pé deverá ser tracionado para trás como auxilio de uma faixa.

2. RC : Entrando com uma angulação de 40º a 45º no centro do calcâneo, e saindo no centro do filme (chassi).

3. DFoFi: 1 metro

4. Sentido do cassete:: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação).

5. Sem Bucky

6. Patologia: Fratura

7. Observação: Todo o calcâneo deve ser bem visualizado, desde a tuberosidade posteriormente, até a articulação talocalcâneo anteriormente.

Radiografia do calcâneo perfil.

1. Incidência : Paciente em DL (Decúbito Lateral). O lado a ser radiografado do calcanhar deve estar sobre o cassete.

2. Fletir o joelho do membro afetado em cerca de 45º colocar a perna oposta atrás do membro que estará sendo radiografado. Dorsifletir o pé de forma que a superfície plantar forme ângulo reto com a perna.

3. RC: Perpendicular na vertical, entrando direcionando para um ponto 3,5 cm abaixo do maléolo medial.

4. DFoFi: 1 metro

5. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)

6. Sem Bucky

7. Patologia: Fratura, esporões.

Radiografia do pé com carga AP.

1Incidência : Paciente ortostático, nesta incidência coloca-se os pés sobre o chassi um de cada lado. Deve se exercer o peso do corpo sobre os pés.

2. RC: Entrando com uma angulação de 15º Graus

0 RC de 15º Graus é geralmente necessário para se ter um espaço entre o tubo e RX e o paciente que esta de pé sobre o cassete. O RC é posicionado entre os pés no centro do chassi, na linha da base do 3º metatarso

3. DFoFi: 1 Metro

4. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)

5. Sem Bucky

6. Patologia: Avaliação e do arco plantar e comparação dos tarsos

Radiografia do pé com carga perfil.

1. Incidência : Paciente em ortostático, coloca-se o pé a ser radiografado sobre um suporte, no qual o cassete fica preso. O cassete estará na vertical no vão do suporte, (se tiver). Exercer todo o peso do corpo sobre os pés.

2. RC: Perpendicular na Horizontal, entrando ao nível do base do 3º metatarso.

3. DFoFi: 1 metro

4. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação).

5. Sem Bucky

6. Patologia: Demonstrar as estruturas longitudinais do arco plantar.

Radiografia do tornozelo AP (15º a 20º)

1. Incidência : Paciente em DD, travesseiro sob a cabeça. Perna totalmente estendida, articulação do tornozelo sobre a metade de um cassete. Rodar internamente toda a perna e o pé cerca de 15 a 20° até que a linhaintermaleolar fique paralela ao chassi.Não dorsifletir o pé e assegurar que toda perna não esteja rodada.

2. RC: Perpendicular ao filme, direcionado para um ponto a meio caminho entre os maléolos.
3. DFoFi: 1 metro

4. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)

5. Patologia: Luxação, Fratura

6. Observação: Nesta incidência a porção lateral da articulação não deve apresentar-se aberta. Se esta porção da articulação do tornozelo apareceu aberta na incidência AP verdadeira, pode surgir um afastamento da articulação do tornozelo em virtude de ruptura dos ligamentos.

Radiografia do tornozelo perfil.

1. Incidência : Paciente em DL, travesseiro para a cabeça. Articulação do tornozelo na metade de um chassis18x24. Deve se apoiar a lateral externa do tornozelo no chassi e dorsifletir o pé para evitar algum tipo de rotação.

2. RC: Perpendicular entrando no centro da articulação do Tornozelo, orientado para o maléolo medial.

3. DFoFi: 1 metro

4. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)

5. Sem Bucky

6. Patologia: Fratura, Luxação

Radiografia do tornozelo em obliqua interna.

1. Incidência : Paciente em **DD,** travesseiro para a cabeça, pernas totalmente estendidas. Coloca-se o tornozelo sobre cassete 18x24cm. Rodar internamente toda a perna e o pé em cerca de 15° a 20° .

2. RC: Perpendicular ao filme entrando na articulação do tornozelo a meio caminho entre os maléolos.

3. DFoFi: 1 Metro

4. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação).

5. Sem Bucky

6. Patologia: Fratura, Luxação ou Entorse

7. Observação: Pode se fazer ainda a incidência AP em Rotação medial 45° Graus (perna e pé rodados), para ver fraturas sutis, ou visualizar a articulação talocalcâneo .

Radiografia do tornozelo em obliqua externa.

1. Incidência : Paciente em DD, travesseiro para a cabeça, pernas totalmente estendidas.

Coloca-se o tornozelo sobre cassete 18x24cm. Rodar exterrnamente toda a perna e o pé em cerca de 45° .

2. RC: Perpendicular ao filme entrando na articulação do tornozelo a meio caminho entre os maléolos.

3. DFoFi: 1 Metro

4. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)

5. Sem Bucky

6. Patologia: Fratura, Luxação ou Entorse

Radiografia do tornozelo em estresse.

1. Incidência : Paciente em DD. Travesseiro para a cabeça, pernas totalmente estendidas sobre um cassete 18x24cm ou 24x30cm. Centralizar e alinhar a articulação do tornozelo em relação ao RC e ao eixo longitudinal do cassete. Dorsifletir o pé formado um ângulo com a perna mais próxima possível de 90°. Com a perna e o tornozelo em posição para uma incidência AP verdadeira sem rotação, é aplicado estresse na qual toda superfície plantar é voltada medialmente para inversão e lateralmente para eversão.

2. RC : Perpendicular ao filme, direcionado para um ponto a meio caminho entre os maléolos.
3. DFoFi: 1 Metro

4. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação).

5. Sem Bucky

6. Patologia: Articulação do tornozelo para avaliação de separação articular e dilaceração ou ruptura do ligamento.

Radiografia da perna AP (tíbia e fíbula).

1. Incidência : Paciente em DD, travesseiro para a cabeça. Pernas totalmente estendidas. A perna a ser radiografada sobre o cassete 35x43, panorâmico. Assegurar que as articulações dos tornozelos e joelhos estejam de 3 a 5cm distantes das extremidades do cassete não haverá rotação nem dos joelhos e nem dos tornozelos, pois essa incidência é um AP verdadeiro da perna. Dorsifletir o pé a 90° Graus em relação a perna, e se possível, colocar saco de areia contra o pé para estabilização.

2. RC: Perpendicular ao filme, direcionado para um ponto médio da perna.

3. DFoFi: 1 metro

4. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)

5. Sem Bucky

6. Patologia: Fratura

7. Observação: Para melhor utilizar o efeito anódico, colocar o joelho na extremidade catódica do feixe de RX.

Radiografia da perna perfil

1. Incidência : Paciente em DL, travesseiro para a cabeça. Coloca-se a perna a ser radiografada sobre um cassete 35x43 ou 24x30 (depende do tamanho da estrutura) deve-se apoiar a lateral externa da perna no cassetei. O plano da patela deve ser perpendicular ao filme. Geralmente a perna oposta (não radiografada) deve ser colocada atrás da perna afetada e apoiada com um travesseiro ou almofada.

2. RC: Perpendicular no centro da perna

3. DFoFi: 1 Metro

4. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação).

5. Sem Bucky

6. Patologia: Fratura, Corpo Estranho ou Tumor

Radiografia do joelho AP

1. Incidência : Paciente em DD, travesseiro para a cabeça. Coloca-se o joelho a ser radiografado sobre a linha central da mesa, joelhos estendidos. Rodar a perna internamente de 30º à 50º Graus (Ferguson) para um AP verdadeiro.

2. RC: Paralelo ao platô tibial, no paciente de tamanho médio, isso é, RC perpendicular ao filme para um ponto 2 cm distal ao ápice da patela. (Ápice Inferior da Patela).

3. DFoFi: 1 Metro

Sentido do Chassi: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)

4. Com ou Sem Bucky.

Patologia: Fratura, Luxação.

7. Observação: Para determinar se o RC esta paralelo ao platô tibial e para obter um espaço articular aberto do joelho, deve-se medir a distância da EIAS (Espinha Ilíaca Ântero - Superior), até o tampo da mesa para determinar o ângulo do RC da seguinte forma: 19cm 3°a 5° Graus caudal (coxas e nádegas finas), 19cm a 24cm ângulo de 10° (coxas e nádegas médias) e 24cm 3° a 5° cranial (coxas e nádegas grandes).

Radiografia de joelho perfil.

1. Incidência : Paciente em DL, travesseiro para a cabeça fletir o joelho de 20° a 30° para se ter um perfil absoluto. Essa flexão é preferida, porque relaxa os músculos e mostra o máximo de volume da cavidade articular.

2. RC: 5°a 7° Graus cranial entrando na articulação do joelho

3. DFoFi: 1 Metro

4. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação).

5. Com ou Sem Bucky

6. Patologia: Fratura, Luxação

7. Critério de Avaliação: Lateral verdadeiro: os epicôndios devem estar diretamente sobrepostos, a patela deve ser observada em perfil, com espaço articular patelofemural aberto. Obs: Angular o RC de 7° a 10° Graus em paciente baixo com pelve larga, e apenas cerca de 5° em paciente alto, no sexo masculino, com pelve estreita.

Radiografia de Joelho Obliqua Interna.

1. Incidência : Paciente em DD, alinhar e centralizar a perna e o joelho com o RC e com a linha média da mesa ou do filme. Rodar a perna internamente a 45°. Se necessário, estabilizar o pé e o tornozelo com sacos de areia.

2. RC: Perpendicular na vertical, incidindo na articulação tíbio-femural e saindo no centro do filme.

3. DFoFi: 1 Metro

4. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação).

5. Com ou Sem Bucky .

6. Patologia: Fratura, Luxação

Radiografia de joelho em obliqua externa.

1. Incidência Paciente em decúbito dorsal ou sentado sobre a mesa de exames com o membro a ser radiografado estendido e reto e o outro membro estendido e levemente distanciando do membro examinado. Apoiar a face posterior do joelho sobre o cassete ou LCM, de modo que a articulação tíbio-femural esteja simétrica ao filme, rodar a perna externamente a 45°.
2. RC: Perpendicular na vertical, incidindo na articulação tíbio-femural e saindo no centro do filme.

3. DFoFi: 1 Metro

4. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação).

5. Com ou Sem Bucky .

6. Patologia: Fratura, Luxação

Radiografia do joelho AP com carga

1.Incidência:Paciente em ortostático, com os membros inferiores estendidos e totalmente alinhados, paralelos à estativa. Apoiar as articulações dos joelhos examinados sobre a LCE ou sobre o centro do cassete, com os pés justo apostos, soltando todo o peso do corpo sobre os membros inferiores e encostando a parte posterior dos joelhos na estativa ou chassi.
2. RC: Perpendicular na horizontal, incidindo na articulação tíbio-femural e saindo no centro

do filme.

3. DFoFi: 1 Metro

4. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)

5. Com Bucky .

6. Patologia: Desgaste das articulações e redução de espaço articular.

Radiografia do joelho em perfil com carga

1. Incidência: Paciente em ortostático em perfil, com o membro do lado examinado totalmente estendido e o não examinado fletido e elevado. Apoiar a articulação do joelho examinado sobre a LCE ou sobre o centro do cassete encostando a face lateral externa do joelho na estativa com a perna do lado não radiografado fletida e levada para cima e para frente, soltando todo o peso do corpo sobre o membro examinado.

2. RC: Perpendicular na horizontal, incidindo na articulação tíbio-femural interna e saindo no centro do cassete.

3. DFoFi: 1 Metro

4. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)

5. Com Bucky .

6. Patologia: Desgaste das articulações e redução de espaço articular.

Radiografia Joelho (Túnel do joelho).

1. Incidência : Paciente ajoelhado sobre a mesa de RX. Com o paciente ajoelhado sobre os quatro membros colocar o cassete sob o joelho afetado. Centralizar o cassete sob a parte inferior da patela. Pedir ao paciente que sustente o peso do corpo basicamente sobre o joelho oposto. Pedir ao paciente que se incline para frente 20° a 30° e mantenha-se nesta posição (resulta em flexão do joelho de 60° a 70°).

2. RC: Perpendicular ao filme e a perna.

3. DFoFi: 1 Metro

4. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)

5. Com Bucky.

6. Patologia: Fratura Intercondiliana. Etc

7. Observação: Fossas dos intercondilos mostrada em perfil, côndilos femurais e tibial eminência intercondilar e facetas articulares da tíbia.

Radiografia da patela em axial.

1. Incidência : Paciente em DV, travesseiro para a cabeça. Os pés deverão estar repousando sobre a mesa (o que não será radiografado) ajustar o corpo para que a incidência não saia rodada. Colocar o cassete abaixo do joelho do paciente. Vagarosamente flexionar a perna, para que a perna e a mesa formem um ângulo de 50° a 60°. Repousar os pés (ante pé) contra

o colimador, e colocar uma proteção (panos) entre os pé e o colimador no caso em que ele esteja aquecido (quente).

2. RC: Entrando com uma angulação de 45° cranial, e é direcionado através da articulação patelo-femural.

3. DFoFi: 1 Metro

4. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)

5. Sem Bucky

Patologia: Subluxaçao da patela e fratura da patela.

Radiografia da patela em axial

1. Incidência : Paciente em DV com o joelho a ser radiografado na LCM. O paciente fará 3 movimentos com a perna, a ser examinada. As angulações serão feitas entre o fêmur e a perna.

1° Perna formará um ângulo de 30° com o fêmur - RC: Entrando perpendicular na vertical, na parte inferior da patela.
2° Perna fomará um ângulo de 60° com o fêmur - RC: Entrando perpendicular na vertical, na parte inferior da patela.
3° Perna formará um ângulo de 90° com o fêmur - RC: Entrando angulado 30°, na parte inferior da patela.
2. DFoFi: 1 Metro
3. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação).
4.Sem Bucky
5.Patologia: Fratura.. Síndrome Patelofemural (Patela Alta).

6. Obs: Esta incidência é própria para Síndrome Patelofemural. A patela alta pode causar parestesia (dormência muscular)

Radiografia de fêmur.

1. Incidência : Paciente em DD, travesseiro para a cabeça. Centralizar o fêmur na Linha media (central) da mesa. Rodar a perna internamente em cerca de 5º para uma incidência AP verdadeira como para uma incidência AP do Joelho. MMII estendidos ao longo do corpo, e colocar suporte sob o joelho para nivelar o fêmur para um AP verdadeiro.
2. RC: Perpendicular ao fêmur e ao filme, entrando no meio do fêmur e saindo no centro do filme.
3. DFoFi: 1 metro
4. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação).
5. Com Bucky
6. Patologia: Fratura, Corpo Estranho, Tumor .
7. Critério de Avaliação: Algumas rotinas de departamento incluem ambas as articulações em pelo menos uma incidência em todos os exames iniciais do fêmur. Para um adulto grande deve-se utilizar então um segundo filme menor (24x30), para uma incidência AP do joelho ou do quadril, assegurando a inclusão das articulações do quadril e do joelho. Observação: Se o quadril for incluído . a perna deve ser rodada 10º a 15º Graus internamente para colocar o colo do fêmur em perfil. Espaço articular do joelho distando no mínimo 2,5cm da margem distal do filme.

Radiografia de fêmur perfil.

1. Incidência : Paciente em DL, travesseiro para a cabeça. Fêmur centralizado na LCM, fletir o joelho cerca de 45º Graus, colocar almofadas ou saco de areia sob o tornozelo para manter

em posição lateral verdadeira. O membro não radiografado deverá ser colocado atrás do qual esta sendo radiografado, tendo a opção de ser fletido ou não.

2. RC: Perpendicular ao fêmur e ao filme entrando do meio do fêmur e saindo no centro do filme.

3. DFoFi: 1 Metro

4. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)

5. Com Bucky

6. Patologia: Fratura, Tumor, Corpo Estranho.

7.Observação: Para melhor utilizar o efeito anódico, colocar o quadril na extremidade catódica do feixe de RX.

Radiografia de pelve AP

1. Incidência A : Paciente em D.Dorsal, travesseiro sob a cabeça. MMSS estendidos ao longo do corpo ou fletir os cotovelos e repousar as mãos sobre o tórax. MMII estendidos, mas com suporte sob os joelhos. Separar pernas e pés, a seguir rodar internamente os eixos longitudinais dos pés entre 15° e 20°.

2. RC: Perpendicular, entrando em um ponto a meio caminho entre o nível das "EIAS" (Espinha Ilíaca Antero Superior), e a sínfise púbica. A EIAS esta 5cm, superior a sínfise púbica.

3. DFoFi: 1 metro

4. Sentido do cassete: Transversal 35x43. Obs: Se a pelve for profunda e grande, apalpar a crista do ílio e ajustar a posição do filme para que a borda superior do chassi em relação ao RC ou a meio caminho entre o nível das EIAS e a sínfise púbica. Com Bucky

5. Patologia: Fratura, Luxação e Doenças Degenerativas.

6. Critério de Avaliação: Toda pelve e as porções proximais dos fêmures devem ser incluídas e centralizadas no filme. As asas ilíacas devem apresentar-se simétricas e iguais em tamanho, bem como os dois forames obturadores. As espinhas isquiáticas direita e esquerda (se visíveis) devem apresentar-se iguais também em tamanho.

Radiografia de Pelve AP Lowestein

1. Incidência : Paciente em D. Dorsal, travesseiro para a cabeça, braços. e mãos sobre o tórax. Fletir os quadris e os joelhos, colocar as superfícies plantares dos pés juntos. e abduzir ambos os fêmures a 40° a 45° do eixo vertical.
2. RC: Perpendicular ao filme, entrando para um ponto 2,5cm, superior a sínfise púbica.
3. DFoFi: 1 metro
4. Sentido do cassete: Transversal (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação).
5. Com Bucky
6. Patologia: Luxação congênita do quadril (L.C.Q.), má formação da articulação do coxo femural.

Critério de Avaliação: Interromper a respiração durante a exposição. Menor abdução dos fêmures com apenas 20° ou 30° do eixo vertical proporciona o mínimo encurtamento dos colos fêmurais, encurta as porções proximais dos fêmures, o que não é desejável.

Radiografia do quadril AP

1. Paciente em decúbito dorsal com os membros inferiores estendidos sobre a mesa e os superiores ao lado do corpo ou sobre o tórax. Apoiar a face posterior da pelve na mesa, com o PMS perpendicular à mesa e paralelo a LCM. Projetar a articulação coxo-femural sobre a LCM que está localizada 8cm abaixo da crista ilíaca e 3cm adiante, rumo ao púbis. Manter a perna e o pé em rotação Ferguson para manter um AP verdadeiro.
2. RC: Perpendicular na vertical, incidindo 8cm abaixo da crista ilíaca e 3cm em direção a sínfise pubiana.
3. DFoFi: 1 metro
4. Sentido do cassete: Transversal (DR) 43x35, ajustar o foco na região de

interesse(Colimação).

5. Com Bucky.

6. Patologia: Fratura, luxação e calcificações

Radiografia do quadril perfil

1. Incidência : Paciente em D. Lateral, travesseiro para o conforto da cabeça. O lado externo da Articulação coxo-femural deverá estar na L.C.M.. A perna e o fêmur deverão estar fletidos. O outro membro inferior o que não sem radiografado estará estendido e esticado sobre o que será radiografado. O paciente sofrerá uma leve rotação interna do corpo.

2. RC: Perpendicular na vertical entrando no acetábulo e saindo no centro do filme.

3. DFoFi: 1 metro

4. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)

5. Com Bucky

6. Patologia: Luxação Coxo-Femural, Fratura, Doenças Degenerativas.

Observação: O grau de obliquidade depende de como o paciente pode abduzir o fêmur. Critério de Avaliação: Visualização do acetábulo em projeção oblíqua a articulação coxo-femural em falso perfil. Rotacionar a pelve não mais que o necessário para acomodar a flexão da coxa para evitar a sobreposição do lado afetado.

Radiografia pelve in let.

1. Paciente em decúbito dorsal com os membros inferiores estendidos sobre a mesa e os superiores ao lado do corpo ou sobre o tórax. Apoiar a face posterior da pelve sobre a mesa, PMS do corpo sobre a LCM com as pernas totalmente estendidas e os pés em rotação Ferguson.

2. RC: Angulado 40° caudal incidindo no púbis e saindo no centro do filme.

3. DFoFi: 1 metro
4. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)
5. Com Bucky.
6. Patologia: Fratura e outros.

Radiografia pelve out let

1. Paciente em decúbito dorsal com os membros inferiores estendidos sobre a mesa e os superiores ao lado do corpo ou sobre o tórax. Apoiar a face posterior da pelve sobre a mesa, PMS do corpo sobre a LCM com as pernas totalmente estendidas e os pés em rotação Ferguson.

2. RC: Angulado de 20º a 35º cefálico para homens, e de 30º a 45º cefálico para mulheres, incidindo na sínfise púbica e saindo no meio do filme
3. DFoFi: 1 metro
4. Sentido do cassete: Transversal (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação).
5. Com Bucky.
6. Patologia: Fratura e outros

Radiografia de quadril Alar

1. Incidência: Paciente em decúbito dorsal com os membros inferiores estendidos sobre a mesa e os superiores ao lado do corpo ou sobre o tórax. Apoiar a face posterior da pelve na mesa com o PMS angulado 45°, a perna do lado não examinado totalmente estendida, e a perna do lado examinado fletida com o pé e o tornozelo sob o joelho oposto. Projetar a articulação coxo-femural sobre a LCM. O quadril a ser examinado é o mais próximo do filme.

2. RC: Perpendicular na vertical, incidindo 8cm abaixo da crista ilíaca e 3cm em direção a

sínfise pubiana.

3. Sentido do cassete(DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)

4. DFF: 1 metro.

5 Com bucky.

6. Patologias: Fratura, luxação e calcificações

Radiografia de quadril obturatriz

1. Incidência: Paciente em decúbito dorsal com os membros inferiores estendidos sobre a mesa e os superiores ao lado do corpo ou sobre o tórax. Apoiar a face posterior da pelve na mesa com o PMS angulado 45°, a perna do lado não examinado totalmente estendida, e a perna do lado examinado fletida com o pé e o tornozelo sob o joelho oposto. Projetar a articulação coxo-femural sobre a LCM. O quadril a ser examinado é o mais distante do cassete.

2. RC: Perpendicular na vertical, incidindo 8cm abaixo da crista ilíaca e 3cm em direção a sínfise pubiana.

3 Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)

4. DFF: 1 metro.

5. Com bucky.

6. Patologias: Fratura, luxação e calcificações

Radiografia de articulação sacro-ilíaca AP axial

1. Incidência: Em D.D.H., com o PMS sobre a LCM, membro inferiores estendidos em rotação Ferguson, braços estendidos e abduzidos ao corpo.

2. RC : Angulado 30° cranial, entrando no centro da pelve à nível das articulações coxo femurais.

3. Dfofi: 1 metro

4. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)

5. Com bucky.

Radiografia de articulação sacro-ilíaca obliquas

1. Incidência: Em D.D.H., com o PMS do corpo fazendo um ângulo de 30° com o plano da mesa para o lado oposto, posicionar a articulação de interesse sobre a LCM, em seguida fletir e abduzir o quadril e o joelho não radiografado até que a lateral do fêmur toque a mesa, colocando –o sob o membro a ser radiografado que deverá estar estendido e voltado para cima.

2. RC: Perpendicular, entrando ± 7cms abaixo da região mais cranial da crista ilíaca.

3. Sentido do cassete: (DR) 43x35, ajustar o foco na região de interesse(Colimação)

4. DfoFi: 1 metro.

5. Bucky.

4.2.3 Após a realização do exame

- Após a realização do exame paciente aguarda as imagens serem impressas.
- Técnico de Radiologia protocola no caderno colhe a assinatura do paciente e entrega as imagens e orienta a paciente a retirar o laudo em 7 dias.

- **Em caso de artefato cinético (movimento) durante a incidência, deverá ser realizada uma nova aquisição de imagem.**

- **Mulheres grávidas ou com suspeita de gravidez não podem realizar este exame, salvo quando, extremamente necessário sob orientação médica.**

6 - REFERÊNCIAS

- Bontrager Manual Prático de Técnicas e Posicionamento Radiográfico 10ª Edição

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco - SBCD

Hospital Municipal de Cubatão hmc Dr. Luiz de Carvalho da Fonseca e Silva

SUS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.42.019.00		
CRITÉRIOS DE DIRECIONAMENTO DE EXAMES PARA APARELHOS DE TOMOGRAFIA	REV. 00	Valid. 08/2027	PAG. 01/02

Elaborado por: Anna Claudia Dias Dutra Silva/ Analista Administrativo SR.	Data: 15/08/2025	Visto: Anna Claudia Dutra Supervisão Administrativa SBCD - HMC
Elaborado por: Rebecca Kliver / Enfermeira Assistencial	Data: 15/08/2025	Visto: REBECCA KLIVER COREN/SP 622362-ENF
Verificado por: Kevin Cristian Souza da Costa / Qualidade	Data: 08/2025	Visto: Kevin Cristian Souza da Costa Enfermeiro da Qualidade COREN/SP 511.xxx SBCD - HMC
Aprovado por: Angélica Ferreira de Brito / Adm. Hospitalar	Data: 08/2025	Visto: Angélica Ferreira Administrador Hospitalar SBCD - HMC

Rev.	Pág.(s).	Data	Descrição da Revisão
00	Todas	08/2025	Emissão Inicial

1 - OBJETIVO

Estabelecer critérios padronizados para direcionar a realização de exames nos aparelhos de tomografia GE e Knon, garantindo a utilização adequada de cada equipamento de acordo com a complexidade e especificidade dos exames, assegurando qualidade diagnóstica e eficiência operacional.

2 – ALCANCE OU APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os profissionais da equipe de radiologia, médicos e setores envolvidos.

3 – ABREVIATURAS E DEFINIÇÕES

Angiotomografia – Exame de tomografia com contraste que permite avaliação detalhada dos vasos sanguíneos.

Cortes finos – Aquisição de imagens com espessura de corte menor, permitindo maior detalhamento anatômico.

4 - DESENVOLVIMENTO

Direcionamento para Aparelho GE

Utilizar o aparelho **GE** nos seguintes casos:

- Angiotomografias (todas as indicações).
- Tomografias com cortes finos para alta resolução diagnóstica.
- Exames com protocolos específicos que demandem alta qualidade de imagem.
- Estudos com reconstruções multiplanares ou 3D avançadas.

- Planejamento cirúrgico ou oncológico.

Direcionamento para Aparelho Knon

Utilizar o aparelho **Knon** nos seguintes casos:

- Tomografias simples sem cortes finos.
- Exames de rotina e acompanhamento.
- Protocolos básicos sem necessidade de alta resolução.
- Triagem ou investigação inicial.

Observações Gerais

- Em casos de emergência, utilizar o aparelho disponível mais rápido, desde que o resultado atenda ao objetivo diagnóstico.
- O direcionamento deve ser validado pelo médico radiologista plantonista ou Supervisor Técnico de Aplicações Radiologias, considerando a solicitação médica e a indicação clínica.

5 – RESPONSABILIDADES E ATRIBUIÇÕES

Médico Radiologista e Supervisor Técnico de Aplicações Radiologias – Avaliar e validar o direcionamento do exame conforme critérios estabelecidos.

Técnicos de Radiologia – Executar os exames seguindo as especificações de cada equipamento e protocolo definido.

6 - REFERÊNCIAS

Diretrizes do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR).

Protocolos internos do serviço de radiologia.

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco - SBCD

Hospital Municipal de Cubatão hmc Dr. Luiz da Camargo da Fonseca e Silva

SUS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.48.001.00	
FUNCIONAMENTO DO MORGUE	REV. 00	PAG. 01/05

Elaborado por: Bruna Fernandes de Souza	Data: 07/06/2024	Visto: Bruna Fernandes de Souza Supervisão Hospitalar SBCD - HMC
Validado por: Angélica Ferreira Brito	Data: 07/06/2024	Visto: Angelica Ferreira Gerente Administrativa SBCD - HMC
Aprovado por: Kevin Cristian Souza da Costa	Data: 07/06/2024	Visto: Kevin Cristian Souza da Costa Enfermeiro da Qualidade COREN/SP 571.390 SBCD - HMC

Rev.	Pág.(s).	Data	Descrição da Revisão

(Sempre iniciar o procedimento da área menos contaminada para a mais contaminada, ou seja, da menos suja para a mais suja).

5. Descarte de resíduos: Descarte corretamente todos os resíduos gerados durante a limpeza, seguindo as regulamentações locais.
6. Frequência: O morgue deverá ser higienizado diariamente quando não estiver nenhum cadáver no local.

RECEPÇÃO DO CORPO OU MEMBRO NO MORGUE:

Para recepcionar um corpo no morgue será necessário que a área assistencial encaminhe em maca após o óbito, com toda a documentação de Declaração de óbito alinhada junto ao serviço social. Lembrando que as seguintes regras deverão ser seguidas para utilização do Morgue:

- A Preparação do corpo deverá ser realizada pela enfermagem do setor da ocorrência do óbito e não deverão ser encaminhadas com enxovais do HMC, sendo obrigatório o uso de mortalhas para encaminhar ao Morgue.

- Todos os corpos no Morgue deverão estar devidamente identificados conforme POL.05.003.00 – META 01 – IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE, onde mantém a pulseira de identificação no pulso e fora da mortalha a folha de identificação do paciente.

- É imprescindível a higienização das mãos na saída após a recepção ou retirada do corpo no morgue.

- O Morgue deverá ficar trancado, somente será aberto após o registro no livro de rastreio do controle de acesso.

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco - SBCD	Hospital Municipal de Cubatão hmc	SUS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.48.001.00	
FUNCIONAMENTO DO MORGUE	REV. 00	PAG. 04/05

Fluxo

RETIRADA DE CORPOS DO MORGUE:

Após o óbito a equipe de enfermagem prepara o cadáver e desce para o morgue; passa pelo controle de acesso e informa os dados do paciente que foi a óbito como: Nome completo, quarto ou box, unidade em que o paciente estava internado; após isso o técnico retira a chave do morgue e vai até o local para levar o óbito.

Processo de retirada funerária: Quando a funerária chega para retirada do corpo ela se apresenta no posto de segurança para retirada de chave do necrotério, o controlador de acesso identifica a funerária, confere os dados do corpo a ser retirado e acompanha a funerária até o necrotério.

≈ O tempo de permanência do corpo no morgue no HMC é previsto de até no máximo 48

horas, dado a ocupação do morgue e o sistema de refrigeração padrão.

MANUSEIO DE MEMBROS AMPUTADOS OU FETOS:

Após amputação do membro no centro cirúrgico, será encaminhado ao Morgue acondicionado conforme PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE – PGRSS em saco de descarte na cor Vermelha e acondicionado identificado no Morgue, também será registrado em caderno de rastreio pela Segurança.

Quanto a destinação quando o membro ou feto tiver peso maior ou igual à 500 g, será realizado sepultamento do membro/feto seguindo o processo do serviço social, conforme POP.19.005.00 - ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO ÓBITO – MORGUE. Dado que a destinação funcionará da seguinte forma:

≈ Membro ou Feto > ou = 500 g: Será realizado sepultamento seguindo fluxo de óbito.

≈ Membro ou Feto < que 500 g: Será retirado por empresa para incineração.

PROCEDIMENTO DE RETIRADA:

1. Preparação da equipe: antes de iniciar a retirada do corpo, a equipe deve se preparar adequadamente, utilizando equipamentos de proteção individual (EPIs) como luvas, máscaras e aventais – Aplicável ao colaborador da funerária que retira o corpo.
2. Identificação do corpo: é importante verificar a identidade do corpo antes de proceder com a retirada, garantindo que a pessoa certa seja transportada para o local adequado.
3. Remoção do corpo: a equipe deve seguir as instruções de segurança e higiene para a remoção do corpo da morgue, utilizando macas ou carrinhos apropriados para o transporte.
4. Documentação: é fundamental documentar todo o procedimento de retirada do corpo, registrando informações como a identidade do falecido, a data e hora da retirada, e os motivos que levaram à remoção.

CONTROLE DE TEMPERATURA

Para garantir o controle adequado da temperatura na morgue, é essencial contar com equipamentos de refrigeração apropriados, como refrigeradores ou câmaras frigoríficas. Além

disso, é importante monitorar regularmente a temperatura para garantir que esteja dentro da faixa recomendada, sendo a faixa conforme esquema abaixo:

Diariamente o oficial de manutenção vai até o local e verifica a tempetura do termômetro de refrigeração e anota a informação em uma planilha, caso a temperatura esteja em desacordo com o equipamento de refrigeração ele aciona a equipe de refrigeração para verificação do equipamento.

5 - REFERÊNCIAS

Manual Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Limpeza e Desinfecção – ANVISA - 2010:

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ATB.FAR.021	VERSÃO: 2
CONFERÊCIA MENSAL CARRO / CAIXA DE EMERGÊNCIA	VALIDADE: 08/2025	Pag. 1 de 3

Elaborado por: Coordenação de Farmácia	Data: 07/2023	Visto:
Revisado por: Núcleo Gestão da Qualidade	Data: 08/2023	Visto
Aprovado por: Gerência Assistencial	Data: 08/2023	Visto:

Rev.	Data	Descrição da Revisão / Data / Responsável
0	10/2022	Emissão do Procedimento
1	08/2023	1° Revisão | 08/2023 | Coordenação de Farmácia

1- OBJETIVO

Garantir que os carros/caixas de emergência da unidade estejam devidamente abastecidos e que os materiais e medicamentos nele contidos estejam em perfeitas condições de uso, para prestação de atendimento de emergência ao paciente.

2 – ALCANCE

Esse POP se aplica aos colaboradores das farmácias das unidades do Contrato Norte gerenciadas pela Sociedade Brasileira Caminho de Damasco.

3 – COMPETÊNCIA

Farmacêuticos; Auxiliares de Farmácia; Enfermeiro; Técnico de Enfermagem.

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

CARRO DE EMERGÊNCIA: É o equipamento móvel hospitalar destinado a auxiliar os profissionais de saúde durante o transporte, armazenamento, manuseio e suporte de equipamentos, medicamentos e instrumentais durante as intervenções de emergência realizadas pelos profissionais de saúde.

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

• Realizar mensalmente, de preferência na última semana do mês, a verificação no carro/caixa de emergência e em todas as vezes que o carro/caixa for aberto;
• Na data estipulada, solicitar acompanhamento de um colaborador da enfermagem para execução da conferência;
• Analisar a planilha de controle do carro/caixa de emergência do mês anterior para verificar quais materiais e

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

medicamentos devem ser substituídos devido validade expirada;
• Dirigir-se ao carro/caixa de emergência com o checklist de conferência padronizado, com os itens a serem repostos e o novo lacre a ser substituído;
• Verificar todas as gavetas/caixas, materiais e medicamentos (um a um) em relação ao prazo de validade, quantidade e aspecto físico;
• Relacionar no checklist de conferência caso seja encontrado algum item com prazo de validade expirado ou aspecto físico indevido e retirá-lo do carro;
• Comparar a quantidade padronizada com a quantidade existente dentro do carro/caixa, item a item e caso exista excesso retirar e em caso de falta inserir;
• Informar no checklist todas as substituições e movimentações que foram realizadas durante o processo de conferência;
• Lacrar o carro/caixa de emergência e anotar novo número de lacre na planilha dos itens do carro/caixa;
• Solicitar à equipe de enfermagem o preenchimento da requisição interna para reposição dos itens substituídos e realizar a baixa no sistema GSS;
• Finalizar e atualizar o checklist de conferência do carro de emergência e a planilha de controle do carro de emergência, imprimi-los, assiná-los e solicitar a assinatura do RT de Enfermagem e gerente da unidade;
• Deixar uma via da planilha de controle do carro/caixa de emergência na sala da enfermagem onde fica o carro/caixa para consulta quando necessário;
• Enviar via e-mail para a coordenação de farmácia SBCD o checklist da conferência do Carro de Emergência;
• Informar via e-mail a coordenação de farmácia sobre os itens faltantes do carro de emergência e solicitar aos demais farmacêuticos o remanejamento desses itens;
• Arquivar o relatório da ronda farmacêutica e uma via da planilha de controle do carro de emergência em pasta específica.

6 – RESULTADO ESPERADO

Garantir que a conferência mensal do carro ou caixa de emergência da unidade seja realizada de forma eficaz e segura, com controle de validade, reposição dos itens faltantes e solicitação de remanejamentos necessários.

7 – AÇÕES CORRETIVAS

Caso encontrado algum medicamento ou material vencido ou que já deveria estar segregado, retirar o item imediatamente do carro/caixa, realizar a reposição conforme disponibilidade e comunicar o farmacêutico.
Realizar reposição de itens faltantes que já tiveram seus estoques normalizados.
Realizar retirada com antecedência de itens próximos da validade que podem ser disponibilizados e utilizados pelo setor da enfermagem.

8 – RISCOS DO PROCESSO

Possíveis identificações de medicamentos e materiais vencidos por realização inadequada do processo.
Utilização de medicamento / material vencido.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

9 – INDICADORES

Não se aplica.

10 – ANEXOS

1. **Checklist de conferência do carro/caixa de emergência:**

Supervisão técnica de Saúde Santana/ Tucuruvi/ Jaçanã/ Tremembé
SBCD - Sociedade Beneficente Caminho de Damasco

UNIDADE: UBS

PLANILHA DE CONTROLE DE MEDICAMENTOS / PSICOTRÓPICOS / MMH - CARRO DE EMERGÊNCIA

DATA CONFERÊNCIA: Nº LACRE ANTERIOR: Nº LACRE ATUAL:

MEDICAMENTOS	APRES	PADRÃO	MED. ATUAL	LOTE	VALIDADE	OBSERVAÇÃO
ÁCIDO ACETILSALICÍLICO COMPRIMIDO 100 MG	Cp	10				
ADENOSINA SOLUÇÃO INJETÁVEL 3MG/ML AMP. 2 ML	Amp	2				
ÁGUA PARA INJEÇÃO AMP 10 ML	Amp	5				
AMIODARONA, CLORIDRATO SOLUÇÃO INJETÁVEL 50 MG/ML AMP. 3 ML	Amp	6				
ATROPINA, SULFATO SOLUÇÃO INJETÁVEL 0,25 MG/ML AMP 1 ML	Amp	30				
CAPTOPRIL COMPRIMIDO 25 MG	Cp	10				
CLOPIDOGREL COMPRIMIDO 75 MG	Cp	10				
CLORETO DE SÓDIO SOLUÇÃO INJETÁVEL 0,9% (9 MG/ML) - 0,154 MEQ/ML) AMP. 10 ML	Amp	5				
DEXAMETASONA, FOSFATO DISSÓDICO SOLUÇÃO INJETÁVEL 4 MG/ML FR-AMP. 2,5 ML	Amp	1				
DIMENIDRINATO + PIRIDOXINA, CLORIDRATO + GLICOSE + FRUTOSE SOLUÇÃO INJETÁVEL 3 MG/ML + 5 MG/ML + 100 MG/ML + 100 MG/ML AMP. 10 ML IV	Amp	2				
DIPIRONA SÓDICA SOLUÇÃO INJETÁVEL 500 MG/ML AMP. 2 ML	Amp	4				
DOBUTAMINA, CLORIDRATO SOLUÇÃO INJETÁVEL 12,5 MG/ML AMP. 20 ML	Amp	3				
DOPAMINA, CLORIDRATO SOLUÇÃO INJETÁVEL 5 MG/ML AMP. 10 ML	Amp	5				
EFEDRINA, CLORIDRATO OU HEMITARTARATO SOLUÇÃO INJETÁVEL 1 MG/ML (0,1 000) AMP. 1 ML	Amp	25				
FENOTEROL SOLUÇÃO INALANTE 5 MG/ML (GOTAS) FRASCO	Frasco	1				
FUROSEMIDA SOLUÇÃO INJETÁVEL 10 MG/ML AMP. 2ML	Amp	4				
GLICONATO DE CÁLCIO SOLUÇÃO INJETÁVEL 100 MG/ML (10%) - 0,45 MEQ/ML DE Ca++ AMP. 10 ML	Amp	4				
GLICOSE SOLUÇÃO INJETÁVEL 50% (500 MG/ML) AMP 10 ML	Amp	10				
HIDRALAZINA SOLUÇÃO INJETÁVEL 20 MG/ML AMP. 1ML	Amp	2				
HIDROCORTISONA, SUCCINATO SÓDICO PO PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL 500 MG FR-AMP	Fr-amp	2				
ISOSSORBIDA, DINITRATO OU PROPATILNITRATO FC COMPRIMIDO SUBLINGUAL (5 MG* COMPRIMIDO 10 MG*)	Cp	10				
LIDOCAÍNA, CLORIDRATO SOLUÇÃO INJETÁVEL 20 MG/ML (2%) FR-AMP. 20 ML	Fr-amp	2				
METOCLOPRAMIDA, CLORIDRATO SOLUÇÃO INJETÁVEL 5 MG/ML AMP. 2 ML	Amp	2				
METOPROLOL, TARTARATO SOLUÇÃO INJETÁVEL 1 MG/ML AMP. 5 ML	Amp	2				
OMEPRAZOL SOLUÇÃO INJETÁVEL 40 MG/ML AMP. 10 ML	Fr-amp	2				
PROMETAZINA, CLORIDRATO SOLUÇÃO INJETÁVEL 25 MG/ML AMP. 2 ML	Amp	2				
SALBUTAMOL, SULFATO AEROSSOL ORAL 100 µG/DOSE FRASCO	Frasco	1				
SULFATO DE MAGNÉSIO SOLUÇÃO INJETÁVEL 50% (500 MG/ML = 4,06 MEQ/ML MG++) AMP. 10 ML	Amp	3				
SUXAMETÔNIO, CLORETO PO PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL 100MG FR-AMP. 5 ML	Fr-amp	1				
TERBUTALINA SOLUÇÃO INJETÁVEL 0,5 MG/ML AMP. 1 ML	Amp	2				
VASOPRESSINA SOLUÇÃO INJETÁVEL 20 UI/ML AMP. 1 ML	Amp	2				

MEDICAMENTOS CONTROLADOS	APRES	PADRÃO	MED. ATUAL	LOTE	VALIDADE	OBSERVAÇÃO
DIAZEPAM SOLUÇÃO INJETÁVEL 5 MG/ML AMP. 2 ML (**)	Amp	2				
FENITOÍNA OU FENITOÍNA SÓDICA SOLUÇÃO INJETÁVEL 50 MG/ML AMP. 5ML (**)	Amp	4				
FENOBARBITOL SÓDICO 100 MG/ML AMPOLA DE 2 ML(**)	Amp	2				
FENTANILA CITRATO 0,0785 MG/ML (EQUIVALENTE 0,05 MG/ML DE FENTANILA) SOLUÇÃO INJETÁVEL AMP. 2 ML	Amp	1				
FLUMAZENIL SOLUÇÃO INJETÁVEL 0,1 MG/ML AMP. 5ML	Amp	2				
HALOPERIDOL SOLUÇÃO INJETÁVEL 5 MG/ML AMP. 1ML(**)	Amp	2				
MIDAZOLAM, CLORIDRATO SOLUÇÃO INJETÁVEL 5 MG/ML AMP. 3 ML(**)	Amp	2				
MORFINA, SULFATO SOLUÇÃO INJETÁVEL 10 MG/ML AMP. 1 ML	Amp	2				
NALOXONA, CLORIDRATO SOLUÇÃO INJETÁVEL 0,4 MG/ML AMP. 1 ML	Amp	2				

11 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Não se aplica.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 1C275E48-2D1B-47BC-AE6B-A7EFB27BF406

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP.UNS.ASS.002**	**VERSÃO: 01**
SOLICITAÇÃO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	**VALIDADE: 10/2027**	**Pág. 1 de 9**

Elaborado: Diretor Técnico – Carolina Marqui da Silva	Data: 10/2025	Visto: DocuSigned by: Carolina Marqui da Silva
Revisado: Enfe. Qualidade – Letícia Nascimento	Data: 10/2025	Visto: Assinado por: Letícia do Nascimento Oliveira
Revisado: Assessora de Urg. E Emerg. – Renata Colamarche	Data: 10/2025	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche
Aprovado: Superintendência Urg.e Emerg. – Tassiana Pita	Data: 10/2025	Visto: Assinado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
0	Não se aplica	Elaboração do documento.

1- OBJETIVO

Padronizar e otimizar a solicitação de exames de tomografia computadorizada (TC) na UPA Nossa Senhora Aparecida, assegurando que as indicações clínicas estejam alinhadas às diretrizes atuais e aos princípios de uso racional de exames, visando garantir a qualidade e segurança do atendimento ao paciente, bem como a eficiência do processo e dos recursos envolvidos.

2 – ALCANCE

UPA Nossa Senhora Aparecida.

3 – RESPONSABILIDADE

Médicos clínicos, emergencistas e ortopedistas

Diretoria técnica

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

TC: Tomografia;
POP: Procedimento Operacional Padrão;
UPA: Unidade de Pronto Atendimento;
SADT: Serviço de Apoio, Diagnóstico e Terapêutico;
VO: Via Oral;

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

5.1. Considerações Gerais:

- Todas as Tomografias Computadorizadas (TC) solicitadas a partir da UPA devem ter **caráter de urgência/emergência**, conforme as indicações clínicas detalhadas neste POP.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 1C275E48-2D1B-47BC-AE6B-A7EFB27BF406

- A solicitação envolve etapas em diferentes sistemas (Regulação de Urgência e SADT) e um fluxo operacional específico.

5.2. Etapa 1: Solicitação de Tomografia via regulação direta – Hospital Municipal de Itu - HMI

Solicitação de TC pelo sistema Siss – passo a passo:

1. Regulação de urgência;
2. Classificação: EXAME TC;
3. Tipo: EXAME;
4. Grupo: TOMOGRAFIA;
5. Procedimento: selecionar exame;
6. Protocolo de solicitação: SOLICITAÇÃO DE EXAMES.

Preenchimento da solicitação:

1. Unidade: UPA Itu;
2. Procedimento secundário: se houver necessidade de mais de um exame;
3. Se TC com contraste: preencher questionário da solicitação (horário que completará o jejum, uso de metformina, função renal e alergias) e solicitar ambulância avançada;
4. Parâmetros;
5. Tipo de ambulância: básica ou avançada (avançada é acompanhada de médico e enfermeiro);
6. Setor: medicação, observação ou emergência;
7. Resumo clínico;
8. Hipótese diagnóstica (HD);
9. Confirmar e imprimir uma via.

5.3. Etapa 2: Prescrição do Exame no SADT (Sistema de Apoio Diagnóstico Terapêutico)

Esta etapa registra o exame na prescrição eletrônica do paciente dentro da UPA.

1. Acessar a Prescrição de Urgência do paciente.
2. Iniciar uma "Nova Prescrição".
3. Selecionar o exame em: **LABORATORIAL E IMAGEM**.
4. No campo "Observação", registrar informações relevantes como: uso ou não de contraste, lateralidade (lado do corpo, se aplicável ao exame).
5. Confirmar a prescrição e imprimir uma via com carimbo e assinatura do médico solicitante.

D. Etapa 3: Fluxo Operacional Pós-Solicitação

Após a solicitação nos sistemas, seguir o fluxo:

- **Comunicação Interna:** Entregar os impressos (via da Solicitação de Regulação e via da Prescrição SADT) ao Enfermeiro responsável pelo setor onde o paciente está alocado e informar sobre a solicitação da TC.

DS CMDS
Rubrica
DS RC
Rubrica TSPD

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 1C275E48-2D1B-47BC-AE6B-A7EFB27BF406

- **Orientação ao Paciente:** Orientar o paciente e acompanhantes a aguardarem no setor indicado, pois o transporte para o Hospital Municipal de Itu será realizado pela viatura do SAMU 192 (o paciente não pode ir por meios próprios).
- **Acesso aos Laudos:** Informar que os laudos das TC realizadas ficam disponíveis para consulta no sistema/site Telerradiologia.

5.4 DECLARAÇÃO GERAL SOBRE PRÉ-REQUISITOS

A avaliação clínica e neurológica detalhada é o principal guia para a indicação da TC de urgência. Exames prévios (Radiografias, Laboratório) podem fornecer informações adicionais, mas não devem ser considerados estritamente obrigatórios se sua realização for atrasar significativamente a TC em um cenário tempo-sensível ou de alta suspeita clínica. A necessidade e o tipo de contraste (Intravenoso - IV / Oral - VO) devem ser avaliados individualmente, conforme a suspeita clínica. Para uso de contraste IV, verificar função renal recente (Creatinina/TFG) e histórico de alergias, preenchendo o formulário específico.

5.5 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO

Pré-requisitos: radiografia de tórax (PA e perfil).

Principais indicações na Urgência:

5.5.1 Suspeita de AVC Agudo:

- Suspeita clínica de AVC hemorrágico a qualquer tempo.
- Suspeita clínica de AVC Isquêmico fora da janela de trombólise/trombectomia.
- Surgimento de déficit neurológico focal agudo.

ATENÇÃO: Paciente com suspeita clínica de AVC EM JANELA PARA TROMBÓLISE deve ser inserido no CROSS com esta informação, além de realizar contato telefônico com o regulador do CROSS e do 192 para sinalizar sobre o caso.

5.5.2 Traumatismo Cranioencefálico (TCE) Moderado a Grave, ou Leve com Critérios de Risco:

Utilizar critérios validados para avaliação de risco e indicação de TC:

DS CMDS
Rubrica
DS RC
Rubrica TSPD

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 1C275E48-2D1B-47BC-AE6B-A7EFB27BF406

Adultos: Aplicar Canadian CT Head Rule (ex: Glasgow < 15 após 2h, suspeita de fratura aberta ou com afundamento, sinais de fratura de base de crânio, vômitos ≥ 2, idade ≥ 65 anos, amnésia > 30 min pré-impacto, mecanismo perigoso).

5.5.3 Suspeita de Hemorragia Subaracnóidea (HSA):

Cefaleia súbita e de intensidade máxima ("thunderclap headache" / "pior cefaleia da vida").

Obs.: Nestes casos solicitar vaga via CROSS concomitantemente visto se tratar de caso potencialmente grave.

5.5.4 Alteração Aguda e Inexplicada do Nível de Consciência:

Excluir causas estruturais agudas (hemorragia, hidrocefalia, etc.).

5.5.5. Crise Convulsiva com Sinais de Alarme:

- Primeira crise convulsiva na vida.
- Crise focal (sem história prévia de epilepsia focal).
- Alteração do padrão em paciente epiléptico conhecido.
- Estado de mal epiléptico.
- Presença de déficit neurológico focal pós-ictal prolongado.

5.5.6 Cefaleia Aguda com Sinais de Alarme (Red Flags):

- Início súbito e explosivo (ver HSA).
- Piora progressiva e severa.
- Associada a febre e rigidez de nuca (suspeita de meningite com complicações).
- Associada a papiledema ou novos déficits neurológicos focais.
- Em pacientes imunocomprometidos ou com neoplasia conhecida.

Obs.: Nestes casos solicitar vaga via CROSS concomitantemente visto se tratar de caso potencialmente grave.

DS CMDS
Rubrica LDNO
DS RC
Rubrica TSPD

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 1C275E48-2D1B-47BC-AE6B-A7EFB27BF406

5.5.7 Suspeita de Complicações de Infecções do SNC:

Suspeita de abscesso cerebral, trombose venosa cerebral, empiema (em contexto clínico apropriado).

5.6 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX (INCLUINDO ANGIOTOMOGRAFIA)

Pré-requisitos para Angiotomografia (com contraste):

Preenchimento do formulário de contraste e critérios de exclusão: Alergias a contraste, ureia / creatinina alterados considerar risco benefício, insuficiência renal aguda ou crônica com TFG <60ml/minuto.

Principais indicações na Urgência:

5.6.1 Suspeita de Tromboembolismo Pulmonar (TEP) - Angio-TC:

Indicação baseada na probabilidade clínica (utilizar escores validados como Wells ou Geneva Simplificado) e, quando apropriado e disponível, D-dímero, conforme Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). Geralmente indicada em pacientes com probabilidade clínica intermediária ou alta, ou baixa probabilidade com D-dímero elevado.

Obs.: Nestes casos solicitar vaga via CROSS concomitantemente visto se tratar de caso potencialmente grave.

5.7 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDÔMEN E PELVE

Consideração Inicial: A avaliação clínica e laboratorial completa é fundamental. Na ausência de radiografia e/ou ultrassonografia (USG) disponível na emergência da unidade, a indicação de TC para condições abdominais/pélvicas deve ser criteriosa, ponderando a suspeita clínica e a necessidade de um diagnóstico por imagem urgente versus os riscos do exame.

Pré-requisitos obrigatórios: exames laboratoriais, radiografia simples de abdome (em pé ou deitado), descartar Doença Inflamatória Pélvica (mulheres).

Principais indicações na Urgência:

5.7.1 Dor Abdominal Aguda Indiferenciada com Sinais de Alarme:

Dor intensa, refratária, com sinais de irritação peritoneal, instabilidade hemodinâmica, ou em pacientes idosos/imunocomprometidos onde a apresentação pode ser atípica.

DS CMDS
Rubrica
DS RC
Rubrica TSPD

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 1C275E48-2D1B-47BC-AE6B-A7EFB27BF406

5.9.2 Suspeita Clínica Forte de Condições Inflamatórias/Infecciosas Graves:

- Diverticulite Aguda: Especialmente se suspeita de complicação (abscesso, perfuração, fístula).
- Pielonefrite Complicada: Suspeita de abscesso renal/perirrenal, obstrução associada, ou falha terapêutica. **Obs**.: Atentar para a solicitação de vaga via CROSS concomitante dada a provável necessidade de continuidade de tratamento hospitalar.
- Abscesso Intra-abdominal: Suspeita clínica ou após cirurgia/procedimento.
- Suspeita de Isquemia Mesentérica Aguda: Dor abdominal intensa e desproporcional aos achados do exame físico, especialmente com fatores de risco (AngioTC pode ser necessária).

5.9.3 Suspeita de Condições Vasculares Agudas:

ATENÇÃO: Na suspeita de Ruptura ou Expansão Rápida de Aneurisma de Aorta Abdominal (AAA): Dor abdominal/lombar, massa pulsátil, hipotensão prosseguir com a solicitação de vaga via CROSS visto que a UPA não possui a estrutura necessária para continuidade do tratamento destes casos.

5.9.4 Urolitíase:

TC sem contraste é o padrão-ouro para detecção de cálculos. Indicada na urgência principalmente se: dor refratária, sinais de obstrução significativa (hidronefrose), infecção associada (suspeita de pielonefrite obstrutiva), ou insuficiência renal aguda. Considerar analgesia e hidratação antes da imagem em casos de suspeita de cólica não complicada.

5.10 Médico Solicitante:

- Avaliar clinicamente o paciente e identificar a necessidade de TC de urgência, **aderindo estritamente às indicações clínicas e critérios definidos neste POP.**
- Preencher a solicitação de exame no sistema de forma completa e legível, com hipótese diagnóstica (HD) e justificativa clínica clara e concisa que fundamente a indicação.
- Avaliar a necessidade de contraste e solicitar/verificar pré-requisitos (como função renal recente e histórico de alergias para contraste IV), conforme orientação geral deste POP e preenchimento do formulário específico **via sistema SISS**, quando aplicável.
- Orientar o paciente e/ou acompanhante sobre o motivo da indicação e os procedimentos gerais do exame de TC.

DS CMDS
Rubrica
DS RC
Rubrica TSPD

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 1C275E48-2D1B-47BC-AE6B-A7EFB27BF406

- Comunicar a solicitação e a urgência ao Enfermeiro responsável pelo setor onde o paciente se encontra.

5.11 Equipe de Enfermagem:

- Checar a conformidade da solicitação médica (impressa e/ou no sistema) e do SADT (Sistema de Apoio Diagnóstico Terapêutico).
- Realizar e/ou confirmar o preparo adequado do paciente para o exame, incluindo jejum (se necessário) e preparo específico para uso de contraste IV, quando aplicável.
- Garantir que a documentação necessária (solicitação, termo de contraste se houver) acompanhe o paciente.
- Auxiliar no fluxo de comunicação para o transporte seguro e adequado do paciente ao local do exame.

6 – RESULTADO ESPERADO

- Otimização do uso da Tomografia Computadorizada na UPA, com redução significativa de exames desnecessários ou que não configurem urgência/emergência, alinhando a prática às diretrizes baseadas em evidências.
- Redução da exposição dos pacientes à radiação ionizante, contribuindo para a segurança do paciente a longo prazo.
- Minimização do tempo de permanência dos pacientes na unidade relacionados à espera e realização de TC.
- Maior eficiência no fluxo de atendimento e no uso dos recursos da UPA e do serviço de imagem parceiro.

7 – AÇÕES CORRETIVAS

- Solicitações de tomografia que não se enquadrem nos critérios de urgência e emergência definidos neste POP não deverão ser realizadas. Caso o profissional médico tenha dúvidas sobre a necessidade de solicitação do exame complementar este deve acionar a coordenação médica / diretoria técnica da unidade visando a discussão do caso. Tal discussão pode também ser realizada com demais profissionais médicos da equipe.
- Nestes casos, o médico solicitante deverá reavaliar o paciente, considerar condutas alternativas na UPA ou providenciar o encaminhamento para investigação e seguimento em nível ambulatorial, com a devida orientação ao paciente.
- Situações de dúvida ou discordância sobre a indicação devem ser discutidas com a coordenação médica da unidade.

8 – RISCOS ENVOLVIDOS

DS CMDS
Rubrica
DS RC
Rubrica TSPD

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 1C275E48-2D1B-47BC-AE6B-A7EFB27BF406

- Resultar em exames desnecessários;
- Riscos com o uso de contraste;
- Atrasos no atendimento;
- Erro de diagnóstico;

9 – DOCUMENTOS RELACIONADOS

Campos a serem preenchidos no formulário para solicitação de tomografia com contraste (VIA SISS):

PREENCHIMENTO SOMENTE PARA TOMOGRAFIAS COM CONTRASTE.
TEMPO DE JEJUM DO PACIENTE (MINIMO ENTRE 4 E 6 HORAS) - INFORMAR O HORÁRIO QUE COMPLETARA O JEJUM:

PACIENTE DIABETICO:
SIM ( ) - (SUSPENDER METFORMINA POR 48 HORAS ANTES DO EXAME)
NÃO ( )

PACIENTE APRESENTA DISFUNÇÃO RENAL:
SIM ( )
NÃO ( )
AGUARDANDO ( )

PACIENTEA APRESENTA ALERGIA A IODO, PEIXE E CAMARÃO:
IODO ( )
PEIXE ( )
CAMARÃO ( )
NENHUMA ( )

10 - INDICADORES

Não se aplica.

11 - ANEXOS

Não se aplica.

12 – RFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. Committee on Trauma. ATLS® Advanced Trauma Life Support: Student Course Manual. 10th ed. Chicago: American College of Surgeons, 2018.

2. ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA (Coord.). Escolha com Cuidado Brasil. [S.l.]: AMB, [20--]. Disponível em: [Inserir URL do site oficial do projeto Escolha com Cuidado Brasil, se encontrado]. Acesso em: 04 maio

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 1C275E48-2D1B-47BC-AE6B-A7EFB27BF406

2025. (Nota: Verificar URL e ano de início do projeto)

3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Linha de cuidado do acidente vascular cerebral (AVC) na Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. (Nota: Verificar o documento e ano exatos da versão mais atual)

4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 665, de 12 de abril de 2012. Aprova diretrizes para organização da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. (Nota: Verificar se esta é a portaria mais relevante ou se há linhas de cuidado específicas publicadas posteriormente para Trauma)

5. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretriz de Dor Torácica na Sala de Emergência – [Ano da versão mais recente]. Arq Bras Cardiol, [Volume, número, páginas, mês, ano]. (Nota: Consultar e citar a versão mais atual publicada nos Arquivos Brasileiros de Cardiologia)

6. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretriz Brasileira de Embolia Pulmonar – [Ano da versão mais recente]. Arq Bras Cardiol, [Volume, número (Supl.), páginas, mês, ano]. (Nota: Consultar e citar a versão mais atual)

7. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretrizes Brasileiras de Doenças da Aorta – [Ano da versão mais recente]. Arq Bras Cardiol, [Volume, número (Supl.), páginas, mês, ano]. (Nota: Consultar e citar a versão mais atual)

DS CMDS

Rubrica LDNO

DS RC

Rubrica TSPD

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco - SBCD	UPA 24h UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
		ASSISTÊNCIA AO CORPO PÓS MORTE		
		Código:POP.UNS.ENF.037	Versão: 2	Página: 1 de 15

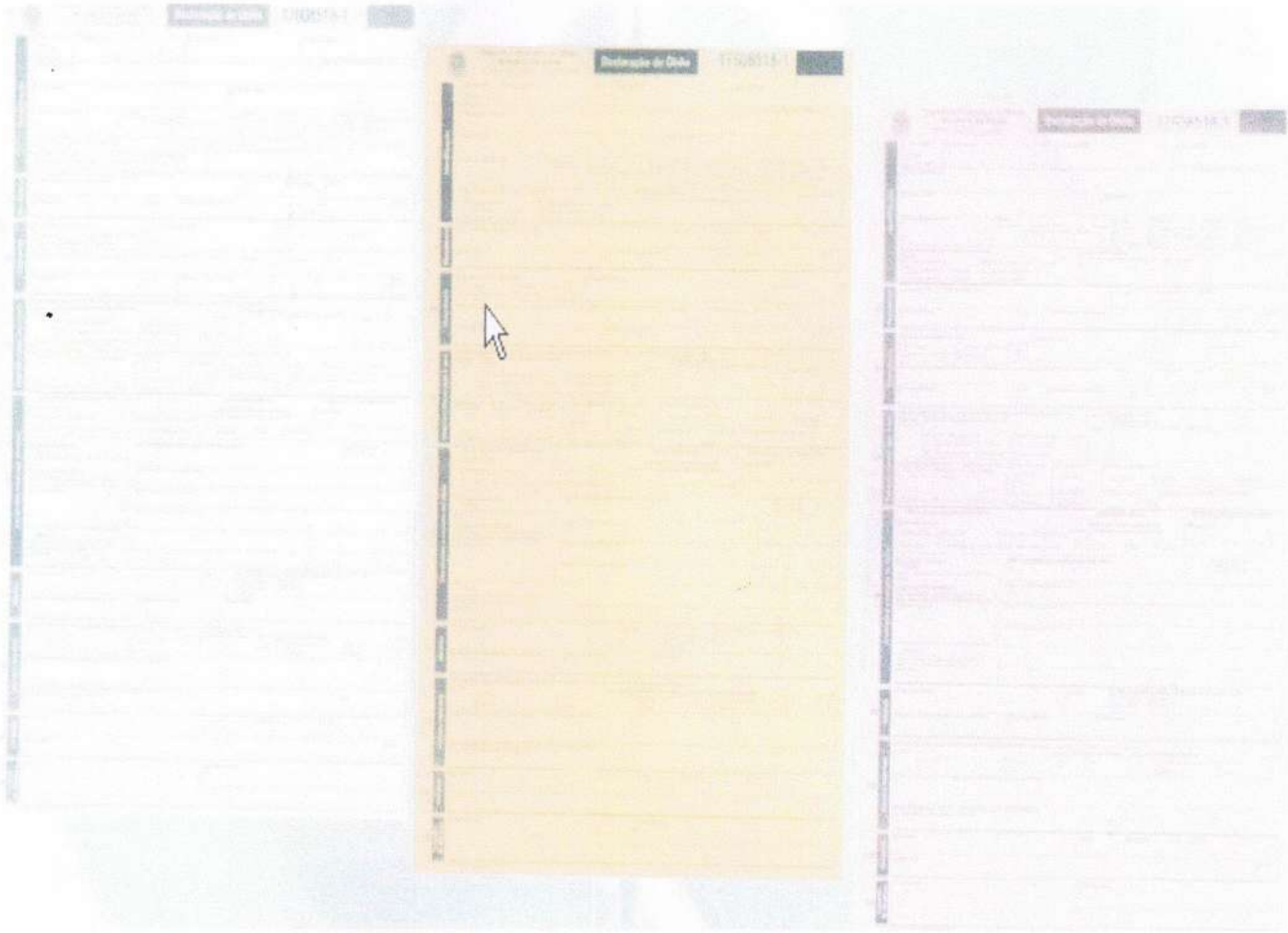
1. OBJETIVO

A morte deve ser compreendida como um aspecto natural do avanço de muitas doenças ou até da trajetória da própria vida. A partir desse novo olhar a ser construído, os profissionais inseridos no cuidado direto, devem estar preparados para prestar assistência com respeito ao pudor, a privacidade em todo ciclo vital, inclusive nas situações de morte e pós morte.

O Objetivo deste instrumento é descrever o processo de cuidado e encaminhamento do corpo quando situações de óbito.

2. DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, ANEXOS

ANEXO I -Declaração de óbito 3 Vias



ANEXO II - Registro de Declaração de Óbito

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

REGISTRO DE DECLARACÃO DE ÓBITO

PREENCHIMENTO COMPLETO E OBRIGAT6RIO

ÓBITO CONSTATADO NO PAM 7: ( ) SIM ( ) NÃO

AUTORIZADO A RETIRADA DA 0.0. POR:

NUMERO DA D.O.:

Data: HORÁRIO:

ENFERMEIRO RESPONSÁVEL:

NOME DO MÉDICO: CRM:

Assinatura e Carimbo Enfermeiro

Assinatura e Carimbo Médico

CAUSA DA MORTE:

PACIENTE:

DATA DE NASCIMENTO. IDADE:

ENDEREÇO:

TELEFONE: (TELEFONE: (

FAMILIAR RESPONSÁVEL:

FUNERÁRIA:

AGENTE FUNERÁRIO:

CPF:

Assinatura Agente Funerário

* É obrigatório o preenchimento dos dados de identificação do D O.
* A via ROSA da D.O. de permanecer fixada no livro, e não pode ocorrer a saida da unidade. *
Preencher as 2 vias da planilha de Registro da VIEP

ITU

ANEXO III - Requisição de Retirada de Declaração de óbito

UPA 24hs

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
NOSSA SENHORA APARECIDA

RETIRADA DE DECLARACÂO DE ÓBITO (D.O.)

Itu,_____de_____ de 20__.

_____

portador (a) do RG_____e CPF
_____funcionário da funerária
_____estou retirando uma
declaração de óbito de número _____para
preenchimento pelo médico do SVO de Itu do paciente
_____, comprometo-me
a devolver a via branca e rosa, após preenchimento.

_____ _____

Enfermeiro Plantonista Funcionário Funerária

ANEXO IV — Requisição de exame necroscópico SVO/IML

UPA 24hs

Sociedade Beneficente UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

REQUISIÇÃO DE EXAME NECROSCÓPICO

1ª VIA

FUNERÁRIA

INSTITUTO MÉDICO LEGAL (IML) - SOROCABA

INSTITUIÇ O:

DATA AÇÃO: _____/_____/_____. INTERNAÇÃO:

NOME DA VÍTIMA:

DIAGNÓSTICO:

ENCAMINHADO AO IML? QUAL MOTIVO?

( ) MORTE VIOLENTA (ACIDENTE, HOMICIDIO, SUICIDIO, ETC.).

( ) MORTE SUSPEITA (DETALHAMENTO DA SUSPEITA).

OBS: MORTE NATURAL SEM ASSISTENCIA MÉDICA, ECAMINHA AO S.V.O.

EXAMES COMPLEMENTARES RELEVANTES: RX, TC, RNM, ENDOSCOPIA, LABORATORIO (DESCREVER):

CIRURGIAS (RESUMO DOS PROCEDIMENTOS):

EM CASO DE LESÃO POR ARMA BRANCA OU ARMA DE FOGO:

AS INCISÕES FORAM SOBRE (ALTERARAM) OS ORIFÍCIOS DE ENTREDA E OU SAÍDA DA LESÃO? SIM ( ) NAO( ), DESCREVER AS LOCALIZAÇÕES ORIGINAIS ALTERADAS:

FORAM RECUPERADOS OS PROJÉTEIS: SIM ( ) NÃO ( ) (QUANTOS? REGIÕES ANATÓMICAS DE ONDE FORAM RETIRADAS:

QUAL O DESTINO DADO AOS PROJÉTEIS? {ENCAMINHAR À DELEGACIA DE POLÍCIA)

ENTREGUE À:

CARGO OCUPADO:

DATA: ___/___/___ HORÁRIO: ___:___.

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

3. EQUIPES RELACIONADAS

- Esse POP aplica-se a todos os colaboradores, setores e áreas envolvidas no processo do cuidado do corpo pós óbito da Upa Nossa Senhora Aparecida Itu/SP;
- Equipe Médica;
- Equipe de Enfermagem;
- Serviço Social;
- Equipe de Apoio.

4. DEFINIÇÕES E SIGLAS

- Equipe de Apoio: Profissional envolvido em alguma fase da prestação de serviços. Sendo o Controlador de Acesso. Tamponar. Cuidado dispensados ao corpo após a constatação médica do óbito, realizando o preenchimento das cavidades anatómicas com algodão. B.O: Boletim de Ocorrência;
- ECG: Eletrocardiograma;
- SVO: Serviço de Verificação de Óbito;
- IML: Instituto Médico Legal;
- EPIs: Equipamento de Proteção Individual

5. DESCRIÇÃO

6.1 Material

Não se aplica.

6.2 Descritivo passo a passo:

- Após a constatação médica do óbito, realizar os devidos encaminhamentos:

- Morte Natural (causa conhecida)
- A equipe de enfermagem deve realizar um ECG (eletrocardiograma) identificando e usuário, desligar os aparelhos e equipamentos;
- Todas as informações relacionadas à ocorrência do óbito deverão ser registradas no atendimento, de acordo com cada categoria (contemplando a hora e o nome do médico que constatou procedimentos realizados e medicações prescritas);
- A Equipe de Enfermagem ou Assistente Social deve disponibilizar ao médico os impressos adequados; O Médico deve realizar o preenchimento completo sem rasuras de Declaração de Óbito três vias.
- Aviso de Óbito: 1 ª via anexar ao corpo sobre o acondicionamento e a 2ª via deixar no prontuário.

- Declaração de Óbito: são três vias de cores diferentes:

1. Via Branca: permanecer na Upa Nossa Senhora Aparecida Itu/SP, e posterior encaminhada a Secretaria de Saúde;
2. Via Amarela: entregar para o agente funerário que a realizar a retirada, mediante preenchimento e assinatura da Guia de liberação do corpo e registro de Declaração de Óbito.
3. Via Rosa: permanecer Upa Nossa Senhora Aparecida Itu/SP, via de controle interno.

- Enfermeiro/Assistente Social realiza contato por telefone com a família e solicita comparecimento ao serviço com documento de identificação do paciente.
- Médico fará a notificação do óbito junto ao Enfermeiro/Assistente Social que farão o acolhimento da óbito no serviço de registro do paciente;
- Enfermeiro/Assistente Social orienta os familiares a registrar o óbito na Central de Óbitos do município e providenciar a funerária; Toda Equipe deve permitir e respeitar o momento de despedida dos familiares elou rituais religiosos;
- Cabe a Equipe de Enfermagem realizar o preparo do corpo: Deve reunir o material próximo ao paciente, utilizar família;
- Enfermeiro/Assistente Social orienta os familiares para registrar os dados finais na declaração de
- os EPIS padrão, posicionar o corpo em decúbito dorsal com braços paralelo ao corpo, retirar sondas ou drenos se houver, ocluir curativos, realizar o tamponamento com pinça, algodão e esparadrapo, se necessário colocar próteses, cerrar os olhos e fechar a boca e colocar coxim abaixo da mandíbula, acondicionar em recipiente específico (saco de óbito), anexar sobre o corpo uma via do Registro de Declaração de óbito preenchida;
- Caso tiver disponível a vestimenta, já realizar a troca, posicionar região dorsal das mãos juntas, acima da região epigástrica;
- Encaminhar para a conservadora ou área de guarda de corpos e manter o local reservado com controle de acesso; A Equipe de Enfermagem deve retirar as

roupas de cama, higienizar os equipamentos, a régua de gases, reservar os pertences do paciente e disponibilizar à família assim que possível;

- Enfermeiro solicita desinfecção terminal do leito e após disponibiliza para nova admissão;
- A Equipe de Enfermagem libera a retirada do cadáver pela a funerária mediante a entrega da Guia de Liberação de corpo - Registro de Declaração de óbito (CONFORME ANEXO II), emitida pela Central de Óbitos do município, checa o nome do falecido com cópia do B.O. e documento de identificação no corpo, colhendo a assinatura do profissional da funerária, acompanha a retirada do corpo na unidade.
- Solicita junto à equipe de higiene a limpeza terminal da sala de guarda de corpos.

Morte Causa Desconhecida

- A equipe de enfermagem deve realizar um ECG (eletrocardiograma) identificando e anexando ao prontuário do usuário, desligar os aparelhos e equipamentos;
- Todas as informações relacionadas à ocorrência do óbito deverão ser registradas no Prontuário ou Ficha de Atendimento, de acordo com cada categoria (contemplando a hora e o nome do médico que constatou o óbito, descrever procedimentos realizados e medicações prescritas);
- A Equipe de Enfermagem ou Assistente Social deve disponibilizar ao médico os impressos adequados;
- O Médico deve realizar o preenchimento completo sem rasuras do impresso Requisição de Exame Necroscópico SVO/IML (CONFORME ANEXO III) 02 vias: 1ª via familiar, 2ª via anexar ao prontuário;
- Enfermeiro/Assistente Social realiza contato por telefone com a família e solicita comparecimento ao serviço com documento de identificação do paciente.

- Médico fará a notificação do óbito junto ao Enfermeiro/Assistente Social que farão o acolhimento da família;
- ITU não dispõe de SVO público, devendo o SVO ser solicitado e arcado com as custas pela família, se necessário. Resolução do CFM nº 1.779/2005 define que na ausência de SVO, o médico mais próximo deve realizar a D.O. Caso seja necessário encaminhar ao SVO - Enfermeiro/Assistente Social orienta os familiares a se dirigir a delegacia mais próxima para registro de um Boletim de Ocorrência (B.O), munido de documento próprio e do família falecido, contatar uma funerária, via Central de Óbitos do município, que encaminhará o cadáver para o SVO Toda Equipe deve permitir e respeitar o momento de despedida dos familiares elou rituais religiosos;
- Enfermeiro deve comunicar o óbito para Serviço de Verificação de óbito (SVO) para necropsia IML- Instituto Médico Legal, Rua Sylvio Campolim, 545, Jd. América - Sorocaba, no tel.: (15) 322122.
- Cabe a Equipe de Enfermagem realizar o preparo do corpo: Deve reunir o material próximo ao paciente, utilizar os EPIS padrão, posicionar o corpo em decúbito dorsal com braços paralelo ao corpo, retirar sondas ou drenos se houver, curativos, NÃO REALIZAR A TÉCNICA DE TAMPONAMENTO, retirar próteses (lançar no livro de pertences), acondicionar em recipiente específico (saco de óbito), anexar sobre o corpo uma via do Aviso de Óbito preenchida;
- Encaminhar para a conservadora ou área de guarda de corpos e manter o local reservado com controle de acesso; A Equipe de Enfermagem deve retirar as roupas de cama, higienizar os equipamentos, a régua de gases, reservar os pertences do paciente, disponibilizar à família assim que possível;
- Enfermeiro solicita desinfecção terminal do leito e após disponibiliza para nova admissão;
- A Equipe de Enfermagem libera a retirada do cadáver pela a funerária mediante a entrega da Guia de Liberação de corpo - Registro de Declaração de óbito, emitida

pela Central de Óbitos do município, checa o nome do falecido com cópia do B.O. e documento de identificação no corpo, colhendo a assinatura do profissional da funerária, acompanha a retirada do corpo e realiza anotação da retirada em Livro de controle de Óbitos da Instituição. Solicita junto à equipe de higiene a limpeza terminal da sala de guarda de corpos.

Morte Causa Externa

- A equipe de enfermagem deve realizar um ECG (eletrocardiograma) identificando e anexando ao prontuário do usuário, desligar os aparelhos e equipamentos;
- Todas as informações relacionadas à ocorrência do óbito deverão ser registradas no Prontuário ou Ficha de Atendimento, de acordo com cada categoria (contemplando a hora e o nome do médico que constatou o óbito, descrever procedimentos realizados e medicações prescritas);
- A Equipe de Enfermagem ou Assistente Social deve disponibilizar ao médico os impressos adequados;
- O Médico deve realizar o preenchimento completo sem rasuras do impresso Requisição de Exame necroscópico SVO/IML (CONFORME ANEXO IV) 02 vias: 1ª via familiar? via anexar ao prontuário;
- Enfermeiro/Assistente Social realiza contato por telefone com a família e solicita comparecimento ao serviço com documento de identificação do paciente.
- Médico fará a notificação do óbito junto ao Enfermeiro/Assistente Social que farão o acolhimento da família;
- ITU não dispõe de SVO público, devendo o SVO ser solicitado e arcado com as custas pela família se necessárias; Resolução do CFM nº 1.779/2005 define que na ausência de SVO o médico mais próximo deve realizar a D.O.
- Enfermeiro/Assistente Social deve comunicar o óbito na Delegacia Seccional de Polícia de Itu, no tel.: (11) 40222444 para análise se causa violenta;

- Em casos de morte violenta ou decorrente de morte violenta, o médico realizará uma carta ao delegado explicando o caso justificando a solicitação de IML. Quem definirá se irá ou não ao IML será o delegado de plantão.

- Após definição, Enfermeiro/Assistente Social deve comunicar Serviço de Verificação de Óbito (SVO) para necropsia, IML- Instituto Médico Legal, Rua: Sylvio Campolim, 5045, Jd. América - Sorocaba, no tel.: (15) 3221-2927.
- Enfermeiro/Assistente Social orienta os familiares a se dirigir a delegacia mais próxima para registo de um Boletim de Ocorrência (B.O), munido de documento próprio e do familiar falecido, contatar uma funerária, via Central Óbitos do município, que encaminhará o cadáver para o SVO;
- Toda Equipe deve permitir e respeitar o momento de despedida dos familiares elou rituais religiosos;
- Cabe a Equipe de Enfermagem realizar o preparo do corpo: Deve reunir o material próximo ao paciente, utilizar EPIS padrão, posicionar o corpo em decúbito dorsal com braços paralelo ao corpo, retirar sondas ou drenos houver, curativos, NÃO REALIZAR A TÉCNICA DE TAMPONAMENTO, retirar próteses (relatar a entrega dos pertences), acondicionar em recipiente específico (saco de óbito), anexar sobre o corpo identificação do paciente.
- Encaminhar para a conservadora ou área de guarda de corpos e manter o local reservado com controle de acesso; A Equipe de Enfermagem deve retirar as roupas de cama, higienizar os equipamentos, a régua de gases, reservar os pertences do paciente e disponibilizar à família assim que possível;
- Enfermeiro solicita desinfecção terminal do leito e após disponibiliza para nova admissão;
- A Equipe de Enfermagem libera a retirada do cadáver pela a funerária mediante a entrega da Guia de Liberação de corpo - Registro de Declaração de óbito (CONFORME ANEXO II), emitida pela Central de Óbitos do município, checa o

nome do falecido com cópia do B.O. e documento de identificação no corpo, colhendo a assinatura profissional da funerária, acompanha a retirada do corpo.

- Solicitar junto à equipe de higiene a limpeza terminal da sala de guarda de corpos.

Cuidados Específicos nos casos suspeitos ou confirmados de COVID-19

- Durante os cuidados com corpos de casos suspeitos ou confirmados de COVID-19, devem estar presentes no quarto ou qualquer outra área apenas os profissionais estritamente necessários (todos com EPI). Os EPIS recomendados para toda a equipe que maneja os corpos nessa etapa são: Gorro; óculos de proteção ou proteção facial; avental impermeável de manga comprida; máscara cirúrgica (se for necessário realizar procedimentos q geram aerossol, como extubação ou coleta de amostras respiratórias, usar N95, PFF2 ou equivalente); luvas (usar luvas nitrílicas para o manuseio durante todo o procedimento), botas impermeáveis.
- Remover os tubos, drenos e cateteres do corpo com cuidado, devido a possibilidade de contato com os fluidos corporais. 0 descarte de todo o material e rouparia deve ser feito imediatamente e em local adequado.
- Higienizar e tapar/bloquear os orifícios de drenagem de feridas e punção de cateter com cobertura impermeável. Limpar as secreções nos orifícios orais e nasais com compressas. Tapar/bloquear orifícios naturais (boca, nariz, ouvido, ânus) para evitar extravasamento de fluidos corporais. Limitar o reconhecimento do corpo a um único familiar/responsável. Sugere-se que não haja contato direto entre o familiar/responsável e o corpo, mantendo uma distância de dois metros entre eles. Quando houver necessidade de aproximação, o familiar/responsável deverá fazer uso de máscara cirúrgica, luvas e aventais de proteção. Durante a embalagem, que deve ocorrer no local de ocorrência do óbito, manipular o corpo o mínimo possível, evitando procedimentos que gerem gases ou extravasamento de fluidos corpóreos. Preferencialmente, identificar o corpo com nome, número do prontuário, número do Cartão Nacional de Saúde (CNS), data de nascimento, nome da mãe e CPF, utilizando esparadrapo, com letras legíveis, fixado na região torácica. É essencial

descrever no prontuário dados acerca de todos os sinais externos e marcas de nascença/tatuagens, órteses, próteses que possam identificar o corpo. Quando possível, a embalagem do corpo deve seguir três camadas:

1 ª: enrolar o corpo com lençóis;

2ª: colocar o corpo em saco impermeável próprio (esse deve impedir que haja vazamento de fluidos corpóreos); 3: colocar o corpo em um segundo saco (externo) e desinfetar com álcool a 70%, solução clorada 0,5% a 1% ou outro saneante regularizado pela Anvisa, compatível com o material do saco (colocar etiqueta com identificação do falecido). Identificar o saco externo de PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS PROT- Critérios Diagnósticos e Tratamento - COVID 19 REV. 0 Pág. 28 / 33 transporte com informação relativa ao risco biológico: COVID-19, agente biológico classe de risco 3. O corpo deve ser retirado diretamente do quarto. Se utilizar maca de remoção, desinfetar maca de remoção com álcool a 70%, solução clorada 0,5% a 1% ou outro saneante regularizado pela Anvisa. Após lacrada, a urna não deverá ser aberta. Os profissionais que atuam no transporte, guarda e alocação do corpo no caixão também devem adotar as medidas de precaução, aqui expostas, até o fechamento do caixão. O serviço funerário/transporte deve ser informado de que se trata de vítima de COVID-19, agente biológico classe de risco 3. Após a manipulação do corpo, retirar e descartar luvas, máscara, avental (se descartável) em lixo infectante. Higienizar as mãos antes e após o preparo do corpo, com água e sabão. Não é necessário veíc especial para transporte do corpo. Não há necessidade de uso de EPI por parte dos motoristas dos veículos q transportarão o caixão com o corpo. 0 mesmo se aplica aos familiares que acompanharão o traslado, considerando que eles não manusearão o corpo. Caso o motorista venha a manusear o corpo, devem ser observados todos os cuidados apontados anteriormente.

5. Riscos inerentes à técnica

- Risco de queda do corpo;
- Extravasamento de fluídos corporais;
- Identificação errada do corpo;
- Encaminhamentos equivocados;
- Falta do cumprimento do POP.

6. Indicadores relacionados

- Atender as necessidades biopsicosocioespirituais, mantendo elou restaurando a dignidade do corpo em todos os âmbitos da vida. Através de um processo sistematizado, garantindo assistência adequada e humanizada.
- Supervisão da Assistência;
- Registrar não conformidades caso ocorra alguma intercorrência.
- Treinamentos Contínuos;
- Atualização do POP sempre que necessário.

7. Fluxograma

Não se aplica

8. Referências bibliográficas

Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem CEPE, artigo 19, Resolução COFEN n.56412017;

Orientações, fundamentos e cuidados com o corpo pós morte. Câmera Técnica COREN N.21, 02/2017;

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Diretrizes para Diagnóstico e Tratamento da COVID-19. Versão 1. 6 de abril de 2020.

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco - SBCD	UPA 24h UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
		ASSISTÊNCIA AO CORPO PÓS MORTE		
		Código:POP.UNS.ENF.037	Versão: 2	Página: 15 de 15

10. HISTÓRICO DO DOCUMENTO

Data elaboração: 05/2020

Elaborado
Eva Vilma Garcia
Supervisora do 192

Aprovado
Dr. Vinicius Andriolo
Diretor Técnico

Vencimento: 03/2025

Número da Revisão	Data da Revisão	Responsável pela Revisão	Descrição do que foi revisado
02	03/2023	Tatiana Cassani de Oliviera	Descritivo passo a passo

ASSINATURAS E CARIMBOS

Elaborado	Verificador	Aprovado
EVA VILMA GARCIA Supervisora de Enfermagem COREN 557354 SBCD Eva Vilma Garcia Supervisora do 192	ALESSANDRA PENTEADO BIANCO Supervisora Assistencial COREN-SP 104146 UPA 24h SBCD Alessandra Penteado Bianco Supervisora de Enfermagem	Dr. Vinicius Andriolo CRM/SP – 170.084 Diretor Técnico UPA 24h – N. Sra. Aparecida – SBCD Dr. Vinicius Andriolo Diretor Técnico
Revisado Tatiana Cassani Enfermeira COREN/SP 354035 Tatiana Cassani de Oliveira Enfermeira Líder		