Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

CHAMAMENTO PÚBLICO

Nº 004/2025

PROCESSO ADMINISTRATIVO

Nº 15365/2025

SES-SERGIPE

"Gerenciamento, Operacionalização e a Execução das ações e serviços de saúde na Unidade de Pronto Atendimento São Vicente de Paulo (UPA), em Tobias Barreto.

DS

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

Sumário

INTRODUÇÃO 7

1.1 INTRODUÇÃO DO PLANO DE TRABALHO 7

1.1.1 DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO 10

1.2 IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE 13

1.3 CARTA DE APRESENTAÇÃO 14

1.4 BREVE HISTÓRICO DA INSTITUIÇÃO 16

1.5 MISSÃO E VALORES 25

1.6 ORGANOGRAMA INSTITUCIONAL 26

1.7 QUALIDADE E ACREDITAÇÃO 27

1.8 Certificação CEBAS 30

TÍTULO DO PLANO DE TRABALHO 35

F1. ORGANIZAÇÃO DA ATIVIDADE ASSISTENCIAL DAS UNIDADES 36

MODELO GERENCIAL 36

1.Caracterização da Atividade Assistencial das Unidades 36

2.Estratégias para o Sucesso da Implantação 37

3.Modelos e Certificações de Qualidade Adotados 39

4.Indicadores de Impacto Propostos 41

5.Ferramentas e Instrumentos de Modernização Gerencial 44

6.Modelo de Relacionamento com a SES 47

7.Limites de Resp. do Parceiro no Processo de Publicização 49

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

8.Modelo de Regulação Assistencial 51

9.Transporte Inter-Hospitalar dos Pacientes da Unidade 53

10.Cronograma de Imp. e Funcionamento Pleno da Unidade 55

11.Gestão da Informação (TICs) 59

12.Gerenciamento Eletrônico de Prontuários 62

13.Descrição da Organização de Serviços 64

14.Recursos Humanos por Categoria/Profissional 67

15.Sistema de Qualificação Profissional 70

16.Remuneração e Uniformização da Equipe 72

17.Informações Complementares e Programas de Qualidade 74

IMPLANTAÇÃO DOS FLUXOS 77

1.Fluxos Operacionais – Circulação 77

2.Fluxo Unidirecional para Materiais Esterilizados 81

3.Fluxo Unidirecional para Roupas 85

4.Fluxo Unidirecional de Resíduos de Saúde 91

5.Considerações Finais sobre Fluxos Operacionais 98

IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO 100

1.Proposta para Regimento Interno 100

2.Proposta para Regimento do Corpo Clínico 103

3.Proposta para Regimento do Serviço de Enfermagem 108

4.Implantação de Registros Eletrônico 112

Conclusão – Implantação da Gestão Institucional 114

IMPLANTAÇÃO DOS PROCESSOS 116

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

1.Proposta de Integração Gerencial das Unidades 116

2.Proposta de Manual de Rotinas Administrativas 122

3.Proposta de Manual de Rotinas de Adm. Financeira 125

4.Proposta de Manual de Rotinas – Almox. e Patrimônio 135

5.Conclusão – Implantação dos Processos..... 138

F2. QUALIDADE OBJETIVA..... 140

COMISSÕES 140

1.Comissões em UPAS: Instrumentos de Governança 140

2.Comissão de Revisão de Prontuários 143

3.Comissão de Verificação de Óbitos 155

4.Comissão de Ética Médica 166

5.Comissão de Ética em Enfermagem..... 176

6.Comissão de Controle de infecção Hospitalar 185

7.Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA..... 196

8.SESMT..... 206

9.Comissão de Farmácia e Terapêutica 213

10.Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde..... 219

11.Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)..... 227

12.Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar..... 237

13.Núcleo Interno de Regulação (NIR) 242

14.Comissão de Análise de Óbitos Maternos..... 248

15.Outras Comissões..... 256

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

ACCR – Acolhimento e Classificação de Risco 263

PROTOCOLO CLÍNICOS CONFORME PERFIL DAS UNIDADES 281

PROTOCOLOS CLÍNICOS – ACLS E BLS 297

OUTRAS INICIATIVAS E PROGRAMAS DE QUALIDADE..... 317

F3. QUALIDADE SUBJETIVA..... 360

Percepção do Usuário ao Passar Pela Unidade 360

1.Estrutura de Informação aos Usuários 360

2.Como Pesquisará a Opinião ou Nível de Satisfação..... 367

3.Desenvolvimento do Programa de Humanização 371

F4. QUALIDADE TÉCNICA..... 377

EXPERIÊNCIA ANTERIOR 377

1.Contrato de Gestão de Unidades Hospitalares 377

2.Experiência em Hospital Filantrópico 466

3.Experiência em Gestão de UPA 511

ESTRUTURA DIRETIVA DA UNIDADE 523

1.Estrutura Diretiva 523

2.Organograma..... 571

ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS..... 577

1.Organização das Diferentes Clínicas 577

2.Estrutura de Chefia 581

3.Horários de Atividades de Urgências..... 583

4.Salas de Cirurgia..... 584

5.Unidades de Internação (Enfermaria)..... 588

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

6.Compatibilização da Proposta 592

7.Descrição de Contra-Referência 596

ORGANIZAÇÃO – SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS..... 600

RESPONSABILIDADE SOCIAL..... 603

ORGANIZAÇÃO – RECURSOS HUMANOS 606

F5. ALOCAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS 621

ALOCAÇÃO POR TIPO DE DESPESA 626

ALOCAÇÃO – ATIVIDADES DE SEGURANÇA..... 628

F6. METODOLOGIA DA PROPOSTA..... 629

1.Atendimento aos Pontos do Roteiro 629

2.Apresentação de Proposta Concisa e Objetiva..... 632

3.Estratégias de Implantação e Implementação..... 633

ANEXO I – NORMATIVOS TÉCNICOS E GERENCIAIS 636

ANEXO II – INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES AO PLANO DE TRABALHO..... 2270

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

INTRODUÇÃO

1.1 INTRODUÇÃO DO PLANO DE TRABALHO

A Sociedade Beneficente Caminho de Damasco (SBCD), entidade filantrópica sem fins lucrativos qualificada como Organização Social na área da saúde no Estado de Sergipe, pela Lei 9.298/23, apresenta este Plano de Trabalho com o objetivo de participar do Chamamento Público nº 004/2025, promovido pela Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe. Almeja-se, com esta proposta, a contratação para o gerenciamento, a operacionalização e a execução dos serviços de saúde prestados na Unidade de Pronto Atendimento São Vicente de Paulo, CNES 2546116, localizada na Ru João Alves Filho, 22 – Centro – Tobias Barreto/SE.

A missão da SBCD é **oferecer soluções em saúde pública por meio de uma gestão ética, transparente e eficiente, centrada na humanização do cuidado e na melhoria dos indicadores de saúde da população assistida**. Com larga experiência em projetos de atenção primária e vigilância em saúde, a instituição atua na organização de serviços que valorizam o trabalho em equipe multidisciplinar, a qualificação permanente dos profissionais, o uso racional dos recursos e a escuta ativa das comunidades.

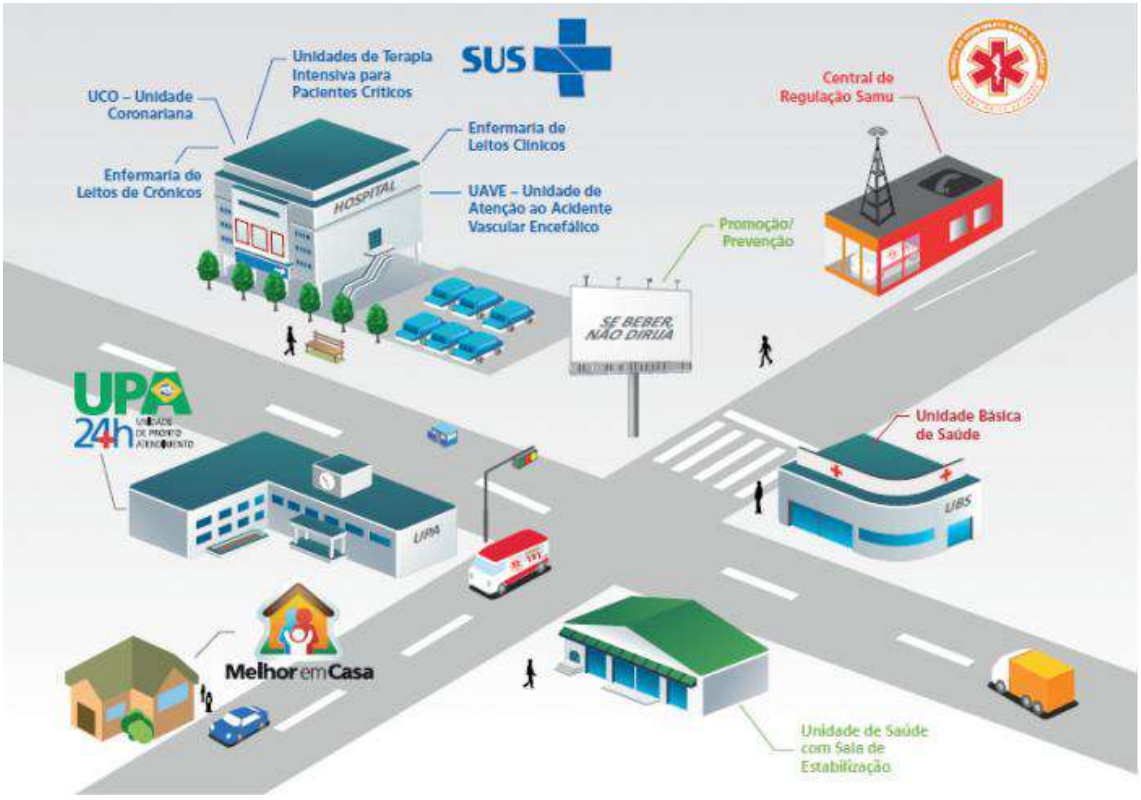
A organização dos serviços de saúde voltados para situações de urgência e emergência no âmbito do SUS, visa assegurar ao cidadão um atendimento ágil, eficiente e acolhedor, especialmente nos momentos de maior vulnerabilidade. Nesse contexto, foi estruturada uma rede integrada com o propósito de fortalecer o acesso universal e contínuo, promovendo respostas rápidas e qualificadas às necessidades da população em geral.

Essa rede é formada por diversos pontos de atenção – como as Centrais de Regulação, o SAMU 192, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h), as Salas de Estabilização, as UBS e os Hospitais. A articulação entre esses

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

componentes é fundamental para garantir o fluxo adequado de pacientes, reduzindo complicações, agravamentos e óbitos evitáveis.

A implantação desse modelo pressupõe uma lógica de cuidado em rede, com protocolos bem definidos para o direcionamento dos usuários à estrutura assistencial mais apropriada, considerando a gravidade e a natureza do agravo apresentado. Trata-se de uma estratégia que visa maximizar a efetividade da assistência, encurtar o tempo entre o início do atendimento e a resolução do caso, além de potencializar os recursos disponíveis em cada território.



Fonte: https://redehumanizasus.net/94878-rede-de-urgencia-e-emergencia/

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

Para garantir a efetividade da rede de atenção às urgências, é essencial estabelecer mecanismos de comunicação e coordenação entre os diferentes serviços envolvidos. Por meio desse diálogo constante, é possível definir previamente qual equipe será mobilizada, assegurando resposta rápida, racionalidade no uso das forças de emergência e melhor organização do atendimento no local da ocorrência.

A UPA – São Vicente de Paulo, desempenha papel fundamental como a principal referência de urgência e emergência em toda a região do Vale do Rio real – atendendo não apenas Tobias Barreto, mas também os municípios de Itabaianinha, Tomar do Geru, Poço Verde e Cristinápolis. Com funcionamento ininterrupto, 24 horas por dia, sete dias por semana, a UPA dispõe de estrutura robusta, incluindo sala de estabilização, isolamento, observação pediátrica, salas específicas para pacientes masculinos e femininos, além de serviço de soroterapia, medicação, raio-x, ECG, exames laboratoriais e suturas.

Entre janeiro e outubro de 2024, foram registrados 38.140 atendimentos, realizados 9.478 exames laboratoriais, 5.477 radiografias e 412 suturas – média superior a 3.000 atendimentos por mês. Para aprimorar ainda mais a qualidade dos serviços, o Governo do Estado investiu mais de R$ 500 mil reais na modernização do parque tecnológico e na reforma do mobiliário, incluindo digitalização de imagens, novos leitos elétricos, cadeiras e sistemas de ar condicionado.

Com base nesse cenário de consolidação, o presente plano de trabalho visa estruturar ações específicas para gerenciar e potencializar a UPA, garantindo atendimento ágil, humanizado e resolutivo à população da região.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

1.1.1 DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO

O cenário epidemiológico da região de Tobias Barreto reforça a importância da atuação estratégica da Unidade de Pronto Atendimento (UPA), diante do perfil de morbimortalidade local. Entre os principais agravos em destaque estão as arboviroses, como a dengue, que em 2025 já resultou em óbitos no município, incluindo o caso de uma criança, evidenciando a necessidade de vigilância constante e resposta rápida. Além disso, observa-se crescimento no número de casos de infecções sexualmente transmissíveis, como HIV e sífilis, o que tem demandado intensificação nas ações de prevenção e testagem.

No contexto pós-pandêmico, a COVID-19 apresenta queda acentuada no número de casos e óbitos, reflexo da ampla cobertura vacinal, mas a manutenção de protocolos de triagem e monitoramento continua sendo fundamental. Diante desses indicadores, o plano de trabalho considera ações articuladas de vigilância em saúde, promoção, prevenção e qualificação do atendimento, fortalecendo o papel da UPA como eixo estratégico na rede de atenção às urgências no Vale do Rio Real.

Indicadores Epidemiológicos – Tobias Barreto (SE)

Indicador	Dados
COVID-19 (2020–2023)	360.369 casos e 6.504 óbitos em SE; taxa de 15.677,1 casos e 282,9 óbitos por 100 mil hab.
COVID-19 em Tobias Barreto (2021–2023)	2.861 casos e 52 óbitos (2021), 1.166 casos e 12 óbitos (2022), 24 casos e 0 óbitos (2023)
Dengue (2025)	4 óbitos em SE, incluindo uma criança em Tobias Barreto
DSTs (HIV/Sífilis) – 2025	Crescimento significativo nos casos suspeitos e confirmados em 2025

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

Diante do perfil epidemiológico da região, do volume expressivo de atendimentos e da posição de referência da UPA São Vicente de Paulo para os municípios do Vale do Rio Real, torna-se imprescindível a adoção de ações estratégicas que fortaleçam a resposta assistencial, a vigilância em saúde e a gestão eficiente dos recursos.

As medidas a seguir foram delineadas com base nos principais desafios identificados, nos dados epidemiológicos mais recentes e nas necessidades operacionais observadas na rotina da unidade. O foco das ações está na qualificação do atendimento, ampliação da resolutividade clínica, promoção da saúde, prevenção de agravos e articulação com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde.

Essas iniciativas buscam garantir um serviço humanizado, seguro, oportuno e alinhado às diretrizes do SUS, contribuindo para a melhoria contínua do cuidado prestado à população tobiense e dos municípios vizinhos:

Monitoramento contínuo

- Integrar os dados de COVID, dengue e DSTs via DATASUS e Painéis SES para identificar surtos, tendências e áreas vulneráveis.
- Estabelecer um fluxo de informação entre UPA, SES estadual e municipal para conexão em tempo real.

Integração de ações na UPA

- Implementar protocolos de triagem diferenciada: febris (COVID/dengue), sintomas respiratórios, sinais de DSTs.
- Garantir disponibilidade contínua de testes rápidos (raio-x, sorologia, exames laboratoriais).

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

Prevenção e educação em saúde

- Apoiar campanhas comunitárias sobre dengue e DSTs, promovendo ações integradas da UPA com UBS e agentes comunitários.
- Registrar dados de participação e impacto dessas ações.

Capacitação e recursos

- Treinamento dos profissionais da UPA para reconhecimento precoce e manejo de casos suspeitos/confirmados.
- Solicitar equipamentos e insumos (kits de dengue, testes rápidos, sorologia) conforme demanda epidemiológica.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

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	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	

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

1.3 CARTA DE APRESENTAÇÃO

A Sociedade Brasileira Caminho de Damasco (**SBCD**), Organização Social de Saúde devidamente habilitada pelo Estado de Sergipe 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 e Proposta Financeira** para a celebração de um **Contrato de Gestão** com o objetivo de **Gerenciar, Operacionalizar e Executar as Ações e Serviços de Saúde na Unidade de Pronto Atendimento São Vicente de Paulo – CNES 2546116, localizada na Rua João Alves Filho, 22 – Centro – Tobias Barreto/SE.**

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 Sergipe.** 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,**

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

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 continua 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 geridas. 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 da SMS.

Assim, estamos prontos a demonstrar nossa **experiência, competência e comprometimento** em garantir a **excelência na gestão da UPA São Vicente de Paulo**, contribuindo para a **melhoria continua 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 nas unidades de saúde objeto deste Chamamento Público.**

DocuSigned by:
Luis Antonio Picerni Herce
64F8CD58A0FC4C1...

LUIS ANTONIO PICERNI HERCE
PRESIDENTE

DS

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

1.4 BREVE HISTÓRICO DA INSTITUIÇÃO

Nesses mais de 85 anos, a Sociedade Brasileira Caminho de Damasco (SBCD) tem se mostrado uma grande parceira do poder público no desenvolvimento de diversos projetos de atenção em saúde. Atuando com um modelo de gestão regionalizado e baseado em linhas de cuidados integrais, a SBCD realiza um modelo assistencial humanizado, centrado na pessoa, na família e na comunidade. Nossas ações de atenção à saúde são baseadas em evidencias científicas, análise de cenários, perfis epidemiológicos e oportunidades de inovação.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

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

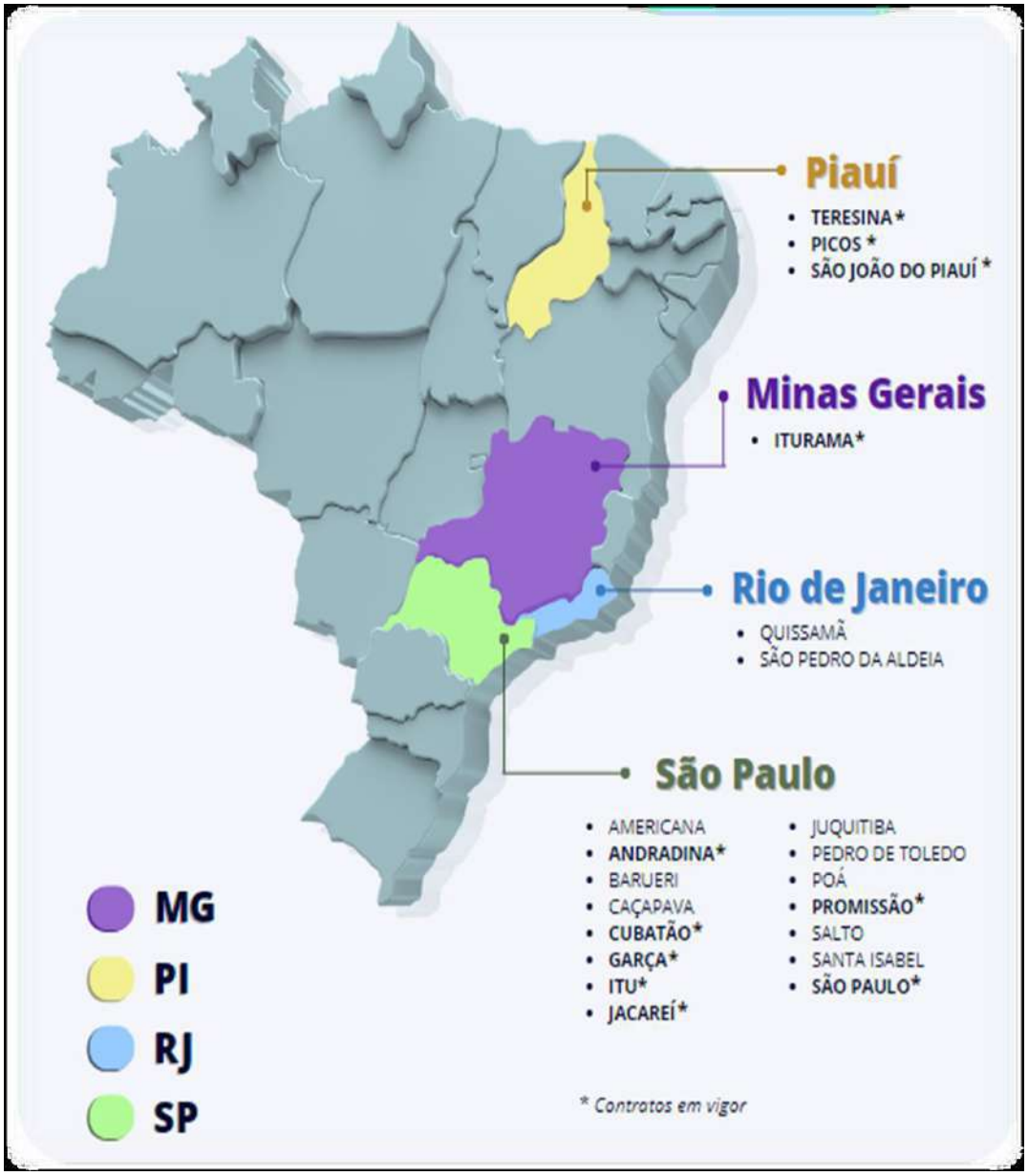
PRODUZIDO POR ABRIL BRANDED CONTENT

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

A SBCD possui contratos de gestão e convênios firmados com o poder público que permitem à sua equipe, apresentar soluções técnicas inovadoras, atendendo às necessidades locais e regionais. As ações incluem promoção e prevenção em saúde, redução de agravos e reabilitação da saúde da população.

MAPA DE ATUAÇÃO

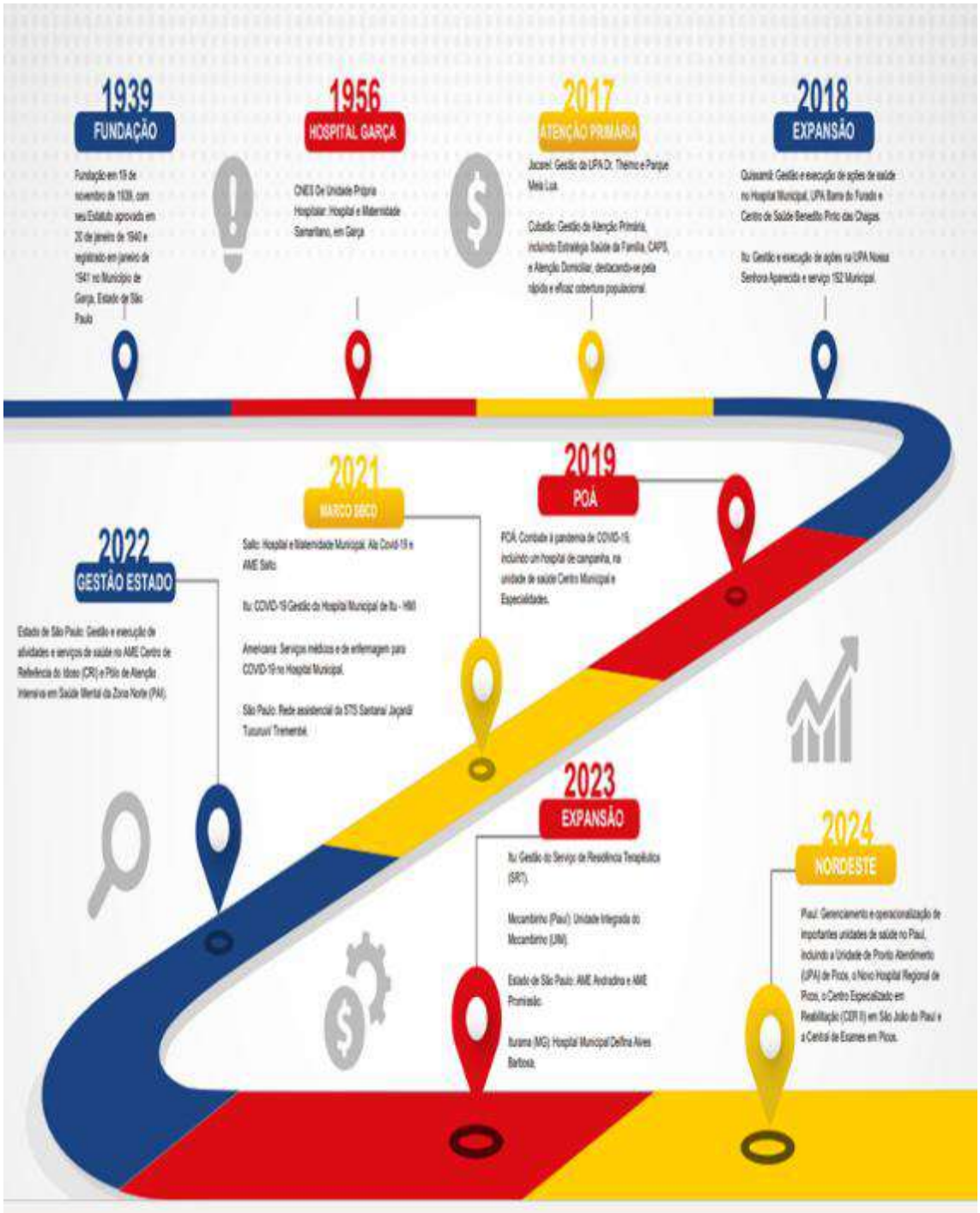


Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

A instituição valoriza a dimensão participativa na gestão, desenvolvendo um trabalho de excelência, envolvendo colaboradores, a comunidade e a rede de atenção à saúde loco-regional. Situações são analisadas, decisões são tomadas e ações são realizadas em conjunto, sempre baseadas nas diretrizes do gestor público. Desta forma, todos os envolvidos participam do processo decisório, compartilhando méritos e responsabilidades.

A história institucional da SBCD remonta ao seu surgimento em 1939, na cidade de Garça, Estado de São Paulo. Originada de um movimento solidário, a SBCD inicialmente apoia a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) dos Pobres, expandindo-se posteriormente para se tornar o **Hospital em Maternidade Samaritano.** Formalmente estabelecida com seu Estatuto aprovado em 1940 e registrado em 1941, a SBCD se compromete a oferecer serviços de saúde gratuitos à população, consolidando-se como uma instituição filantrópica essencial.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA



Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

A SBCD se dedica à comunicação e divulgação de projetos e conquistas. A instituição possui um boletim informativo e um podcast quinzenal, o “Fala SBCD”, que traz informações relevantes sobre inovação em saúde, gerenciamento de carreira e acontecimentos. Esses canais de comunicação são essenciais para manter a transparência e alinhar o trabalho realizado aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).



Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Boletim Informativo SBCD – abril/25[1]



4 JORNAL DA SBCD Abril de 2025

DESTAQUE

SBCD amplia presença no país e fortalece rede de atendimento em saúde

A Sociedade Brasileira Caminho de Damasco (SBCD) vem consolidando sua atuação nacional, com presença efetiva em 11 municípios e qualificação em 66 cidades distribuídas por 7 estados. São mais de 4,5 milhões de atendimentos realizados anualmente, refletindo o compromisso com o acesso e a continuidade do cuidado em saúde. A organização administra uma rede composta por hospitais, ambulatórios, unidades básicas e serviços especializados, com 105 unidades sob gestão e mais de 8 mil colaboradores. O crescimento sustentável da SBCD se traduz em capacidade de atuar de forma integrada nas diferentes frentes do SUS, apoiando os municípios e ampliando o cuidado à população brasileira.

* DADOS DE ABRIL 2025

4,5 milhões de atendimentos anuais

105 unidades

7 hospitais

5 ambulatórios

83 Equipes de Saúde da Família

515 Leitos

8 Urgência e Emergência

1 Ambulatório de Especialidades (Teleatendimento)

8.168 Colaboradores

Desses:
6.220 CLTs
110 em nível gerencial
1.000 médicos

Gestão de mais de R$ **87** milhões de recursos públicos mensalmente

Qualificada em **66** & **7** Municípios Estados

*Qualificação específica para 2 unidades no RJ

SBCD ESTÁ PRESENTE EM 11 MUNICÍPIOS

SÃO 19 CONTRATOS EM VIGOR

SÃO PAULO
- São Paulo
- Jacareí
- Cubatão
- Itu
- Garça
- Andradina
- Promissão
- Governo do Estado

PIAUÍ
- Teresina
- Picos
- São João do Piauí

MINAS GERAIS
- Iturama

262 serviços gerenciados, como:
UBS, CAPS, ESF, AME, AMA, USF, NASF, CEO, UPA, CSU, CAIC, EACS, PACS, SAD, APD, CRI, PAI, CER, ECR, EMAD, EMAP, NIR, SRT, UAA, URSI, entre outros.

Cidades do Piauí que a SBCD foi a vencedora de certames: Demerval Lobão | Esperantina | Luzilândia Dellas | Picos | São João do Piauí | São Raimundo Nonato | Teresina | Uruçuí | Valença do Piauí

CERTIFICAÇÃO

17 UBSs de São Paulo certificadas pela ONA

Superintendências Assistenciais:
Superintendência Hospitalar
Superintendência de Urgência e Emergência/ Rede Ambulatorial
Superintendência de Atenção Primária à Saúde

Boletim Informativo SBCD – abril/25[2]

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

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;

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

- **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;

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.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

1.5 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.

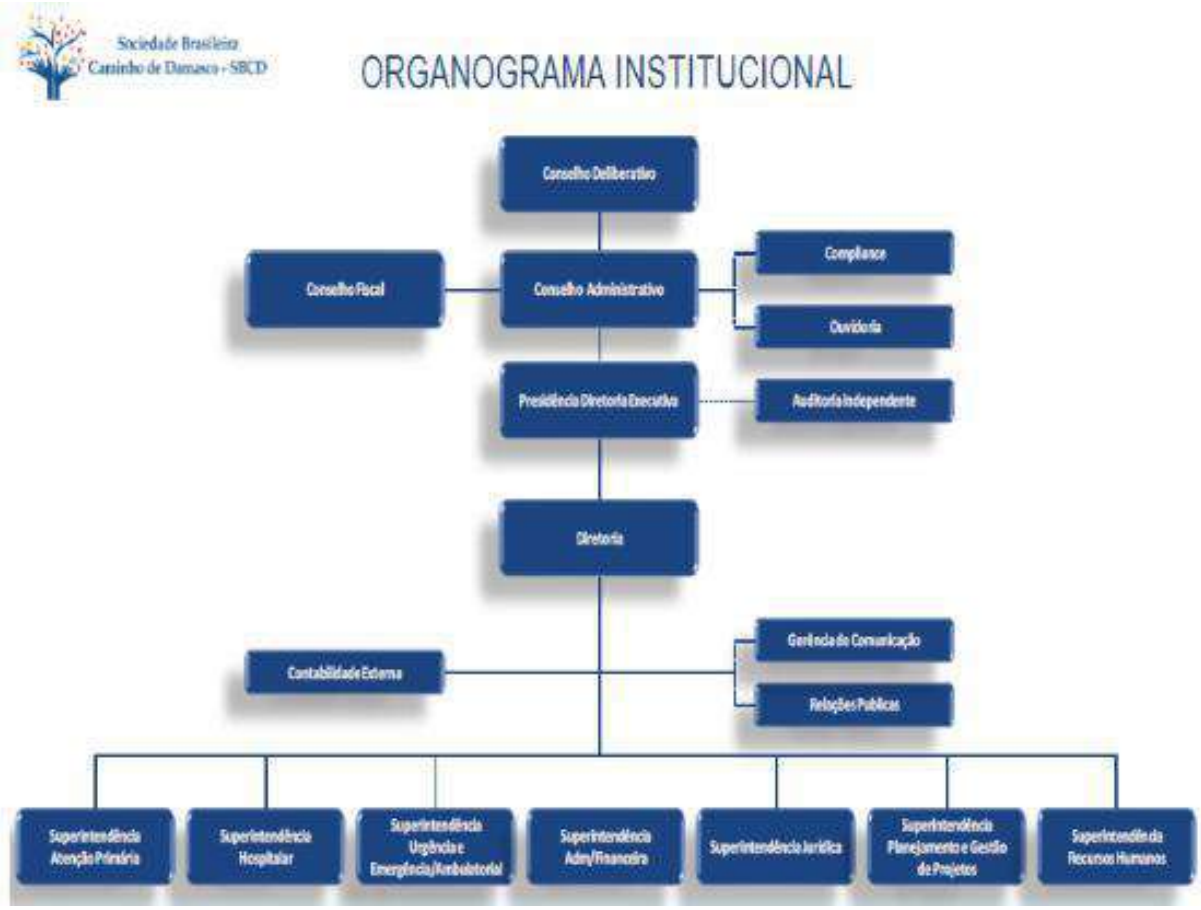


Valores:

- 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.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

1.6 ORGANOGRAMA INSTITUCIONAL



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

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

1.7 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;

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

- 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:



Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD



Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

1.8 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:

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

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.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

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

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

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

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

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

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

TÍTULO DO PLANO DE TRABALHO

PROPOSTA DE TRABALHO PARA GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, EM REGIME DE 24 HORAS/DIA, NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO SÃO VICENTE DE PAULO, CONFORME EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 004/2025.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

F1. ORGANIZAÇÃO DA ATIVIDADE ASSISTENCIAL DAS UNIDADES

MODELO GERENCIAL

1. Caracterização da Atividade Assistencial das Unidades

O modelo gerencial adotado pela Sociedade Brasileira Caminho de Damasco (SBCD) na gestão da UPA Tobias Barreto está fundamentado em uma abordagem sistêmica, integrada e orientada para resultados. Estruturado com base em princípios de eficiência, qualidade e segurança, o modelo visa assegurar um serviço público de saúde resolutivo, humanizado e sustentável, alinhado às diretrizes do SUS.

A proposta contempla uma arquitetura organizacional replicável e adaptável, que incorpora práticas contemporâneas de gestão como planejamento estratégico, gestão por processos (BPM), controle orçamentário com ferramentas de Business Intelligence (BI), e monitoramento de resultados com foco em indicadores assistenciais e operacionais. O modelo é padronizado para todas as unidades sob gestão da SBCD, garantindo governança uniforme e melhoria contínua.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

Entre os pilares que sustentam o modelo estão:

- **Gestão Organizacional** e da Rotina com padronização de fluxos, estrutura funcional clara e cultura institucional ativa;
- **Planejamento Estratégico,** que define metas e ações em sintonia com os princípios da equidade, universalidade e integralidade do SUS;
- **Gestão de Pessoas** baseada no desenvolvimento de competências e na valorização dos profissionais;
- **Gestão Assistencial** com foco na qualidade, segurança do paciente e integração com a Rede de Atenção à Saúde;
- **Gestão da Informação**, que garante interoperabilidade com sistemas SUS e conformidade com a LGPD;
- **Gestão da Qualidade**, com aplicação do ciclo PDCA, protocolos clínicos baseados em evidências e auditorias sistemáticas;
- **Gestão Orçamentária** e de suprimentos, com controle rigoroso de insumos e sustentabilidade econômica.

2. Estratégias para o Sucesso da Implantação

A SBCD adota uma abordagem estruturada e gradual para a implantação do modelo gerencial na UPA Tobias Barreto, com foco na adaptação ao contexto local, engajamento das equipes e sustentabilidade institucional. O processo é dividido em **três fases principais**, conforme cronograma detalhado:

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

a. **Fase de Planejamento e Instalação Inicial (Semanas 1 a 2):**

- Análise situacional da unidade e diagnóstico institucional.
- Pactuação com a Secretaria de Estado da Saúde (SES) sobre diretrizes operacionais.
- Implantação da governança local com núcleos de gestão técnica, clínica e administrativa.
- Apresentação institucional e comunicação formal com stakeholders.

b. **Fase de Qualidade e Modernização Gerencial (Semanas 3 a 6):**

- Implantação dos núcleos de qualidade, segurança do paciente e monitoramento assistencial.
- Capacitação intensiva das equipes em processos, protocolos e ferramentas de gestão.
- Adoção de tecnologias como dashboards e prontuário eletrônico, com cultura orientada por dados.

c. **Fase de Integração com a Rede e Responsabilidades Públicas (Semanas 7 a 10):**

- Integração com a regulação estadual e fluxo de transporte inter-hospitalar.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

- Formalização da comunicação institucional e publicização da gestão via portais e relatórios públicos.
- Conexão plena com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e pactuação contratual com a SES.

Essas estratégias são sustentadas por ferramentas como mapeamento de processos, definição de metas SMART, capacitação contínua e alinhamento com protocolos assistenciais e administrativos. O modelo é reforçado por uma política de gestão de mudança que prioriza a participação dos profissionais e promove uma cultura de excelência operacional e compromisso social.

3. Modelos e Certificações de Qualidade Adotados

A SBCD adota como diretriz institucional a **busca contínua por certificações de qualidade reconhecidas nacional e internacionalmente**, com o objetivo de consolidar um padrão assistencial seguro, eficaz e humanizado nas unidades sob sua gestão.

Na UPA Tobias Barreto, será implantado um programa estruturado de qualidade e segurança do paciente, com vistas à **Certificação ONA Nível 1 (Acreditado)**, no prazo de até 12 meses a partir da implantação. A certificação é compatível com os objetivos assistenciais da unidade e com os parâmetros da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU).

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

Tabela 1 – Certificações e Metodologias Adotadas

Instrumento de Qualidade	Aplicação na UPA Tobias Barreto	Objetivo Estratégico
ONA Nível 1 – Acreditado	Implantação do programa de acreditação em 3 fases, com foco em segurança	Padronização e segurança dos processos assistenciais
Ciclo PDCA	Revisão contínua de fluxos e protocolos	Melhoria contínua e gestão baseada em evidências
Indicadores Assistenciais e de Gestão	Painéis gerenciais com metas e acompanhamento semanal	Avaliação de desempenho e tomada de decisão
Análise SWOT e Diagramas de Causa e Efeito	Avaliação situacional e análise crítica interna	Identificação de gargalos e planos de ação
Auditorias Clínicas e Administrativas	Avaliações regulares da qualidade e segurança	Controle interno de conformidade e efetividade

Fluxograma – Etapas da Certificação ONA Nível 1



Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

Benefícios Esperados:

- Padronização de condutas clínicas;
- Redução de eventos adversos e riscos assistenciais;
- Transparência e rastreabilidade nos processos;
- Alinhamento com as diretrizes da Política Nacional de Segurança do Paciente (PNSP);
- Fortalecimento da governança e cultura institucional da qualidade.

A certificação é entendida como um **instrumento de transformação cultural**, promovendo excelência no cuidado e credibilidade pública no serviço prestado à população sergipana.

4. Indicadores de Impacto Propostos

A gestão da UPA Tobias Barreto será orientada por um **painel institucional de indicadores de impacto assistencial**, com foco na qualificação dos resultados clínicos e operacionais. Esses indicadores permitem o monitoramento em tempo real do desempenho da unidade, orientando ações corretivas e preventivas com base em evidências.

Os indicadores seguem critérios de relevância clínica, viabilidade de mensuração e alinhamento às normas do Ministério da Saúde, como a Portaria GM/MS nº 1.600/2011 e a Portaria nº 10/2017.

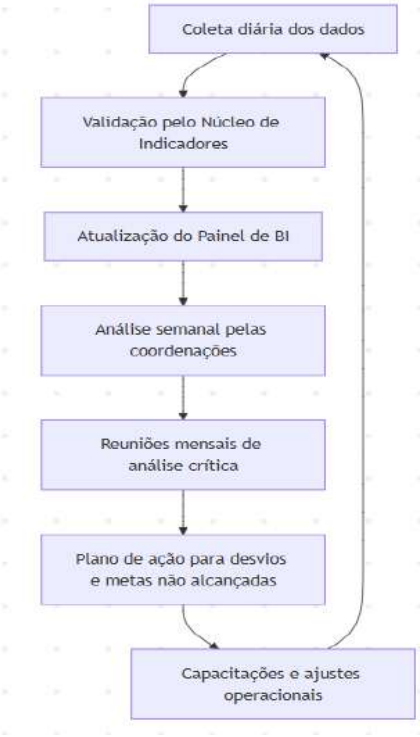
Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

Tabela 2 – Painel de Indicadores de Impacto (UPA Tobias Barreto)

Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta Padrão	Finalidade
Taxa de Mortalidade na UPA	(Nº de óbitos ÷ total de atendimentos) × 100	< 0,5%	Avaliar falhas críticas no cuidado e tempo-resposta assistencial
Taxa de Retorno em 72h	(Nº de retornos com mesma queixa ÷ total atendimentos) × 100	< 5%	Indicar resolutividade clínica e qualidade da conduta inicial
Taxa de Transferência Hospitalar	(Nº de transferências ÷ total de atendimentos) × 100	< 3%	Mensurar capacidade resolutiva e articulação com rede hospitalar
Tempo Médio de Permanência (TMP)	Soma das horas de permanência ÷ Nº de pacientes	≤ 6h	Avaliar fluidez interna e eficiência de atendimento
Tempo Médio por Classificação de Risco	Tempo total de espera por cor ÷ Nº de pacientes classificados	≥ 75% dentro do tempo-alvo	Avaliar tempo de resposta assistencial conforme protocolo de Manchester
Taxa de Eventos Adversos Graves	(Nº de eventos adversos ÷ total de atendimentos) × 100	< 1%	Monitorar segurança do paciente e efetividade dos protocolos

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

Fluxograma – Ciclo de Monitoramento de Indicadores



Instrumentos de Apoio:

- Dashboards operacionais com visualização em tempo real (Power BI ou similar);
- Painéis físicos (gestão à vista) nas áreas administrativas;
- Relatórios mensais enviados à SES/SE e publicados em portal de transparência;
- Avaliações trimestrais de desempenho institucional (benchmarking interno).

Essa gestão orientada por indicadores favorece uma cultura de **accountability, eficiência, transparência e tomada de decisão baseada em dados**, consolidando a UPA Tobias Barreto como referência de qualidade no atendimento às urgências no estado.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

5. Ferramentas e Instrumentos de Modernização Gerencial

A UPA Tobias Barreto contará com um conjunto de **ferramentas modernas de gestão**, operadas por equipe especializada, que promovem agilidade nos processos decisórios, rastreabilidade dos dados e eficiência institucional. Esses instrumentos reforçam a gestão orientada por resultados, com base nos eixos: **tecnologia, processos e pessoas**.

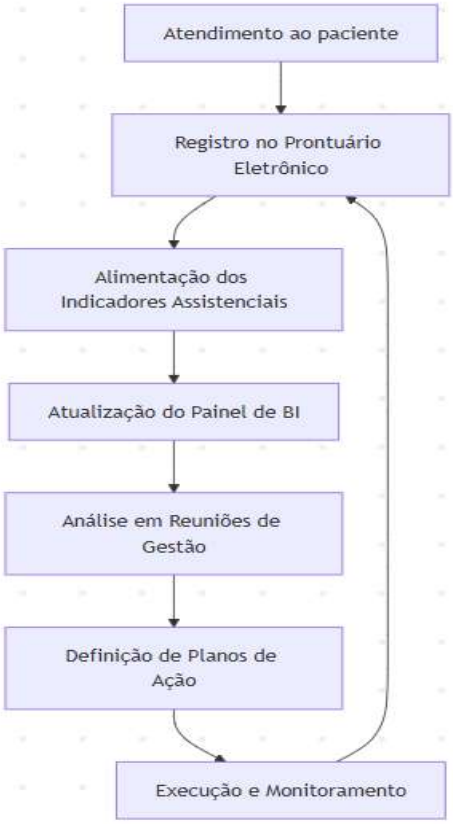
Tabela 3 – Ferramentas de Modernização Gerencial

Ferramenta	Descrição Funcional	Finalidade Operacional
Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP)	Plataforma em nuvem com integração a e-SUS, SIRESP, SURGENCY e CNES	Registro clínico, continuidade do cuidado e regulação em tempo real
Painel de Indicadores (BI)	Dashboard institucional com atualização automática	Monitoramento gerencial, metas, produtividade e alertas assistenciais
Gestão à Vista	Painéis físicos e digitais com indicadores-chave nos setores	Transparência, engajamento e controle diário de desempenho
Ciclo PDCA e Matriz SWOT	Ferramentas de melhoria contínua e análise de cenário interno/externo	Tomada de decisão estratégica e melhoria de processos
Sistema de Controle de Suprimentos (ERP)	Módulo de estoque central com rastreamento de insumos por lote e validade	Redução de perdas e eficiência logística
Sistema de RH e Controle de Jornada	Plataforma com espelho de ponto eletrônico, banco de horas e folha integrada	Gestão de pessoas com base em desempenho e compliance trabalhista
Auditorias Automatizadas	Ferramentas digitais para cruzamento de dados assistenciais, financeiros e clínicos	Conformidade regulatória e auditoria clínica

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Fluxograma – Integração das Ferramentas de Gestão



Benefícios Estratégicos:

- Redução de erros clínicos e retrabalho;
- Integração plena com a regulação estadual e sistemas do SUS;
- Otimização da jornada do paciente e dos processos internos;
- Suporte à cultura institucional orientada por dados;
- Aumento da segurança da informação com conformidade à LGPD.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

Com essa estrutura tecnológica e metodológica, a SBCD garante que a gestão da UPA Tobias Barreto será não apenas eficiente, mas também **moderna, responsiva e transparente**, em consonância com os desafios contemporâneos da saúde pública.



Desafio	Solução Proposta
Déficit de leitos hospitalares disponíveis	Integração em tempo real com sistema de regulação e priorização baseada em risco clínico.
Permanência prolongada na UPA por falta de vaga	Implantação de leitos de observação com equipe multiprofissional e classificação de leito crítico.
Alta demanda espontânea de casos não urgentes	Fortalecimento da APS local e reencaminhamento orientado com registro no sistema.
Resistência a protocolos de classificação	Capacitação contínua das equipes e auditoria clínica interna.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

6. Modelo de Relacionamento com a SES

A Sociedade Brasileira Caminho de Damasco (SBCD) propõe um modelo de **relacionamento técnico-contratual estruturado** com a Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe (SES/SE), baseado em **transparência, governança colaborativa e pactuação de resultados**.

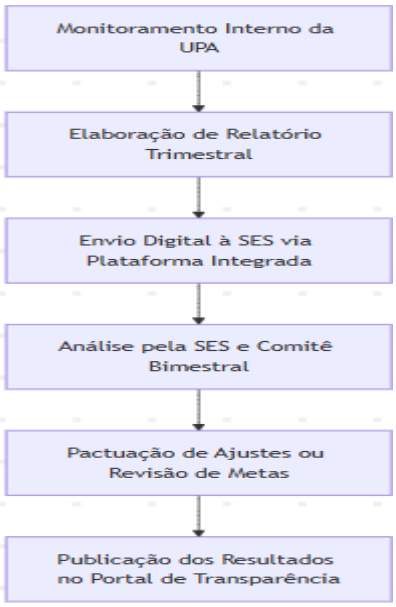
O modelo é operado por meio de uma **instância permanente de acompanhamento** e um **fluxo formal de pactuação e prestação de contas**, conforme descrito abaixo:

Tabela 4 – Estrutura de Governança e Relacionamento

Instância	Periodicidade	Composição
Comitê de Acompanhamento Contratual	Bimestral	Coordenação Geral da UPA, Representante da SES, Coord. Técnica, Supervisor Financeiro
Reuniões Técnicas Setoriais	Mensal	Coordenação Clínica, Regulação, Qualidade, SES
Relatórios Institucionais	Trimestral	Indicadores assistenciais, financeiros e de satisfação
Canal de Escalonamento Contratual	Contínuo	Nível 1: Coordenação da UPA → Nível 2: Diretoria SBCD → Nível 3: SES-SE

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

Fluxo de Relacionamento e Prestação de Contas



Destaques do Modelo:

- **Pacto de Metas** com critérios claros e revisáveis, orientado por indicadores-chave;
- **Transparência ativa**, com divulgação pública de dados assistenciais e financeiros;
- **Canal técnico permanente** para resolução ágil de eventuais conflitos operacionais;
- **Integração com plataformas digitais da SES**, incluindo painéis regulatórios e sistemas de prontuário eletrônico.

Este modelo garante à SES/SE **controle institucional efetivo**, sem prejuízo da agilidade operativa e da capacidade técnico-gerencial da organização social, promovendo uma gestão pública de excelência, cooperativa e orientada por resultados.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

7. Limites de Resp. do Parceiro no Processo de Publicização

A Sociedade Brasileira Caminho de Damasco (SBCD), como Organização Social qualificada nos termos da Lei Federal nº 9.637/1998 e da Lei Estadual 9.298/23, compromete-se a assumir **integral responsabilidade pela gestão e operação da UPA Tobias Barreto**, dentro dos limites estabelecidos pelo contrato de gestão, pelas normas do SUS e pelas diretrizes da Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe (SES/SE).

Essas responsabilidades estão descritas conforme quadro a seguir:

Tabela 5 – Limites e Obrigações Institucionais da SBCD

Área de Atuação	Responsabilidades Assumidas pela SBCD
Gestão Operacional da Unidade	Administração completa da UPA, incluindo infraestrutura, escalas, fluxos, produção e manutenção predial.
Gestão de Pessoas	Contratação, remuneração, qualificação e avaliação de desempenho dos profissionais de saúde e apoio.
Gestão Financeira e Patrimonial	Uso e controle dos recursos públicos com prestação de contas e cumprimento de metas e indicadores.
Assistência à Saúde	Garantia de atendimento integral, seguro e humanizado, conforme protocolos clínico-assistenciais.
Articulação com a Rede SUS	Comunicação com a regulação estadual, atenção básica e unidades hospitalares para continuidade do cuidado.
Transparência e Controle Social	Divulgação de relatórios, dados públicos e promoção da participação nos conselhos de saúde.
Capacitação e Melhoria Contínua	Programas de educação permanente e implantação de cultura de segurança e qualidade.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

Compromissos Formais da SBCD:

- Cumprimento integral do contrato de gestão firmado com a SES, incluindo metas, prazos e critérios de avaliação;
- Observância das normas da Lei de Responsabilidade Fiscal, da LGPD e demais legislações aplicáveis;
- Adoção de instrumentos de controle interno, auditoria e integridade administrativa;
- Responsabilização objetiva pelos atos praticados pela equipe sob sua gestão, com plano de gerenciamento de riscos e contingência.

Limitações de Responsabilidade:

- A SBCD não poderá realizar ações que envolvam poder de polícia ou regulação do SUS;
- Não possui autonomia para alterar diretrizes estaduais de saúde ou modificar políticas públicas pactuadas;
- Depende da disponibilização orçamentária prevista pelo ente contratante para execução dos serviços.

Ao assumir esses limites de responsabilidade com **clareza e compromisso institucional**, a SBCD contribui para um modelo de gestão compartilhada eficaz, legalmente amparado, e alinhado à política pública de fortalecimento do SUS por meio da publicização qualificada.

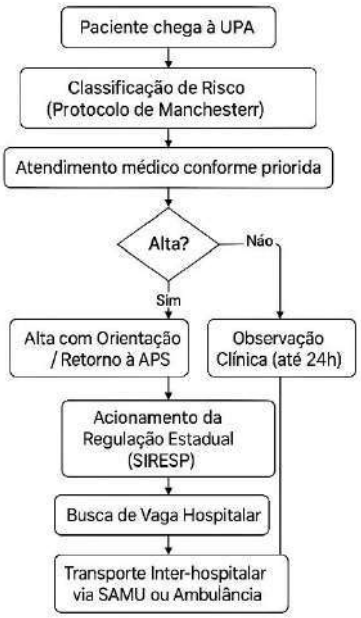
Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

8. Modelo de Regulação Assistencial

O modelo de regulação assistencial da UPA Tobias Barreto, sob gestão da SBCD, será estruturado com base em **critérios técnico-clínicos, protocolos padronizados e integração sistêmica com a Rede de Atenção à Saúde**, conforme orientações do Ministério da Saúde e pactuações estaduais.

A regulação será realizada em três níveis: **porta de entrada**, **fluxo interno** e **regulação externa**, conforme fluxograma a seguir:

Fluxograma – Modelo de Regulação Assistencial



Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

Componentes Operacionais da Regulação

Nível	Descrição Operacional	Ferramentas
Regulação da Porta de Entrada	Acolhimento com Classificação de Risco, conforme Protocolo de Manchester. Prioriza o atendimento por gravidade.	Classificador eletrônico, protocolos clínicos
Regulação Interna	Coordenação do fluxo assistencial conforme recursos da unidade (exames, medicação, observação, estabilização).	Prontuário eletrônico, painéis assistenciais
Regulação Externa	Integração com a Central de Regulação Estadual para transferência hospitalar ou acesso a serviços especializados.	SIRESP, SISREG, Núcleo Interno de Regulação (NIR)

Diferenciais Técnicos:

- Uso de fluxogramas assistenciais integrados às áreas da unidade (acolhimento, medicação, observação);
- Participação ativa do Núcleo Interno de Regulação (NIR), com equipe técnica treinada;
- Monitoramento em tempo real do tempo de espera e taxa de permanência por cor de classificação;
- Registros clínicos estruturados com dados obrigatórios para regulação e contra-referência;
- Reencaminhamento orientado e documentado para a Atenção Básica nos casos de baixa complexidade.

Este modelo assegura **equidade no acesso, eficiência no uso dos recursos e continuidade do cuidado**, além de estar em conformidade com as

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências, da Portaria GM/MS nº 1.600/2011 e do Manual Instrutivo das UPAs 24h.

9. Transporte Inter-Hospitalar dos Pacientes da Unidade

O transporte inter-hospitalar de pacientes da UPA Tobias Barreto será gerenciado de forma integrada, segura e protocolar, com o objetivo de garantir a **continuidade do cuidado**, a **segurança clínica** e a **resposta rápida** às demandas de maior complexidade.

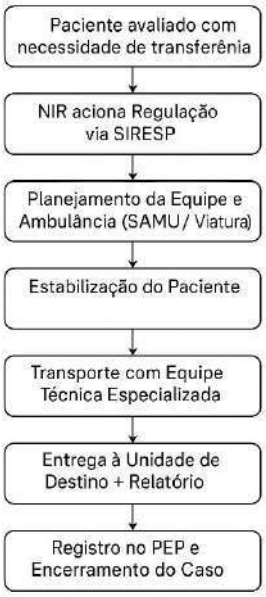
A SBCD estruturará o processo com base em três pilares: **avaliação clínica rigorosa**, **logística especializada** e **documentação padronizada**, conforme descrito a seguir:

Tabela 6 – Componentes do Transporte Inter-hospitalar

Etapa	Descrição Operacional
1. Indicação Clínica	Definição pelo médico assistente com base em gravidade, suporte necessário e perfil da unidade de destino.
2. Acionamento da Regulação	Comunicação via SIRESP com a Central Estadual de Regulação, após validação pelo Núcleo Interno de Regulação (NIR).
3. Planejamento da Equipe e Ambulância	Avaliação da necessidade de transporte básico ou UTI móvel; definição da equipe e dos equipamentos.
4. Execução do Transporte	Monitoramento contínuo do paciente durante o trajeto; estabilização prévia; comunicação com hospital de destino.
5. Registro e Encerramento	Entrega de relatório clínico padronizado e registro completo no prontuário eletrônico.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

Fluxograma – Transporte Inter-hospitalar



Recursos e Garantias Operacionais:

- Ambulâncias com equipamentos conforme tipo de transporte (oxímetro, ventilador portátil, bomba de infusão, DEA, etc.);
- Profissionais capacitados (médico, enfermeiro, técnico e condutor) com formação em suporte básico e avançado de vida;
- Protocolos operacionais de higiene e segurança, com **checklists de higienização das viaturas e controle de infecção**;
- Critérios de priorização baseados em **gravidade clínica, estabilidade hemodinâmica e necessidade de procedimento especializado**;
- Acompanhamento de todos os casos via prontuário eletrônico e dashboards internos da unidade.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Este modelo visa garantir **segurança, agilidade e continuidade assistencial qualificada**, além de cumprir as normativas da Política Nacional de Atenção às Urgências, das pactuações da SES/SE e do Manual Instrutivo das UPAs 24h.

10. Cronograma de Imp. e Funcionamento Pleno da Unidade

A implantação do modelo gerencial da SBCD na UPA Tobias Barreto seguirá um **cronograma técnico-operacional estruturado em três fases**, com prazos, responsáveis e entregas claramente definidos. A meta é atingir o pleno funcionamento da unidade em até **10 semanas** após o início da gestão.

Tabela 7 – Cronograma por Fases e Marcos Operacionais

Etapa / Atividade	Responsável	Prazo Estimado	Observações
Análise situacional e diagnóstico institucional	Coord. Geral	Semana 1	Relatório base para plano de ação
Apresentação institucional à SES e pactuação inicial	Coord. Institucional	Semana 1	Estabelecimento de canais formais
Implantação do modelo gerencial	Coord. Técnica	Semana 2	Inclusão de núcleos de gestão clínica, administrativa e apoio
Estabelecimento da governança local	SBCD Corporativo	Semana 2	Designação de lideranças e conselhos internos

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

FASE 2 – QUALIDADE E MODERNIZAÇÃO GERENCIAL (Semanas 3 a 6)

Etapa / Atividade	Responsável	Prazo Estimado	Observações
Implantação inicial do modelo de qualidade e segurança do paciente	Núcleo de Qualidade	Semana 3	Introdução de práticas seguras e avaliação de riscos
Adesão e preparação para certificação ONA Nível I	Núcleo de Qualidade	Semanas 4 a 6	Mapeamento de processos, capacitação, padronização
Implantação de ferramentas gerenciais modernas	Núcleo Estratégico / TI	Semana 4	Implantação de dashboards e gestão à vista
Definição e coleta dos indicadores de impacto assistencial	Coord. Técnica	Semana 5	Retorno em 72h, taxa de transferência, mortalidade, etc.
Capacitação das equipes nos instrumentos de monitoramento	Educação Permanente	Semana 6	Cultura de avaliação e uso de dados

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

FASE 3 – REGULAÇÃO, ARTICULAÇÃO COM A REDE E RESPONSABILIDADES PÚBLICAS (Semanas 7 a 10)

Etapa / Atividade	Responsável	Prazo Estimado	Observações
Implantação do modelo de regulação assistencial interno e externo	Coord. Técnica / Regulação	Semana 7	Acolhimento com classificação de risco e interface com SIRESP/CROSS
Estruturação do fluxo de transporte inter-hospitalar	Coord. Técnica / SAMU / SES	Semana 8	Inclusão de protocolos de referência e contrarreferência
Estabelecimento do modelo de relacionamento com a SES	Coord. Geral / Jurídico	Semana 8	Pactuação de metas, comunicação oficial, relatórios
Definição da estratégia de publicização e transparência pela SBCD	Coord. Institucional / Comunicação	Semana 9	Relatórios de gestão, site, redes sociais, ouvidoria
Integração plena com a Rede de Atenção à Saúde (RAS)	Coord. Técnica / SES	Semana 10	Definição de referência hospitalar, CAPS, APS

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

RESUMO DAS ENTREGAS POR MACROTEMA

Macrotema	Data Limite (Estimativa)
Modelo gerencial e estrutura organizacional	Semana 2
Primeiras práticas de qualidade e segurança	Semana 3
Ferramentas modernas de gestão implementadas	Semana 4
Indicadores e painéis operacionais ativos	Semana 5
Modelo de regulação funcional	Semana 7
Transporte inter-hospitalar organizado	Semana 8
Comunicação pública da SBCD estruturada	Semana 9
Interface completa com SES e rede regulada	Semana 10

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

Entregas Previstas por Macrotema

Macrotema	Data Limite (Estimativa)
Estrutura Gerencial e Governança	Semana 2
Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente	Semana 3
Ferramentas Gerenciais Modernas Ativadas	Semana 4
Indicadores de Impacto Coletados	Semana 5
Regulação Interna e Externa Ativa	Semana 7
Transporte Inter-Hospitalar Estruturado	Semana 8
Comunicação e Transparência Pública Ativa	Semana 9
Integração Plena com a Rede SUS	Semana 10

Este cronograma assegura uma **implantação progressiva, transparente e segura**, com entregas técnicas regulares e supervisão contínua da SBCD, em articulação direta com a SES/SE.

11. Gestão da Informação (TICs)

A gestão da informação na UPA Tobias Barreto será estruturada sobre os pilares da **segurança, interoperabilidade, disponibilidade e conformidade com a LGPD (Lei Geral de Proteção de Dados – Lei 13.709/2018)**. O ambiente tecnológico será planejado para garantir rastreabilidade clínica, suporte à decisão assistencial e integração com os sistemas da Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe (SES/SE).

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

Tabela 8 – Componentes da Infraestrutura de TIC da UPA Tobias Barreto

Componente	Descrição Técnica
Prontuário Eletrônico em Nuvem	Com redundância geográfica, backups diários e integração nativa com e-SUS AB, CNES, SIRESP e SURGENCY.
Rede Estruturada e Wi-Fi Seguro	Infraestrutura cabeada (CAT6) + rede Wi-Fi criptografada (WPA3), com segmentação por perfil de acesso.
Servidores e Banco de Dados Criptografados	Armazenamento com criptografia AES-256, com trilha de auditoria e controle de acesso por perfil.
Painéis de BI e Gestão à Vista	Visualização em tempo real de indicadores assistenciais, operacionais e financeiros.
Monitoramento de Acesso e Logs	Logs automáticos com rastreamento de alterações em prontuários, prescrições e acessos administrativos.
Suporte Técnico e Help Desk	Equipe interna de TI e contrato de suporte 24h para sistemas críticos.

Políticas e Procedimentos de Segurança da Informação

Item	Frequência / Política
Backup completo da base de dados	Diário (RPO: 24h); Restauração testada trimestralmente
Auditoria de acessos e trilhas	Ativa, com alertas para acessos irregulares
Plano de Resposta a Incidentes Cibernéticos	Estruturado com fluxograma interno e equipe designada
Termo de Confidencialidade	Assinado por 100% dos colaboradores no ato da admissão
Controle de permissões por função	Acesso por credenciais únicas e dupla autenticação (2FA)

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

Arquitetura da Informação – Integração Operacional



Benefícios Estratégicos:

- Suporte em tempo real à assistência, gestão e regulação;
- Redução de falhas de comunicação entre equipes e setores;
- Interoperabilidade plena com o SUS;
- Alta disponibilidade, mesmo em eventos de queda de rede local;
- Conformidade com as melhores práticas de segurança da informação e privacidade de dados sensíveis.

Essa estrutura de TIC garante à UPA Tobias Barreto **conectividade funcional, governança digital, segurança cibernética e inteligência gerencial**, promovendo uma gestão baseada em evidências e dados confiáveis.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

12. Gerenciamento Eletrônico de Prontuários

O gerenciamento eletrônico dos prontuários na UPA Tobias Barreto será realizado por meio de **sistema em nuvem totalmente integrado** aos sistemas oficiais do SUS, garantindo **rastreabilidade clínica, segurança da informação, interoperabilidade e conformidade legal**.

Estrutura do Prontuário Eletrônico (PEP)

Recurso	Descrição Técnica
Sistema em Nuvem com Redundância	Acesso contínuo, mesmo em caso de falha local, com sincronização automática.
Integração com Sistemas do SUS	Compatível com e-SUS AB, SIRESP, CNES, SIH/SUS, e-SUS PEC, SURGENCY e SISREG.
Criptografia de Dados Sensíveis	AES-256 aplicada em repouso e em trânsito de dados.
Trilha de Auditoria Ativa	Todos os acessos e alterações em registros clínicos são monitorados e auditáveis.
Assinatura Digital com Validade Jurídica	Inclusão de certificado digital para prescrições e alta.
Acesso Multinível com Permissões	Diferenciação por perfis: médico, enfermagem, regulação, administrativo.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

Fluxo Funcional – Gestão Eletrônica do Prontuário



Garantias Institucionais:

- **Conformidade com a LGPD**: acesso controlado, consentimento registrado e anonimização quando necessário;
- **Disponibilidade 24h**: estrutura redundante com servidor principal e backup automatizado diário;
- **Suporte à regulação e contra-referência**: geração de relatórios para hospital de destino ou atenção primária;
- **Interoperabilidade por HL7/FHIR**: permite comunicação estruturada com outros sistemas nacionais e regionais.

Essa gestão eletrônica de prontuários qualifica a assistência, **reduz erros**, promove **acesso seguro à informação** clínica e garante a **continuidade do cuidado**, com total aderência às exigências legais e operacionais do SUS.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

13. Descrição da Organização de Serviços

A UPA Tobias Barreto está organizada segundo uma lógica assistencial **modular e integrada**, que garante agilidade no atendimento, segurança clínica e articulação com a Rede de Atenção às Urgências e demais pontos do SUS. O modelo é estruturado por **áreas funcionais, fluxos clínicos padronizados e protocolos assistenciais**, conforme diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências.

Estrutura Física e Funcional da Unidade

Área Assistencial	Descrição Operacional
Recepção e Classificação de Risco	Triagem com enfermeiros capacitados no Protocolo de Manchester (5 cores).
Sala de Urgência / Leito de Choque	Atendimento de pacientes críticos, com suporte avançado e monitoramento contínuo.
Sala de Observação (Adulto e Pediátrico)	Acompanhamento de até 24h com equipe multidisciplinar.
Consultórios Médicos e de Enfermagem	Atendimentos clínicos de baixa e média complexidade.
Sala de Medicação e Procedimentos	Administração segura de terapias e cuidados ambulatoriais.
Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)	Laboratório clínico 24h, radiologia digital e ECG.
Sala de Estabilização e Transferência	Preparação para transporte inter-hospitalar, com protocolo de segurança.
Área Administrativa e de Apoio	Espaços para registros, arquivos, armazenamento de materiais e equipamentos, além de áreas de descanso para a equipe.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Equipe Assistencial Multidisciplinar

Profissional	Função na Assistência
Médico Clínico e Pediatra	Atendimento em plantão 24h, com foco em estabilização e resolutividade.
Enfermeiros e Técnicos	Acolhimento, medicação, monitoramento e assistência contínua.
Assistente Social / Psicólogo	Apoio em casos de vulnerabilidade social e urgência psicossocial.
Técnicos de Radiologia e Laboratório	Produção de laudos e exames diagnósticos em tempo oportuno.
Pessoal Administrativo e de Apoio	Recepcionistas, auxiliares de limpeza, maqueiros e outros que se fizerem necessários

Integração com a Rede SUS:

- **Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RAUE)**

A UPA faz parte da RAUE, que envolve a atenção primária, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), hospitais e outros serviços de saúde.

- **Regulação**

A regulação médica é fundamental para o encaminhamento de pacientes para serviços de maior complexidade, quando necessário. Nas UPAs sob gestão da SBCD o estabelecimento de um Núcleo Interno de Regulação (NIR) garante efetividade às solicitações e acompanhamento de transferências.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

- **Atenção Primária**

A UPA deve manter contato com as unidades básicas de saúde para garantir a continuidade do cuidado após a alta do paciente, com direcionamento eficiente.

Funcionamento

- **Acolhimento com Classificação de Risco**

O paciente é avaliado e classificado de acordo com sua gravidade, priorizando os casos mais urgentes.

- **Atendimento Médico e de Enfermagem**

Realizado por profissionais capacitados, com foco na estabilização do paciente e controle do quadro clínico.

- **Exames Complementares**

Se necessários, são realizados exames de apoio diagnóstico para auxiliar no diagnóstico e tratamento.

- **Tratamento**

O paciente recebe o tratamento adequado de acordo com sua condição clínica.

- **Observação**

Em alguns casos, o paciente permanece em observação na UPA antes de receber alta ou ser transferido.

- **Alta ou Transferência**

O paciente recebe alta com orientações sobre os cuidados necessários ou é encaminhado para outros serviços de saúde, como hospitais, se for o caso.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

A SBCD compreende que a organização eficiente da UPA, com fluxos bem definidos, equipe capacitada e integração com a rede de saúde, é essencial para garantir o acesso da população a serviços de urgência e emergência de qualidade.

14. Recursos Humanos por Categoria/Profissional

O dimensionamento dos Recursos Humanos da UPA Tobias Barreto segue critérios epidemiológicos, assistenciais e operacionais compatíveis com a produção esperada de uma unidade de porte II. A composição profissional prioriza a **multiprofissionalidade, escalas técnicas equilibradas e conformidade legal**, garantindo segurança assistencial e resolutividade nos atendimentos.

Quadro 1 – Composição de Recursos Humanos por Categoria

Categoria Profissional	Total de Profissionais	Jornada Semanal (média)	Função / Setor Atuação
Médico Clínico / Plantonista	20	12h / plantão	Pronto atendimento adulto / emergência
Médico Pediatra	12	12h / plantão	Pronto atendimento pediátrico
Enfermeiro	12	36h	Sala de classificação, observação, medicação, controle
Técnico de Enfermagem	40	36h	Apoio à enfermagem em todos os setores assistenciais
Assistente Social	2	30h	Apoio social e interface com rede intersetorial
Psicólogo	1	30h	Apoio em saúde mental e urgência psicossocial

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

Técnico em Radiologia	4	24h	Realização de exames de imagem
Técnico de Laboratório	3	36h	Coleta e processamento de exames laboratoriais
Farmacêutico	2	40h	Responsável técnico e controle de insumos / medicamentos
Administrativo / Recepção	10	40h	Cadastro, prontuário, recepção
Auxiliares de Serviços Gerais	12	36h	Higienização, copa, apoio logístico
Motorista / Condutor	2	40h	Transporte de pacientes / apoio inter-hospitalar

Quadro 2 – Distribuição por Turnos e Regimes

Turno	Categorias em Atuação	Cobertura (dias da semana)
Manhã (07h–13h)	Enfermagem, médicos, recepção, laboratório, SADT, apoio	Segunda a domingo
Tarde (13h–19h)	Médicos, técnicos, radiologia, psicossocial, administrativo	Segunda a domingo
Noite (19h–07h)	Plantonistas, enfermagem, serviços gerais	Segunda a domingo
Regime de Plantão	Clínicos, pediatras, emergencistas	Escala 12h/36h
Regime Escalista CLT	Técnicos de enfermagem, apoio, limpeza	Escala 36h semanais
Regime Diarista	Farmacêutico, administrativo, RH	Segunda a sexta

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

Quadro 3 – Regime de Vínculo Profissional

Categoria	**Modalidade Contratual**	**Justificativa**
Médicos (clínico/pediatra)	Pessoa Jurídica (PJ)	Atração de especialistas e flexibilidade de escalas
Enfermeiros e técnicos	CLT (celetista)	Garantia de continuidade, vínculo laboral e direitos sociais
Apoio / Administrativo	CLT (diarista ou escalista)	Estabilidade operacional e controle de jornada

Os quadros acima podem sofrer alteração conforme a necessidade dos serviços e interesse público

Estratégias de Cobertura Assistencial

- Escalas organizadas com **redundância técnica** em períodos de pico (ex: fins de semana e feriados);
- **Coordenação de RH com espelho de ponto digital**, controle de absenteísmo e banco de horas;
- Acompanhamento de **indicadores de produtividade individual e coletiva**, vinculados à bonificação por desempenho;
- Estrutura de **plantão de retaguarda técnica**, com disponibilidade de profissionais reserva.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

Essa composição de recursos humanos assegura à UPA Tobias Barreto **funcionamento contínuo 24h, conformidade legal e capacidade de resposta plena às demandas assistenciais**, com foco em segurança, eficiência e humanização.

15. Sistema de Qualificação Profissional

A SBCD adota um modelo de **educação permanente e qualificação contínua** na UPA Tobias Barreto, fundamentado nos princípios da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). A estratégia visa **capacitar, atualizar e desenvolver competências das equipes multiprofissionais**, promovendo cuidado seguro, humanizado e baseado em evidências.

Estrutura do Programa de Qualificação Profissional

Componente	Descrição
Capacitação Inicial (Integração)	Módulo obrigatório de 12h para todos os novos colaboradores (ética, protocolos, biossegurança, fluxos internos).
Treinamentos Periódicos por Setor	Atualizações mensais sobre temas clínicos, operacionais e administrativos. Ex: sepse, AVC, regulação, LGPD.
Simulação Realística e Práticas em Cenário Controlado	Treinamento prático em emergências (RCP, via aérea, acolhimento).
Capacitação em Segurança do Paciente	Protocolos de identificação, prescrição segura, prevenção de quedas e infecções.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

Educação Digital	Plataforma EAD com conteúdo modulares e certificações.
Avaliações de Desempenho e Reforço	Avaliações pós-capacitação com retorno formativo e plano de reforço contínuo.

Tabela 9 – Cronograma Padrão de Qualificações (Exemplo Trimestral)

Mês	Tema / Foco	Modalidade	Carga Horária
1º mês	Protocolo de Manchester e Segurança do Paciente	Aula expositiva + simulação	8h
2º mês	Urgências Clínicas e Fluxos Internos	Estudo de caso + prática	6h
3º mês	LGPD e Ética em Saúde Pública	Oficina + EAD	4h + 2h

Ferramentas de Gestão do Conhecimento

- Registro individual de participação em treinamentos;
- Avaliação 360º de desempenho pós-capacitação;
- Caderneta digital de competências (portfólio de qualificação);
- Banco de talentos para progressão funcional.

Esse modelo de qualificação profissional estimula o **engajamento, a atualização técnica e a valorização das equipes**, além de promover uma cultura institucional voltada para **aprendizado contínuo, excelência assistencial e segurança do paciente**.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

16. Remuneração e Uniformização da Equipe

A política de remuneração e identidade profissional da UPA Tobias Barreto, sob gestão da SBCD, é pautada em critérios de **equidade, transparência, valorização do desempenho e padronização da apresentação funcional**, contribuindo para a construção de um ambiente de trabalho coeso, ético e eficiente.

Tabela 10 – Faixa Salarial Referencial por Função

Cargo / Função	Faixa Salarial (R$)	Observações
Médico Clínico (12h/plantão)	1.700 a 2.200	Varia conforme dia útil, fim de semana ou feriado
Enfermeiro (36h)	4.500 a 5.200	Base + adicional noturno, quando aplicável
Técnico de Enfermagem (36h)	2.400 a 3.000	CLT + benefícios
Auxiliar Administrativo (40h)	1.600 a 2.000	Incluso vale-alimentação
Limpeza / Apoio (36h)	1.500 a 1.800	Regime CLT

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

Política de Incentivo por Desempenho

A SBCD adota gratificações vinculadas ao alcance de **metas assistenciais e operacionais**, promovendo meritocracia institucional.

Meta Institucional	Indicador de Referência	Faixa de Bonificação
Redução da taxa de retorno em 72h	< 4%	10% do salário-base
Turnaround de exames laboratoriais	< 90 minutos	R$ 200 mensais
Satisfação do usuário (NPS > 85)	Pesquisa trimestral	Até 1 salário extra / ano

Uniformização e Identidade Visual

A padronização do vestuário da equipe promove **organização, identificação por função e segurança institucional**, respeitando normas sanitárias e critérios de biossegurança.

Categoria Profissional	Cor do Uniforme	Elementos Obrigatórios
Enfermagem	Azul escuro	Uniforme + crachá funcional
Médico	Branco	Jaleco branco + crachá
Administrativo	Cinza	Camisa polo + crachá
Apoio / Limpeza	Verde claro	Uniforme completo com identificação funcional

Todos os colaboradores são identificados por **crachá funcional com nome, foto e função**, promovendo transparência na relação com o usuário e rastreabilidade operacional.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Essa política de **valorização profissional e identidade institucional** contribui diretamente para o fortalecimento da cultura organizacional, engajamento das equipes e qualificação da experiência do usuário.

17. Informações Complementares e Programas de Qualidade

A SBCD consolida um modelo gerencial robusto por meio da implementação de **programas institucionais de qualidade, inovação em processos assistenciais e gestão integrada por resultados**, alinhados às melhores práticas em saúde pública.

Como diferencial, a gestão da UPA Tobias Barreto será ampliada por **iniciativas complementares à rotina assistencial**, que promovem maior resolutividade, eficiência e humanização do cuidado.

Programas Institucionais de Qualidade e Inovação

Iniciativa / Programa	Descrição Funcional
Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente	Implementado desde a semana 3, atua com protocolos, comissões internas e eventos sentinela.
Gestão da Qualidade com Metodologia PDCA	Aplicada a todos os processos: acolhimento, SADT, transporte, RH e gestão de riscos.
Indicadores Integrados em BI	Monitoramento de produção, mortalidade, retorno 72h, NPS, permanência e tempo de porta.
Comissão de Ética Assistencial	Discussões técnicas e bioéticas, revisão de casos críticos e protocolos assistenciais.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

Atenção Humanizada e Política de Acolhimento	Fluxos específicos para grupos vulneráveis: pediatria, saúde mental, gestantes, PCD.
Canal de Ouvidoria Ativo 24h	Atendimento por QR Code, formulário online e resposta com SLA de até 48h.

Iniciativas Inovadoras Adicionais

- **Gestão por Competências e Banco de Talentos**: mapeamento de perfis profissionais e capacitação por trilhas formativas.
- **Programa "Experiência do Paciente" (NPS)**: ferramenta contínua de avaliação da satisfação do usuário, com metas mínimas de 85 pontos.
- **Relatórios Automatizados de Transparência**: publicação trimestral em portal institucional e integração com SES.
- **Cultura de Governança e Ética Institucional**: com código de conduta, termo de confidencialidade e políticas internas anticorrupção.
- **Plano de Resposta a Incidentes Cibernéticos**: abrangendo dados clínicos, regulação e segurança da informação.

Impactos Esperados

- Melhoria contínua da assistência com base em evidências e protocolos padronizados;
- Fortalecimento da cultura organizacional, do engajamento e da produtividade das equipes;
- Redução de riscos, eventos adversos e judicialização da assistência;
- Valorização da experiência do usuário e aumento da confiança institucional;

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

- Alinhamento pleno às diretrizes do SUS e da Política Nacional de Atenção às Urgências.

Esse conjunto de ações demonstra que a SBCD **vai além da gestão operacional básica**, promovendo uma proposta tecnicamente qualificada, ética e sustentável para a UPA Tobias Barreto.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

IMPLANTAÇÃO DOS FLUXOS

Para garantir a segurança e a funcionalidade do ambiente, o projeto físico da UPA deve obedecer aos seguintes princípios operacionais:

Princípio	Descrição
Setorização física	Separação clara entre áreas sujas e limpas; Portas com controle de acesso.
Fluxo unidirecional de pacientes	Entrada → acolhimento → atendimento → medicação → alta ou transferência.
Separação de fluxos	Diferenciar circulação de pacientes, funcionários, visitantes e resíduos.
Controle de infecção	Barreiras físicas e procedimentos de limpeza programada nas zonas críticas.
Acessibilidade universal	Garantia de acesso seguro a PCD, idosos e pacientes com mobilidade reduzida.
Sinalização padronizada	Identificação visual de zonas por cor, pictogramas e faixas no piso.

1. Fluxos Operacionais – Circulação

A implantação dos fluxos operacionais da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) São Vicente de Paulo será baseada na lógica da segregação físico-funcional das áreas internas e externas, considerando o risco sanitário envolvido e a complexidade das atividades desempenhadas em cada setor. Essa organização está fundamentada nas diretrizes da RDC ANVISA nº 50/2002, na Norma Regulamentadora nº 32 do Ministério do Trabalho e Emprego (NR-32), bem como nas boas práticas assistenciais e de vigilância sanitária estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

A unidade será funcionalmente dividida em três categorias principais de áreas: **não restritas**, **semi-restritas** e **restritas**. Essa classificação orientará os padrões de circulação de usuários, profissionais, insumos e resíduos, garantindo rotas unidirecionais, controle de riscos e prevenção da contaminação cruzada.

Exemplos de Fluxos Operacionais Assistenciais

Além da organização físico-funcional das áreas, a UPA São Vicente de Paulo adotará fluxos internos clínico-assistenciais previamente definidos, conforme o perfil do paciente e a gravidade do quadro clínico. Esses fluxos asseguram a resolutividade, a priorização dos casos críticos e a fluidez no atendimento, conforme segue:

Fluxo de Atendimento Geral (Paciente Andando):

- Entrada pela recepção.
- Registro e ficha de atendimento.
- Triagem e classificação de risco.
- Acesso ao consultório.
- Medicação e exames, se necessário.
- Alta médica ou encaminhamento à observação.
- Liberação pela recepção.

Fluxo de Paciente Grave (Ambulância ou SAMU):

- Entrada pela porta lateral exclusiva.
- Acesso direto à sala de emergência.
- Estabilização clínica.
- Solicitação de vaga hospitalar via sistema de regulação (SIRESP).
- Transferência pela equipe de transporte inter-hospitalar.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

O desenho e controle desses fluxos assistenciais, articulados com a lógica de setorização física e classificação das áreas, são determinantes para a qualidade assistencial, a segurança do paciente e a organização dos processos de trabalho. Essa estrutura favorece a biossegurança institucional, previne infecções relacionadas à assistência e fortalece a eficiência funcional da unidade.



As **áreas não restritas** compreendem os ambientes de acesso público e administrativo, nos quais há circulação de pacientes, acompanhantes e prestadores de serviços externos, sem contato direto com ambientes críticos. São elas: recepção, salas de espera, sanitários públicos, setor administrativo, almoxarifado e áreas externas da unidade. Nessas áreas, será adotada sinalização de orientação horizontal e vertical, com identificação visual clara dos pontos de entrada e restrição, evitando acesso indevido aos setores assistenciais. As barreiras físicas e a separação funcional desses ambientes proporcionarão maior segurança e organização do fluxo de usuários, reduzindo aglomerações e otimizando o tempo de permanência dos pacientes na unidade.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

As **áreas semi-restritas** são zonas de transição técnica e assistencial, destinadas à permanência de pacientes em atendimento e ao acesso controlado de profissionais. Compreendem os consultórios médicos, salas de classificação de risco, salas de medicação, áreas de observação clínica e demais espaços clínico-assistenciais que não envolvem procedimentos invasivos ou manipulação crítica de materiais. A circulação nessas áreas será controlada por mecanismos de acesso físico (portas com controle) e supervisão permanente por equipe técnica. O fluxo de pacientes será organizado conforme a gravidade clínica identificada na triagem, de modo a garantir atendimento resolutivo e seguro, em consonância com os protocolos de acolhimento com classificação de risco.

As **áreas restritas**, por sua vez, são os setores de maior complexidade e criticidade sanitária da unidade, sendo acessíveis exclusivamente a profissionais de saúde devidamente autorizados e utilizando Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) adequados. Estão incluídas nessa categoria: sala de estabilização, sala de emergência, Central de Material Esterilizado (CME), farmácia, rouparia suja e abrigo de resíduos. Nessas áreas, o fluxo será rigorosamente unidirecional, com vedação física ao acesso externo, uso de barreiras sanitárias, controle por sistemas de monitoramento (CFTV) e implantação de protocolos operacionais padronizados para entrada, saída e permanência de pessoas e materiais. A circulação interna será realizada por corredores técnicos delimitados, com demarcação visual no piso e placas de aviso de risco biológico, conforme exigido pela NR-32.

O conjunto dessas medidas assegurará um modelo de circulação funcional, seguro e eficiente, mitigando os riscos de infecção hospitalar, otimizando os fluxos de trabalho da equipe multiprofissional e promovendo uma ambiência qualificada e segura para os usuários do serviço. A organização

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

espacial e a hierarquização dos acessos possibilitam ainda a rastreabilidade de eventos críticos, a adequação aos requisitos da vigilância sanitária e a aderência plena aos critérios de avaliação técnica da matriz prevista no Anexo V do edital.

2. Fluxo Unidirecional para Materiais Esterilizados

A UPA São Vicente de Paulo adotará um sistema de fluxo unidirecional rigorosamente controlado para materiais esterilizados, com base nas diretrizes da RDC ANVISA nº 15/2012, RDC nº 50/2002, NR-32 e nos princípios do controle de infecções hospitalares. Esse fluxo tem como objetivo assegurar a integridade microbiológica dos materiais processados, garantir a rastreabilidade dos insumos e eliminar qualquer possibilidade de contaminação cruzada entre áreas sujas, limpas e estéreis.

Na unidade, esse modelo será implementado integralmente na Central de Material Esterilizado (CME), cuja organização físico-funcional será estruturada de forma linear, sequencial e irreversível. O fluxo seguirá um percurso único — iniciando-se na área suja (expurgo), passando pela área limpa (preparo e embalagem) e finalizando na área estéril (armazenamento e distribuição) — sem qualquer retorno entre as etapas. Esse arranjo operacional é essencial para garantir a segurança do paciente, a eficiência do processamento e o pleno cumprimento das exigências sanitárias vigentes.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

A adoção desse modelo de fluxo traz benefícios fundamentais:

- **Prevenção de Infecções Cruzadas:** garante a integridade microbiológica dos materiais e a segurança do paciente.
- **Eficiência:** otimiza o tempo de processamento e reduz retrabalho.
- **Segurança do Trabalho:** protege os profissionais da saúde, minimizando exposição a contaminantes.
- **Conformidade com Normas:** atende às exigências das RDCs ANVISA nº 15/2012 e nº 50/2002, além da NR-32.

A **Central de Material Esterilizado (CME)** da unidade será composta por três áreas fisicamente segregadas, com acesso controlado e circuito unidirecional de circulação:

1. **Área suja (recepção de materiais contaminados)**: local onde os materiais utilizados nos procedimentos clínicos são inicialmente recebidos. Nesta etapa, realiza-se a inspeção, desmontagem, limpeza e secagem dos materiais, conforme as orientações do fabricante e os protocolos da unidade. A higienização será feita com detergente enzimático e escovas específicas, conforme preconiza a ANVISA. Para equipamentos com necessidade de controle microbiológico avançado, serão aplicados protocolos específicos de descontaminação, com uso de bactericidas ou esterilizantes químicos apropriados.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

2. **Área limpa (preparo e embalagem)**: após a limpeza, os materiais passam para uma área intermediária destinada à inspeção visual, montagem e embalagem com insumos apropriados (papel grau cirúrgico, SMS, etc.). A organização observará rigorosamente o tipo de material, o método de esterilização e a rastreabilidade de lote e validade. O transporte para essa área será feito por janelas pass-through ou corredores técnicos exclusivos, sem retorno possível para a zona contaminada.

3. **Área esterilizada (armazenamento e distribuição)**: os materiais embalados e identificados seguem para a autoclavação (esterilização por vapor saturado sob pressão), realizada em equipamentos com manutenção regular e calibração certificada. Após o ciclo, os itens são armazenados em armários exclusivos ou prateleiras fechadas, em ambiente climatizado e controlado, de onde são distribuídos aos setores assistenciais mediante solicitação rastreada por sistema manual ou informatizado.

Para garantir a correta implementação do fluxo unidirecional, a unidade adotará:

- Um **layout físico com barreiras estruturais e passagens exclusivas**;
- **Autoclaves de barreira dupla**, evitando cruzamentos entre zonas;
- **Treinamento periódico da equipe** sobre boas práticas e protocolos;
- **Monitoramento contínuo dos processos e registros auditáveis**.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA



Todo o percurso dos materiais segue um **fluxo unidirecional irreversível**, isto é, **não há retorno físico de materiais entre as zonas da CME**, em conformidade com a arquitetura funcional exigida pela RDC nº 50/2002. A circulação de profissionais também será orientada por barreiras técnicas, com trocas de avental, higienização das mãos e utilização de EPIs adequados para cada setor.

A manutenção dos sistemas de suporte à esterilização, como o **sistema de água quente**, também será rigorosamente monitorada, por sua importância crítica no processo de limpeza e termo-desinfecção dos materiais. Isso inclui verificação de temperatura, pressão e integridade das tubulações, assegurando qualidade da água utilizada e eficiência energética no processo de higienização.

Além disso, a unidade adotará:

- Registro padronizado de ciclos de esterilização (tempo, temperatura, pressão, carga);
- Etiquetas com data de esterilização, validade e responsável técnico;

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

- Indicadores químicos e biológicos conforme periodicidade regulamentar;
- Treinamento periódico da equipe da CME em boas práticas e normativas vigentes.

Com essa estrutura, a UPA São Vicente de Paulo garantirá a disponibilidade, segurança e rastreabilidade dos materiais estéreis utilizados nos atendimentos de urgência e emergência, assegurando conformidade com os critérios técnicos exigidos na matriz de avaliação do Chamamento Público nº 004/2025.

3. Fluxo Unidirecional para Roupas

A UPA São Vicente de Paulo contará com um sistema de gerenciamento de roupas estruturado sob o princípio da unidirecionalidade, conforme preconizado pela RDC ANVISA nº 50/2002, pelo Manual de Processamento de Roupas em Serviços de Saúde – ANVISA (2020) e pela NR-32 do Ministério do Trabalho.

O fluxo será linear, sem retrocesso e com barreiras físicas e funcionais bem definidas entre as etapas limpas e sujas, prevenindo a contaminação cruzada. Essa organização assegura a biossegurança institucional, a rastreabilidade dos volumes processados e a integridade das rotinas assistenciais.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

O enxoval sob gerenciamento incluirá lençóis, fronhas, cobertores, aventais, campos cirúrgicos, jalecos, uniformes e roupas de pacientes em observação ou isolamento, sendo processado e movimentado conforme protocolos técnicos específicos para cada fase do ciclo.

O fluxo será constituído por etapas sequenciais e interdependentes, que compreendem:

1. **Recebimento e conferência das roupas limpas**: O enxoval hospitalar, processado por lavanderia externa especializada e licenciada, será entregue à unidade em embalagens fechadas, higienizadas externamente e devidamente identificadas por lote, contendo informações sobre a data de lavagem, o tipo de peça e a unidade de destino. O recebimento ocorrerá em área tecnicamente classificada como limpa, isolada da entrada de roupas sujas, com ventilação adequada, superfícies laváveis, e sem contato direto com o chão.

   Essa área contará com controle documental da integridade e da higienização dos tecidos, além de ser de acesso restrito a profissionais autorizados, que deverão utilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) adequados e adotar precauções padrão. A entrada do enxoval limpo se dará por via separada da saída do sujo, preferencialmente com entradas físicas distintas ou, na sua impossibilidade, por meio de horários logísticos não coincidentes, a fim de evitar qualquer possibilidade de cruzamento de fluxos.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

2. **Armazenamento e controle na rouparia limpa**: as roupas serão armazenadas em ambiente próprio, com ventilação adequada, superfícies laváveis, controle de pragas e acesso restrito. As peças serão organizadas por tipo, uso e setor, permitindo agilidade na distribuição e redução do risco de desabastecimento. O local seguirá as normas estruturais de ambientes semi-críticos, com limpeza concorrente e terminal diárias.

3. **Distribuição do enxoval às unidades assistenciais**: O enxoval será distribuído a partir da rouparia limpa para os diversos setores assistenciais da unidade, incluindo: Sala de emergência; Leitos de observação; Sala de isolamento; Áreas de procedimentos e medicação.

O transporte será realizado exclusivamente por meio de carrinhos funcionais fechados, devidamente higienizados, que transitarão apenas por corredores limpos, sem qualquer compartilhamento com o transporte de resíduos ou de roupas sujas. As rotas e os horários serão estrategicamente planejados para garantir a fluidez operacional, evitar interferências com outros fluxos críticos e assegurar a integridade sanitária do enxoval distribuído.

As quantidades entregues serão controladas por meio de registros diários, considerando a ocupação real dos leitos e o consumo de cada setor, o que permitirá uma gestão precisa do abastecimento e reduzirá o risco de desabastecimento nas áreas críticas.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

4. **Uso Assistencial e Troca de Enxoval:** O enxoval deve ser trocado a cada novo paciente ou sempre que houver sujidade, secreções ou risco de contaminação.

Em caso de contato com material biológico, o item deve ser considerado potencialmente infectado e descartado ou enviado como roupa contaminada.

O manuseio deve ocorrer com luvas e técnicas asséptica, evitando contato direto com a superfície da pele profissional.

5. **Coleta e acondicionamento das roupas sujas**: Após o uso, o enxoval será imediatamente recolhido e acondicionado em sacos plásticos específicos, observando-se a segregação conforme o tipo de exposição: Em sacos brancos leitosos para roupas comuns; em sacos vermelhos para peças com risco biológico (infectadas), conforme protocolos da NR-32 e da ANVISA.

Esses sacos serão inseridos em carros de coleta exclusivos para roupa suja, devidamente identificados e higienizáveis, os quais não retornarão à área limpa sem prévia descontaminação. A movimentação dos carros será realizada em horários previamente definidos, por rotas técnicas específicas, evitando contato com fluxos críticos ou setores assistenciais.

O depósito de enxoval sujo será estruturado em área exclusiva, próxima às zonas de atendimento, com acesso restrito, revestimento lavável, piso impermeável, ralo sifonado, exaustão adequada e lavatório de uso exclusivo para a higiene das mãos dos profissionais encarregados da coleta e triagem.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

6. **Armazenamento temporário e coleta externa**: As roupas sujas permanecerão acondicionadas na rouparia suja até sua retirada pela lavanderia externa, com rastreamento documental de toda a movimentação, controle de frequência e identificação de volumes processados. A coleta será realizada por empresa especializada, devidamente licenciada, utilizando veículos que atendam aos requisitos da RDC ANVISA nº 222/2018 e demais normas ambientais e sanitárias vigentes. Os veículos utilizados deverão ser: Dedicados exclusivamente ao transporte de roupas hospitalares; dotados de compartimentos independentes para roupas limpas e sujas, quando aplicável; submetidos a rotinas de uso diário com registro documentado de limpeza e desinfecção.

Esse processo garantirá a continuidade do fluxo unidirecional e a integridade microbiológica das roupas processadas, além da conformidade com os critérios técnicos e regulatórios exigidos.

7. **Dimensionamento técnico do enxoval e processamento pela lavanderia**: A quantidade de enxoval será dimensionada conforme o perfil assistencial da unidade, considerando o número de leitos, as salas de observação clínica e os espaços de procedimentos. Para garantir disponibilidade contínua, será adotado o critério de “cinco voltas” para lavanderia externa, assegurando:

(1) kit em uso,
(2) kit limpo armazenado,
(3) kit sujo aguardando coleta,
(4) kit em lavagem,
(5) kit em transporte de retorno.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

Esse modelo permite a manutenção da assistência mesmo em situações de pico de demanda, contingência ou atrasos logísticos, promovendo segurança e continuidade dos cuidados.

Todo enxoval será submetido a processamento completo por lavanderia especializada, incluindo: Triagem e pré-desinfecção (nos casos de roupas contaminadas); lavagem industrial, com parâmetros de tempo e temperatura definidos por protocolo técnico; secagem, calandragem, dobragem e embalagem final.

Após o processamento, as roupas retornarão à unidade devidamente etiquetadas, identificadas por tipo e setor de destino, em embalagens fechadas e rastreáveis, assegurando sua integridade e conformidade microbiológica.

Além da estrutura física e logística, será implementado um **sistema informatizado ou planilhado de rastreamento de enxoval**, contendo dados como:

- Inventário por tipo de peça e setor;
- Frequência de uso e reprocessamento;
- Indicadores de perdas, avarias e substituições;
- Registro de não conformidades sanitárias e operacionais.

Todos os profissionais envolvidos no ciclo da roupa hospitalar serão capacitados periodicamente quanto às boas práticas de biossegurança, prevenção de contaminação cruzada, manejo de tecidos contaminados e uso de EPIs, conforme exigência das normas regulatórias vigentes.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

Esse fluxo garante não apenas a segurança microbiológica e o conforto do usuário, mas também a conformidade com os critérios da matriz de avaliação do Chamamento Público nº 004/2025, representando uma solução técnica eficaz, auditável e padronizada para a gestão do enxoval na unidade.

Requisitos Arquitetônicos e Operacionais

Requisito	Descrição
Sala de Rouparia Limpa	Área ventilada, com prateleiras altas, piso lavável e controle de acesso.
Sala de Rouparia Suja	Área isolada, com pia de lavagem, tanque de desinfecção (opcional) e sistema de exaustão.
Circulação física	**Não pode haver cruzamento de fluxos** (corredores e elevadores independentes, quando possível).
EPIs obrigatórios	Luvas, avental impermeável, máscara e touca.
Controle documental	Livro de registro de entrada e saída, com quantidade, destino, avarias e observações clínicas.

4. Fluxo Unidirecional de Resíduos de Saúde

A UPA São Vicente de Paulo contará com um sistema completo de **gestão e fluxo unidirecional dos Resíduos de Serviços de Saúde (RSS)**, conforme estabelecido pela **RDC ANVISA nº 222/2018**, **Resolução CONAMA nº 358/2005**, **Lei nº 12.305/2010 (Política Nacional de Resíduos Sólidos)**, além das normas da **ABNT** (NBR 12807, 12808, 12809, 12810, 9191 e 10004) e da **NR-32** do Ministério do Trabalho.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

Será implementado um Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) abrangente, cuja estrutura garantirá a segregação correta dos resíduos desde a fonte geradora até sua disposição final. Esse programa tem como finalidade reduzir riscos biológicos, químicos e perfurocortantes, prevenir infecções e acidentes ocupacionais, promover a sustentabilidade ambiental, assegurar a responsabilidade institucional e garantir o atendimento pleno às exigências legais e sanitárias. Todo o processo ocorrerá de forma unidirecional e irreversível, sem cruzamento com áreas limpas ou de circulação pública, promovendo, assim, a biossegurança institucional e a rastreabilidade segura de cada etapa do fluxo de resíduos.

Classificação dos Resíduos de Saúde na UPA

Segundo a RDC nº 222/2018:

Grupo	Tipo de Resíduo	Exemplos na UPA
A	Potencialmente infectantes	Gazes com sangue, materiais de curativo, secreções, resíduos de isolamento
B	Químicos	Medicamentos vencidos, resíduos de laboratório, desinfetantes
C	Radioativos	Não aplicável à maioria das UPAs
D	Comuns	Papel, papel toalha, sobras de alimentos, embalagens limpas
E	Perfurocortantes	Agulhas, lâminas, ampolas quebradas, scalp

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

Etapas do Fluxo Unidirecional de RSS

1. **Geração e Classificação**

A geração dos Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) ocorrerá diretamente nos pontos de atendimento ao paciente, como consultórios, salas de medicação, observação, emergência, laboratório, entre outros setores assistenciais. Cada resíduo será imediatamente segregado no local de origem, conforme determina a RDC ANVISA nº 222/2018, utilizando coletores e recipientes padronizados e devidamente identificados por grupo de risco:

- Grupo A (potencialmente infectantes): saco branco leitoso com símbolo de infectante;
- Grupo B (resíduos químicos): recipiente rígido com tampa e símbolo de substância química;
- Grupo D (resíduos comuns): saco preto ou azul, conforme protocolo interno;
- Grupo E (perfurocortantes): caixa de papelão rígida, com revestimento impermeável e descarte seguro.

A classificação por grupo será rigorosamente aplicada pela equipe, previamente treinada para garantir a segregação correta e imediata dos resíduos no momento exato de sua geração — nunca posteriormente —, conforme os protocolos internos da unidade, as exigências da ANVISA e as normas da NR-32.

2. **Acondicionamento Seguro**

Após a segregação no ponto de geração, os resíduos serão acondicionados temporariamente em coletores específicos, com tampa e acionamento por pedal, devidamente identificados por cores e símbolos

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

conforme o grupo de risco, em conformidade com a ABNT NBR 9191 e a RDC ANVISA nº 222/2018. Para os materiais perfurocortantes (Grupo E), serão utilizados recipientes rígidos, com paredes resistentes, tampa inviolável e revestimento impermeável, garantindo o descarte seguro.

A troca desses recipientes ocorrerá em horários definidos, sendo os registros devidamente documentados conforme as rotinas internas de cada setor. O descarte será realizado obrigatoriamente com o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), incluindo luvas de borracha, avental impermeável e máscara facial, assegurando a proteção dos trabalhadores envolvidos.

As salas de utilidades (expurgos) da unidade contarão com espaço específico e segregado para o armazenamento temporário dos resíduos, antes de sua remoção para os abrigos externos, assegurando organização, segurança e conformidade com as normas de biossegurança vigentes.

3. Transporte Interno

O transporte interno dos resíduos será realizado por equipe treinada, em horários definidos e por rotas técnicas fixas, obedecendo a um fluxo unidirecional rigoroso e sem cruzamento com áreas limpas, circulação de pacientes ou outros fluxos críticos, como alimentos, roupas e materiais estéreis. Os resíduos serão movimentados em carros coletores exclusivos por tipo de resíduo, com estrutura lavável, tampa

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

basculante e sinalização externa apropriada, conforme as exigências da RDC ANVISA nº 222/2018.

Os percursos e horários serão planejados estrategicamente para minimizar riscos operacionais e garantir total segurança ao longo da coleta. A frequência será diária ou sempre que os recipientes atingirem dois terços de sua capacidade, de forma a evitar transbordamentos, vazamentos ou desconformidades operacionais.

4. Armazenamento Temporário Central

Após o acondicionamento e coleta interna, os resíduos serão inicialmente direcionados a uma área de armazenamento temporário interna (abrigo de transição), localizada próxima às salas de utilidades (expurgo), e posteriormente transferidos para o abrigo de resíduos externo. Esse abrigo será uma estrutura física exclusiva, construída em conformidade com os parâmetros da RDC ANVISA nº 222/2018, possuindo piso e paredes laváveis, cobertura adequada, ventilação cruzada, iluminação artificial, ralo sifonado e acesso controlado.

Cada grupo de resíduo será armazenado em compartimentos distintos, devidamente identificados e organizados para evitar riscos de contaminação cruzada, sendo realizada limpeza diária do local como parte da rotina operacional. O espaço será externo à área assistencial, devidamente sinalizado e com acesso restrito a pessoal autorizado, havendo controle de carga e fiscalização periódica por parte da vigilância sanitária.

Será vedado o armazenamento conjunto de resíduos com insumos, medicamentos, roupas ou gêneros alimentícios, garantindo a integridade sanitária e o atendimento às exigências legais.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

5. Coleta e Transporte por Empresa Licenciada

A coleta e o transporte externo dos Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) serão realizadas por empresa especializada, legalmente habilitada e licenciada pela autoridade ambiental e sanitária competente. Essa empresa será responsável pelas etapas de coleta, transporte, tratamento (quando aplicável) e destinação final dos resíduos, em conformidade com a legislação vigente.

O transporte seguirá roteiro técnico previamente definido e será executado por veículos exclusivos, com compartimentos laváveis, estanques e compatíveis com os diferentes tipos de resíduos. Toda a movimentação externa será registrada por meio de Manifesto de Transporte de Resíduos (MTR eletrônico), garantindo rastreabilidade, transparência e controle auditável das operações.

6. Destinação Final

- Grupo A e E: Tratamento prévio (autoclavagem ou incineração) seguido de disposição em aterro sanitário licenciado.
- Grupo B: Tratamento específico conforme tipo de agente químico.
- Grupo D: Destinação como resíduo comum urbano (em local licenciado).

- Documentação de destino final deve ser mantida por 5 anos.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

Infraestrutura Recomendada para Gerenciamento de Resíduos

- Abrigo de resíduos: Área externa, coberta, piso lavável, lavatório exclusivo, iluminação e ventilação.
- Sala de utilidades: Pia de lavagem, lixeira pedal, armário de EPI.
- Rotas de coleta interna sinalizadas.
- Cartazes educativos e manuais de segregação visíveis nos pontos de geração.

Procedimentos Complementares

- **Capacitação Contínua**: Será instituído um programa permanente de capacitação de todos os profissionais (efetivos e terceirizados) envolvidos no manejo dos resíduos, com treinamentos admissionais, periódicos e por função. O conteúdo abrangerá legislação, riscos, procedimentos operacionais, uso de EPIs e condutas em caso de acidente com exposição biológica.
- **Indicadores e Monitoramento**: Serão utilizados indicadores de desempenho para acompanhar: volume de geração por grupo de resíduo, conformidade na segregação, frequência de coleta, número de não conformidades e resultados das auditorias internas.
- **Relatórios Técnicos e Reuniões de Avaliação**: Serão elaborados relatórios mensais com análise de dados, evolução de indicadores, problemas identificados e planos de ação corretiva. A equipe responsável pela gestão de resíduos se reunirá periodicamente com a CCIH e a coordenação geral para avaliação do desempenho e melhoria contínua dos processos.
- **Checklist e Rastreabilidade**: Todo o processo será suportado por documentos de controle, incluindo checklist de segregação, registros de transporte interno e externo, inspeções dos abrigos, manutenção de equipamentos e evidências de capacitação.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

- **Fluxo Físico com Saída Independente**: O fluxo dos resíduos será inteiramente **independente da circulação de pacientes e visitantes**, com percurso técnico desde o ponto de geração até o abrigo externo, devidamente sinalizado, com isolamento das áreas limpas e monitoramento por CFTV nos pontos críticos.

5. Considerações Finais sobre Fluxos Operacionais

A estruturação dos fluxos operacionais descritos nesta proposta – circulação por áreas classificadas, manejo de roupas hospitalares, gestão de resíduos de serviços de saúde e controle de materiais esterilizados – representa um eixo central da estratégia assistencial e organizacional para a plena funcionalidade da UPA São Vicente de Paulo.

A adoção de fluxos unidirecionais, rastreáveis e segregados física e funcionalmente, em conformidade com os marcos regulatórios da ANVISA, do Ministério da Saúde e da legislação ambiental, não apenas garante a segurança sanitária dos processos internos, como promove a eficiência operacional, a redução de riscos institucionais e a conformidade com os critérios técnicos do edital.

A circulação de pessoas e materiais por áreas restritas, semi-restritas e não restritas, a logística técnica de roupas e enxoval, o gerenciamento de resíduos com saída independente e o processamento de materiais em CME estruturada e segura são condições indispensáveis para que a unidade opere dentro dos parâmetros exigidos para a Rede de Urgência e Emergência, com foco na qualidade assistencial e na proteção dos usuários e trabalhadores da saúde.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

A Sociedade Brasileira Caminho de Damasco apresenta, neste contexto, não apenas uma proposta técnica de implantação, mas um compromisso institucional com a excelência na gestão dos serviços de saúde, respaldado por sua experiência consolidada na administração de unidades de baixa, média e alta complexidade em diversos estados do país. A SBCD possui expertise técnica consolidada, equipe multiprofissional especializada e domínio normativo para estruturar e manter, de forma contínua e segura, todos os fluxos físicos e logísticos da unidade, garantindo funcionalidade, conformidade e resultados sustentáveis para o sistema público de saúde local.

Por meio da execução qualificada dessas rotinas, a SBCD contribuirá diretamente para que a UPA São Vicente de Paulo funcione como um dispositivo estratégico de acesso ágil, resolutivo e seguro à atenção em urgência e emergência, com alinhamento total às políticas públicas de saúde e aos indicadores de desempenho pactuados no contrato de gestão.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO

1. Proposta para Regimento Interno

A Sociedade Brasileira Caminho de Damasco propõe a implantação do Regimento Interno da UPA São Vicente de Paulo como um dos principais instrumentos normativos de governança, organização institucional e padronização das rotinas administrativas e assistenciais da unidade, assegurando a transparência, a legalidade e a eficiência dos processos de gestão.

Trata-se de um instrumento normativo institucional, de natureza administrativa e organizacional, que disciplina a estrutura funcional, os processos decisórios e os direitos e deveres dos profissionais, setores e usuários da unidade. É um documento obrigatório para todos os serviços públicos e contratualizados com o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo reconhecido como ferramenta essencial de governança, transparência e responsabilização institucional.

O Regimento Interno será elaborado com base nos princípios constitucionais da administração pública — legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência —, nas diretrizes do SUS (universalidade, equidade e integralidade), na legislação sanitária e trabalhista vigente, bem como nas normas específicas que regulam o funcionamento das unidades de pronto atendimento.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

Estrutura e Conteúdo Proposto

O Regimento Interno abrangerá, de forma clara e sistemática, os seguintes eixos estruturantes:

- **Organização estrutural e hierárquica da unidade**: definição das diretorias, coordenações e setores operacionais, com descrição das atribuições de cada instância administrativa e dos núcleos assistenciais, técnico-operacionais e de apoio logístico.
- **Regramento institucional da unidade**: normas de funcionamento da UPA, incluindo horários, plantões, fluxos de entrada e saída de profissionais, organização dos serviços, regras de conduta ética e procedimentos disciplinares internos.
- **Relação com o poder público contratante**: procedimentos de interlocução entre a SBCD (como entidade gestora) e a Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe, especialmente no que tange à regulação, prestação de contas, auditorias, visitas técnicas e cumprimento das metas assistenciais pactuadas.
- **Comissões técnicas e colegiados internos**: estruturação e funcionamento de comissões obrigatórias, como Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS), Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), Comissão de Óbitos e demais instâncias previstas nas normativas do Ministério da Saúde.
- **Regulação e coordenação de fluxos internos**: definição das competências do Núcleo Interno de Regulação (NIR), dos critérios para acesso aos serviços, e das interfaces com a Central Estadual de Regulação para garantia de continuidade do cuidado.
- **Processos de avaliação e melhoria contínua**: institucionalização de instrumentos de monitoramento da qualidade, escuta qualificada dos usuários, tratativas de denúncias e sugestões,

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

realização de auditorias internas e cumprimento das diretrizes de segurança do paciente.

- **Diretrizes para educação permanente e capacitação**: normatização da política de qualificação dos profissionais vinculados à unidade, incluindo integração de novos colaboradores, atualizações periódicas, educação continuada e ações de desenvolvimento técnico e humano.

Finalidade e Relevância

A implantação do Regimento Interno visa conferir segurança jurídica, organizacional e funcional à UPA São Vicente de Paulo, favorecendo a atuação dos gestores, o alinhamento das equipes multiprofissionais e a padronização dos processos administrativos e assistenciais. Além de garantir a clareza e estabilidade das normas internas, o regimento será um instrumento de referência normativa para a contratante, o controle social e os órgãos fiscalizadores.

Entre seus objetivos principais, destacam-se:

- Garantir a ordem, segurança e clareza das diretrizes institucionais;
- Assegurar a execução dos princípios do SUS — universalidade, equidade e integralidade;
- Organizar os fluxos assistenciais e administrativos com base em critérios técnicos e legais;
- Delimitar responsabilidades das equipes gestoras, assistenciais, técnicas e operacionais;

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

- Estabelecer normas de conduta, critérios de avaliação funcional, sindicância e penalidades internas;
- Favorecer a responsabilização ética e funcional de todos os envolvidos no cuidado e na gestão.

A Sociedade Brasileira Caminho de Damasco, enquanto entidade proponente e executora, assume a responsabilidade de elaborar, validar e revisar o Regimento Interno de forma participativa, com o envolvimento das lideranças locais, núcleos técnicos, setor jurídico e representantes da gestão pública, assegurando sua plena aderência à realidade da unidade e às obrigações contratuais pactuadas.

2. Proposta para Regimento do Corpo Clínico

A Sociedade Brasileira Caminho de Damasco propõe a implantação de um Regimento próprio para o Corpo Clínico da UPA São Vicente de Paulo, com o objetivo de regulamentar as relações funcionais, éticas e técnico-assistenciais entre os profissionais médicos vinculados à unidade e os demais setores da organização. Trata-se de um documento normativo específico que disciplina a atuação dos profissionais médicos e demais integrantes da equipe assistencial de nível superior, estabelecendo critérios objetivos para sua conduta, vínculos funcionais, admissão, participação na gestão clínica e adesão aos protocolos institucionais.

Esse instrumento tem como finalidade garantir a padronização das práticas clínicas, o respeito à ética profissional, a corresponsabilidade dos profissionais na gestão da qualidade assistencial e na segurança do paciente,

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

além de reforçar o compromisso com os princípios do SUS e com a efetividade dos serviços prestados em ambiente de urgência e emergência.

O Regimento do Corpo Clínico será estruturado em conformidade com:

- O **Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217/2018)**;
- A legislação trabalhista e sanitária vigente;
- As normas da contratante (Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe);
- E os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), com foco em equidade, integralidade e resolutividade do cuidado.

Conteúdo e Estrutura Proposta

O Regimento do Corpo Clínico da UPA São Vicente de Paulo abrangerá, entre outros, os seguintes tópicos fundamentais, normatizando a atuação dos profissionais médicos e, quando aplicável, de outros profissionais de saúde com autonomia técnica, como dentistas, psicólogos e fisioterapeutas, que atuam diretamente na assistência ao paciente.

• Composição e vínculos funcionais: definição do conceito de corpo clínico e dos critérios de admissão e desligamento de seus membros, incluindo a exigência de inscrição regular em conselho de classe (como o CRM), comprovação de experiência em serviços de urgência e emergência, modalidades de contratação e regras para desligamento voluntário ou por justa causa.

• Organização funcional: estruturação da governança clínica da unidade, com definição da hierarquia médica interna, atribuições dos cargos de coordenação médica, responsáveis técnicos e preceptores (nos casos em que

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

houver atividades de ensino). Também incluirá normas sobre substituições, delegação de funções, fluxo de comunicação institucional e, quando aplicável, o processo eleitoral para escolha de representantes do corpo clínico.

• Direitos, deveres e participação institucional: delimitação dos direitos e deveres dos membros do corpo clínico, bem como suas atribuições nas comissões técnicas obrigatórias da unidade, como a Comissão de Óbitos, Comissão de Revisão de Prontuários, Comissão de Ética Médica (quando constituída), Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Núcleo de Segurança do Paciente, Núcleo de Educação Permanente e equipe de regulação interna. Serão também regulamentadas a participação em reuniões clínicas e institucionais obrigatórias e as instâncias colegiadas da unidade.

• Adesão a protocolos e diretrizes clínicas: obrigatoriedade de cumprimento dos protocolos assistenciais, clínico-terapêuticos e de segurança do paciente estabelecidos pela unidade e pela Secretaria de Estado da Saúde. O regimento abordará temas como a utilização do prontuário eletrônico, registro de condutas, classificação de risco, rastreabilidade de atendimentos e indicadores de desempenho clínico.

• Normas de plantão, escalas e assiduidade: regulamentação das escalas de trabalho, trocas de plantão, atrasos, ausências, condutas relacionadas ao descumprimento de jornadas, atuação em regime de sobreaviso, plantões de retaguarda e atendimento em serviços de referência. Também será normatizada a conduta em situações de intercorrência clínica.

• Conduta ética e responsabilidade profissional: dispositivos relacionados à conduta ética entre os membros do corpo clínico e entre estes e os demais integrantes da equipe multiprofissional, incluindo normas sobre comunicação com usuários e familiares, notificação de eventos adversos, manuseio de prontuários, sigilo profissional e conduta em relação à biossegurança. Estarão

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

previstas penalidades como advertência, suspensão e afastamento em caso de infrações disciplinares, com base em critérios previamente definidos.

A implantação de um Regimento específico para o Corpo Clínico é essencial para a garantia de uma atuação médica segura, coerente com os princípios bioéticos, alinhada aos protocolos clínicos do SUS e subordinada aos compromissos de desempenho assumidos no contrato de gestão. Além disso, o regimento contribui para a valorização da atuação médica, ao oferecer segurança jurídica, clareza funcional e respaldo normativo às decisões assistenciais.

A SBCD compromete-se a elaborar, revisar e institucionalizar o Regimento do Corpo Clínico com a participação dos médicos da unidade, da direção técnica e do setor jurídico da organização, assegurando legitimidade e aderência à realidade operacional da UPA São Vicente de Paulo. O documento será validado por meio de portaria interna e amplamente divulgado, com atualização periódica conforme evolução das normas legais, contratuais ou sanitárias.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

Benefícios e Importância dos Regimentos

Benefício	Impacto na Gestão da UPA
Clareza nas funções e responsabilidades	Reduz conflitos e sobreposições de funções
Fortalecimento da governança e da direção técnica	Garante liderança institucional legítima
Conformidade com legislações e contratos de gestão	Evita penalizações e garante certificações (ex: ONA, ISO)
Qualificação da assistência ao paciente	Maior adesão a protocolos, segurança e resolutividade
Responsabilização técnica e disciplinar	Previne negligências e define critérios justos de avaliação
Base para auditorias internas e externas	Facilita processos de acreditação e prestação de contas
Integração entre áreas administrativas e clínicas	Evita fragmentação da gestão e melhora a comunicação

Recomendações para Implementação

- Aprovação pelo colegiado gestor da unidade, com ampla divulgação.
- Participação de representantes das áreas assistenciais, administrativas e corpo clínico na construção.
- Atualização periódica (a cada 2 a 3 anos) ou sempre que houver mudanças estruturais relevantes.
- Inclusão dos regimentos em contratos de gestão, planos operacionais anuais e manuais institucionais.
- Garantia de acesso dos documentos a todos os colaboradores (intranet, impressos ou murais).

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

3. Proposta para Regimento do Serviço de Enfermagem

A Sociedade Brasileira Caminho de Damasco propõe a implantação do Regimento do Serviço de Enfermagem da UPA São Vicente de Paulo como instrumento normativo de referência para a organização, regulamentação e padronização das atividades da equipe de enfermagem, abrangendo os aspectos técnicos, administrativos, éticos e funcionais, em consonância com a legislação vigente e com os objetivos estratégicos do Sistema Único de Saúde (SUS).

O regimento será elaborado com base na Resolução COFEN nº 736/2024, que estabelece as diretrizes para estruturação, funcionamento e responsabilidades dos serviços de enfermagem em ambientes hospitalares e de pronto atendimento. Será também fundamentado nas boas práticas recomendadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Ministério da Saúde, bem como nas normativas complementares que regulam o planejamento e a programação das ações de enfermagem, como a Resolução COFEN nº 727/2023.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

Estrutura e Conteúdo do Regimento

O Regimento do Serviço de Enfermagem da UPA contemplará os seguintes eixos estruturantes:

• **Organização da equipe de enfermagem:** definição das categorias profissionais (enfermeiros, técnicos e auxiliares), descrição dos níveis de responsabilidade e articulação hierárquica com a coordenação de enfermagem, direção técnica e setores clínico-administrativos.

• **Competências e atribuições:** detalhamento das atividades específicas por categoria profissional, em conformidade com a Lei nº 7.498/1986 e Decreto nº 94.406/1987, abrangendo ações de cuidado direto, supervisão técnica, gerenciamento de processos assistenciais, liderança de turnos e suporte à gestão da qualidade e segurança do paciente.

• **Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e planejamento das ações:** obrigatoriedade da aplicação da SAE em todos os pontos de cuidado, com registro das etapas do processo de enfermagem (histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação), inclusive no prontuário eletrônico. Em consonância com a Resolução COFEN nº 727/2023, será exigida a formalização do **Planejamento e da Programação de Enfermagem**, com apresentação do quantitativo necessário de pessoal para garantir a assistência segura, conforme previsto na renovação da Anotação de Responsabilidade Técnica (ART). O planejamento será reconhecido como ferramenta estratégica da gestão do cuidado, permitindo a definição de metas, a integração dos eixos assistenciais e administrativos, a prevenção de falhas e a qualificação do processo decisório, adaptando as ações às necessidades da população e otimizando os recursos disponíveis.

• **Dimensionamento e escalas:** regulamentação do dimensionamento da força de trabalho de enfermagem com base na Resolução COFEN nº 543/2017,

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

assegurando o número adequado de profissionais por turno, área e complexidade assistencial. O regimento disciplinará a organização de escalas, trocas de plantão, folgas, sobreavisos e cobertura de ausências, considerando a necessidade de continuidade e integralidade das ações assistenciais.

• **Protocolos assistenciais e rotinas operacionais:** definição da obrigatoriedade de cumprimento dos protocolos institucionais e das rotinas de cuidado assistencial (medicação, curativos, estabilização, coleta de exames, classificação de risco), com treinamento periódico e alinhamento às diretrizes do Núcleo de Educação Permanente. A programação das atividades será estruturada com base em evidências, identificando fragilidades e estabelecendo prioridades de cuidado.

• **Participação em comissões e núcleos internos:** normatização da atuação dos profissionais de enfermagem em instâncias técnicas e colegiadas da unidade, como o Núcleo de Segurança do Paciente, Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS), Comissão de Óbitos e Núcleo de Educação Permanente, favorecendo a corresponsabilidade na gestão da qualidade e segurança.

• **Conduta ética e disciplinar:** diretrizes sobre comportamento profissional, relacionamento com usuários e equipe, manejo de conflitos, sigilo de informações, notificação de incidentes e penalidades previstas em caso de infração ética ou técnica, com base no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Resolução COFEN nº 564/2017).

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

Relevância Estratégica

A implantação do Regimento do Serviço de Enfermagem será fundamental para a padronização das práticas profissionais, a qualificação da assistência prestada, o fortalecimento da atuação em equipe multiprofissional e o alinhamento da conduta assistencial às exigências legais, contratuais e institucionais da UPA São Vicente de Paulo.

Ao reconhecer o planejamento como componente essencial da gestão em saúde, a SBCD incorporará ao regimento dispositivos que promovam a programação estruturada das ações de enfermagem como instrumento de melhoria contínua, controle gerencial, racionalização de recursos e resposta efetiva às demandas assistenciais. O Planejamento e Programação de Enfermagem, conforme exigido pelo COFEN, integrará o conjunto documental da unidade, assegurando qualidade assistencial e conformidade com a legislação vigente.

A SBCD compromete-se a elaborar o regimento de forma participativa, envolvendo a coordenação de enfermagem, o setor jurídico e representantes da equipe técnica, assegurando adequação às necessidades da unidade, consonância com os normativos profissionais e coerência com o modelo de gestão por resultados. O documento será validado por ato administrativo interno e estará sujeito a revisões periódicas conforme evolução das diretrizes legais e contratuais.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

4. Implantação de Registros Eletrônico

A Sociedade Brasileira Caminho de Damasco (SBCD) propõe a implantação de um **sistema informatizado de registro eletrônico das atividades assistenciais** na UPA São Vicente de Paulo, com o objetivo de garantir a padronização dos dados clínicos, a rastreabilidade das condutas profissionais, a integração com os sistemas nacionais do SUS e a segurança das informações em saúde.

A solução tecnológica a ser utilizada seguirá os parâmetros definidos pelo Ministério da Saúde para interoperabilidade em saúde, com integração direta às bases do **CNES, SIA/SUS, SIH/SUS e e-SUS AB**, permitindo o cumprimento das obrigações legais de registro e a produção de dados em tempo real para gestão e monitoramento.

Funcionalidades da Plataforma Informatizada

O sistema a ser implantado contemplará, no mínimo, os seguintes módulos assistenciais e operacionais:

- **Prontuário eletrônico do paciente (PEP)**: registro clínico estruturado contendo triagem, acolhimento, classificação de risco, evolução médica e de enfermagem, prescrições, exames, notificações compulsórias, transferências e alta.
- **Prescrição eletrônica multiprofissional**: emissão de receitas e solicitações com validação por login/senha individualizada, controle de dose, horário, tempo de uso e checagem da administração.
- **Integração com farmácia, laboratório e SADT**: automatização dos pedidos de exames e solicitações de insumos, com

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

retorno automático de resultados ao prontuário e rastreabilidade dos fluxos internos.

- **Controle de indicadores e dashboards gerenciais**: geração automática de relatórios e gráficos analíticos para avaliação de produção assistencial, indicadores de tempo-resposta, taxa de ocupação e desfechos clínicos.
- **Gestão de leitos e classificação de risco**: acompanhamento dinâmico da lotação das áreas de observação e registro de tempo de permanência e tempo porta-atendimento.
- **Segurança e controle de acesso**: autenticação por credenciais individuais, logs de acesso, criptografia de dados, backups automáticos e conformidade com a **Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD)**.
- **Integração com CNES-SUS (Base Local)**: conforme consta nos seus documentos, a plataforma será compatível com o modelo do **CNES Base Local**, permitindo inserção qualificada por técnicos certificados, controle de versões, alertas de inconsistência e interoperabilidade com os demais sistemas de gestão hospitalar.

A implantação do sistema informatizado de registros eletrônicos trará impactos diretos e positivos para:

- A **continuidade e a qualidade da assistência**, com prontuário atualizado em tempo real e compartilhamento seguro entre as equipes;
- A **redução de erros de prescrição, duplicidades e perdas de informação**;
- O **cumprimento das normas de auditoria, prestação de contas e regulação**;

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

- A **integração entre os setores clínico, administrativo, farmácia, regulação e direção técnica**;
- A **transparência na produção assistencial e apoio à gestão por indicadores**;
- A **segurança jurídica e institucional**, com registros individualizados, rastreáveis e auditáveis de todas as condutas clínicas.

A SBCD dispõe de equipe especializada em tecnologia da informação aplicada à saúde e expertise em infraestrutura digital em unidades públicas de pronto atendimento. A implantação será conduzida com **planejamento por fases**, **treinamento das equipes**, **plano de contingência para instabilidades** e **suporte técnico contínuo**, garantindo a transição segura entre os registros físicos (quando houver) e a gestão 100% digital dos dados clínico-assistenciais da unidade.

Conclusão – Implantação da Gestão Institucional

A implantação dos instrumentos normativos propostos — Regimento Interno da unidade, Regimento do Corpo Clínico, Regimento do Serviço de Enfermagem e sistema informatizado de registros assistenciais — constitui o alicerce jurídico-administrativo da UPA São Vicente de Paulo, conferindo **segurança regulatória, clareza funcional e padronização dos processos institucionais**.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

Esses dispositivos normativos não apenas orientam a conduta das equipes e definem suas responsabilidades, como também integram a unidade aos sistemas de regulação, controle e avaliação da Secretaria de Estado da Saúde. A formalização das rotinas por meio de regimentos específicos assegura a governança clínica, a valorização das categorias profissionais e a harmonização das práticas multiprofissionais no ambiente de urgência e emergência.

A informatização dos registros clínicos, por sua vez, amplia a capacidade de resposta da gestão, qualifica o cuidado, melhora a rastreabilidade e contribui decisivamente para a integração da UPA aos sistemas nacionais do SUS, com ganhos em transparência, segurança e controle de metas.

Com ampla experiência na gestão de unidades públicas de saúde e domínio técnico sobre esses instrumentos, a Sociedade Brasileira Caminho de Damasco está plenamente capacitada para **implementar, manter e revisar continuamente o arcabouço normativo e digital necessário à governança da unidade**, assegurando que a gestão da UPA opere com **legalidade, previsibilidade e foco em resultados assistenciais mensuráveis**.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

IMPLANTAÇÃO DOS PROCESSOS

1. Proposta de Integração Gerencial das Unidades

A integração gerencial da UPA São Vicente de Paulo será realizada de forma sistêmica, padronizada e orientada para resultados, estruturando processos internos e externos que garantam a articulação funcional da unidade com a Rede de Atenção à Saúde do município de Tobias Barreto, conforme as diretrizes da RAS-SUS e os protocolos de regionalização pactuados na CIB/SE.

Trata-se da articulação estruturada de todas as dimensões administrativas, assistenciais, operacionais e estratégicas da unidade, cujo objetivo é garantir a coerência de direção, a sincronia entre setores e o alinhamento com os contratos de gestão firmados com o poder público, assegurando desempenho institucional, transparência dos processos e segurança do cuidado prestado. Sob gestão da Sociedade Brasileira Caminho de Damasco, essa integração assume papel central, pois viabiliza a incorporação do modelo gerencial da entidade à rotina da UPA, respeitando as diretrizes do SUS e da Secretaria Municipal de Saúde.

A unidade será inserida em um modelo de **gestão por processos e resultados**, fundamentado em protocolos operacionais integrados, interfaces intersetoriais qualificadas e fluxos de informação interoperáveis. Serão instituídos mecanismos formais de integração entre os setores assistenciais, administrativos e de apoio, assegurando a continuidade do cuidado, a eficiência na alocação de recursos e a rastreabilidade de todas as ações realizadas.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

A estrutura técnico-administrativa da unidade atuará de forma coordenada e matricial, com reuniões periódicas de planejamento tático-operacional envolvendo os setores de enfermagem, recepção, farmácia, laboratório, regulação, higienização, nutrição, transporte e engenharia clínica. A gestão será apoiada em indicadores de desempenho extraídos de painéis dinâmicos, com foco em resolubilidade, eficiência, segurança assistencial e monitoramento de resultados.

Benefícios esperados da Integração Gerencial:

- **Melhoria do fluxo de pacientes:** acompanhamento contínuo desde a chegada até a alta, reduzindo tempo de espera e eliminando gargalos operacionais;
- **Comunicação eficaz entre setores:** maior fluidez entre recepção, enfermagem, corpo clínico, exames e regulação, evitando retrabalhos e atrasos;
- **Otimização de recursos:** utilização racional e integrada de equipamentos, leitos, insumos e força de trabalho, prevenindo desperdícios;
- **Tomada de decisão compartilhada:** envolvimento ativo de diferentes categorias profissionais, com decisões pautadas em indicadores e diálogo intersetorial;
- **Humanização do atendimento:** articulação entre processos e pessoas, promovendo um ambiente mais acolhedor, com foco na experiência do usuário.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

Desafios reconhecidos:

- **Superação da fragmentação dos serviços:** promover colaboração transversal e visão sistêmica entre setores com histórico de atuação compartimentalizada;
- **Mudança de cultura organizacional:** fomentar uma cultura institucional participativa, com estímulo à corresponsabilidade e cooperação entre equipes;
- **Investimento em tecnologia e capacitação:** modernização dos sistemas de informação e qualificação das equipes para uso adequado das ferramentas de gestão.

Exemplos de implementação:

- **Gestão compartilhada por áreas:** criação de grupos de trabalho compostos por representantes dos setores-chave, com reuniões para análise de problemas e tomada de decisão conjunta;
- **Integração de sistemas:** uso de prontuário eletrônico e sistemas administrativos interoperáveis (Neovero, Radar, SIAS), permitindo o acompanhamento em tempo real e a rastreabilidade das ações;
- **Protocolos de atendimento integrados:** adoção de fluxos clínico-operacionais padronizados e pactuados com a rede, alinhados ao perfil da UPA e aos mecanismos de regulação.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

Estrutura interinstitucional e instrumentos técnicos:

- **Vínculo formal com a Secretaria de Saúde**, com participação em Comitês de Articulação da Rede e reuniões técnicas periódicas;
- **Integração plena com os sistemas de regulação e transporte sanitário**, garantindo contrarreferência e continuidade da atenção;
- **Conexão com o Prontuário Eletrônico da Rede**, assegurando interoperabilidade de dados e segurança da informação;
- **Pactuação de protocolos clínicos e administrativos compartilhados**, com adesão da rede municipal e pactuação regional.

Instrumentos operacionais da metodologia SBCD:

- **Plano Integrado de Operação em Rede:** documento técnico que define fluxos, responsabilidades e critérios de encaminhamento entre os pontos de atenção;
- **Sistema de Indicadores Integrados:** conjunto de métricas gerenciais acompanhadas em tempo real, alimentadas por sistemas internos e conectadas aos resultados assistenciais;
- **Comitês de Integração Intersetorial:** fóruns mensais com participação da gestão da UPA, Secretaria Municipal de Saúde, unidades de referência e controle social, com o objetivo de avaliar criticamente os processos e deliberar ações de melhoria.

A metodologia de integração da SBCD tem como premissa a criação de um **ecossistema de governança horizontal e transparente**, no qual a informação circula com fluidez, os processos são constantemente avaliados e as ações corretivas são implementadas com agilidade e corresponsabilidade institucional.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

Componentes do Processo de Integração Gerencial

Área de Integração	Descrição da Ação
Governança Clínica e Administrativa	Implantação da direção técnica e geral integrada, com definição de funções, competências e autoridade institucional.
Integração Assistencial	Estabelecimento de fluxos entre recepção, classificação de risco, atendimento médico, enfermagem, exames e observação, com protocolos unificados.
Integração de Sistemas e Informações	Interligação de sistemas de prontuário eletrônico, regulação (e.g. SIRESP ou SISREG), estoque, RH e indicadores.
Planejamento e Indicadores de Desempenho	Elaboração e monitoramento de metas assistenciais, administrativas, financeiras e de qualidade (painéis de BI).
Gestão de Pessoas	Integração dos profissionais ao modelo da OSS por meio de capacitações, contratos e cultura organizacional.
Logística e Suprimentos	Padronização da gestão de materiais, medicamentos, EPIs e transporte, com controle centralizado ou informatizado.
Regulação e Referenciamento	Interface fluida com a central de regulação municipal/estadual para leitos, exames e transporte inter-hospitalar.
Gestão de Qualidade e Segurança	Criação de núcleos internos de segurança do paciente, vigilância sanitária e comissões obrigatórias.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Cronograma de Implantação da Integração Gerencial (90 dias)

Etapa	Descrição	Prazo estimado
Semana 1 a 2	Levantamento situacional completo da UPA; reuniões iniciais com SES e SBCD; nomeação da equipe gestora.	10 dias
Semana 3	Implantação da direção técnica e coordenações; início da comunicação institucional; mapeamento dos fluxos existentes.	5 dias
Semana 4 a 5	Revisão e adaptação dos fluxos operacionais e assistenciais; implantação do comitê de integração; capacitações iniciais.	10 dias
Semana 6	Início da padronização do sistema de prontuário eletrônico e BI de indicadores; integração com Sistema de Regulação.	5 dias
Semana 7 a 8	Formalização dos POPs e fluxogramas; ativação das comissões técnicas e núcleo de segurança do paciente.	10 dias
Semana 9 a 10	Estruturação dos processos de gestão de materiais, farmácia, RH e logística hospitalar; treinamento contínuo.	10 dias
Semana 11 a 12	Auditoria de processos, monitoramento dos primeiros indicadores, validação do plano de ação de integração.	10 dias
Semana 13 (Encerramento do ciclo)	Relatório de integração gerencial, com lições aprendidas e plano de melhoria contínua.	5 dias
Total estimado: 60 a 90 dias corridos, com avaliação semanal do progresso pelo núcleo gestor da SBCD.		

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

2. Proposta de Manual de Rotinas Administrativas

A proposta de implantação do **Manual de Rotinas Administrativas para Faturamento de Procedimentos** na UPA São Vicente de Paulo constitui um dos pilares estratégicos da governança institucional, da integridade contábil e da rastreabilidade das ações assistenciais no âmbito do contrato de gestão celebrado com a Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe (SES/SE). Trata-se de um instrumento normativo e operacional que consolida, em um único documento sistematizado, os fluxos, responsabilidades, parâmetros técnicos e exigências legais referentes ao registro, controle, apuração, consolidação e faturamento dos serviços prestados na unidade, promovendo a conformidade com o Sistema Único de Saúde (SUS) e as diretrizes da contratante estadual.

A estruturação desse manual busca responder à crescente complexidade dos processos de remuneração por produção, assegurando que todas as etapas, desde o atendimento assistencial inicial até a emissão e envio de arquivos oficiais à SES/SE, sejam executadas com rigor técnico, integridade documental e transparência administrativa. O documento terá força normativa interna e será referência obrigatória para os setores de recepção, atendimento, enfermagem, corpo clínico, laboratório, imagem, faturamento e coordenação geral, compondo o acervo institucional da unidade e sendo atualizado conforme mudanças regulatórias, pactuações interfederativa ou recomendações da auditoria.

Dentre seus objetivos centrais, destacam-se: a padronização dos processos e fluxos de faturamento; a prevenção de glosas técnicas e administrativas; a eliminação de retrabalho e inconsistências nos dados informados; o fortalecimento da integração entre setores assistenciais e

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

administrativos; a consolidação de indicadores confiáveis para controle de metas contratuais; e a garantia da efetiva compensação financeira pelos serviços prestados, conforme a produção real e os instrumentos de registro compatíveis com o CNES da unidade.

O manual será estruturado em módulos que abrangem todas as etapas do ciclo de faturamento. Inicialmente, será contemplado o **cadastro e parametrização técnica** de todos os elementos fundamentais à emissão de produção válida: profissionais devidamente vinculados ao CNES da unidade e cadastrados com código CBO compatível; ambientes assistenciais classificados e compatibilizados com os procedimentos realizados; tabelas do SIGTAP atualizadas; registro de vínculo SUS e categorização contratual das equipes. Essa base é essencial para garantir a elegibilidade dos atendimentos e o enquadramento normativo perante o Ministério da Saúde e a contratante estadual.

Em seguida, o manual tratará do **registro da produção assistencial em prontuário eletrônico**, que deverá ser realizado de forma simultânea à execução do atendimento. Serão detalhados os campos obrigatórios, as responsabilidades por categoria profissional, os prazos para digitação e validação, as regras para correção de inconsistências e o fluxo de conferência entre os setores envolvidos. Será vedado o processamento de atendimentos incompletos, com ausência de campos clínico-administrativos exigidos (como CID, procedimento realizado, dados de identificação e vinculação do profissional executante).

O processo de **consolidação e processamento mensal da produção** será descrito em detalhe, abrangendo desde a conferência diária das produções parciais até a geração dos arquivos finais (BPA-I e RAAS), o cruzamento com os indicadores do contrato de gestão, a verificação de inconsistências via

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

sistemas de apoio (ex.: Neovero ou Radar), a aplicação de auditoria prévia interna e a certificação da conformidade por parte da coordenação administrativa da unidade. O envio dos dados seguirá o cronograma mensal estipulado pela SES/SE, com emissão de protocolos, registro de comprovantes de transmissão e arquivamento da produção em ambiente digital seguro, acessível à auditoria pública.

Também será disciplinado no manual o **controle e gestão das glosas**, com identificação e categorização das ocorrências (glosa técnica, glosa documental, glosa de sistema, glosa por inconsistência cadastral ou por ausência de vínculo), apuração dos impactos financeiros e operacionais, e proposição de ações corretivas junto às equipes envolvidas. O manual estabelecerá indicadores específicos para acompanhamento contínuo das glosas (percentual de glosa por competência, índice de reaproveitamento, tempo médio de resposta), permitindo sua utilização como ferramenta de melhoria contínua da qualidade dos registros e da resolutividade administrativa.

Como instrumento de qualificação institucional, o manual incorporará também um **plano de capacitação contínua das equipes**, promovido em articulação com o Núcleo de Educação Permanente (NEP), visando atualizar rotinas, treinar operadores de sistema, reforçar condutas de preenchimento e sensibilizar os profissionais da saúde sobre a importância do faturamento como expressão da produção real da unidade e garantia de sustentabilidade financeira do contrato de gestão. A lógica de trabalho será sempre intersetorial, com reuniões periódicas entre os setores de faturamento, coordenação, enfermagem e recepção, acompanhadas por relatórios de desempenho e painéis de controle.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

Por fim, o manual contará com **instrumentos de apoio prático**, tais como checklists de conferência por tipo de procedimento, fluxogramas de processo, mapas de responsabilidade e cronogramas operacionais por competência, compondo um arcabouço completo de governança documental e controle institucional. Seu uso será compulsório e validado por portaria interna da direção técnica da unidade.

Assim, ao instituir o Manual de Rotinas Administrativas para Faturamento de Procedimentos, a Sociedade Brasileira Caminho de Damasco reafirma seu compromisso com a excelência na gestão em saúde, com a conformidade normativa frente às exigências do SUS e da SES/SE, e com a sustentabilidade institucional da UPA São Vicente de Paulo, por meio de um sistema de faturamento transparente, eficiente, rastreável e rigorosamente aderente aos marcos legais, técnicos e operacionais da atenção à saúde pública.

3. Proposta de Manual de Rotinas de Adm. Financeira

A implantação do Manual de Rotinas para Administração Financeira na UPA São Vicente de Paulo constitui uma medida essencial de padronização e fortalecimento dos mecanismos de governança econômico-financeira no âmbito do contrato de gestão a ser celebrado com a Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe (SES/SE). Este instrumento normativo será concebido como documento orientador da conduta técnica e administrativa de todos os setores envolvidos na gestão dos recursos públicos afetos à unidade, promovendo transparência, rastreabilidade, integridade contábil, eficiência operacional e aderência irrestrita às diretrizes legais e contratuais vigentes.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

Cabe destacar que esse manual já está em vigor e em plena aplicação nas demais unidades atualmente geridas pela Sociedade Brasileira Caminho de Damasco, servindo como referência institucional de boas práticas financeiras e de governança. Contudo, sua implantação na UPA São Vicente de Paulo será acompanhada de ajustes e adaptações específicas às características operacionais e contratuais da unidade, assegurando aderência plena ao seu perfil assistencial e às exigências do contrato de gestão.

A proposta reconhece que a sustentabilidade financeira da unidade, aliada à legalidade dos processos e à entrega de resultados assistenciais pactuados, depende da adoção de rotinas claras, controladas e verificáveis. Nesse sentido, o manual será estruturado como um repositório normativo dos fluxos e procedimentos que envolvem o ciclo orçamentário completo: desde o planejamento financeiro e a execução de despesas até a escrituração contábil, prestação de contas e auditoria interna. A adesão a essas rotinas será obrigatória, estando cada etapa vinculada a prazos, perfis de responsabilidade, ferramentas de controle e parâmetros de qualidade.

O manual definirá inicialmente as rotinas relativas ao planejamento orçamentário, estabelecendo critérios técnicos para a elaboração das previsões de receita e despesa, com base em dados históricos, análise de sazonalidade da demanda assistencial, metas contratuais, custos fixos e variáveis, obrigações trabalhistas e planejamento de investimentos. O orçamento da unidade será desdobrado por centro de custo e por natureza de despesa (pessoal, serviços, insumos, manutenção, investimentos), permitindo o monitoramento contínuo da execução em tempo real.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

No que tange à execução financeira, o documento detalhará todos os fluxos de pagamento e suas respectivas exigências documentais, desde a solicitação de aquisição até a liquidação e efetivação do pagamento. Serão normatizados os processos de autorização de despesas, conferência documental, análise fiscal, validação jurídica (quando aplicável), e aprovação da coordenação financeira, obedecendo aos princípios de segregação de funções e dupla verificação. A efetivação dos pagamentos será realizada exclusivamente via sistema ERP, garantindo rastreabilidade digital, integração bancária e vinculação ao cronograma de desembolso mensal.

A contabilidade da unidade, por sua vez, seguirá os princípios da contabilidade pública e do regime de competência, com rotinas de escrituração contábil diária, conciliação bancária mensal, categorização das receitas e despesas conforme plano de contas padronizado e produção de balancetes, demonstrações financeiras e relatórios de conformidade. O manual disciplinará também o tratamento de receitas vinculadas, fundo fixo, adiantamentos, ativos e passivos, assegurando que todas as movimentações financeiras sejam documentadas, justificadas e auditáveis.

Para efeito de prestação de contas, o manual adotará modelo padronizado com base nas exigências da SES/SE e nos normativos do contrato de gestão, contemplando: demonstrativos mensais de receita e despesa por natureza e centro de custo; relação de contratos e comprovantes fiscais; extratos bancários com conciliação; planilhas analíticas de pagamentos; relatórios de execução física e financeira atrelados aos indicadores assistenciais e parecer técnico da coordenação financeira da unidade. Esses relatórios serão submetidos dentro do prazo contratual e utilizados também em processos internos de governança e tomada de decisão.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

A proposta prevê ainda um capítulo específico dedicado ao controle interno e auditoria, descrevendo as atribuições da equipe de auditoria interna da entidade, os procedimentos de revisão amostral de pagamentos, cruzamento com dados de produção e RH, análise de conformidade contratual, identificação de não conformidades e recomendação de ações corretivas. As auditorias seguirão plano anual de trabalho, com relatórios técnicos formais e acompanhamento dos desdobramentos junto à direção da unidade.

O manual instituirá ainda instrumentos de governança financeira, como cronogramas operacionais, painéis de controle orçamentário, matrizes de responsabilidade financeira, indicadores de desempenho (índice de execução, custo por atendimento, giro de caixa, saldo projetado, etc.), fluxogramas de aprovação e planos de contingência. Estes mecanismos permitirão o monitoramento constante da eficiência financeira, bem como a resposta tempestiva a eventuais riscos orçamentários ou variações abruptas na execução pactuada.

Por fim, o manual será acompanhado de um plano de capacitação continuada das equipes administrativas e contábeis, em articulação com o Núcleo de Educação Permanente (NEP) da unidade, assegurando que todos os agentes envolvidos dominem os processos, compreendam as responsabilidades e estejam atualizados quanto às alterações legais, fiscais ou contratuais. O processo de capacitação será contínuo e integrará as rotinas de gestão da qualidade e auditoria institucional.

Assim, a implantação do Manual de Rotinas para Administração Financeira representa mais do que uma formalidade documental: trata-se de uma ação estratégica voltada à excelência na gestão dos recursos públicos, à

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

integridade das contas da unidade, ao fortalecimento da transparência e à viabilização concreta do modelo de atenção à saúde pactuado entre a UPA São Vicente de Paulo e a Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe. Ao estabelecer rotinas claras, auditáveis e aderentes ao ordenamento jurídico, a Sociedade Brasileira Caminho de Damasco reafirma seu compromisso com a responsabilidade fiscal, a sustentabilidade institucional e a qualidade da assistência prestada à população sergipana.

Manual utilizado atualmente em nossas unidades:

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

MANUAL INSTITUCIONAL DE ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA		VERSAO: 01
MANUAL DE GESTÃO FINANCEIRA DOS CONTRATOS DE GESTÃO	VALIDADE: 06/2027	PAG. 1/4

Elaborado por: Superintendente Financeiro	Data: 06/2025	Visto:
Revisado por:	Data: 06/2025	Visto
Aprovado por: Presidente	Data: 06/2025	Visto:

Rev.	Pág.(s).	Data	Descrição da Revisão
1	Todas	06/2025	Emissão do Procedimento.

1- OBJETIVO

Estabelecer o compromisso da SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO – SBCD, com melhores práticas, através da regulamentação e definição um conjunto de diretrizes e ações pertinentes à gestão dos recursos financeiros provenientes do poder público. Na condição de Organização Social de Saúde, este manual se submete aos princípios constitucionais e da administração pública, notadamente na observância da legalidade, da razoabilidade, da impessoalidade, da moralidade, da publicidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia e do julgamento objetivo e transparência nas atividades, alinhados a missão, visão e valores da entidade.

2- TERMOS E DEFINIÇÕES

A Gestão Financeira tem como definição planejar, gerenciar, coordenar, supervisionar, controlar e prestar contas das atividades de finanças, visando a manutenção do equilíbrio econômico financeiro da SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO – SBCD.

3- FATORES CRÍTICOS DE SUCESSO

Aperfeiçoamento e melhoria constante nos processos e serviços prestados para aumentar a previsibilidade econômica do contrato, na aplicação de metodologias de governança pública e transparência nas atividades em consonância com o Tribunal de Contas dos Estados e Municípios e alinhados aos valores institucionais.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

4- PROCESSOS

A gestão financeira na SBCD inicia-se a partir da decisão em participar do processo de chamamento público, no qual exige das equipes internas multidisciplinares e de projetos a leitura e interpretação dos Editais e Termos de Referências, visitas in loco nas Unidades de Saúde para dimensionamento do projeto técnico e orçamentário para operacionalização dos serviços de saúde.
A gestão financeira é constituída fundamentalmente pelo conjunto de processos a seguir:

- **Elaboração Orçamentária:**

Seguindo os limites orçamentários estabelecidos nos Editais, o orçamento estratégico deverá atender aos requisitos exigidos para vencer o chamamento público, ou minimamente o conjunto grupos de contas a seguir:
1 – Pessoal e Reflexo;
2 – Materiais de Consumo;
3 – Serviços Terceirizados;
4 – Serviços de Apoio a Gestão;
5 – Despesas Administrativas.

Após sagrar-se vencedor no processo de chamamento, a operacionalização dos serviços estabelecidos no orçamento seguirá em consonância com o plano financeiro, com apoio da estrutura corporativa a seguir:

- **Planejamento e Acompanhamento Financeiro da Execução dos Contratos de Gestão:**

Diretriz para implantação eficiente em consonância com as necessidades operacionais e assistenciais do contrato gestão, sustentada nos pilares de planejar e controlar.
Planejamento: Consiste em planejar o gerenciamento do escopo do contrato de gestão.
Atende e acompanha as necessidades assistenciais do contrato de gestão, planejando, coordenando e distribuindo demandas para aquisição, contratação seguindo os limitadores do plano financeiro estabelecido.
Controle: Consiste em verificar se as necessidades assistenciais do contrato de gestão foram atendidas e dentro limite estabelecido em plano financeiro.

- **Gestão de Processos Financeiros:**

Define-se pela cadeia de processos que sustentam as atividades de finanças para cada contrato de gestão conforme a seguir:

Contas Receber: Gestão do recebimento do repasse público;
Fiscal: Conferência, Tributação e validação de Notas Ficais;
Contas a Pagar: Gestão da programação e efetivação dos pagamentos;
Fechamento Contábil: Lançamentos contábeis, conciliação e emissão de balanços mensais;
Fechamento Financeiro: Emissão dos relatórios de demonstrativos mensais de pagamentos e resultados;
Prestação de Contas: Gestão pós pagamento para prestar contas aos contratantes;
Portal da Transparência: Gestão pós prestação de contas para transparência das informações.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

- **Gestão de Controladoria:**

Consiste nas diretrizes de assegurar a manutenção do equilíbrio financeiro do contrato de gestão.
Controla orçamentos previstos comparando com realizado mensalmente, emitindo relatórios de acompanhamentos.
Estabelece em conjunto com a Diretoria as ações para melhoria da eficiência econômica financeira do contrato.
Estabelece parâmetros de qualidade e segurança dos controles internos para eficiência dos processos financeiros.
Acompanha, supervisiona os controles e indicadores dos processos do departamento financeiro e prestação de contas, objetivando melhorias nos processos do departamento.
Estabelece planos de ação pós auditoria interna nos processos e departamentos, gerenciando a implementação das ações.

- **Gestão de Contabilidade:**

Consiste nas diretrizes de assegurar a eficiência dos procedimentos contábeis, pagamentos, recebimentos, salários, tributações, impostos, entre outras movimentações durante o exercício de cada contrato de gestão.
Assegurar a gestão eficiente dos bens patrimoniais, controles e registros fiscais e auxiliares;
Assegurar elaboração dos demonstrativos de resultados contábeis e relatório, balanços e publicações.
As rotinas contábeis deverão ocorrer diariamente para o bom andamento das apurações e fechamentos mensais.

- **Gestão de Auditoria Externa:**

Consiste nas diretrizes para assegurar se os procedimentos internos da SBCD estão alinhados as necessidades institucionais.
São diretrizes da Auditoria Externa, auditar os departamentos conforme normas estabelecidas pelos regulamentos da entidade.
São diretrizes apresentação os resultados das análises e exames de Auditoria com a emissão do relatório e parecer quando aplicável.

- **Gestão do Portal da Transparência**

Como organização social, SBCD tem o dever de prestar contas a todos os órgãos fiscalizadores da gestão pública, como a Controladoria Geral, o Tribunal de Contas e o Ministério Público. Mas vamos além, disponibilizando informações detalhadas sobre a administração: editais, contratos, relatórios de prestação de contas e outras pertinentes à nossa gestão.
A Lei nº 12.527/2011, também conhecida como Lei de Acesso à Informação (LAI), é a principal lei que trata da transparência e do acesso à informação pública no Brasil.

- **Gestão estratégica de Custos**

Consiste nas diretrizes estratégicas para manutenção do equilíbrio econômico financeiro dos contratos de gestão, através do uso de ferramentas internas que permitem comparativos com benckmarks mercadológicos, departamentais.
Aporta também dados estratégicos que permitem aumento da competitividade da instituição nos processos de concorrência externa.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

- **Gestão do Provisionamento de Obrigações Trabalhistas**

Como organização social, a SBCD tem a prática mensal de reservar os recursos para pagamento das obrigações trabalhistas.

O cálculo é mensalmente é realizado pelo Departamento Pessoal e repassado ao Departamento Financeiro para reserva de valor em conta de investimento de cada Contrato de Gestão.

- **Gestão do fluxo de caixa do contrato**

Os registros das movimentações financeiras dos Contratos de Gestão ocorrem através da gestão do fluxo de caixa realizada pelo departamento de Contas a Pagar da SBCD.

O Coordenador emite o relatório com a provisão de pagamentos semanais e parecer sobre a necessidade de intervenção ou ação iminente encaminhando ao Gerente e Superintendente para acompanhamento ou tomada de decisão.

- **Gestão de investimento dos recursos financeiros**

A SBCD possui como política a segregação das contas para gestão dos recursos recebidos para operacionalização dos custeios, investimentos ou emendas, ou seja, são geridos impreterivelmente em conta apartadas para devida prestação de contas ao final da execução.

As aplicações dos recursos remanescentes obedecem a Política de Investimentos da SBCD.

Havendo necessidade, os recursos são baixados para conta corrente para cumprimento das obrigações com pagamentos.

Os rendimentos são mensalmente prestados contas através do relatório de prestação de contas de cada Contrato de Gestão.

5- ABRANGÊNCIA – STAKEHOLDERS

A Gestão Financeira possui ampla abrangência na relação direta ou indiretamente com:
Conselhos de Administração e Fiscal;
Contratantes Federais, Estados e Municípios;
Pacientes e familiares;
Prestadores de Serviços e Fornecedores;
Tribunal de Contas Estados e Municípios;
Colaboradores.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

6- RESULTADOS ESPERADOS / PRODUTIVIDADE

Manter o equilíbrio econômico financeiro da SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO – SBCD alinhado à entrega de serviços de qualidade Assistencial ao contratante, e ao princípio de boas práticas de Governança Corporativa, para assegurar e otimizar o valor da organização, facilitando seu acesso e contribuindo para sua longevidade e expansão da entidade.

7- INDICADORES RELACIONADOS

Relacionamos abaixo os indicadores, relatórios, planos e demonstrativos utilizados no gerenciamento da rotina financeira do Contrato de Gestão:

- Plano de trabalho financeiro;
- Controle de Repasses e Glosas;
- Relatórios analíticos comparativos entre orçado x realizados das rubricas;
- DRE, Demonstrativos de Resultado do Exercício;
- Relatório de Acompanhamento do Fluxo de Caixa;
- Balanço Contábil;
- Prestação de Contas Mensal e Anual.

8- COMPETÊNCIAS

Gerente / Diretor/ coordenador: promover a implantação da política e apresentar os resultados junto a equipe.
Equipe operacional: realizar a adaptação do manual ao perfil da unidade através do desenvolvimento de pops e boas práticas.
Capacitar todos envolvidos, desenvolver mecanismos de monitoramento da aplicação de ações/pop oriundos da mesma.

9- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Não aplicável.

10- ANEXOS

Não aplicável.

DS

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

4. Proposta de Manual de Rotinas – Almox. e Patrimônio

A correta gestão dos insumos assistenciais, materiais de consumo e bens patrimoniais é um eixo estruturante da eficiência operacional e da governança institucional da UPA São Vicente de Paulo, situada em Tobias Barreto/SE, sob gestão contratual da Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe. Para garantir padronização, rastreabilidade e conformidade normativa a todas as etapas de controle físico, documental e contábil de materiais e ativos permanentes, a Sociedade Brasileira Caminho de Damasco propõe a implantação do **Manual de Rotinas Administrativas para o Almoxarifado e Patrimônio**, documento normativo que organizará e formalizará os fluxos, responsabilidades e instrumentos operacionais aplicáveis ao setor de suprimentos da unidade.

Trata-se de um documento que assume função estratégica na prevenção de perdas, controle de custos, suporte logístico às áreas assistenciais e administrativas, otimização do uso dos recursos públicos e garantia da rastreabilidade de toda a cadeia de suprimentos, do recebimento à baixa final. O manual será composto por rotinas operacionais interligadas, com fluxos validados, checklists de controle e mapeamento de riscos, sendo obrigatoriamente adotado por todas as áreas envolvidas na movimentação de materiais ou bens permanentes.

No que diz respeito ao **almoxarifado**, o manual estabelecerá regras claras para o controle dos estoques de insumos médicos, medicamentos, materiais de escritório, limpeza, expediente e correlatos, contemplando as seguintes rotinas: recebimento de materiais, conferência quantitativa e qualitativa, entrada no sistema informatizado (ERP integrado), classificação por grupo de material, codificação por lote e validade, armazenamento conforme critérios técnicos (temperatura, umidade, segurança), controle de acesso por

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

níveis de responsabilidade e segregação de itens vencidos, avariados ou em devolução. Será obrigatória a emissão de relatórios de inventário cíclico, controle de consumo por centro de custo e programação de ressuprimento com base no estoque mínimo e ponto de reposição.

As solicitações internas serão processadas por meio de requisição eletrônica padronizada, com autorização formal da chefia do setor solicitante, registro do atendente responsável e emissão de comprovante de entrega. O setor de almoxarifado manterá relatórios mensais de consumo por área, identificando variações atípicas, oportunidades de racionalização e indicadores de desempenho logístico, como acuracidade de estoque, giro de itens e taxa de atendimento de requisições.

No tocante à **gestão patrimonial**, o manual disciplinará todas as etapas da cadeia de controle de bens móveis e permanentes, desde a entrada do item na unidade até sua eventual desincorporação. A SBCD utilizará sistema informatizado próprio (ex.: RADAR), em ambiente seguro e auditável, com cadastro completo dos bens, incluindo número patrimonial, descrição, fornecedor, número de nota fiscal, valor contábil, centro de custo, localização física e estado de conservação. Todos os bens receberão plaqueta de identificação padronizada com código único.

A movimentação patrimonial (transferência entre setores, substituições ou baixas) será realizada mediante solicitação formal à coordenação administrativa, com preenchimento de formulário próprio, registro fotográfico (quando necessário), assinatura do responsável e atualização imediata no sistema. A destinação de bens inservíveis seguirá os ritos legais, com avaliação técnica

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

prévia, autorização da contratante, emissão de termo de baixa e arquivamento documental da decisão administrativa.

Serão realizadas **vistorias periódicas presenciais** nos setores da unidade para validação da localização física dos bens, análise do estado de conservação, identificação de riscos de obsolescência e reforço da responsabilização por meio de termo de responsabilidade assinado pelo usuário responsável. Os relatórios de inventário físico serão emitidos semestralmente e a atualização anual será obrigatória, com envio à contratante, conforme legislação vigente e contrato de gestão. Todo o processo será supervisionado por equipe técnica capacitada, com atuação sob princípios de governança, economicidade, transparência e conformidade com as normas do SUS.

O manual também conterá orientações específicas para o **controle de novos bens adquiridos por recursos da SES/SE, transferências de equipamentos entre unidades e termos de cessão ou comodato**, que deverão ser previamente formalizados com a contratante. Caberá ao setor de patrimônio manter cópias digitalizadas de toda a documentação legal dos bens sob guarda da unidade, assegurando a rastreabilidade plena dos ativos públicos.

Ambas as áreas — almoxarifado e patrimônio — operarão sob diretrizes de **integração funcional com os setores de compras, controle interno, assistência, manutenção e TI**, utilizando indicadores de desempenho logístico e patrimonial para subsidiar tomadas de decisão gerencial, análise de custos, auditorias internas e prestação de contas.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

A implantação do manual será acompanhada de **capacitação técnica** de todos os profissionais envolvidos na cadeia de suprimentos da unidade, em articulação com o Núcleo de Educação Permanente (NEP), garantindo que cada colaborador compreenda suas atribuições, os riscos operacionais de sua área e os mecanismos de controle e rastreabilidade estabelecidos institucionalmente.

Por meio da adoção do **Manual de Rotinas Administrativas para o Almoxarifado e Patrimônio**, a Sociedade Brasileira Caminho de Damasco reafirma seu compromisso com a gestão pública responsável, a integridade logística e a proteção dos recursos materiais investidos na UPA São Vicente de Paulo. O documento será revisado periodicamente e passará a compor o conjunto de instrumentos de governança obrigatórios da unidade, contribuindo diretamente para a eficiência operacional, a segurança assistencial e a conformidade contratual perante a Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe.

5. Conclusão – Implantação dos Processos

A abordagem integrada para a implantação dos processos na UPA São Vicente de Paulo reflete o compromisso da Sociedade Brasileira Caminho de Damasco com a institucionalização de práticas administrativas e assistenciais que não apenas assegurem a funcionalidade da unidade, mas que sustentem sua capacidade de operar com excelência, previsibilidade e responsabilidade pública em todos os seus eixos estratégicos.

Ao articular mecanismos de governança técnica com ferramentas normativas como os manuais de faturamento, administração financeira, almoxarifado e patrimônio, e ao consolidar um modelo de integração gerencial

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

robusto, a proposta estrutura uma base concreta para a rastreabilidade dos atos administrativos, a segurança das informações assistenciais e a transparência no uso dos recursos públicos. Cada instrumento aqui apresentado contribui para que a unidade atue de forma harmônica com a Rede de Atenção à Saúde estadual, em conformidade com o contrato de gestão e com os preceitos constitucionais da Administração Pública.

Mais do que cumprir uma obrigação contratual, esta proposta materializa uma concepção madura e tecnicamente fundamentada de gestão em saúde: processual, intersetorial, auditável e centrada na entrega de valor ao cidadão. Trata-se de um modelo replicável, resiliente e em constante aprimoramento, que coloca a UPA São Vicente de Paulo em condição de excelência para iniciar sua operação com elevado grau de prontidão, segurança organizacional e plena aderência às exigências da Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

F2. QUALIDADE OBJETIVA

COMISSÕES

1. Comissões em UPAS: Instrumentos de Governança

As comissões em UPA 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 de Pronto Atendimento (UPA) 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 Infecção Hospitalar (CCIH)
6. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA)
7. Serviço de Segurança em Engenharia esse Segurança em Medicina do Trabalho (SESMT)
8. Comissão de Farmácia e Terapêutica
9. Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

10. Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)
11. Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar
12. Núcleo Interno de Regulação (NIR)
13. Comissão de Análise de Óbitos Maternos, fetais e neonatais
14. Outras Comissões que propuser na proposta de trabalho

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:

Comissões como a de Controle de Infecção (CCIH), o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP), 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.

Docusign Envelope ID: 8F788BDE-7FC3-4D92-B575-299B2E1C9DDA

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 Infecção Hospitalar (CCIH): 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 da UPA, 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.

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

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 em uma UPA 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.

2. 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 de Pronto Atendimento (UPA), 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.

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

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.

2.1. 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

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

- 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).

2.2. Objetivos da Comissão

- Monitorar e avaliar sistematicamente a qualidade dos registros em prontuários clínicos da UPA, 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.

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

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.

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

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.

2.3. 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;

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

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.

2.4 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

DS

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

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:

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

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.

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

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);

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

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 poderá participar das reuniões da Comissão com a finalidade de auxiliar com fornecimento de informações.

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

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. 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

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

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

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

A implantação da Comissão de Revisão de Prontuários na UPA Tobias Barreto 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.

3. Comissão de Verificação de Óbitos

A implantação da Comissão de Verificação de Óbitos na UPA Tobias Barreto 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.

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

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 e UPA – unidade de pronto atendimento, 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 da UPA, 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.

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

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.

3.1 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 CCIH 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

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

3.2 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.

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Os resultados da comissão irão subsidiar as ações de **Educação Permanente**, incluindo ciclos formativos a partir das análises de prontuários.

3.3 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.

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

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;

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

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),

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

Farmacêutico (RT), Enfermeiro da Educação Permanente, Enfermeiro da CCIH 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.

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

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

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

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 CCIH*
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.

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

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

DS

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

4. Comissão de Ética Médica

4.1 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 Paulo (CREMESP)**, 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 CREMESP, a proposta assegura sua **imparcialidade, autonomia funcional e alinhamento normativo** com os preceitos do Conselho Federal de Medicina.

4.2 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 São Paulo, 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.

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

Entre os membros efetivos deverá ser escolhido o Presidente e o Secretário da Comissão

4.3 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 (CREMESP)**, 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;

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

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;

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

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

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

4.4 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.

4.5 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.

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

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;

DS

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

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;

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

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,

DS

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

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 Paulo, 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 São Paulo, 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;

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

- 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 especifica;												
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												

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

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.

5. Comissão de Ética em Enfermagem

5.1 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.

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

5.2 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.

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

5.3. 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.

5.4. 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).

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

5.5. 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 (%).

5.6 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.

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

5.7 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.

DS

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

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.

DS

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

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:

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

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										*0*	*1*	*2*
Elaborar regimento da Comissão de acordo com a legislação do COFEN.												
Estabelecer rotinas para o aperfeiçoamento e sistematização dos serviços prestados;												

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

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 consonânci												

DS

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

a com os princípios éticos;												
Avaliação de denuncias												
Emitir relatórios das atividades de educação e Fiscalização do desempenho ético da enfermagem												

6. Comissão de Controle de infecção Hospitalar

6.1. Definição

A Comissão de Controle de Infecção (CCI) 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.

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

6.2. Composição e Qualificação Técnica da Comissão de Controle de Infecção

A Comissão de Controle de Infecção (CCI), também conhecida como Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, 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 hospitalar;
- 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.

DS

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

6.3. Atribuições da Comissão de Controle de Infecção

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.

6.4. 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.

6.5. 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;

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

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**.

6.6 PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ÉTICA ENFERMAGEM COM CRONOGRAMA DA COMISSÃO

Artigo 1º - A finalidade da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar 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 CCIH deverá ser composta por profissionais da área de saúde, de nível superior, formalmente designados. Os membros da CCIH serão de dois tipos: consultores e executores, sendo que o Presidente ou Coordenador da Comissão da CCIH 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.

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

Artigo 4º - Os membros executores da CCI representam o Serviço de Controle de Infeção r 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 hospitalar, 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

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

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 Infecção;

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;

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

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:

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

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

DS

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

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												

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

	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												

DS

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

	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 antibióticos 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												

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

7. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA

7.1 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 nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 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.

7.2 Membros:

A composição da CIPA deve respeitar o dimensionamento proporcional ao número de trabalhadores lotados na unidade. Para a UPA Tobias 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 da UPA, garantindo pluralidade e representatividade. Entre os profissionais indicados, destacam-se: enfermeiros, técnicos de enfermagem, recepcionistas, profissionais da limpeza, vigilância, apoio

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

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 da UPA, 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.

7.3. 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;

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

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 UPA Tobias Barreto

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

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

Mês	Ação Estratégica	Objetivos
4º mês	Elaboração e validação do Mapa de Riscos da UPA	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 UPA (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

7.4 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

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

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**.

7.5. 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;

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

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.

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

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

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

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										0	1	2
Elaborar o mapa de riscos, com a participaçã o do maior número de trabalhador es, com assessoria do SESMT;												
Elaborar plano de trabalho de ação preventiva na solução de problemas de segurança												

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

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												

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

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												

DS

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

8. SESMT

8.1. Definição:

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.

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

8.2. Membros:

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

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

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 desvio relacionado à distribuição ou utilização desses dispositivos.

Frequência das Reuniões: Uma reunião ordinária por mês e tantas extraordinárias quanto forem necessárias.

8.3. 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 nos 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;

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

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)*.

8.4. REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E EM MEDICINA DO TRABALHO (SESMT)

Unidade de Pronto Atendimento – UPA ()

Capítulo I – Da Finalidade

Art. 1º – Definição e Objetivo

O Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) da UPA é instituído em conformidade com a Norma Regulamentadora nº 4 (NR-4), sendo responsável por planejar, executar e acompanhar ações destinadas à promoção da saúde e segurança dos trabalhadores da unidade.

Seu objetivo é prevenir acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, promover ambientes laborais saudáveis e seguros, orientar tecnicamente a gestão quanto ao cumprimento das normas legais e fortalecer a cultura de segurança institucional.

Capítulo II – Das Atribuições

Art. 2º – Compete ao SESMT:

I. Elaborar e/ou participar da elaboração do Inventário de Riscos da unidade;

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

II. Acompanhar e apoiar a execução do Plano de Ação do Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR)

III. Propor e implementar medidas de prevenção conforme a classificação de risco da atividade, priorizando conforme diretrizes da NR-01;

IV. Elaborar plano de trabalho anual com metas, indicadores e cronograma de ações em segurança e saúde no trabalho;

V. Responsabilizar-se tecnicamente pela orientação quanto ao cumprimento das NR aplicáveis;

VI. Interagir de forma permanente com a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA)

VII. Promover ações educativas, informativas e de orientação aos trabalhadores da UPA;

VIII. Propor a imediata interrupção de atividades com risco grave e iminente, adotando medidas corretivas e/ou de controle;

IX. Realizar e/ou acompanhar investigações de acidentes e doenças ocupacionais, em conformidade com o PGR;

X. Compartilhar informações relevantes com outros SESMTs da mesma organização e com a CIPA, quando requisitado;

XI. Acompanhar e participar das ações do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), conforme NR-07;

XII. Monitorar o uso, conservação e higienização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), promovendo inspeções sistemáticas com apoio da CIPA.

Capítulo III – Da Composição

Art. 3º – Membros Efetivos

O SESMT será composto por:

01 Técnico de Segurança do Trabalho – suporte corporativo

01 Engenheiro de Segurança do Trabalho – suporte corporativo

DS

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

01 Médico do Trabalho – integrante do serviço de saúde ocupacional

01 Enfermeiro do Trabalho – suporte corporativo

Presidente da CIPA

Vice-presidente da CIPA

Gerente ou Coordenador Administrativo da UPA

Enfermeiro de Controle de Infecção

Enfermeiro do Núcleo de Segurança

§1º – A composição respeitará o dimensionamento previsto na NR-4, Quadro II, conforme grau de risco e número de trabalhadores da unidade. §2º – Os membros poderão convidar colaboradores ou especialistas externos quando necessário para instrução técnica de pautas específicas.

Capítulo IV – Do Funcionamento

Art. 4º – Reuniões

As reuniões ordinárias do SESMT ocorrerão mensalmente, conforme calendário anual estabelecido;

Reuniões extraordinárias poderão ser convocadas a qualquer tempo pelo Técnico de Segurança do Trabalho, Presidente da CIPA ou por demanda da Direção da UPA.

Art. 5º – Quórum e Convocação

A reunião será realizada com quórum mínimo de 03 membros. As convocações serão feitas por e-mail institucional com antecedência mínima de 3 dias úteis.

Art. 6º – Participação e Substituição

A ausência de membros deve ser justificada. Em caso de impossibilidade de comparecimento, o membro deverá indicar representante com conhecimento técnico equivalente.

Capítulo V – Das Atas

Art. 7º – Registro e Validação (Art. 13º)

Será realizado registro escrito de todas as reuniões com indicação de data, local, membros presentes, deliberações, pendências e encaminhamentos.

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

As atas serão redigidas por membro designado no início da reunião, lidas e aprovadas ao final da sessão, com assinatura dos participantes.

Capítulo VI – Do Programa de Melhorias

Art. 8º – Avaliação Semestral (Art. 14º)

O SESMT realizará análise semestral das atividades, riscos e resultados alcançados, podendo antecipar esta análise sempre que necessário, com o objetivo de promover a melhoria contínua e o aumento da efetividade da atuação da equipe.

Art. 9º – Etapas do Programa (Art. 15º)

O Programa de Melhoria será estruturado em:

I. Avaliação da situação atual e indicadores operacionais;

II. Estabelecimento de metas e objetivos para segurança e saúde no trabalho;

III. Definição de plano de ação (atividades, prazos, responsáveis);

IV. Implementação e monitoramento das ações;

V. Verificação dos resultados e reavaliação contínua.

Capítulo VII – Disposições Finais

Art. 10º – Interação com a Comissão de Revisão de Óbito

O SESMT deverá manter interface com a Comissão de Revisão de Óbito, especialmente nos casos em que óbitos de trabalhadores estiverem relacionados a acidentes, incidentes ou doenças ocupacionais.

Art. 11º – Validação Institucional

As deliberações do SESMT deverão ser submetidas à Direção Técnica da UPA e às coordenações administrativas, para validação, apoio institucional e posterior implementação das ações propostas.

DS

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

9. Comissão de Farmácia e Terapêutica

9.1. 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.

9.2. 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

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

- Um representante do corpo clinico
- Um representante da Gestão / Coordenação
- Um representante do Almoxarifado
- Um representante do SCIH

9.3. 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.

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

- 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.

9.4 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.

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

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.

9.5 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

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

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 CCIH*
- *Um membro da Administração*
- *Dois Farmacêuticos*
- *Uma enfermeira da CCIH*

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.

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

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

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

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.												

10. Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde

10.1. 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,

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

transportados e destinados de forma adequada e segura, visando proteger a saúde pública e preservar o meio ambiente.

10.2. 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

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

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 à 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.

10.3. 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.

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

- 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.

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

- 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.

10.4. 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;

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

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.

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

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

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

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.

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

11. Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)

11.1. Definição:

A implantação do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) 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 de Pronto Atendimento (UPA), ambiente marcado por fluxos intensos, atendimentos críticos e desfechos de alta complexidade, o NQSP 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

11.2 Objetivos do NSP na UPA

- **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;**

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

- **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.**

11.3 Membros Componentes

O NQSP 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 UPA.

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.

11.4 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.

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

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

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

7ª etapa	Capacitação a todos colaboradores sobre fluxo e tratativas de eventos adversos
8º etapa	Implantação dos protocolos das metas de segurança.

11.5 Integração com Diretrizes do SUS e Metas Contratuais

O NQSP estará vinculado à Direção Técnica da UPA, 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.

11.6 REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO *O NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE (NSP* COM CRONOGRAMA DA COMISSÃO

Capitulo 1 - DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º. O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) foi instituído na Sociedade Brasileira Caminho de Damasco (SBCD), atendendo a resolução da

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

diretoria colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária que dispõe sobre sua aplicabilidade aos serviços de saúde.

Art. 2º. A finalidade do NSP 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. O Núcleo de Segurança do Paciente 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. O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) 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 - Núcleo de segurança do paciente (NSP): instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente;

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;

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

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:

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

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. O Núcleo de Segurança do Paciente 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;

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

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;

DS

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

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 do NSP 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 *Este Núcleo de Segurança do Paciente, 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. O núcleo de segurança do paciente 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

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

Art. 14º. Compete aos integrantes do NSP:

I. Participar das reuniões da Comissão do Núcleo de Segurança do Paciente;

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 do NSP:

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 do NSP serão realizadas mensalmente em data, horário e local preestabelecido conforme cronograma de reuniões da comissão;

Art. 17°. As reuniões da comissão do NSP 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;

DS

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

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.

12. Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar

12.1. Definição

O **Núcleo de Vigilância Epidemiológica em Saúde (NVES)** é uma estrutura técnico-operacional permanente, instituída em unidades estratégicas do SUS, como Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). Sua principal finalidade é garantir a identificação, notificação, investigação e monitoramento de agravos de notificação compulsória, surtos, eventos adversos pós-vacinação (EAPV), doenças emergentes e outras situações de interesse sanitário e epidemiológico. Atua como elo fundamental entre a assistência e os sistemas de vigilância em saúde, promovendo respostas oportunas e qualificadas às ameaças à saúde coletiva.

Sua implantação e funcionamento são regulados por um conjunto de normativas legais, entre as quais destacam-se a **Portaria MS nº 204/2016**, a **Portaria GM/MS nº 1.271/2014**, além do uso operacional de sistemas oficiais como o **SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação)**, o **e-SUS Notifica**, o **GAL (Gerenciador de Ambiente Laboratorial)** e outras plataformas integradas ao **CIEVS**. O NVES também deve observar as diretrizes pactuadas nas resoluções estaduais e municipais, conforme a lógica Inter federativa do SUS.

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

De forma integrada, o NVES desenvolve ações transversais com os seguintes colegiados: **Comissão de Controle de Infecção (CCI/SCIH)**, contribuindo na vigilância e rastreabilidade de casos infecciosos; **Comissão de Óbitos**, apoiando na análise de causas evitáveis e perfil epidemiológico; **Comissão de Eventos Adversos**, participando da notificação e investigação de eventos sentinela de origem infecciosa ou imunológica; e **Comissão de Farmacovigilância**, no compartilhamento de dados sobre reações adversas pós-vacina ou antimicrobianos. Atua ainda em conjunto com o **Núcleo Interno de Regulação (NIR)**, apoiando a qualificação do fluxo assistencial baseado em dados epidemiológicos, e com o **Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)**, subsidiando a análise de indicadores de morbimortalidade e a construção de planos de ação preventivos.

Trata-se de um núcleo com função técnico-executiva, com atuação transversal e estratégica, muitas vezes sob coordenação conjunta com a área de Qualidade, Saúde Coletiva ou Regulação, garantindo articulação contínua com os processos assistenciais, administrativos e de segurança sanitária. Sua operação eficaz é fundamental para a gestão de riscos, a conformidade com os sistemas de informação em saúde e o fortalecimento da governança clínica em ambientes de atenção aguda e de urgência.

12.2. Composição

O NVEH será composto por equipe multiprofissional com formação preferencial em saúde pública, vigilância em saúde, enfermagem, biomedicina, farmácia ou áreas afins. A composição mínima inclui:01 Representante da Assistência; 01 Representante da Farmácia; 01 Representante Administrativo.

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

Os membros serão designados por Ato Administrativo da Direção Técnica, com vínculo funcional com a unidade.

12.3. Reuniões

As reuniões ordinárias ocorrerão mensalmente, com quórum mínimo de 50% dos membros. As atas deverão conter pendências, deliberações, prazos e responsáveis, sendo assinadas ao final da reunião. Reuniões extraordinárias poderão ser convocadas a qualquer tempo, diante de surtos, eventos sentinela ou orientações regulatórias.

12.4 Definições Técnicas

- **Farmacovigilância**: Monitoramento de eventos adversos relacionados a medicamentos.
- **Tecnovigilância**: Vigilância de produtos médicos e equipamentos.
- **Nutri vigilância**: Monitoramento de reações adversas a alimentos industrializados e suplementos.
- **Hemovigilância**: Acompanhamento de eventos no ciclo do sangue (doação, transfusão).
- **Biovigilância**: Rastreabilidade de tecidos, células e órgãos humanos.
- **Queixa Técnica**: Suspeita de irregularidades em produtos de saúde, com ou sem risco sanitário.

12.5 Atribuições

Compete ao NVE:

- Receber, analisar e processar notificações;
- Alimentar sistemas oficiais (Notivisa, e-SUS Notifica, GAL);
- Notificar casos prioritários ao CIEVS e autoridades locais;
- Realizar busca ativa, investigação de surtos e relatórios;

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

- Integrar-se a NSP, SCIH, Comissão de Óbitos, Farmacovigilância e NIR;
- Promover ações educativas internas sobre vigilância e notificação.

12.6 Objetivos para o 1º Ano

- Estruturar e formalizar o núcleo;
- Capacitar a equipe;
- Implantar protocolos de notificação;
- Estabelecer indicadores operacionais e de resultado;
- Integrar os fluxos com os demais colegiados;
- Elaborar relatórios mensais, trimestrais e anual.

12.7. Cronograma Anual de Atividades – Ano 1

Mês	Atividades Principais
Janeiro	Nomeação da equipe e publicação do Regimento Interno
Fevereiro	Capacitação em sistemas (SINAN, e-SUS Notifica, GAL)
Março	Levantamento de agravos prioritários e fluxos assistenciais
Abril	Auditoria interna de notificações; integração com NSP e Comissão de Óbito
Maio	Busca ativa de síndromes respiratórias e boletim epidemiológico
Junho	Análise de série histórica de agravos
Julho	Integração com SCIH e capacitação em surtos e EAPV
Agosto	Ações educativas durante SIPAT
Setembro	Oficina de EAPV e fluxogramas integrados com Farmacovigilância
Outubro	Atualização do banco de dados e reunião intercomissões

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

Mês	Atividades Principais
Novembro	Planejamento de metas e plano de contingência
Dezembro	Consolidação do relatório anual e reunião geral de avaliação

Supervisão da Direção Técnica

Caberá à Direção Técnica acompanhar o desempenho do NVEH, validando as atas, planos de ação e indicadores. Também será responsável por garantir que os achados sejam utilizados para qualificar os processos assistenciais e administrativos da UPA.

12.9. REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (NVE)

Art. 1º – Finalidade: O presente regimento disciplina a estrutura, funcionamento e atribuições do NVEH, garantindo sua atuação permanente e integrada à gestão clínica e sanitária da UPA.

Art. 2º – Composição: O núcleo será composto por, no mínimo, três membros designados formalmente, podendo ser ampliado conforme complexidade da unidade. Todos deverão ter vínculo funcional com a unidade.

Art. 3º – Reuniões: As reuniões ordinárias ocorrerão mensalmente. Serão registradas em ata, com descrição de assuntos tratados, decisões, responsáveis e prazos. Reuniões extraordinárias poderão ser convocadas mediante necessidade técnica ou regulatória.

Art. 4º – Atribuições: Compete ao NVEH:

Receber e processar notificações;

Alimentar sistemas oficiais (Notivisa, e-SUS Notifica, etc.);

Articular ações com NSP, SCIH, Comissão de Óbitos, Farmacovigilância e CIEVS;

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

Participar de investigações de surtos e bloqueios sanitários;

Elaborar e divulgar relatórios periódicos.

Art. 5º – Documentação Obrigatória: O núcleo manterá atualizados:

Regimento Interno;

Atas mensais;

Plano Anual de Ações;

Painel de Indicadores Epidemiológicos;

Relatórios técnicos.

Art. 6º – Vigência e Alterações: Este Regimento entra em vigor na data de sua aprovação pela Direção Técnica e poderá ser alterado mediante proposta do NVEH, desde que respeitadas as normas legais aplicáveis.

13. Núcleo Interno de Regulação (NIR)

13.1 Definição

O Núcleo Interno de Regulação (NIR) da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) é um setor estratégico voltado à gestão eficiente do fluxo de pacientes, com foco na otimização do acesso aos serviços assistenciais e no uso racional dos recursos disponíveis, especialmente os leitos destinados à observação, estabilização e remoção de pacientes em situações de urgência e emergência.

Sua principal finalidade é qualificar o processo de regulação interna, assegurando a alocação adequada dos leitos, o giro assistencial efetivo e o atendimento oportuno tanto à demanda espontânea quanto referenciada, com base em critérios clínicos e protocolos assistenciais pactuados com a Regulação Municipal.

O NIR atua desde a chegada do paciente à unidade, acompanhando todo o percurso assistencial, incluindo internações, estabilizações, transferências e altas, de acordo com a capacidade resolutiva da UPA e com o perfil clínico apresentado.

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

2. Atribuições e Funcionamento Operacional

Compete ao NIR garantir a integração entre os setores da UPA e os órgãos de regulação externos, promovendo fluidez, rastreabilidade e segurança assistencial. As principais atribuições incluem:

- Apoiar os médicos assistentes na inserção e atualização dos pacientes no SISREG, assegurando a comunicação em tempo real com a Regulação Municipal;
- Analisar tecnicamente as solicitações de vagas, emitindo aceite ou recusa com base em critérios clínicos e disponibilidade de leitos;
- Acionar o transporte sanitário (ambulância UTI ou remoções básicas) conforme a complexidade do caso e a rede disponível;
- Preencher e encaminhar termos relacionados a exames e procedimentos externos;
- Realizar reuniões mensais com a equipe multiprofissional para análise de fluxos, atualização de protocolos e revisão de indicadores;
- Monitorar o Tempo Médio de Permanência (TMP), visando à redução de internações prolongadas e à otimização da rotatividade dos leitos.

13.2. Composição da Equipe

O NIR da UPA é composto por: responsável médico como coordenador; Profissional gestor de leitos e equipe multiprofissional capacitada em regulação, gestão de leitos, tecnologia da informação e protocolos assistenciais.

A unidade funciona de forma ininterrupta, 24 horas por dia, todos os dias da semana, garantindo suporte contínuo às demandas clínicas e regulatórias

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

13.3. Estrutura de Apoio e Integração Sistêmica

Para o pleno funcionamento do NIR, são adotadas as seguintes ferramentas:

- Sistemas Informatizados: integração ao Sisreg e demais plataformas de regulação, facilitando o controle em tempo real das vagas e movimentações assistenciais;
- Protocolos de Gestão de Leitos: diretrizes padronizadas para admissão, estabilização, transferência e alta, com base em critérios clínicos objetivos;
- Planejamento estratégico contínuo, com elaboração de relatórios e monitoramento dos fluxos assistenciais e da efetividade dos processos.

✓ Indicadores de Monitoramento:

A gestão do NIR será pautada na análise de indicadores quantitativos e qualitativos, permitindo avaliar o desempenho operacional e a efetividade assistencial.

Indicadores de Processo: Tempo para efetivação da internação (meta: até 3h);Tempo entre aceite da vaga e chegada do paciente; Tempo para realização da alta médica e liberação do leito;Taxa de giro de leitos; Número de vagas solicitadas, cedidas e recusadas (com justificativa); total de questionamentos clínicos e perfil epidemiológico dos pacientes.

Indicadores de Resultado: *Mensurados por setores correlatos, mas monitorados diretamente pelo NIR*: Pacientes-dia atendidos; Taxa de ocupação dos leitos; Número de internações e altas; Tempo médio de permanência; Taxa de reinternação e intervalo de substituição dos leitos; Efetividade do uso da capacidade instalada.

Todos os dados serão registrados e sistematizados com base nos seguintes elementos: nome do paciente, data e hora das solicitações, tipo de vaga, aceite médico, data de admissão e desfecho.

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

13.4. Segurança do Paciente e Identificação

Conforme preconizado pelas RDCs nº 63/2011 e nº 36/2013, o NIR também é corresponsável pela padronização da identificação dos pacientes, acompanhantes e visitantes, com vistas à prevenção de incidentes e à garantia da segurança assistencial durante todo o percurso na UPA.

13.5. Governança, Cronograma e Comissão Interna

A estrutura do NIR será acompanhada por uma Comissão Interna de Regulação, com as seguintes metas no primeiro ano de funcionamento:

Cronograma de Implantação da Comissão

Etapa	Atividade
1ª	Elaboração do Regimento Interno da Comissão
2ª	Publicação do Ato Administrativo de Nomeação
3ª	Comunicação formal da nomeação dos membros
4ª	Definição do cronograma de reuniões mensais
5ª	Capacitação técnica dos membros
6ª	Implantação dos indicadores de monitoramento

Reuniões e Controle Médico

As reuniões da Comissão serão mensais, com registro formal em ata.

A Direção Médica será responsável pela validação e acompanhamento sistemático das atas, dos planos de ação e dos indicadores assistenciais, assegurando coerência com os objetivos institucionais.

Com essa estrutura, o Núcleo Interno de Regulação (NIR) da UPA consolida-se como um eixo fundamental para a organização do cuidado em saúde, promovendo fluidez, segurança, resolutividade e atendimento qualificado à população, conforme os princípios do SUS: universalidade, equidade e integralidade no atendimento emergencial e de urgência.

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

13.6. MODELO DE REGIMENTO INTERNO do Núcleo Interno de Regulação (NIR)

Artigo 1º - Objetivo: O Núcleo Interno de Regulação (NIR) tem como principal objetivo otimizar o fluxo de pacientes dentro da instituição hospitalar, garantindo o acesso oportuno e adequado aos serviços de saúde, bem como contribuir para a eficiência e qualidade no atendimento.

Artigo 2º - Responsabilidades: O NIR atuará de forma estruturada e organizada, seguindo as normativas vigentes e desenvolvendo estratégias para a gestão eficaz do fluxo de pacientes e dos recursos hospitalares.

Artigo 3º - Atividades:

1. *Elaborar, implementar, manter e avaliar o Plano de Regulação Hospitalar, adaptado às necessidades e demandas da instituição.*
2. *Coordenar o processo de triagem e classificação de pacientes, garantindo o atendimento conforme a gravidade e prioridade clínica.*
3. *Realizar a gestão das internações, altas hospitalares e transferências de pacientes de forma eficiente e segura.*
4. *Monitorar e analisar o tempo de espera e o tempo de permanência dos pacientes nos diferentes setores do hospital.*
5. *Estabelecer protocolos e diretrizes para a gestão de leitos hospitalares, visando à otimização do uso dos recursos disponíveis.*
6. *Promover a comunicação eficaz entre os diferentes setores e profissionais envolvidos no processo de regulação hospitalar.*
7. *Colaborar com os órgãos reguladores e de gestão da saúde para garantir o cumprimento das normas e diretrizes de regulação.*

Artigo 4º- Membros Componentes:

1. *Diretor(a) Técnico(a) Médico(a).*
2. *Profissional Gestor de Leitos.*
3. *Representante da Central de Regulação de Vagas.*

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

Artigo 5º- Proposta de Regimento da Comissão: O NIRH proporá a elaboração e implementação do Plano de Regulação Hospitalar, acompanhará seu cumprimento e divulgará regularmente os resultados.

Artigo 6º- Frequência das Reuniões: As reuniões serão realizadas regularmente, de acordo com a necessidade do NIRH.

Artigo 7º- Participação e Controle da Coordenação Médica: O Diretor Médico e demais representantes da Direção poderão participar das reuniões do NIRH para fornecer informações e auxiliar nas decisões.

Artigo 8º - Indicadores Mínimos:

1. *Implementar as medidas propostas no Plano de Regulação Hospitalar.*
2. *Monitorar o tempo médio de espera e o tempo médio de permanência dos pacientes, buscando reduzir esses indicadores.*
3. *Realizar a gestão eficaz de pelo menos 95% das internações, altas hospitalares e transferências de pacientes.*

Artigo 9º - Será mantido um registro escrito de todas as reuniões do NIRH, incluindo discussões e decisões. As atas serão arquivadas e atualizadas regularmente pela Coordenação de Gestão de Leitos.

Artigo 10º - Programa de Melhorias: Será realizada uma análise semestral do funcionamento do NIRH para identificar oportunidades de melhoria e aumentar sua eficácia na gestão do fluxo de pacientes.

Artigo 11º Cronograma:

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

CRONOGRAMA DO NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Elaboração do Plano de Regulação Hospitalar												
Implementação e supervisão do Plano												
Monitoramento do tempo de espera e permanência dos pacientes												
Análise das internações, altas e transferências												
Compilação e análise dos resultados												

14. Comissão de Análise de Óbitos Maternos

14.1. Definição e Finalidade

A Comissão de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal (CMMIF) da UPA é uma instância colegiada, permanente, de caráter consultivo e deliberativo, instituída com o objetivo de estudar, analisar e propor ações efetivas para a redução da mortalidade materna, infantil e fetal no âmbito da Atenção de Urgência e Emergência.

Sua atuação está orientada pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde **(SUS),** tendo como base legal:

- Portaria MS nº 1.119/2008 – regulamenta a vigilância de óbitos maternos;

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

- Portaria MS nº 1.258/2004 – institui o Comitê Nacional de Prevenção de Óbitos Infantil e Fetal;
- Portaria GM/MS nº 1.693/2021 – dispõe sobre a investigação de óbitos maternos, infantis e fetais;
- Portaria MS nº 72/2010 – torna obrigatória a vigilância do óbito infantil e fetal nos serviços de saúde do SUS.

A CMMIF tem como finalidade:

- Analisar as circunstâncias dos óbitos ocorridos na unidade ou durante o atendimento pré-hospitalar e em trânsito;
- Identificar causas evitáveis e fragilidades nos fluxos de atendimento;
- Apoiar a gestão da unidade na tomada de decisão, com base em evidências clínicas e epidemiológicas.

2. Objetivos

- Investigar tecnicamente os óbitos maternos, infantis e fetais registrados na unidade;
- Promover melhorias nos processos assistenciais, com foco na integralidade do cuidado à gestante, puérpera, neonato e criança;
- Identificar atrasos ou falhas no acesso, na condução clínica e no acolhimento nas portas de entrada do SUS;
- Sugerir ações corretivas e propor revisões em fluxos, protocolos e rotinas;
- Estimular a qualificação das Declarações de Óbito (DO) e dos registros clínicos;
- Fortalecer a articulação intersetorial com os serviços da Atenção Primária, Secundária e Terciária;
- Gerar dados e informações que subsidiem o planejamento em saúde da rede local.

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

14.2. Composição da Comissão

A CMMIF será composta por profissionais da própria unidade, nomeados formalmente pela Direção Técnica da UPA, garantindo a representação multiprofissional: Presidente, Vice-presidente, Secretário, Representante do corpo clínico da Obstetrícia, Representante da Coordenação de Enfermagem.

A comissão pode convidar profissionais da Atenção Primária, regulação, SAMU, vigilância em saúde e maternidades de referência para reuniões específicas, conforme necessidade.

Frequência de Reuniões:

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 Técnico, pelo Diretor Médico e pela Instituição.

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

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

14.3. Atribuições da Comissão

- Investigar óbitos segundo critérios nacionais e adaptados à realidade local;
- Cooperar com os Comitês de Mortalidade Municipal/Regional, compartilhando informações e consolidando ações integradas;
- Analisar registros clínicos e DOs, com foco na melhoria da completude e qualidade das informações;
- Emitir relatórios mensais com sugestões de intervenções práticas;
- Realizar capacitações internas, quando necessário, para qualificar o preenchimento de documentos e o atendimento clínico;
- Zelar pelo sigilo ético das informações tratadas;
- Alimentar os sistemas oficiais de informação (como o SIM) de forma articulada com os demais níveis da rede.

14.4 Funcionamento da Comissão

- As reuniões ordinárias ocorrerão mensalmente, com pauta previamente divulgada.
- As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas conforme urgência da pauta.
- As deliberações serão registradas em ata assinada pelos membros presentes.
- A ausência de um membro deverá ser justificada com antecedência mínima de 2 horas; deve ser indicado um substituto.
- Em caso de ausências recorrentes, será comunicado à Direção Técnica.
- Os membros receberão a pauta com 7 dias de antecedência da reunião.

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

14.5 Controle e Acompanhamento pela Direção Médica

A Direção Técnica/Médica da UPA será responsável por:

- Validar as atas das reuniões em até 72 horas;
- Avaliar os relatórios e planos de ação propostos;
- Acompanhar os indicadores e recomendar ajustes operacionais;
- Encaminhar os resultados às instâncias superiores (como a Secretaria Municipal de Saúde ou Comitê Regional).

Com essa estrutura, a CMMIF da UPA fortalece o compromisso institucional com a vigilância em saúde, o acolhimento qualificado e a redução de mortes evitáveis, alinhando-se aos princípios do SUS e contribuindo para a equidade, integralidade e universalidade do cuidado e sempre atuando de forma transversal conforme artigo VI do regimento Interno da Comissão de Revisão de Óbitos,

- ✓ 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).

14.6. REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE MORTALIDADE MATERNA, INFANTIL E FETAL (CMMIF)

Art 1º – Definição e Finalidade

A Comissão de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal (CMMIF) é uma instância colegiada, multiprofissional, de caráter permanente, consultivo e deliberativo, instituída na UPA para atuar de forma integrada à Comissão de Revisão de Óbito, com foco específico na análise, investigação e prevenção dos óbitos de mulheres em idade fértil, gestantes, puérperas, fetos, recém-nascidos e crianças menores de cinco anos.

A Comissão tem como finalidade identificar causas evitáveis de mortalidade, avaliar a qualidade da assistência prestada, e propor ações estratégicas de melhoria contínua dos fluxos assistenciais, em conformidade

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e com base nas normativas do Ministério da Saúde: Portaria GM/MS nº 1.119/2008, Portaria GM/MS nº 1.258/2004, Portaria GM/MS nº 72/2010 E Portaria GM/MS nº 1.693/2021

Das Atribuições da Comissão

Art. 2º – Compete à CMMIF:

I. Investigar os óbitos maternos, infantis e fetais ocorridos na unidade ou em trânsito, com base em prontuários, declarações de óbito e registros institucionais;
II. Identificar falhas assistenciais, administrativas ou operacionais associadas às mortes, especialmente as evitáveis;
III. Sugerir mudanças em protocolos clínicos e operacionais que contribuam para a qualificação da atenção à gestante, puérpera e criança;
IV. Realizar articulação com a Comissão de Revisão de Óbito já existente, assegurando que os casos com perfil materno-infantil sejam tratados com profundidade e abordagem especializada;
V. Produzir relatórios mensais, semestrais ou extraordinários com recomendações, indicadores e propostas de melhoria;
VI. Alimentar sistemas de informação e notificação, como o SIM e o SIVEP-Gripe, quando aplicável;
VII. Promover ações educativas, treinamentos e capacitações com base nos achados investigativos;
VIII. Garantir sigilo, ética e proteção das informações analisadas.

Da Composição e Nomeação

Art. 3º – Composição

A CMMIF será composta por:

- *01 (um) Presidente*
- *01 (um) Vice-presidente*
- *01 (um) Secretário(a)*
- *01 (um) Representante da Clínica Obstétrica (referência externa, quando aplicável)*
- *01 (um) Representante da Pediatria ou Neonatologia (quando aplicável)*

DS

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

- *01 (um) Representante da Coordenação de Enfermagem*
- *01 (um) Representante da Regulação e/ou SAMU*
- *01 (um) Representante da Comissão de Revisão de Óbito*

Os membros da CMMIF serão designados por Ato Administrativo da Direção Técnica da UPA, com mandato de dois anos, podendo ser reconduzidos ou substituídos mediante justificativa formal.

Do Funcionamento

Art. 5º – Reuniões

- *Reuniões ordinárias: realizadas mensalmente, com pauta, data e horário definidos com antecedência mínima de 7 dias;*
- *Reuniões extraordinárias: convocadas pelo Presidente, Vice-presidente ou por solicitação da maioria dos membros, com antecedência mínima de 48 horas.*

Art. 6º – Quórum

O quórum mínimo para a realização das reuniões será de 3 (três) membros. As ausências deverão ser justificadas com antecedência e, quando possível, substituídas por representante da mesma área.

Das Atas

Art. 7º – Registro e Validação

Será realizado registro escrito de todas as reuniões, contendo data, local, participantes, deliberações, pendências e encaminhamentos. A ata será elaborada pelo secretário designado no início da reunião, lida ao final e assinada por todos os presentes, passando a integrar o acervo institucional.

Do Programa de Melhorias

Art. 8º – Avaliação e Monitoramento

A CMMIF realizará avaliação semestral de suas atividades, podendo ser antecipada em situações críticas. Essa avaliação visa identificar pontos de fragilidade, oportunidades de melhoria e resultados alcançados nas ações implementadas.

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

Art. 9º – Etapas do Programa

O Programa de Melhoria será composto por:

I. Análise situacional baseada nos casos e indicadores;
II. Definição de objetivos específicos para intervenção;
III. Planejamento das ações (responsáveis, prazos, recursos);
IV. Execução das ações;
V. Avaliação de impacto e ajustes necessários.

Do Cronograma

Art. 10º – Organização Anual

A Secretaria da Comissão será responsável por elaborar e divulgar o cronograma semestral das reuniões, que poderá ser ajustado conforme necessidade.
Reuniões extraordinárias serão convocadas por e-mail institucional com mínimo de 48 horas de antecedência.

Capítulo VIII – Disposições Finais

Art. 11º – Integração com a Comissão de Revisão de Óbito

A CMMIF manterá diálogo constante com a Comissão de Revisão de Óbito da UPA, compartilhando dados, registros e decisões quando houver interseção de casos, evitando duplicidade e promovendo complementaridade de análises.

Art. 12º – Validação Técnica

As atas, relatórios e planos de ação da Comissão deverão ser encaminhados à Direção Técnica da UPA para validação, acompanhamento e deliberação institucional.

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

15. Outras Comissões

15.1 Definição

A Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) constitui um colegiado técnico e multiprofissional, de caráter consultivo e deliberativo, instituído conforme a legislação vigente do Ministério da Saúde, notadamente as Portarias GM/MS nº 905/2000, nº 2.600/2009 e SAS/MS nº 1.752/2005. Sua criação é obrigatória em unidades de saúde com perfil de atendimento hospitalar ou de urgência e emergência, como as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs).

Com atuação articulada junto à Direção Técnica da UPA, a CIHDOTT tem como finalidade coordenar e executar ações voltadas à identificação, manutenção e captação de potenciais doadores de órgãos e tecidos, além de promover a sensibilização de profissionais de saúde, familiares e da comunidade para a importância da doação. Atua também no planejamento de fluxos, articulação com centrais de regulação (CNCDO/OPO), qualificação de processos e monitoramento de indicadores.

15.2. Atribuições da Comissão

Compete à CIHDOTT a organização do protocolo assistencial de doação de órgãos, bem como a avaliação da capacidade institucional para a captação de órgãos e tecidos. A comissão deve estabelecer rotinas que permitam oferecer às famílias de pacientes falecidos a possibilidade de doação, mesmo quando não se tratarem de doadores em morte encefálica, como no caso de córneas.

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

Também deve articular-se com as equipes médicas, especialmente das áreas de urgência e emergência, para identificar e garantir o suporte adequado aos potenciais doadores.

A comissão deverá promover a verificação e notificação de todos os casos de morte encefálica, assegurando a qualidade ética do processo e registrando, inclusive, as situações em que a doação não for efetivada. Também cabe à CIHDOTT manter registros atualizados dos óbitos ocorridos na instituição, acolher as famílias doadoras ao longo do processo de doação, e articular-se com órgãos externos como IML, SVO, CNCDO, OPO e bancos de tecidos para viabilizar as etapas da captação e transplante.

É responsabilidade da comissão arquivar e encaminhar todos os documentos referentes ao processo de doação, como identificação do doador, protocolo de verificação de morte encefálica, termo de consentimento familiar, exames laboratoriais e demais registros exigidos pela Lei nº 9.434/1997. Além disso, deve orientar os setores responsáveis pelo prontuário quanto ao correto arquivamento desses documentos.

A CIHDOTT também deverá implementar programas de qualidade voltados às boas práticas em doação e transplantes, definir indicadores institucionais com base nos dados de potenciais doadores e desenvolver ações educativas dirigidas aos profissionais e à comunidade.

Cabe à Diretoria Técnica e à Alta Gestão apoiar institucionalmente as ações da CIHDOTT, garantir o cumprimento do regimento, zelar pelos protocolos de notificação de morte encefálica, e assegurar o arquivamento e atualização das planilhas de controle, contendo dados como identificação do paciente, diagnóstico, entrevista familiar, órgãos captados e informações complementares sobre o processo.

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

15.3. Objetivos da Comissão para o Primeiro Ano

1ª etapa – Elaborar o Regimento Interno da Comissão;

2ª etapa – Elaborar o Ato Administrativo de Nomeação;

3ª etapa – Elaborar a Comunicação de Nomeação da Comissão;

4ª etapa – Elaborar o Cronograma das Reuniões Mensais;

5ª etapa – Realizar a Capacitação dos Membros Integrantes;

6ª etapa – Implantar os Indicadores de Desempenho.

15.4 Funcionamento e Controle

As reuniões ordinárias da CIHDOTT ocorrerão trimestralmente, conforme agenda pré-estabelecida, podendo haver reuniões extraordinárias conforme a necessidade, especialmente diante de grandes captações ou outras demandas. O cronograma será divulgado semestralmente por e-mail e poderá ser alterado mediante avaliação da coordenação. A convocação das reuniões será feita com antecedência mínima de 48 horas, com lembrete enviado pela secretaria da comissão.

O acompanhamento técnico das atividades da comissão será realizado pela Direção Médica, a quem cabe validar sistematicamente as atas, os planos de ação e os indicadores de desempenho da CIHDOTT.

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

15.5. REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES – CIHDOTT – UPA

Capítulo I – Da Instituição e Finalidade

Art. 1º A Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) é instituída nesta Unidade de Pronto Atendimento (UPA), em conformidade com:

- *Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante;*
- *Portaria GM/MS nº 905, de 16 de agosto de 2000, que estabelece a obrigatoriedade de criação das CIHDOTT;*
- *Portaria GM/MS nº 2.600, de 21 de outubro de 2009, que aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes;*
- *Portaria SAS/MS nº 1.752, de 23 de setembro de 2005, que define diretrizes para organização e funcionamento das CIHDOTT;*
- *Resolução CFM nº 2.173/2017, que trata da definição de morte encefálica;*
- *Demais normativas correlatas.*

Art. 2º A CIHDOTT é uma instância colegiada, de natureza consultiva e deliberativa, vinculada à Direção Técnica da UPA, com atuação estratégica na coordenação de ações relacionadas à identificação, notificação, manutenção e captação de potenciais doadores de órgãos e tecidos para fins terapêuticos, bem como no apoio às famílias enlutadas.

§1º A Comissão também atua na promoção da educação permanente, na sensibilização de profissionais e da comunidade, e na articulação com as Centrais Estaduais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), Organizações de Procura de Órgãos (OPO) e Bancos de Tecidos.

Capítulo II – Dos Objetivos

DS

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

Art. 3º São objetivos da CIHDOTT:

I – Promover o cumprimento da legislação vigente relativa à doação e transplante de órgãos e tecidos;

II – Estabelecer fluxos e rotinas internas para identificação precoce de potenciais doadores;

III – Realizar busca ativa e notificação obrigatória de casos de morte encefálica;

IV – Desenvolver ações de acolhimento e abordagem familiar;

V – Implementar indicadores de qualidade e monitoramento de desempenho institucional no tema;

VI – Promover capacitação e sensibilização contínua das equipes multiprofissionais;

VII – Articular-se com as redes de apoio locais, regionais e estaduais de transplantes.

Capítulo III – Da Composição

Art. 4º A CIHDOTT será composta por membros designados formalmente por Ato Administrativo da Direção Técnica da UPA, conforme segue:

I – 01 (um) Coordenador Médico;

II – 01 (um) Representante da Enfermagem;

III – 01 (um) Representante do Serviço Social;

IV – 01 (um) Representante da Gestão Técnica da Unidade;

V – 01 (um) Representante da Superintendência ou mantenedora;

VI – 01 (um) Representante dos plantonistas (médico ou enfermeiro);

VII – 01 (um) Secretário(a) Executivo(a) da Comissão.

Parágrafo único. Os membros da Comissão deverão ter experiência ou formação complementar na área de urgência/emergência, terapia intensiva, regulação, bioética ou gestão hospitalar.

Capítulo IV – Das Atribuições da Comissão

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

Art. 5º Compete à CIHDOTT:

I – Elaborar e revisar o protocolo assistencial de doação de órgãos e tecidos da unidade;

II – Avaliar a capacidade institucional de captação, considerando recursos humanos, estrutura e fluxos;

III – Garantir a notificação de todos os casos de morte encefálica, conforme Resolução CFM nº 2.173/2017;

IV – Promover e acompanhar o acolhimento às famílias de possíveis doadores;

V – Realizar e registrar entrevistas familiares conforme termo de consentimento livre e esclarecido;

VI – Notificar os casos de doação às centrais CNCDO/OPO e articular a logística com IML/SVO quando necessário;

VII – Manter atualizados os registros de óbitos e potenciais doadores;

VIII – Arquivar e conservar os documentos obrigatórios referentes à doação conforme Lei nº 9.434/1997;

IX – Implantar indicadores e monitorar resultados das ações da comissão;

X – Realizar reuniões periódicas e elaborar atas de todas as deliberações.

Capítulo V – Da Diretoria Técnica e da Gestão Institucional

Art. 6º Compete à Direção Técnica da UPA:

I – Assegurar os meios físicos, administrativos e operacionais para funcionamento da CIHDOTT;

II – Apoiar institucionalmente as ações deliberadas pela Comissão, em conformidade com a legislação;

III – Validar e acompanhar os indicadores, planos de ação e resultados das atividades da CIHDOTT;

IV – Garantir a guarda segura e sigilosa dos documentos da comissão;

V – Propor melhorias nos fluxos e recursos com base nos relatórios apresentados.

Capítulo VI – Do Funcionamento

DS

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

Art. 7º A CIHDOTT realizará reuniões ordinárias trimestrais e extraordinárias sempre que necessário.

§1º O cronograma das reuniões será divulgado semestralmente, com antecedência mínima de 48 horas.

§2º A pauta das reuniões será enviada aos membros até 7 (sete) dias antes da data marcada.
§3º As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pela Coordenação da Comissão ou pela Direção Técnica.

Art. 8º Para validade da reunião, será exigida a presença mínima de 3 (três) membros.

§1º Ausências deverão ser justificadas com antecedência mínima de 2 horas, com indicação de representante substituto.

§2º A ausência injustificada por 1 (uma) vez ou 2 (duas) vezes consecutivas, mesmo que justificadas, será comunicada à chefia imediata.

§3º O acúmulo de 3 (três) ausências consecutivas implicará notificação formal à Direção Técnica da UPA.

Art. 9º Todas as reuniões deverão ter ata registrada e assinada pela Secretaria da Comissão, com lista de presença e deliberações registradas.

Capítulo VII – Do Monitoramento e Avaliação

Art. 10 A CIHDOTT deverá confeccionar e manter atualizadas planilhas e relatórios contendo:

I – Notificações de morte encefálica (data, identificação do paciente, idade, procedência, diagnóstico, entrevista familiar, órgãos retirados ou motivos da não doação, local da necropsia, número da AIH);

II – Indicadores de desempenho como taxa de notificações, captações realizadas, tempo entre diagnóstico e retirada, entre outros;

III – Relatórios semestrais de desempenho e qualidade a serem encaminhados à Direção Técnica.

DS

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

Capítulo VIII – Das Disposições Finais

Art. 11 O presente Regimento Interno entra em vigor na data de sua aprovação pela Direção Técnica da UPA e terá validade por tempo indeterminado, podendo ser revisado anualmente ou conforme necessidade institucional.

Art. 12 Os casos omissos serão resolvidos em comum acordo entre a CIHDOTT e a Direção Técnica, observada a legislação vigente do Ministério da Saúde.

ACCR – Acolhimento e Classificação de Risco

Nossa proposta tem como objetivo principal mensurar e avaliar o tempo de atendimento dos usuários de acordo com a classificação de risco, garantindo que os pacientes sejam atendidos conforme a gravidade clínica e não pela ordem de chegada. Para isso, será adotado o Protocolo de Manchester, com triagem estruturada realizada por enfermeiros capacitados, respeitando a Resolução COFEN nº 661/2021. O protocolo utilizará a classificação por cores, com prazos definidos para o início do atendimento, variando de atendimento imediato (vermelho) até 4 horas (azul).

O monitoramento do tempo de espera será realizado em tempo real, por meio de sistema eletrônico integrado ao prontuário eletrônico, registrando o tempo desde a chegada até o atendimento médico. Com base nesses dados, será possível gerar indicadores de desempenho, realizar reuniões periódicas com as equipes para identificar barreiras e implementar ações corretivas, além de promover treinamentos contínuos voltados à

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

gestão do tempo, eficácia da triagem e segurança do paciente.

O modelo de atenção será estruturado para responder às demandas de urgência e emergência, tanto em adultos quanto em crianças. O Pronto Atendimento contará com equipe especializada, sala de emergência, leitos de observação e protocolos específicos para triagem pediátrica, incluindo escalas de dor e critérios clínicos por faixa etária. A classificação de risco em pediatria seguirá os mesmos princípios:

Estratégias

- Implantação e padronização da Classificação de Risco, por meio da adoção do Protocolo de Manchester, alinhado às diretrizes do Ministério da Saúde e à Política Nacional de Humanização. A classificação será realizada por enfermeiros qualificados, conforme estabelece a Resolução COFEN nº 661/2021, garantindo julgamento clínico seguro e baseado em evidências. O atendimento será priorizado de acordo com a gravidade do caso, utilizando o sistema de cores (vermelho, laranja, amarelo, verde e azul), com tempos definidos para início do atendimento.
- Monitoramento em tempo real do tempo de espera, viabilizado pela implantação de um sistema eletrônico integrado ao prontuário digital. Esse sistema permitirá o registro automático e preciso dos tempos de chegada, triagem e início do atendimento médico, gerando relatórios periódicos que serão utilizados para análise de desempenho. O principal

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

indicador pactuado será o “Tempo de Espera para Atendimento Médico”, cuja análise contínua orientará a adoção de medidas corretivas sempre que necessário.

- Reorganização do fluxo de atendimento, com foco na priorização dos casos de maior gravidade e redução dos tempos de espera. A partir dos dados gerados pelo monitoramento, serão ajustados os recursos humanos e estruturais da unidade, com definição de espaços assistenciais específicos para cada faixa de risco. Essa reorganização busca promover maior resolutividade e fluidez nos processos assistenciais, garantindo maior eficiência no cuidado.

- Capacitação contínua das equipes, com ênfase no treinamento de profissionais de enfermagem e demais envolvidos no processo de acolhimento e classificação. Serão ofertadas capacitações regulares sobre critérios de triagem, gestão do tempo, comunicação humanizada e segurança do paciente, promovendo o alinhamento técnico e a qualificação constante da assistência prestada.

- Consolidação de um modelo de atenção estruturado, que garanta resposta adequada às demandas agudas e crônicas dos usuários. A UPA será organizada para dispor de infraestrutura resolutiva — incluindo sala vermelha, leitos de observação, consultórios e isolamento com pressão negativa —, assegurando a integralidade e segurança da assistência, conforme preconizado para unidades de média e alta complexidade.

- Estruturação do acolhimento e triagem pediátrica especializada, com protocolo clínico específico para a população infantil. Serão utilizados parâmetros fisiológicos por faixa etária,

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

escalas de dor (CRIES e CHEOPS) e sinais de perigo para garantir a correta classificação do risco. O Pronto Atendimento para crianças contará com consultórios exclusivos, leitos de observação e equipe multiprofissional treinada, garantindo atendimento seguro e humanizado às crianças.

- Produção e utilização de indicadores assistenciais e gerenciais, com base na análise de dados extraídos do sistema eletrônico. Esses indicadores permitirão a avaliação contínua do desempenho da unidade, o planejamento de recursos, o redirecionamento de fluxos e a prestação de contas com base em evidências, fortalecendo a cultura da gestão por resultados.
- Priorizar a integração do hospital com a Rede de Atenção à Saúde, por meio de articulação efetiva com a atenção primária, UPAs, SAMU 192, centrais de regulação e hospitais de referência. Essa integração permitirá a continuidade e a integralidade do cuidado em todos os níveis de complexidade, respeitando os fluxos regionais estabelecidos e promovendo uma rede mais eficiente e resolutiva.

Além disso, a proposta prevê a reorganização do fluxo de atendimento para reduzir os tempos de espera dos casos graves, otimizar o uso de recursos e garantir a resolutividade do cuidado. A integração com a Rede de Atenção à Saúde — incluindo atenção primária, UPAs, SAMU e hospitais de referência — será mantida conforme os fluxos regulatórios vigentes, assegurando a continuidade e integralidade da assistência. Por fim, a produção de indicadores gerenciais e assistenciais subsidiará a gestão

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

estratégica da unidade, fortalecendo a cultura de qualidade, eficiência e humanização do atendimento.

Classificação de Risco:

Será adotado um **protocolo estruturado de triagem fundamentado nas diretrizes do Ministério da Saúde e no Protocolo de Manchester**, garantindo que os pacientes sejam priorizados conforme a gravidade clínica e não pela ordem de chegada. O processo de acolhimento e classificação será executado por equipe de enfermagem devidamente capacitada, assegurando critérios técnicos e científicos no julgamento clínico inicial.

A classificação de risco atuará como ferramenta central para o manejo assistencial, possibilitando a identificação precoce de agravos e o atendimento imediato dos casos críticos. O processo será integrado a um sistema eletrônico de gestão, onde serão registrados os horários de chegada, triagem e início do atendimento médico. Esses dados permitirão a análise periódica da conformidade dos tempos de resposta em relação aos critérios preestabelecidos por categoria de risco.

Com base nos resultados obtidos, serão implementadas estratégias de reorganização do fluxo de atendimento, visando à redução do tempo de espera, especialmente para os pacientes classificados como de alto risco. A análise contínua desses indicadores possibilitará ajustes operacionais, capacitação das equipes e otimização dos recursos, promovendo maior efetividade na aplicação do Protocolo de Classificação de Risco e fortalecendo a segurança e resolutividade da assistência prestada.

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

Conforme estabelecido desde o momento da abertura da ficha na recepção, o usuário deverá ser atendido pela triagem em até 30 minutos. A classificação de risco será realizada utilizando o protocolo de cores, que estabelece as seguintes categorias:

- **Risco Vermelho:** Atendimento imediato.
- **Risco Laranja:** Atendimento em até 10 minutos**;**
- **Risco Amarelo:** Atendimento em até 30 minutos, conforme meta contratual;
- **Risco Verde:** Atendimento em até 2 horas, conforme meta contratual;
- **Risco Azul:** Atendimento dentro de 4 horas.

Monitoramento do Tempo de Espera

O tempo de espera para atendimento médico será monitorado em tempo real, utilizando o sistema eletrônico de acompanhamento. Este sistema registrará os tempos desde a chegada dos pacientes até o atendimento médico, proporcionando dados sobre o desempenho do pronto-socorro. O indicador pactuado será o “Tempo de Espera para Atendimento Médico no Pronto Socorro”, sendo analisado periodicamente para verificar a conformidade com as metas estabelecidas.

Além disso, serão realizadas reuniões periódicas com a equipe do pronto- socorro para revisar os tempos de espera e identificar barreiras no atendimento. A equipe será constantemente treinada, com foco na gestão do tempo e na eficiência do processo de triagem e atendimento, garantindo que as ações corretivas sejam implementadas de forma eficaz.

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

Modelo de Atenção e Estrutura de Atendimento

O modelo de atendimento será estruturado para atender pacientes com condições agudas, tanto de emergência quanto de complicações de condições crônicas. A unidade contará com uma estrutura adequada para acolher pacientes com alta gravidade, incluindo sala vermelha e leitos de observação.

A classificação de risco será aplicada em até 30 minutos após a abertura da ficha na recepção, e os pacientes serão encaminhados para as áreas de atendimento conforme sua necessidade. A equipe de enfermagem será responsável por realizar essa triagem, respeitando os protocolos de atendimento e os princípios da Política Nacional de Humanização.

5.1 Classificação de Risco

Uma das ações da Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde (MS) criada em 2003, inclui a implementação do acolhimento com classificação de risco dos pacientes, priorizando, dessa forma, o atendimento de acordo com a gravidade do caso e não pela ordem de chegada.

Os serviços de emergência, em todo o mundo, usam sistemas de triagem ou classificação de risco, ferramenta empregada para o manejo clínico do risco, assegurando a atenção médica de acordo com o tempo de resposta determinado pela gravidade clínica do paciente.

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

Sendo a classificação de risco e a correspondente priorização do atendimento em serviços de urgência um processo complexo, em que sua execução demanda competência técnica e científica, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) determinou, por meio da Resolução No. 661/2021, no âmbito da equipe de enfermagem, que está atribuição é privativa do Enfermeiro (COFEN).

5.2 Acolhimento com Classificação de Risco

O Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco é um sistema de triagem classificatória de risco, implementado para assegurar que os doentes sejam observados por ordem de necessidade clínica e não por ordem de chegada e que os tempos alvos para a primeira avaliação médica sejam cumpridos de acordo com a gravidade clínica do doente.

O Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco é baseado em categorias de sinais e sintomas que serão selecionados a partir da situação/queixa apresentada pelo paciente.

De acordo com os sinais e sintomas, os pacientes serão classificados por cores e terão o atendimento por critério de gravidade.

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9



5.3 Critérios De Classificação e Avaliação do Paciente

Para realizar a classificação de risco, a equipe de enfermagem utilizará o seguinte roteiro:

- Situação – queixa principal e duração;
- Sinais de alerta (choque, palidez cutânea, febre alta, desmaio ou perda
- da
- consciência, desorientação, tipo de dor, etc.);
- Pontos importantes na avaliação inicial: sinais vitais – Sat. de O2 –
- escala de
- dor - Escala de Glasgow – doenças preexistentes – idade – dificuldade de comunicação (droga, álcool, retardo mental, etc.), superfície corporal
- queimada;
- Apresentação usual da doença;
- Reavaliar constantemente - poderá mudar a classificação

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

6. Pronto Atendimento Infantil

O Pronto Atendimento Infantil irá possuir acolhimento com classificação de risco e médicos pediatras nas 24 horas do dia, 07 dias por semana, de forma ininterrupta. Contará com quatro consultórios médicos, sala de inaloterapia, sala de procedimentos, sala para medicação rápida, sala de emergência e leitos de observação. Atenderá toda a população do município por livre demanda.

Realizará atendimento médico pediátrico, podendo solicitar avaliações de especialistas via Central de Regulação Estadual (SIGESP) conforme indicado em cada caso. No escopo dos procedimentos está contemplado classificação de risco, consulta médica, solicitação de exames medicação, inalação, avaliação, reavaliação, medidas de suporte necessários na urgência e emergência e visita médica, incluindo procedimentos necessários, solicitação de vagas através da Central de Regulação de Vagas para casos com complexidade superior a capacidade resolutiva da unidade. No apoio contará com atendimento da assistente social, psicóloga e fisioterapia quando indicado.

6.1 Acolhimento e Classificação de Risco em Pediatria

O acolhimento e classificação de risco em Pediatria possui particularidades a serem executadas durante o processo de triagem do paciente pediátrico.

Assim como examinar o paciente e escutar as queixas referidas pelo acompanhante, é importante observar atentamente os sinais apresentados pela criança pois existem sinais de perigo que devem alarmar o enfermeiro responsável no processo de classificação.

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

Sinais de perigo em pediatria

Letargia / prostração;
Gemência;
Não consegue mamar ou beber;
Vomita tudo que ingere;
Presença de petéquias /equimoses.

Sinais vitais – pacientes pediátricos

Os pacientes pediátricos apresentam sinais vitais específicos para a faixa etária. Por meio desses parâmetros (frequência cardíaca, frequência respiratória e pressão arterial sistólica mínima - PASM) poderá verificar a gravidade do caso clínico do paciente, conforme quadros abaixo:

Frequência cardíaca por faixa etária

IDADE	FREQUÊNCIA CARDÍACA	BRADICARDIA	TAQUICARDIA
Recém nato	130 – 160	80	200
Lactente	120 – 140	80	180
Pré-escolar	100-120	80	180
Escolar	90-100	60	180
Adolescente	80	60	160

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

Frequência respiratória por faixa etária

IDADE	FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	TAQUIPNEIA
Recém nato	40-45	60
Lactente	30-40	50
Pré-escolar	20-25	40
Escolar	18-20	30
Adolescente	16-20	30

Pressão arterial sistólica mínima

IDADE	PASM
Até 01 mês	60mmhg
No primeiro ano	70mmhg
De 1 ano a 10 anos	70+2x (idade em anos)
>10 anos	90mmhg

Avaliação da dor nos pacientes pediátricos

Assim como os sinais vitais, a avaliação da dor nas crianças possui procedimentos específicos de acordo com a faixa etária.

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

Avaliação da dor em crianças de 0 a 1 ano: Escala CRIES

(Crying, Requires of Oxigen for Saturation Above 95%, Increase Vital Signs, Expression Sleep).

Interpretação: A escala vai de 0 a 10; A escala deve ser aplicada em intervalos de 2 horas, nas primeiras 24 horas de pós-operatório, e a cada 4 horas por mais um ou dois dias; deve-se considerar um escore igual ou maior que 5 como indicativo de necessidade de analgesia.

CRITÉRIO	NO MOMENTO	PONTOS
Choro	Ausente ou normal	0
	Agudo, consolável	1
	Agudo e inconsolável	2
Exigência de oxigênio	Nenhum	0
	Menos de 30% de FiO^2	1
	Mais de 30% de FiO^2	2
Aumento da FC e PA	Sem aumento	0
	Até 20% de aumento	1
	Mais de 20% de aumento	2
Expressão facial	Normal ou relaxada	0
	Caretas eventuais	1
	Crispada, contraída	2
Sono na última hora	Normal	0
	Acordada frequentemente	1
	Acordado	2

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

Avaliação da dor em crianças de 1 a 7 anos

Escala CHEOPS (Children's Hospital of Eastern Ontario Painscale)

Interpretação (a escala vai de 4 a 13): 4 sem dor; 5 a 6 - dor leve; 7 a 9 - dor moderada; 10 a 12 - dor forte/intensa.

CRITÉRIO	NO MOMENTO	PONTOS
Choro	Não	1
	Choro fraco ou silencioso	2
	Choro gritando, histérico	3
Facial	Sorrindo	0
	Tranquilo	1
	Crispado ou tenso	2
Verbal	Fala de outras coisas	0
	Não fala, ou outras queixas	1
	Queixa de dor	2
Tronco	Relaxado, posição neutra	1
	Movimento de incômodo	2
	Tenso, tremor, estremecimento	2
Ferida operatória	Nenhum gesto (parado no leito)	1
	Protege, toca, segura	2
Perna	Quieta ou movimentos leves, relaxada	1
	Esperneia, pedala, tensa	2
	Em pé ou imobilizada	3

Protocolos Clínicos Acolhimento Com Classificação De Risco em Pediatria

De acordo com os Critérios de Classificação e Avaliação do Paciente, o profissional de enfermagem deve definir o tipo de prioridade que o caso clínico do paciente se enquadra. Na Prioridade I, o atendimento médico será imediato; na Prioridade II em até 10 minutos, na prioridade III, o atendimento médico irá ocorrer em até 30 minutos; na Prioridade IV em 120 minutos e na prioridade V em até 240 minutos.

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

✓ PRIORIDADE I

Atendimento médico IMEDIATO		
SINTOMA QUEIXA EVENTO	**QUALIFICADORES**	**SINAIS DE ALERTA INFORMAÇÕES IMPORTANTES**
PCR	▪ Parada cardíaca; ▪ Iminência de parada.	
Trauma grave	▪ Lesão grave de único ou múltiplos sistemas; ▪ Trauma craniano – ECG 3 a 8; ▪ Grande queimado > 20% AC ou com comprometimento de via aérea; ▪ Trauma torácico ou abdominal ou craniano com perfuração; ▪ Afogamento, amputação traumática, fratura com exposição óssea; ▪ Hemorragia aguda.	
Insuficiência Respiratória	▪ Obstrução de via aérea superior com respiração anormal (estridor em repouso); ▪ Apneia / bradpneia / gemência no lactente; ▪ Sinais de desconforto respiratório grave – tiragem subcostal intensa, taquipneia; ▪ Cianose (So2 < 90%).	
Choque	▪ Taquicardia, pulso periférico fino, pele e extremidades frias, ausência de diurese nas últimas 4 horas.	
Quadro neurológico a asclarecer na criança inconsiente	▪ Mal convulsivo.	

▪ Reavaliação a cada 15 minutos;
▪ Cuidado de enfermagem contínuo;
▪ Não serão submetidos à classificação de risco;
▪ Encaminhados a sala de ressucitação ou de emergência/trauma.

DS

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

✓ PRIORIDADE II

SINTOMA QUEIXA EVENTO	QUALIFICADORES	SINAIS DE ALERTA INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Trauma moderado	▪ Craniano – ECG 9 a 13; ▪ Torácico sem dispneia; ▪ Abdominal fechado; ▪ Membros – fraturas alinhadas ou luxações.	
Crise convulsiva ou Estado Pós- Comicial		
Cefaleia Intensa/ Vômitos		
Acidente com animal peçonhento	▪ Sem alteração hemodinâmica.	
Vítima de violência sexual ou abuso sexual		
Mordedura de face ou de grande extensão		
Doente psiquiátrico	▪ Sem agitação motora.	
Intoxicação exógena	▪ Medicamentos, álcool, cocaína, crack, 'cola de sapateiro'.	
Dor intensa		
Sinais de irritação meníngea	▪ Rigidez de nuca ou abaulamento de fontanela.	
Contispação com distenção Abdominal ou Vômitos (RN)	▪ RN.	
Febre ou Hipotermia	▪ RN ou lactente com < 3 meses.	
Onfalite (RN)	▪ RN.	
Icterícia Extensa no Neonato	▪ Zona 3 a 5 de Kramer.	
Icterícia persistente no lactente < 3 meses		Atenção para anomalia congênita de vias biliares.
LOCAL DE ATENDIMENTO: SALA VERMELHA OU AMARELA.		

Docusign Envelope ID: B9E33064-5E3E-445D-BFBA-FD0F56A977F9

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

✓ PRIORIDADE III

SINTOMA QUEIXA EVENTO	QUALIFICADORES	SINAIS DE ALERTA INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Presença de qualquer dos sinais de perigo	▪ Letargia; ▪ Prostação; ▪ Gemência; ▪ Vomita tudo que ingérir.	
Desconforto respiratório leve	▪ Taquipneia sem esforço ou com tiragem intercostal leve, estridor ao choro, sem cianose.	
Desidratação sem choque	▪ Taquicardia, olhos fundos, boca seca e fontanela deprimida nos lactentes.	
Trauma leve	▪ Craniano – Escala de Glasgow 4/15; ▪ Mecanismo de baixa energia; ▪ Contusões / luxações.	
Queimadura de 2º e 3º grau	▪ Área não crítica, não circular, SCQ < 10% ou 1º grau.	
Febre	▪ Lactente > 3 meses a 1 ano de idade.	
Letargia ou Hipoatividade	▪ RN.	**ATENÇÃO** para infecção, hipoglicemia (fazer glicemia capilar).
Quadro neurológico a esclarecer	▪ Na criança lúcida (hipotonia, flacidez).	
Processo inflamatório	▪ Nas articulações / partes moles – artrite (grande articulação), celulite de face.	
Míiase intensa com celulite associada		

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

✓ PRIORIDADE IV

SINTOMA QUEIXA EVENTO	QUALIFICADORES	SINAIS DE ALERTA INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Ausência de sinais de perigo		
Avaliação neurológica Normal / Estável	▪ Criança > 1 ano com febre; ▪ Estabilidade hemodinâmica, respiratória e neurológica.	
Febre	▪ Criança > 1 ano com estabilidade hemodinâmica, respiratória e neurológica.	
Doença crônica	▪ Em uso de droga imunossupressora (corticóide oral, quimioterápico, imunobiológico); ▪ Encefalopatia crônica, bronquiolite obliterante, broncodisplasia, fibrose cística, anemia falciforme, cardiopatia congênita, doenças onco-hematológica, doença renal crônica, diabetes mellitus, lupus eritematoso sistêmico, imunodeficiência primária ou adquirida.	
Queimadura de 1º grau		
Feridas infectadas	▪ Sem celulite circundante.	
Doença Psiquiátrica Comportamental		
Cefaleia não súbita, não intensa		
Estomatite		
Míiase		
Otorreia		
Impetigo	▪ Pústulas ou vesículas superficiais na pele.	
Conjuntivite	▪ Sem celulite.	
Dificuldade para mamar	▪ Pega no seio materno.	**ATENÇÃO** para hipoglicemia (glicemia < 40mg) – fazer glicemia capilar.
Sintomas gripais	▪ Dor de garganta, tosse produtiva.	
AGUARDARÁ ATENDIMENTO MÉDICO EM CADEIRA NA SALA DE ESPERA.		

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

✓ PRIORIDADE V

SINTOMA QUEIXA EVENTO	QUALIFICADORES	SINAIS DE ALERTA INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Ausência de sinais de perigo		
Ausência de sinais de desconforto respiratório		
Avaliação neurológica Normal / Estável		
Ausência de sinais de choque ou desidratação		
Assadura	▪ Não extensa no períneo.	**OBSERVAÇÃO** Crianças com esses sinais e sintomas deverão ser encaminhadas responsavelmente à rede básica de saúde.
Cólica ou Constipação	▪ Sem outros sinais ou sintomas associados.	
Lesões Cutâneas	▪ Sem sangramento.	
Milium	▪ Pequenos pontinhos amarelos no nariz (RN).	
Retirada de Pontos		
Resfriado sem febre	▪ Coriza, obstrução nasal sem dificuldade respiratória.	
Curativo simples		
Criança de qualquer idade sem febre ou hipotermia		

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

PROTOCOLO CLÍNICOS CONFORME PERFIL DAS UNIDADES

1. DENGUE E DEMAIS ARBOVIROSES:

A Unidade de Pronto Atendimento de Tobias Barreto irá nomear um núcleo de atenção as arboviroses, onde semanalmente seus integrantes realizarão uma varredura em toda a unidade, nas instalações internas e externas, em busca de focos possíveis de desenvolvimento para a larva do mosquito Aedes Aegypti com o objetivo de eliminação do mesmo.

✓ **FLUXO DE ATENDIMENTO E CONDUTA NAS UPAs:**

- A Unidade de Pronto Atendimento é responsável por identificar e notificar doenças tipicamente desencadeadas ou agravadas em uma época específica do ano, como a dengue, de forma a garantir a coleta e monitoramento efetivo dos dados pela vigilância epidemiológica.

- Realizar atendimento médico, coleta de exames laboratoriais, medicamentos, orientações, encaminhamentos;

- Pessoa que viva ou tenha viajado nos últimos 14 dias para área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue;

- Sinais Clínicos: 1-Febre; 2-Mialgia; 3-Cefaleia; 4-Náuseas; 5-Vômito; 6-Exantema; 7-Artrite; 8-Artralgia intensa; 9-Dor nas costas; 10-Conjuntivite; 11-Petéquias; 12-Leucopenia; 13-Prova do laço positiva; 14-Dor retro orbital.

- Prova do laço, teste rápido para dengue IGG/IGM e NS1, coleta de NS1 do D0 ao D3º dia de sintomas, coleta de sorologia a partir do D6º de sintomas.

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

- Hidratação endovenosa para casos de observação por um período mínimo de 48 horas, hidratação via oral na unidade e residência, repouso e sintomáticos

OBSERVAÇÕES

- Formulário de notificação em PDF editável;
- Prova do laço (adultos e crianças > 1 ano);
- Hidratação oral (Adultos: 60 a 80ml/kg/dia) com ingestão de líquidos caseiros – água, suco de frutas, chás, água de coco, etc.) Crianças: Precoce e abundante, com soro de reidratação oral – até 10kg: 130ml/kg/dia – de 10 a 20kg: 100ml/kg/dia – acima de 20kg: 80ml/kg/dia;
- Entregar Cartão de acompanhamento da dengue com número do SINAN;
- Reavaliação clínica e laboratorial diária ou imediata na presença de sinais de alarme.

2. ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO HUMANO EM UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO

FLUXO DE ATENDIMENTO E CONDUTA

- Realizar atendimento médico, curativos, medicamentos, orientações, encaminhamentos;
- Investigação tipo do animal: 1 - Canina; 2 - Felina; 3 - Quiróptera (Morcego); 4 - Primata (Saquis, Macaco); 5 - Raposa; 6 - Herbívoro doméstico (Porco, Cavalo, Boi, Vaca); 7 - Outros Silvestres e Exóticos (Guaxinim, Quati, Gambá)
- Animais Observáveis (somente CÃES E GATOS) encerrar o caso com

“Termo de Compromisso de Observação de Cães e Gatos por 10 dias”

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

OBSERVAÇÕES

Cães e gatos que evoluam a óbito durante o período de observação, o paciente deverá ser encaminhado a unidade de referência para início do tratamento indicado;

Animal desconhecido ou suspeito encaminhar para início da profilaxia com (Termo de Compromisso e Ciência do Tratamento Profilático Antirrábico Humano) e encaminhamento contra referenciado à Vigilância Epidemiológica, contendo número do SINAN e informações do acidente;

Nas agressões por morcegos, deve-se indicar o esquema completo de soro-vacinação, independente da gravidade da lesão. Lembrado que a transmissão de raiva por morcego é sempre classificada como grave, independente da espécie e da gravidade do ferimento.

3. ACIDENTE DE ANIMAIS PEÇONHENTOS EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

FLUXO DE ATENDIMENTO E CONDUTA

- Realizar atendimento médico, curativos, medicamentos, orientações, encaminhamentos;
- Investigação tipo do animal: 1 - Serpente; 2 – Aranha; 3 – Escorpião; 4 – Lagarta; 5 – Abelha;
- Todos os casos com sintomas leves devem ficar em observação na unidade por no mínimo 04 horas;
- Todos os casos moderados e graves devem ser encaminhados aos hospitais de referência após contato telefônico e transportados de ambulância.

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

Ponto Estratégico (PE) é a unidade de referência para soros e antivenenos do Sistema Único de Saúde (SUS) autorizado a possuir os soros específicos, realizando o atendimento regionalmente dos acidentes por animais peçonhentos, dentre eles, por escorpião.

Tradicionalmente, o acidentado por qualquer tipo de animal peçonhento recebe o primeiro atendimento pelos SAMU, UPA, PS ou Porta de Entrada regional ou municipal, ponto estratégico - PE do município, visto que todos os PE na região se localizam no serviço de Urgência/Emergência de referência municipal e/ou regional conforme pactuação RUE.

Os PE (SUS) contam com atendimento de urgência nas 24 horas com suporte de ambulância. Os profissionais médicos são capacitados em fazer diagnóstico e realizar soroterapia específica e acompanhamento dos acidentados. Os enfermeiros são capacitados regularmente nos cuidados dos pacientes.

4. VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA

O Núcleo Municipal de Prevenção à Violência (NPV) corresponde à equipe de referência do Serviço de Saúde responsável pela organização do cuidado e articulação das ações a serem desencadeadas para a superação da violência e promoção da cultura de paz. O NPV deverá ser composto por no mínimo quatro profissionais, podendo este número ser ampliado. Todas as categorias profissionais podem compor os NPV, sendo de grande contribuição a participação do médico, psicólogo (se houver), assistente social e enfermeiro. Ressaltamos ainda a importância da presença da gerência do serviço na composição do NPV.

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

Na UPA de Tobias Barreto, contaremos com o apoio do NPV organizado nas equipes, conforme previsto, com reuniões mensais realizadas e apoio da rede de saúde mental, executando e orientando os profissionais em suas ações conforme atribuições do núcleo, descritas abaixo:

Atribuições do NPV:

- Articular ações de assistência, prevenção e promoção de saúde no nível local, no sentido de estabelecer o cuidado integral às pessoas em situação de violência;
- Organizar o atendimento e criar estratégias para fortalecer o cuidado ampliado e integral das pessoas em risco ou situação de violência nos serviços, utilizando o dispositivo de Projeto Terapêutico Singular e as tecnologias de cultura de paz;
- Promover e participar dos fóruns de discussões e das reuniões da rede local, que tenham como objetivo a prevenção da violência e a promoção da saúde e Cultura de Paz;
- Facilitar espaços para discussão, reflexão e aprimoramento entre os profissionais do serviço de saúde, uma vez que o atendimento dos casos de violência é de responsabilidade de todos os profissionais dos estabelecimentos de saúde;
- Contribuir para o processo de educação permanente dos profissionais envolvidos nos atendimentos dos casos;
- Estimular a formação de grupos terapêuticos de atendimento e encaminhar os usuários para os grupos já existentes no estabelecimento de saúde;
- Notificar todos os casos suspeitos ou confirmados de violência que chegam aos serviços, caso o preenchimento da ficha ainda não tenha sido realizado;

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

- Ampliar a área de atuação dos serviços, por meio da criação de espaços de diálogo e de iniciativas educativas para a comunidade local. Essas ações e projetos devem contribuir para a prevenção da violência e para a promoção de uma cultura de paz;
- Elaborar estratégias de trabalho junto às escolas, instituições públicas, privadas e organizações da sociedade civil, envolvidas com o tema localmente.

5. FLUXO DE ATENDIMENTO À SAÚDE DE PESSOA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA EM UPA:

- Qualquer profissional do serviço de saúde poderá receber e acolher o usuário em risco ou situação de violência, buscando sempre uma escuta acolhedora e qualificada;
- Efetuar o preenchimento da ficha de notificação de violência (SINAN), caso o preenchimento não tenha sido ainda realizado;
- Encaminhar comunicado aos órgãos competentes referentes à rede de proteção social;
- Manter, em arquivo, nos serviços de saúde, uma cópia da ficha de notificação, relatórios técnicos e comunicados emitidos aos órgãos de proteção;
- Após o acolhimento, estes profissionais realizarão os primeiros atendimentos e as primeiras orientações e encaminhamentos necessários a cada caso;
- Orientar e dar encaminhamento ao usuário para que procure à UBS de referência;
- Acionar a UBS de referência, com encaminhamento de relatório para comunicar o caso, objetivando o monitoramento no território;

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

- Quando necessário, serão realizados contatos com as entidades da rede de proteção para produção de uma atenção compartilhada;
- Registrar todas as etapas do atendimento e encaminhamento no prontuário, assim como número da ficha de notificação
-

6. SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA A VIGILÂNCIA DE ACIDENTES EM UPA

Assim como as demais notificações compulsórias de agravos, todos os acidentes de trabalho necessitam ser notificados, independentemente do tipo de vínculo empregatício e idade do trabalhador.

Todo caso de acidente de trabalho por causas não naturais compreendidas por acidentes e violências (Capítulo XX da CID-10 V01 a Y98), que ocorrem no ambiente de trabalho ou durante o exercício do trabalho quando o trabalhador estiver realizando atividades relacionadas à sua função, ou a serviço do empregador ou representando os interesses do mesmo (Típico) ou no percurso entre a residência e o trabalho (Trajeto) que provoca lesão corporal ou perturbação funcional, podendo causar a perda ou redução temporária ou permanente da capacidade para o trabalho e morte.

Há ainda os acidentes de trabalho graves, que são por definição: os acidentes de trabalho que resultem em morte, politraumatismos, amputações, esmagamentos, traumatismos cranioencefálico, fratura de coluna, lesão de medula espinhal, trauma com lesões viscerais, eletrocussão, asfixia, queimaduras que resultem na internação do trabalhador e todo tipo de acidente que tenha acontecido com trabalhadores menores de dezoito anos.

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

Como prazo para essas notificações temos, acidente grave, fatal e em crianças e adolescentes é agravo de notificação compulsória imediata, portanto deverá ser realizada em até 24 horas.

7. PROFILAXIA PÓS EXPOSIÇÃO (PEP) EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

As unidades contarão ainda com o protocolo de Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, hepatites virais e outras IST que consiste no uso de medicamentos para reduzir o risco de adquirir essas infecções. É uma tecnologia inserida no conjunto de estratégias da Prevenção Combinada, cujo principal objetivo é ampliar as formas de intervenção para evitar novas infecções pelo HIV. As situações de exposição ao HIV constituem atendimento de urgência, em função da necessidade de início precoce da profilaxia para maior eficácia da intervenção. Não há benefício da profilaxia com ARV após 72 horas da exposição.

A indicação ou não de PEP irá depender do status sorológico para HIV da pessoa exposta, que deve sempre ser avaliado por meio de teste rápido (TR), realizado na unidade, em situações de exposições consideradas de risco:

- Se TR reagente: a PEP não está indicada. A infecção pelo HIV ocorreu antes da exposição que motivou o atendimento e a pessoa deve ser encaminhada para acompanhamento clínico e início da Tratamento Antirretroviral (TARV).
- Se TR não reagente: a PEP está indicada, pois a pessoa exposta é susceptível ao HIV.
- Se resultado discordante ou TR inválido: não é possível confirmar o status sorológico da pessoa exposta. Recomenda-se iniciar o fluxo laboratorial para elucidação diagnóstica.

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

8. PROFILAXIA PRÉ EXPOSIÇÃO (PrEP) EM UPA

Além da profilaxia pós exposição há a disponibilização também a profilaxia pré exposição, denominada PrEP. Este protocolo é uma das formas de se prevenir do HIV. Ela consiste na tomada de comprimidos antes da relação sexual, que permitem ao organismo estar preparado para enfrentar um possível contato com o HIV. A pessoa em PrEP realiza acompanhamento regular de saúde, com testagem para o HIV e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

A PrEP é a combinação de dois medicamentos (tenofovir + entricitabina) que bloqueiam alguns “caminhos” que o HIV usa para infectar o organismo. Existem duas modalidades de PrEP indicadas: a PrEP diária e a PrEP sob demanda.

- PrEP diária: consiste na tomada diária dos comprimidos, de forma contínua, indicada para qualquer pessoa em situação de vulnerabilidade ao HIV.
- PrEP sob demanda: consiste na tomada da PrEP somente quando a pessoa tiver uma possível exposição de risco ao HIV. Deve ser utilizada com a tomada de 2 comprimidos de 2 a 24 horas antes da relação sexual, + 1 comprimido 24 horas após a dose inicial de dois comprimidos + 1 comprimido 24 horas após a segunda dose. A PrEP sob demanda é indicada para pessoas que tenham habitualmente relação sexual com frequência menor do que duas vezes por semana E que consigam planejar quando a relação sexual irá ocorrer. Além disso, as evidências científicas garantem a segurança e eficácia da PrEP sob demanda somente para algumas populações. São elas: homens cisgêneros heterossexuais, bissexuais, gays e outros homens cisgêneros que fazem sexo com homens (HSH), pessoas não binárias designadas como do sexo

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

masculino ao nascer, e travestis e mulheres transexuais - que não estejam em uso de hormônios à base de estradiol.

Mulheres cisgênero, pessoas trans ou não binárias designadas como sexo feminino ao nascer, e qualquer pessoa em uso de hormônio a base de estradiol, que façam uso de PrEP oral diária, devem tomar o medicamento por pelo menos 7 (sete) dias para atingir níveis de proteção ideais. Antes dos sete dias iniciais de introdução da PrEP, medidas adicionais de prevenção devem ser adotadas.

A análise dos critérios de elegibilidade para o uso de PrEP deve ocorrer dentro de uma relação de vínculo e confiança entre a pessoa e o(a) profissional de saúde, que permita compreender as vulnerabilidades envolvidas nas práticas sexuais do indivíduo, assim como suas condições objetivas de adesão ao uso do medicamento. Na consulta inicial, os(as) profissionais devem abordar e avaliar:

- Aspectos sobre o gerenciamento de risco e vulnerabilidades.
- Entendimento e motivação para o início da PrEP.
- Indicação de PEP, caso tenha havido exposição de risco nas últimas 72 horas.
- Sinais e sintomas para exclusão de infecção agudam pelo HIV.
- Histórico e fatores de risco para doença renal.
- Testagem e tratamento de outras ISTs.

Além disso, na primeira consulta, devem-se realizar os procedimentos e exames elencados abaixo:

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

ELEMENTOS DA PRIMEIRA CONSULTA PARA OFERTA DE PrEP

EXAMES	MÉTODO
Teste para HIV	Pesquisa de anticorpos anti-HIV (imunoensaio laboratorial ou TR, preferencialmente)[a,b]
Teste para sífilis	Pesquisa de anticorpos treponêmicos (ex.: imunoensaio laboratorial ou TR, preferencialmente) ou não treponêmicos (ex.: VDRL, RPR, TRUST)[c]
Identificação de outras ISTs (clamídia e gonococo)	Pesquisa do material genético em amostra de urina ou secreção genital, anorretal ou orofaríngea (escolher a amostra de acordo com a prática sexual da pessoa e a metodologia disponível na rede local)[d]
Teste para hepatite B[b]	Pesquisa de HBsAg (ex.: imunoensaio laboratorial ou TR, preferencialmente) e anti-HBcT
Teste para hepatite C	Pesquisa de anti-HCV (ex.: imunoensaio laboratorial ou TR, preferencialmente)
Função renal	Dosagem de creatinina sérica e ClCr, conforme faixa etária
Outros procedimentos	
Vacinação para hepatite B[e], hepatite A e HPV	
Avaliação do histórico de fraturas patológicas	

FONTE: DATHI/SVSA/MS.

Caso seja confirmada a infecção pelo HIV, a PrEP não está mais indicada. Nesse caso, a Tarv deverá ser iniciada.

Os indivíduos que tiveram uma exposição recente de risco, fora da janela de 72 horas para o início de PEP, e que se apresentam durante a avaliação inicial sem sinais e sintomas de infecção pelo HIV e com TR não reagente para HIV, podem iniciar imediatamente a PrEP. A espera pela garantia de que essas pessoas estejam fora do período da janela imunológica pode levar a exposições adicionais e atraso no início da profilaxia. Sugere-se orientar o indivíduo a retornar à unidade de saúde caso haja presença de sinais e/ou sintomas de infecção aguda pelo HIV.

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

PROTOCOLOS CLINICOS GERENCIADOS EM UPA

Nas unidades de urgência e emergência, geridas pela SBCD adotamos os principais protocolos médicos gerenciados, relacionados às patologias cardiovasculares, dada a alta incidência de óbitos em decorrência de complicações dessa natureza. Os protocolos possuem embasamento nas melhores práticas assistenciais e comissões com expertise na área, como a American Heart Association, Instituto Latino Americano de Sepse (ILAS) e Angels Initiative.

Apresentaremos a seguir breve descritivo dos protocolos vigentes:

I) DOR TORÁCICA

A criação do protocolo de dor torácica tem como objetivo otimizar o atendimento ao paciente com infarto agudo do miocárdio (IAM) e outras doenças cardiovasculares, proporcionando um diagnóstico precoce e tratamento em tempo hábil.

Orientações gerais:

Este protocolo é voltado ao atendimento de pacientes com infarto agudo do miocárdio com supra desnivelamento de segmento ST (SST) em eletrocardiograma (ECG). Esta etapa inicial é fundamental, pois após sua entrada na unidade de saúde o paciente com dor torácica deverá ter seu ECG realizado no prazo máximo de 10 minutos e sequencialmente avaliado pelo médico para que a conduta adequada seja tomada de imediato.

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

Na impossibilidade de se realizar angioplastia primária (prazo máximo 120 minutos) o paciente deverá ser submetido ao procedimento de trombólise, que pode ser realizado com segurança e eficácia em unidades de urgência e emergência.

Caso o paciente receba o medicamento trombolítico, e apresente critérios clínicos e/ou eletrocardiográficos de reperfusão, ou seja, reestabelecimento da circulação sanguínea no tecido cardíaco, este seguirá para continuidade de monitoramento em unidade terciária.

Caso o paciente não apresente critérios clínicos e/ou eletrocardiográficos de reperfusão, e persista com instabilidade clínica (dor) a unidade deverá prosseguir com a solicitação de vaga em unidade terciária via plataforma SIRESP.

Atualmente, os serviços de urgência geridos pela SBCD atuam em parceria com o Projeto Boas Prática – PROADI-SUS, e o Hospital do Coração (HCor) e Beneficência Portuguesa (BP). O projeto Boas Práticas tem como objetivo qualificar o atendimento nos nas urgências cardiovasculares do Sistema Único de Saúde (SUS) e implementar as diretrizes assistenciais e de manejo clínico seguro a pacientes com doenças cardiovasculares em todo o Brasil.

Através da inclusão dos serviços geridos pela SBCD neste projeto, contamos com um eletrocardiógrafo com emissão de laudos imediatos, de forma online e por profissionais cardiologistas dos hospitais parceiros. Esse recurso garante maior efetividade no diagnóstico, permite discussão clínica com os especialistas e favorece o manejo rápido e eficiente dos casos de IAM com SST.

II) MANEJO DA SEPSE

A sepse é definida como a presença de disfunção orgânica secundária a uma agressão infecciosa. Apresenta taxas elevadas de incidência e mortalidade.

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

O estudo SPREAD, conduzido pelo ILAS, apontou que 30% dos leitos de UTI (Unidade de Terapia Intensiva) do Brasil estão ocupados por pacientes com sepse ou choque séptico. A letalidade nesses pacientes foi de 55%. Assim, todos os profissionais devem ser capazes de reconhecer os sinais e sintomas de sepse e providenciar a conduta imediata para que o tratamento possa ser feito. Isso torna o desafio amplo e não apenas restrito a áreas como terapia intensiva e serviços de urgência/emergência, abrangendo de forma plena as instituições.

O protocolo de sepse estabelecido pela SBCD visa padronizar condutas baseadas em evidências científicas para a SEPSE, garantindo boas práticas assistenciais com os seguintes benefícios:

- Redução da mortalidade;
- Redução no tempo de internação hospitalar;
- Redução nos custos do tratamento;
- Retorno precoce do paciente às suas atividades habituais;
- Diferencial na qualidade do atendimento multiprofissional.

Orientações gerais:

Sepse deve ser suspeitada em todos os pacientes com quadro infeccioso. A equipe multidisciplinar deve estar atenta à presença dos critérios de resposta inflamatória sistêmica, que definem a presença de infecção (SIRS).

- Temperatura central > 38º C ou < 35ºC;
- Frequência cardíaca > 100 bpm;
- Frequência respiratória > 20 rpm, ou PaCO2 < 32 mmHg;
- Leucócitos totais > 12.000/mm³ ou < 4.000/mm³ ou presença de > 10% de formas jovens.

Nos pacientes com critérios de SIRS, a presença de disfunção orgânica define o diagnóstico de sepse. As principais disfunções orgânicas são:

- Hipotensão
- Oligúria (≤0,5ml/Kg/h)

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

- Relação PaO2/FiO2 < 300mmHg
- Contagem de plaquetas < 100.000/mm³ ou redução de 50% no número de plaquetas em relação ao maior valor registrado nos últimos 3 dias
- Acidose metabólica inexplicável: déficit de bases ≤ 5,0 mEq/L e lactato > 2 vezes o valor normal
- Rebaixamento do nível de consciência
- Aumento significativo de bilirrubinas (>2X o valor de referência)

Ausência de critérios de SIRS não exclui o diagnóstico de SEPSE. Pacientes Idosos e imunossuprimidos, podem não apresentar esses sinais. Assim, na presença de uma dessas disfunções, sem outra explicação plausível, pensar em SEPSE e iniciar as medidas preconizadas nos pacotes. Caso seja comprovado posteriormente não se tratar de SEPSE, sempre poderemos suspender a antibioticoterapia.

As primeiras horas de tratamento nos casos de sepse são as mais importantes, e o protocolo prevê que sejam realizadas medidas como: Coleta de exames laboratoriais, administração de antimicrobianos e ressuscitação volêmica.

A implementação de um protocolo gerenciado de sepse pode ajudar a padronizar o atendimento ao paciente, qualificando a atenção e melhorando os resultados em saúde. Atualmente nas unidades de urgência e emergência realiza-se o monitoramento dos indicadores de tempo previstos no protocolo, para coleta de exame laboratorial e hemocultura e início da antibioticoterapia, visando identificar a efetividade do diagnóstico e tratamento nestes serviços de saúde.

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

DÉFICIT NEUROLÓGICO AGUDO – ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

O acidente vascular cerebral (AVC) é uma das maiores causas de morte e incapacidade funcional no mundo. Em algumas regiões do Brasil ainda figura como a principal causa de morte. Caracteriza-se por um déficit neurológico, geralmente focal, de instalação súbita e rápida evolução, decorrente do dano localizado em alguma região cerebral, o qual pode ser de natureza isquêmica (AVCI) ou hemorrágica (AVCH). No caso do AVCI, o dano é causado pela redução da oferta tissular de oxigênio e do suprimento energético decorrentes do comprometimento do fluxo sanguíneo (isquemia) para aquela respectiva região.

O AVCI pode ser classificado com base no mecanismo determinante do fenômeno isquêmico. Os mecanismos mais comuns de AVCI são a oclusão de grandes vasos, a embolia de origem cardíaca e a oclusão de pequenas artérias. Caso o fenômeno isquêmico cerebral seja de menor duração, com reversão completa dos sintomas e duração menor que uma hora, é denominado de ataque isquêmico transitório (AIT). As melhores evidências clínicas disponíveis no momento demonstram que o atendimento adequado, rápido, bem estruturado e multiprofissional aos pacientes com AVCI reduz a mortalidade e a morbidade dos mesmos.

Os pacientes com AVC devem ser triados com a mesma prioridade que são os pacientes com infarto agudo do miocárdio (IAM), sepse ou politraumatismo. Como a janela terapêutica é estreita, independentemente de se fazer trombólise, deve haver objetividade nas avaliações e exames iniciais.

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

A aplicação das medidas contidas no protocolo se inicia a partir da identificação de um paciente com sinais de alerta para a suspeita de AVC. Estes incluem quaisquer déficits neurológicos de início súbito, especialmente os localizados.

Em paciente com menos de 4,5 horas de evento, o tempo torna-se crucial para resolução do caso, logo, ao identificar pacientes com déficit neurológico agudo abaixo do tempo citado, o enfermeiro deve-se encaminhar o paciente imediatamente a emergência, em cadeira de rodas ou maca, sendo classificado como vermelho ou laranja, o médico emergencista deve fazer avaliação inicial, descrevendo o NIHSS do paciente, antes da própria confecção do prontuário deve ser inserido no sistema SIRESP, sendo o médico o informante à equipe de enfermagem e NIR sobre a necessidade de transferência imediata para o hospital referência Este mesmo médico deve fazer contato ao hospital referência para comunicação do paciente com possibilidade de trombólise e realizar o transporte do paciente em ambulância tripulada com médico, quando houver a cessão da vaga através da plataforma SIRESP e, por fim, passagem de caso no hospital referência.

Assim como os demais protocolos gerenciados já mencionados no protocolo de AVC há o monitoramento das metas de tempo de atendimento médico do paciente com suspeita de AVC em até 10 minutos e posterior transferência ao serviço terciário de referência em até 60 minutos quando com suspeita de AVC, em janela terapêutica adequada.

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS -SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Não obstante à garantia do cuidado e do acesso do usuário à rede de saúde é fundamental que a assistência prestada seja qualificada e baseada nas melhores práticas vigentes, por isso, a SBCD atua em suas diferentes redes de atenção com o embasamento teórico das ações, contidos em protocolos, procedimentos e fluxos, que são constantemente divulgados, reforçados e implementados nas unidades sob gestão da OSS. E a fim de exemplificar a amplitude das diretrizes clínicas e assistenciais atualmente vigentes na instituição, apresentamos a seguir o índice de protocolos, procedimentos e fluxos adotados para as unidades de urgência e emergência.

Nº POP	NOME DO PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO / PROTOCOLO
1	ABERTURA DE VIAS AÉREAS – ELEVAÇÃO DO MENTO
2	ABERTURA DE VIAS AÉREAS COM ANTERIORIZAÇÃO DA MANDÍBULA
3	ABORDAGEM CASOS SUSPEITOS DE COVID – 19
4	ADMINISTRAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES
5	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR CNG E CNE
6	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS TÓPICOS
7	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA AURICULAR
8	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRADÉRMICA (ID)
9	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRAMUSCULAR – TÉCNICA EM Z
10	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRAMUSCULAR (IM)
11	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA OCULAR
12	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA RETAL
13	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA SUBCUTÂNEA

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

14	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA SUBLINGUAL
15	AFERIÇÃO DE OXIMETRIA - SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO
16	AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL
17	AFERIÇÃO DE PULSO
18	AFERIÇÃO DE TEMPERATURA
19	AFERIÇÃO DO PESO
20	ALINHAMENTO E ESTABILIZAÇÃO DA COLUNA CERVICAL
21	ARMAZENAMENTO E DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAIS
22	ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS
23	ASPIRAÇÃO ENDOTRAQUEAL SISTEMA FECHADO – TRACH CARE
24	AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO PERIFÉRICA - ENCHIMENTO CAPILAR
25	AVALIAÇÃO PUPILAR
26	CALÇAR E RETIRAR LUVA ESTERIL
27	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO FEMININO
28	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO MASCULINO
29	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA FEMININO
30	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA MASCULINO
31	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA POR CICTOSTOMIA
32	COLETA DE ESCARRO PARA TESTE
33	COLETA DE SWAB PARA IDENTIFICAÇÃO DE SARS-COVID2 OU H1N1
34	COMBINAÇÃO DE INSULINA

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

35	COMPRESSÃO DIGITAL DE PULSO
36	CONFERÊNCIA CARRO DE EMERGÊNCIA
37	CUIDADO COM O CORPO PÓS-MORTE
38	CURATIVO COM TERAPIA COMPRESSIVA INELÁSTICA – BOTA DE UNNA
39	CURATIVO
40	DESINFECÇAO DOS CONJUNTOS DE NEBULIZADORES E MATERIAIS
41	ELETROCARDIOGRAMA – ECG
42	EXAME CLINICO DAS MAMAS GRAVÍDICA E PUERPERA
43	EXAME FÍSICO ABDOME
44	EXAME FÍSICO DO PÉ DIABÉTICO
45	EXAME FÍSICO TÓRAX – CORAÇÃO
46	EXAME FÍSICO TÓRAX – PULMÃO
47	EXAMES CLÍNICOS DAS MAMAS
48	GLICEMIA CAPILAR
49	HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS
50	HIPODERMÓCLISE
51	IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS COM TALA METÁLICA
52	ISOLAMENTO
53	LAVAGEM INTESTINAL POR COLOSTOMIA
54	LAVAGEM INTESTINAL
55	LIMPEZA CONES DO OTOSCÓPIO
56	LIMPEZA DA AUTOCLAVE
57	LIMPEZA DOS AMBU

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

58	LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES
59	LIMPEZA E DESINFECÇÃO DO VENTILADOR MECÂNICO
60	LIMPEZA E DESINFECÇÃO DOS PAPAGAIOS, COMADRES E BACIAS
61	LIMPEZA LARINGOSCOPIO
62	LIMPEZA, SECAGEM E INSPEÇÃO DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS
63	MEDICAMENTO VIA GASTROSTOMIA E JEJUNOSTOMIA
64	MEDIDA DA CIRDUNFERÊNCIA ABDOMINAL
65	MEDIDA DE ESTATURA
66	MEDIDA PERÍMETRO CEFÁLICO
67	MEDIDA PERÍMETRO TORÁCICO
68	MOVIMENTAÇÃO EM BLOCO E INSTALAÇÃO DE PRANÇA RIGIDA
69	ORIENTAÇÕES NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS
70	PRECAUÇÕES PADRÃO
71	PREPARO DE MEDICAMENTOS AMPOLAS, SOLUÇÕES E FRASCOS (PÓ)
72	PREPARO DO ENVOLOCRO PARA ESTERELIZAÇÃO
73	PROVA DO LAÇO
74	PUNÇÃO ARTERIAL PARA COLETA DE EXAMES
75	PUNÇÃO VENOSA PARA COLETA DE EXAMES
76	PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA PARA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS
77	REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR – RCP
78	REPROCESSAMENTO DE ESPAÇADORES DE INALAÇÃO

DS

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

79	RETIRADA DE PONTOS
80	SONDAGEM NASOENTERAL
81	SONDAGEM NASOGASTRICA
82	SOROTERAPIA
83	TÉCNICA DE RETIRAR USUÁRIO INSTAVEL DE DENTRO DO AUTOMÓVEL
84	TROCA DE CANULA DE TRAQUEOSTOMIA DE PVC
85	TROCA DE CANULA TRAQUEOSTOMIA METÁLICA
86	UTILIZAÇÃO CURATIVO TRÊS PONTOS
87	UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE COMA DE GLASGOW
88	UTILIZAÇÃO DE CANULA DE GUEDEL
89	UTILIZAÇÃO DE COLAR CERVICAL
90	UTILIZAÇÃO DE TRACH CARE – ASPIRAÇÃO SISTEMA FECHADO
91	UTILIZAÇÃO MÁSCARA DE OXIGÊNIO COM RESERVATÓRIO
92	UTILIZAÇÃO MASCARA LARÍNGEA
93	UTILIZAÇÃO PROTETOR LATERAL DE CABEÇA
94	VENTILAÇÃO COM DISPOSITIVO DE PRESSÃO POSITIVA – AMBU
95	HIPERTEMIA PEDIATRICA
96	PROTOCOLO DE SEPSE PEDIÁTRICA
97	POCT URGENCIA
98	RECUSA DE TRATAMENTO-EVASÃO
99	PROTOCOLO DE DOR TORACICA
099/A	PROTOCOLO DE DOR TORACICA – Itu
100	PROTOCOLO DE PREVENÇAO DE QUEDAS

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

101	PROTOCOLO DE SEPSE ADULTO
102	PROTOCOLO DE TEV
103	TRANSPORTE DE MATERIAL PARA CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO PARA PSM
104	ROTINAS E FLUXO DA CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO – CME
105	HIGIENIZAÇÃO DE ESPONJAS E ESCOVAS DESTINADA A LAVAGEM DE MATERIAL NO C.M.E.
106	INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL
107	LIMPEZA E DESINFECÇÃO DA CAIXA PARA TRANSPORTE DE MATERIAL BIOLÓGICO
108	ROTINAS E FLUXO DA CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO – CME
109	DIRECIONAMENTO DE PACIENTES COM DETERIORAÇÃO CLINICA EM AMA/UBS INTEGRADA
110	PASSAGEM DE PLANTÃO NA TRANSIÇÃO DO PACIENTE DURANTE O PROCESSO ASSISTENCIAL/ENFERMAGEM
111	SOLIOCITAÇÃO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO
112	PLANO DE CONTINGENCIA CME AMA
113	FLUXO ASSISTENCIAL PORTA E EMERGÊNCIA - PRONTO SOCORRO SANTANA
113/B	FLUXO ASSISTENCIAL PORTA E EMERGÊNCIA – UPA
114	CONTRA REFERÊNCIA DA URGENCIA EMERGÊNCIA PARA UNIDADES BASICAS DE SAÚDE – UPA
115	ROL DE PERTENCE E VALORES
116	PEDIDO COLETA E RESULTADO DE EXAMES LABORATORIAIS
117	DEFINIÇÃO DE ORDEM DE PRIORIDADE DE TRANSFERÊNCIAS – CROSS
118	CONTENÇÃO MECÂNICA

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

119	CRISE HIPERTENSIVA - URGENCIA E EMERGENCIA HIPERTENSIVA
120	CONTENÇÃO QUIMICA
121	ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - PROTOCOLO MANCHESTER
122	CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM FLEBITE, SOROMA E EXTRAVASAMENTO.
123	ROTINAS DA RECEPÇÃO
124	FAST TRAC – UPA
124/A	FAST TRAC – OS
125	ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO NO CONTAINER
126	ATENDIMENTO AO PACIENTE LARANJA
127	COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS DE ROTINA
128	DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES DE TRANSFERÊNCIA
129	FLUXO DE ACIONAMENTO CÓDIGO ROXO
130	FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DE PACIENTES LARANJA EM PEDIATRIA UPA
131	FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO EM SALA DE MEDICAÇÃO E PUNÇÃO ÚNICA UPA
132	MONITORAMENTO DE ATENDIMENTOS E FINALIZAÇÃO DE FA
133	EXAMES DE ROTINA EU
134	MANEJO DO ÓBITO - UPA JAÇANÃ
134B	MANEJO DO ÓBITO - PS SANTANA
135	TRANSPORTE INTERNO EXTERNO DE PACIENTES
136	ATENDIMENTO MÉDICO AOS COLABORADORES EM HORARIO DE TRABALHO UPA
137	FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO RECEPÇÃO UPA – PSA
138	CONTROLE DE ACESSO NAS UNIDADES DE SAÚDE
139	ATENDIMENTO AO PACIENTE EM ÁREA EXTERNA DA UNIDADE

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

140	AVC - DEFICIT NEUROLÓGICO AGUDO
140/A	AVC - DEFICIT NEUROLÓGICO AGUDO – PICOS
140/B	AVC - DEFICIT NEUROLÓGICO AGUDO – Itu
141	MANEJO DA DOR
142	MANEJO DA CRISE CONVULSIVA - EM ADULTOS
143	HIPOGLICEMIA E HIPERGLICEMIA
144	DOR TORACICA - AMA (FICHA)
145	IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE META 1 – Itu
146	MANUAL CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - PROTOCOLO MANCHESTER – AMAs
147	SIRESP E NUCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO – NIR
148	RELATÓRIO MÉDICO PÓS ÓBITO
149	SOLICITAÇÃO DE ANTIMICROBIANO DE USO RESTRITO
149/A	SOLICITAÇÃO DE ANTIMICROBIANO DE USO RESTRITO – Itu
150	QUADRO KANBAN
151	MANEJO DE BRONQUIOLITE EM CRIANÇAS ATÉ 2 ANOS DE IDADE.
152	ATENDIMENTO AO PACIENTE VITIMA DE POLITRAUMA
153	PUNÇÃO LOMBAR - PROCEDIMENTO E CUIDADOS
154	PUNÇÃO INTRA-ÓSSEA UTILIZANDO O DISPOSITIVO – BIG
155	NOTIFICAÇÃO DE RESULTADOS CRITICOS
156	ALTA REFERENCIADA
157	ATENDIMENTO AO PACIENTE COM RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO

DS

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

158	CONTRA REFERÊNCIA DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PARA UBS
159	INSERÇÃO, MANUTENÇÃO E CUIDADOS COM CATETER VENOSO CENTRAL

Ainda a título de exemplificação detalharemos a seguir o protocolo vigente de Reanimação Cardiopulmonar em Parada Cardiorrespiratória (POP 077):

O protocolo de atendimento à parada cardiorrespiratória (PCR) em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) é um instrumento clínico-operacional indispensável, que padroniza a conduta da equipe multidisciplinar diante de situações críticas com risco iminente de morte. Sua importância está na organização rápida e segura da resposta assistencial, garantindo que os atendimentos sigam diretrizes baseadas em evidências, respeitando os princípios da segurança do paciente, da humanização e da eficiência no uso de recursos.

Fundamentação e Objetivo

O protocolo adotado pela SBCD é baseado nas diretrizes internacionais da American Heart Association (AHA), em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e orientações da Rede de Atenção às Urgências. E garante o reconhecimento precoce, resposta imediata, atendimento padronizado e contínuo de um paciente em parada cardiorrespiratória, maximizando as chances de reversão e minimizando sequelas neurológicas e óbitos evitáveis.

Definição de Parada Cardiorrespiratória (PCR)

A PCR é a interrupção súbita da circulação sanguínea eficaz e da respiração, caracterizada pela ausência de pulso central palpável, inconsciência e apneia ou gasping.

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

O protocolo permite:

- Agilidade e segurança no atendimento emergencial;
- Definição clara de funções e hierarquia;
- Redução de tempo de resposta e mortalidade;
- Integração da equipe assistencial e suporte à regulação pós-RCE;
- Base para auditorias de qualidade e notificações de eventos sentinela.

Critérios para Início da Reanimação

- Ausência de responsividade ao estímulo verbal e doloroso;
- Ausência de pulso carotídeo ou femoral;
- Apneia ou respiração agônica;
- Colapso súbito presenciado.

A reanimação deve ser iniciada imediatamente.

Fluxo de Atendimento: Suporte Avançado de Vida (ACLS)

Etapas:

- Reconhecimento e acionamento da equipe de emergência:
- Após acionamento profissional retorna para iniciar manobras de RCP.
- Qualquer profissional deve ser treinado para acionar o código azul ou alerta de emergência.
- Início das manobras de RCP:
- Um profissional assume a liderança da ressuscitação (enfermeiro ou médico, conforme escala).
- Compressões torácicas com profundidade de 5–6 cm, frequência de 100–120/min;

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

- Ventilação a cada 30 compressões (RCP básica) ou 2/min (RCP com via aérea avançada).
- Desfibrilação precoce (se ritmo chocável):
- Utilização imediata do desfibrilador externo automático (DEA) ou desfibrilador manual;
- Ritmos chocáveis: FV (fibrilação ventricular) e TV sem pulso (taquicardia ventricular);
- Ritmos não chocáveis: assistolia e AESP (atividade elétrica sem pulso).
- Administração de medicamentos (via EV):
- Adrenalina 1 mg a cada 3–5 minutos;
- Amiodarona 300 mg no 3º choque (se TV/FV) podendo repetir 150 mg no 5º ou 6º choque;
- Lidocaína (alternativa à amiodarona).
- Instalação de via aérea definitiva (se necessário):
- Ventilação com bolsa-válvula-máscara inicialmente;
- IOT (intubação orotraqueal) por profissional habilitado. Somente se necessário, como em hipóxia ou impossibilidade de ventilação por bolsa máscara válvula (ambu).
- Monitoramento contínuo:
- ECG contínuo, oximetria de pulso, capnografia (se disponível);
- Reavaliação a cada 2 minutos.
- Decisão pela interrupção:
- Reversão com retorno da circulação espontânea (RCE) ou critérios para interrupção após 20–30 minutos sem sucesso, conforme protocolo médico e normas éticas.

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

Funções da Equipe

- Líder da PCR (médico ou enfermeiro): coordena toda a intervenção, delega funções, decide sobre desfibrilação, medicação e intubação.
- Compressor 1 e 2: realizam revezamento das compressões torácicas.
- Ventilador: mantém oxigenação e via aérea.
- Monitorista: faz leitura e operação do ECG/desfibrilador.
- Registrador: cronometra o tempo, registra ações e administra medicamentos.

Registro e Comunicação

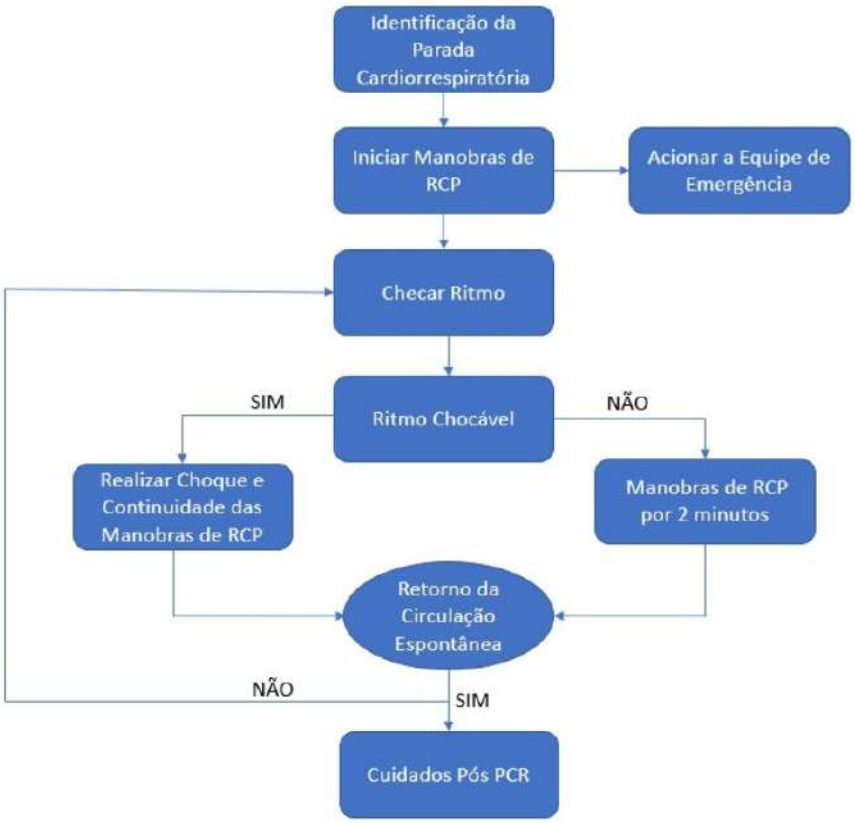
- Ficha de atendimento à PCR com registro minucioso de horários, intervenções, drogas e desfecho;
- Comunicação imediata à família;
- Notificação de evento adverso grave, conforme a política de segurança do paciente.

Pós-PCR (Cuidados após RCE)

- Estabilização hemodinâmica;
- Controle de temperatura (hipotermia terapêutica, se indicado);
- Suporte ventilatório;
- Exames laboratoriais e monitoramento intensivo;
- Avaliação neurológica e transferência para hospital de referência (regulação imediata).

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO À PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA



2.2.2. Subjetiva: aquela que está relacionada com a percepção que o usuário (usuário e familiares) obtém de sua passagem pelas unidades de saúde.

O ente interessado em sua oferta explicará, entre outras, as seguintes questões:

a. Como estruturará a Informação aos usuários (usuários e familiares) acerca do processo de Atenção, tanto em aspectos prévios (em quantos serviços implantará o consentimento informado) e, especialmente, a informação durante

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

o processo de atenção (lugares onde se efetuará a informação; horários e frequência da informação, para cada uma das Clínicas).

Conforme o artigo 5º, inciso XIV da CRFB/88 é assegurado a todos o direito de acesso à informação, resguardando o sigilo da fonte, quando necessário ao exercício profissional.

Ao mencionar o acesso de todos à informação como um direito individual, ressalta-se o direito fundamental à informação em saúde, ou seja, o direito que o usuário de um serviço público de saúde tem de ser informado sobre todos os aspectos que envolvam a sua saúde, e que os serviços assegurem o acesso à informação por direito.

Sendo assim, a informação, quando mediada por um profissional de saúde, necessita da adequação à pessoa, uma vez que a informação transmitida a um indivíduo pode não ser entendida por outro da mesma maneira.

A informação aos usuários e familiares durante o processo de atenção em saúde é um direito fundamental assegurado pela Política Nacional de Humanização (PNH) e pelos princípios do SUS, especialmente o da transparência e respeito à autonomia do paciente. Em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), o fornecimento de informações deve ser estruturado de forma ética, acessível, contínua e adaptada à realidade da urgência e emergência.

A seguir, descreve-se de forma detalhada como deve ser estruturado o processo de informação aos usuários e familiares antes e durante o atendimento em uma UPA, com destaque para o uso do consentimento informado, os locais e responsáveis pela informação, além da periodicidade e formas de comunicação.

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

1. Informação Prévia: Consentimento Informado

Implantação do Consentimento Informado

Embora o contexto de urgência limite o uso do consentimento formal em todos os atendimentos, é essencial implantá-lo nos seguintes serviços e procedimentos críticos dentro da UPA:

Serviço / Procedimento	Requerimento de Consentimento Específico
Administração de medicamentos controlados	Sim
Procedimentos invasivos (punções, drenagens, sondagens)	Sim
Uso de sedação ou analgesia profunda	Sim
Transferência para outro serviço ou unidade hospitalar	Sim
Recusa de atendimento ou evasão contra orientação médica	Sim
Comunicação de riscos em pacientes com agravos graves	Sim

Formato: o consentimento pode ser verbal com registro em prontuário ou formalizado por escrito com assinatura do paciente/responsável, conforme a gravidade e o tempo disponível para tomada de decisão.

2. Informação Durante o Processo de Atenção

Nas unidades de urgência e emergência, como a UPA Tobias Barreto, os fluxos e processos adotados não são facilmente compreendidos pelos usuários, dada sua especificidade e adequação à realidade deste modelo de serviço de saúde. Desta forma é fundamental que haja meios de orientação e comunicação efetiva contínuas com usuários e acompanhantes, a fim de garantir a transparência preconizada pela Política Nacional de Humanização.

Nas unidades sob gestão da SBCD este processo deve garantir que usuários e familiares compreendam o motivo do atendimento, as etapas do cuidado, riscos, prognóstico e possíveis desfechos, respeitando os limites éticos, legais e clínicos da assistência. Quando o usuário compreende as etapas do

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

processo de saúde sua adesão ao tratamento e orientações são mais efetivos e resultam em melhor prognóstico.

Importância da Informação no processo de atenção à saúde:

- **Segurança do Paciente:**

A comunicação transparente sobre o quadro clínico, procedimentos e riscos potenciais contribui para a segurança do paciente, permitindo que ele compreenda e participe ativamente do seu tratamento.

- **Tomada de Decisão:**

Informações precisas sobre o plano de cuidados, exames e tratamentos disponíveis auxiliam o paciente e seu acompanhante a tomar decisões conscientes e informadas sobre sua saúde.

- **Redução de Ansiedade:**

Ao receber informações claras sobre o que esperar, o paciente e seus familiares tendem a se sentir mais seguros e menos ansiosos durante o atendimento, especialmente em situações de emergência.

- **Adesão ao Tratamento:**

Informações detalhadas sobre medicamentos, horários de administração e possíveis efeitos colaterais facilitam a adesão ao tratamento prescrito, otimizando os resultados.

- **Melhora da Experiência:**

Uma comunicação eficiente, que inclui escuta ativa e linguagem acessível, promove uma experiência mais positiva para o paciente e seus acompanhantes, fortalecendo a relação de confiança com a equipe de saúde.

- **Papel do Acompanhante:**

O acompanhante desempenha um papel fundamental no suporte emocional ao paciente e na comunicação com a equipe de saúde. A informação

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

adequada ao acompanhante também é crucial para que ele possa auxiliar o paciente em todas as etapas do atendimento.

Locais estratégicos por tipo de informação ofertada

Ambiente	Tipo de Informação Ofertada
Recepção / Triagem	Tempo de espera, protocolo de classificação de risco, orientação inicial
Sala de acolhimento / triagem	Explicação do risco clínico e ordem de atendimento
Sala de medicação / exames	Motivo do procedimento, possíveis efeitos adversos
Sala de observação ou emergência / internação temporária	Situação clínica atual, conduta médica, previsão de alta ou transferência
Área externa para familiares	Boletins informativos gerais, orientações sobre visitas e comunicação com equipe
Consultórios médicos	Diagnóstico provável, condutas terapêuticas, riscos e necessidades de seguimento

3. Horários e Frequência da Informação

Etapa do Atendimento	Frequência Recomendada de Informação
Após acolhimento e classificação de risco	Imediata (na triagem)
Após cada atendimento médico	Imediata, com linguagem clara
Durante permanência na observação	Duas vezes ao dia, manhã e noite, por profissional médico do setor
Transferência ou regulação	Assim que solicitado leito ou transporte (informar status do pedido e destino provável)
Alta médica	Finalização do caso, explicação sobre cuidados pós-alta e orientação sobre retorno

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

A informação deve ser contínua, empática, sem linguagem técnica, com espaço para dúvidas. Preferencialmente deve ser feita pelo profissional assistente ou enfermeiro responsável, com suporte da equipe multiprofissional, quando necessário.

4. Instrumentos e Estratégias Complementares

- Cartazes informativos e folders sobre funcionamento da UPA, classificação de risco, tempo de espera e orientações pós-atendimento.
- Quadros ou painéis digitais com chamadas de pacientes, explicações do tempo estimado de espera e atualizações de atendimento.
- Profissional de referência na observação (enfermeiro responsável pelo contato periódico com os acompanhantes).
- Registro em prontuário de todas as informações prestadas, incluindo dúvidas respondidas e autorizações.

A informação clara e completa ao paciente e seus acompanhantes em uma UPA é crucial para garantir um atendimento eficaz, seguro e humanizado. Essa comunicação efetiva promove a confiança no tratamento, facilita a adesão às orientações médicas e fortalece o vínculo entre paciente, familiares e equipe de saúde.

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

OUTRAS INICIATIVAS E PROGRAMAS DE QUALIDADE

PROCESSO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE E PROJETOS DE CERTIFICAÇÕES

Sumário:

1. Política de Qualidade Assistencial
2. Diretrizes gestão da qualidade
3. Gestão das comissões
4. Protocolos assistenciais
5. Auditoria Clinica

5.1. Auditoria clinica retrospectiva

5.2. Auditoria concorrente

6. Metodologia para Gerenciamento de processos
7. Gerenciamento de riscos e Segurança do paciente
8. Gestão de indicadores
9. Auditorias internas
10. Projeto certificação – Selo qualidade Caminho de Damasco

Projeto certificação ONA

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Política de Qualidade Assistencial

1. Definição

A Política de Gestão da Qualidade da SBCD tem por finalidade apresentar e estabelecer diretrizes pautadas na qualidade e segurança alinhados à missão e estratégia institucional, a fim de assegurar e nortear a atuação, promovendo mecanismos para auxiliar as tomadas de decisões e implantação de diretrizes e procedimentos norteadores, com foco nas ações de melhoria contínua dos processos, serviços prestados e segurança assistencial promovendo a excelência no atendimento ao paciente.

Favorecer a melhoria contínua da assistência prestada aos pacientes com foco na qualidade assistencial, mitigação de riscos e eficiência operacional através de gestão e monitoramento de processos.

2. DIRETRIZES DA GESTÃO DA QUALIDADE

2.1. GERENCIAMENTO DA QUALIDADE

O gerenciamento da qualidade realizado pela organização parte da premissa de apoiar o nosso direcionamento estratégico que norteia a abordagem que será utilizada/aplicada diante da necessidade do alcance dos objetivos e metas institucionais, criação de medidas preventivas e corretivas, focados na qualidade e segurança do serviço, no âmbito SUS e stakehouders

Os recursos utilizados pela organização para nortear e favorecer o alcance da qualidade e dos resultados, encontram-se descritos abaixo:

Mapeamento de processos: mapear os processos por meio de fluxogramas de trabalho que tem como objeto final melhorar às entregas de produto ou serviços. Com base nisso, a metodologia irá auxiliar e facilitar a identificação dos focos de melhoria na comunicação e articulação entre as áreas, as atividades, as entregas e envolvimento das pessoas em cada etapa, bem como desenvolver clientes e fornecedores, além de otimização das etapas que impactem diretamente no resultado. Como ferramenta para mapeamento de processos será adotado o SIPOC.

Gestão de documentos intuito de assegurar a disponibilidade de documentos atualizados referente aos processos realizados e planejados com base em referências, normatizados, com a sistemática de elaboração,

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

verificação, aprovação, disponibilização, controle, rastreabilidade e revisão de todos os procedimentos descritos.

A gestão de documentos ocorre conforme etapas descritas acima, a partir da finalização do documento na etapa de aprovação, os colaboradores terão acesso aos documentos publicados através de mecanismos Implantados conforme cada especificidade de serviço de saúde, podendo ser link de pasta compartilhada, intranet ou sistema de gestão.

Cada unidade deverá possuir a gestão e registro dos documentos através de uma “Lista Mestra - Controle de documentos”, por ela se dará a realização do controle de validade, revisão e versão. As unidades também podem possuir documentos impressos desde que a cópia seja controlada, junto a essa pasta deverá ficar a evidencia de ciência dos documentos.

Alguns dos objetivos da gestão de documentos, são:

- Administrar o fluxo de documentos (entrada e saída) para garantir o controle de disponibilização atualizado;
- Assegurar que as versões pertinentes de documentos aplicáveis estejam disponíveis nos locais de uso;
- Assegurar que os documentos de origem externa sejam identificados e distribuídos de forma controlada;
- Assegurar o não uso dos documentos obsoletos e/ou cancelados aplicando identificação adequada;
- Administrar as inclusões e exclusões de documentos da lista mestra da Instituição sempre que necessário;
- Padronizar a revisão dos documentos a cada 2 anos, ou sempre que ocorrer mudança do processo ou legislação especifica referente ao processo descrito;
- Garantir que os colaboradores tenham acesso aos documentos pertinentes às áreas/processos com que estão envolvidos;

O processo está detalhado através do POP.SBCD.NGQ.004 Normativas para Elaboração e Gestão de Documentos e demais documentos relacionados ao mesmo.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

3. Gestão de comissões

As diversas comissões foram descritas no item Qualidade Objetiva - Comissões parte integrante desta proposta e em nossa estrutura de governança, a gestão destas comissões cabe a área de qualidade. Os diferentes conhecimentos técnico-científicos dos profissionais, a ausência ou insuficiência de discussões sobre a organização e condução dos serviços nos estabelecimentos de saúde indicam a necessidade de se criar espaços de discussão e propostas de ações de melhoria ao que se refere dos serviços disponibilizados, acompanhamento dos serviços prestados, fiscalização do desempenho e fortalecimento do componente ético nas práticas profissionais.

Com o intuito de maior aprofundamento sobre os serviços prestados e minimizar as diferenças na organização e na condução dos serviços, propõe-se a criação e implantação de Comissões visando à implementação de diretrizes comuns para todas as Unidades de saúde, conforme as diretrizes dos Conselhos Regionais das categorias profissionais competentes e legislações.

As Comissões são responsabilidade da gestão da qualidade, referente a implantação, organização da documentação e acompanhamento.

Após aprovada, a Comissão deverá ser formalizada através do documento próprio (Ato administrativo de nomeação), na sequência agendada a primeira reunião com os membros desta e elaborada a ata de abertura, contendo: definição dos membros, periodicidade, tempo de mandato, objetivo e responsabilidade ou regimento interno para definir o funcionamento das mesmas. Todas comissões são instituídas e devem seguir o POP de funcionamento de comissões onde definir os prazos, entregas e fluxos.

Caberá a cada uma das Comissões propostas o detalhamento de suas atividades, sendo apresentado no momento apenas o delineamento das normas gerais para a organização das Comissões.

Estas Comissões terão um valioso papel no território e nas unidades de saúde, levando os profissionais a refletirem sobre sua postura e conduta, agindo principalmente de forma preventiva, o que possibilita ação e intervenção precoces. É importante destacar também que o sucesso das Comissões está intimamente ligado ao envolvimento dos profissionais e ao estreito relacionamento entre as Comissões do território.

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

O resultado positivo do trabalho das Comissões será percebido pelos usuários das unidades, através da melhoria da qualidade dos serviços prestados.

4. Protocolos assistenciais

Serão implantados ou revisado todos os protocolos e procedimentos necessários a assistência. A padronização dos processos ou atualização das práticas é de suma importância para a promoção da qualidade e padronização das atividades sejam assistenciais ou administrativas.

O fluxo de implantação de protocolos deve ser instituído pelo setor da qualidade, onde os responsáveis pelos processos elaboram os documentos e a qualidade valida o cumprimento das diretrizes da Política de gestão de documentos e faz a publicação.

Minimamente segue os protocolos básicos a serem instituídos:

- ✓ Cuidados básicos de enfermagem
- ✓ Processo de transporte
- ✓ Processamento de materiais
- ✓ Realização de exames diagnósticos
- ✓ Protocolos de segurança do paciente e riscos como (TVP, alergia, broncoaspiração)
- ✓ Protocolos urgência e emergência

São considerados como protocolos clínicos, documentos elaborados com o intuído de estabelecer e definir os critérios de diagnóstico e o algoritmo de tratamento por patologia. Esta formalização visa orientar a equipe quanto o melhor manejo da assistência de forma padronizada e embasada por referencial técnico atualizado.

Também definir fluxos de atendimento e interações entre os processos afins.

A implantação destes protocolos deverá ser realizada com treinamentos para equipe envolvida e supervisão da gestão responsável. Após a divulgação deverá ser feito a implementação do processo, para tal atividade deve ser utilizado controles (formulários/ check list) para registro do acompanhamento da acurácia da aplicação da rotina estabelecida que deve ser gerenciado pela equipe ou responsável pela gestão assistencial.

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

São definidos conforme cada tipo de serviço os protocolos relacionados a risco ou prevalência para serem gerenciados.

Estes deverão ser medidos os seus marcadores, eficácia e efetividade dos mesmos e apresentado através de indicadores com analise critica periódica com plano de melhorias.

Segue alguns exemplos de dados a serem gerenciados:

Percentual de efetividade do protocolo de cirurgia segura

Percentual de cumprimento do protocolo de antibioticoprofilaxia cirúrgica

Tempo médio de realização de ECG em até 10 minutos (Dor torácica)

Percentual de efetividade do protocolo de dor torácica

Adesão aos protocolos das metas internacionais de segurança

5. Auditoria Clínica

A auditoria clínica faz parte do sistema de metodologias da gestão da qualidade que busca avaliar e intervir com oportunidades de melhoria para assegurar a prática clínica efetiva, avaliada através de procedimentos estabelecidos em protocolos institucionais.

O objetivo da auditoria é a avaliação da execução de um processo pré estabelecido.

Para os serviços de assistência ambulatorial temos no escopo para o processo de auditoria clínica:

5.1. Auditoria Clinica Retrospectiva:

Durante a avaliação de prontuários pela comissão de Prontuário Médico, será aplicado ferramentas -Check list para avaliar o cumprimento de procedimentos estabelecidos nos protocolos. É estabelecido uma amostragem por tipo de seguimento.

Segue resumo de exemplos por protocolo e principais objetivos a serem avaliados:

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

✓ Protocolo comunicação efetiva: avaliar o uso dos termos de consentimento livre e esclarecido, registros de contra referência, e comunicação com paciente e acompanhante.

✓ Protocolo de identificação segura: avaliar preenchimento da identificação dos formulários e documentos relacionados a assistência.

✓ Protocolo de cirurgia segura: avaliar a realização pré operatória e registros do processo

✓ Protocolo de exames endoscópios: avaliar os registros pré e pós procedimentos

✓ Protocolo de administração de medicamentos: Avaliar os registros de administração e prescrição.

* O registro completo do prontuário contribui para a comunicação efetiva entre a equipe no tratamento do paciente, diminui os riscos de eventos, e subsidia a gestão, por meio dos indicadores, para a tomada de decisões mais assertivas.

5.2. **Auditoria Clínica Concorrente**:

É uma ferramenta fundamental de gestão, pois permite avaliar, em tempo real, como as práticas estão sendo conduzidas pelas equipes, o que permite identificar falhar e corrigir problemas durante o atendimento, permite observar variáveis que nem sempre são registradas.

A equipe responsável pela auditoria é composta por integrantes da qualidade e também podem participar colaboradores com foco na aprendizagem. Instituído um plano conforme objetivo e protocolo a ser avaliado, com a definição da amostra, ferramenta e período.

Exemplo de protocolo avaliados nesta modalidade:

✓ Realização de exames cardiológicos

✓ Realização de exames de imagem

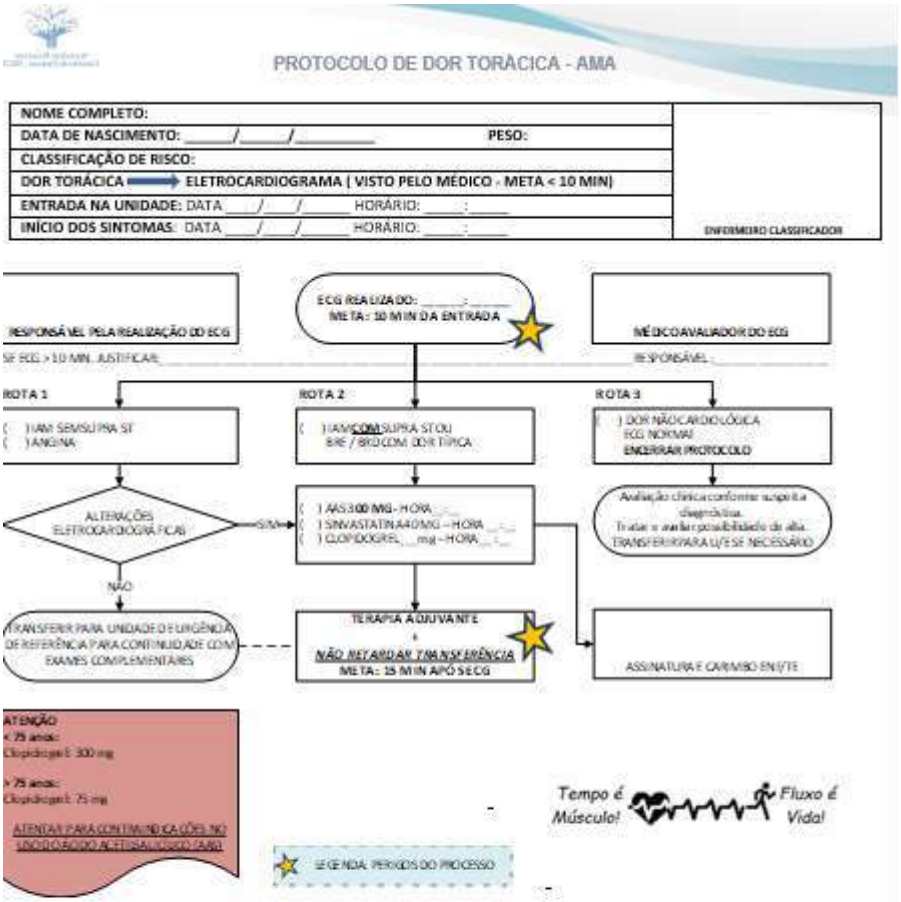
✓ Realização de procedimentos cirúrgicos de menor ou maior complexidade.

✓ Realização de coletas para fins laboratoriais e anatomopatológicos

Após a conclusão do processo e a análise dos resultados, é repassado o relatório com as pontuações para a gestão do processo/ serviço para elaboração de plano de ação de melhorias, para que a equipe possa implementar soluções que reforcem a qualidade do atendimento.

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

Modelo de ficha de controle para protocolo



PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA - AMA

NOME COMPLETO:	
DATA DE NASCIMENTO: _____/_____/_____ PESO:	
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:	
DOR TORÁCICA ➡ ELETROCARDIOGRAMA (VISTO PELO MÉDICO - META < 10 MIN)	
ENTRADA NA UNIDADE: DATA ___/___/___ HORÁRIO: ___:___	
INÍCIO DOS SINTOMAS: DATA ___/___/___ HORÁRIO: ___:___	ENFERMEIRO CLASSIFICADOR

RESPONSÁVEL PELA REALIZAÇÃO DO ECG

SE ECG > 10 MIN. JUSTIFICAR:

ECG REALIZADO: ___:___
META: 10 MIN DA ENTRADA

MÉDICO AVALIADOR DO ECG

RESPONSÁVEL:

ROTA 1

( ) IAM SEM SUPRA ST
( ) ANGINA

ROTA 2

( ) IAM COM SUPRA ST OU BRE / BRD COM DOR TÍPICA

ROTA 3

( ) DOR NÃO CARDIOLÓGICA
ECG NORMAL
ENCERRAR PROTOCOLO

ALTERAÇÕES ELETROCARDIOGRÁFICAS

SIM

( ) AAS 300 MG - HORA ___
( ) SINVASTATINA 40 MG – HORA ___
( ) CLOPIDOGREL ___mg – HORA ___

Avaliação clínica conforme suspeita diagnóstica.
Tratar e avaliar possibilidade de alta.
TRANSFERIR PARA U/E SE NECESSÁRIO

NÃO

TRANSFERIR PARA UNIDADE DE URGÊNCIA DE REFERÊNCIA PARA CONTINUIDADE COM EXAMES COMPLEMENTARES

TERAPIA ADJUVANTE
+
NÃO RETARDAR TRANSFERÊNCIA
META: 15 MIN APÓS ECG

ASSINATURA E CARIMBO ENF/TE

ATENÇÃO
< 75 anos:
Clopidogrel: 300 mg
> 75 anos:
Clopidogrel: 75 mg
ATENTAR PARA CONTRAINDICAÇÕES NO USO DO ÁCIDO ACETILSALICÍLICO (AAS)

Tempo é Músculo! Fluxo é Vida!

SEGUNDA PERÍODOS DO PROCESSO

( ) DOR TIPO A (Definitivamente Anginosa)	( ) DOR TIPO B (Provavelmente Anginosa)	( ) DOR TIPO C (Provavelmente Não Anginosa)	( ) DOR TIPO D (Definitivamente Não Anginosa)
Dor/Desconforto retroesternal ou precordial, geralmente precipitado pelo esforço físico, podendo ter irradiação para o ombro, mandíbula ou face interna do braço, com duração de minutos. A mesma pode ser aliviada com o repouso ou com uso de Nitrato em um período <10 minutos. Não são necessários exames complementares para a definição diagnóstica.	– As características da dor torácica fazem da insuficiência coronária a principal hipótese, porém, são necessários exames complementares para a definição diagnóstica.	Dor torácica cujas características não fazem da insuficiência coronária a principal hipótese (dor torácica atípica), porém, são necessários exames complementares para excluí-la.	As características não incluem a Síndrome Coronariana Aguda como hipótese diagnóstica. Não apresenta nenhuma das características da dor típica anginosa.

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

Através do levantamento percentual é possível identificar o cumprimento da meta, realizar uma análise das principais causas que induzem o descumprimento e monitorar a efetividade de medidas corretivas ou preventivas, pois após o resultado, a aplicação de análise de causa junto de um plano de ação para mitigação, que na próxima amostragem, evidencia o resultado satisfatório ou não.

A compilação de todos os dados levantados, análise e plano de ação constituem um indicador para monitoramento assertivo minimizador de impacto, que segundo a OMS (2008) apud Fonseca, Miranda & Rauédys (2019) comenta que a segurança do cliente pode ser alcançada por meio de três ações complementares: evitar a ocorrência dos eventos adversos; torna-los visíveis, se ocorrerem; e minimizar seus efeitos com intervenções eficazes.

6. Metodologia para Gerenciamento de processos

O objetivo da implantação do gerenciamento de processos ó promover meios para que os processos para que eles alcancem os objetivos da empresa com mais eficiência e eficácia, através do mapeamento, organização de fluxos internos, controlar de entregas e otimizar ou reduzir oportunidades de retrabalho.

O conceito mais intuitivo de processo é o de transformação. Esse conceito nos remete a três elementos: o que será transformado - entrada do processo, proveniente de um fornecedor;

a transformação - a própria realização do processo; e o resultado da transformação - saída ou produto do processo, que é destinado a um cliente.

Afeta positivamente todos os setores de uma organização, uma vez que busca a melhoria continuada das atividades e o atendimento efetivo das expectativas e necessidades dos clientes.

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

Facilita a administração do trabalho por parte dos gestores, possibilita a gestão do conhecimento, pois procura documentar todas as informações sobre o processo, entre diversos outros benefícios.

Ter uma gestão integrada é buscar uma sinergia na interação entre os processos e para isso, é preciso estudar um pouco o relacionamento entre clientes e fornecedores internos. A gestão de processos serve para aplicar a cultura de melhoria contínua dentro de uma organização. Assim, é possível desfazer os nós de uma malha produtiva complexa, identificando os processos um por um, bem como a cadeia de valor da empresa.

Os processos são integralmente mapeados por meio de fluxogramas de trabalho, com objetivo final melhorar às entregas de produto ou serviços.

Etapas para o mapeamento:

1. Identificar os processos que compõe a cadeia produtiva;
2. Entender como as atividades são executadas ;
3. Procurar oportunidades de melhorias;
4. Aplicar as ações de melhoria nos processos
5. Monitorar o desempenho e os resultados através de automatização;
6. Promover a cultura da melhoria contínua para otimizar os processos.

O processo é mapeado com o apoio da equipe do setor da qualidade onde é realizado a seguinte orientação a equipe operacional: Defina objetivos claros para o processo; identificar as etapas do seu processo ou sub processos; identificar todas as etapas de produção, os profissionais responsáveis por elas e o desempenho de cada estágio; estabelecer limites no processo para que

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

apenas as informações necessárias sejam incluídas; mapeie o processo no estado atual, e faça melhorias a partir dele.

Com base nisso, a metodologia auxilia e facilita a identificação dos focos de melhoria na comunicação e articulação entre as áreas, as atividades, as entregas e envolvimento das pessoas em cada etapa, bem como desenvolver clientes e fornecedores, além de otimização das etapas que impactem diretamente no resultado.

Como ferramenta para mapeamento de processos será adotado o SIPOC.

Para que isso ocorra de maneira sustentável, após todos processos mapeados e suas interações é continuamente identificado as não conformidades e as oportunidades de melhorias nos processos de trabalho e, através da utilização de ferramentas de qualidade, promovendo a identificação e a tomada de medidas corretivas e preventivas, garantindo assim a busca pela excelência na assistência prestada.

Os **processos mapeados** são o **principal objeto de análise dos riscos**, ao identificar riscos e oportunidades de cada processo mapeado, a qualidade deve, para o que for considerado crítico, estabelecer ações (medidas de controle e ações de contingência/emergência) .

Os Contratos de interações ao serem elaborados são seguidas as seguintes orientações:

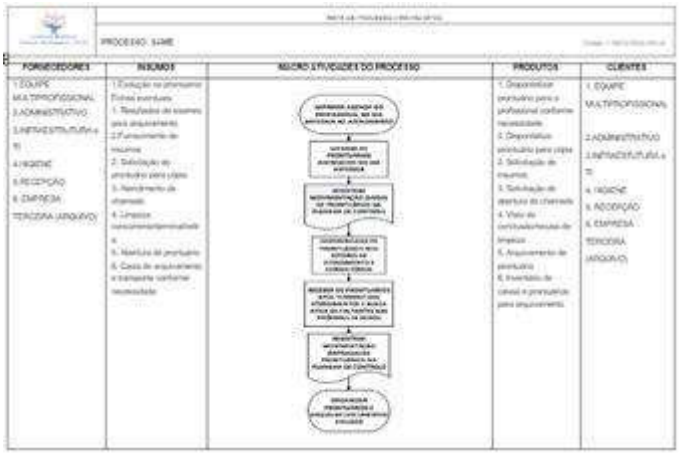
- as **entradas** e **saídas** desses processos sejam determinadas;
- idem para os **critérios** e **métodos** necessários à operação e ao controle dos processos
- os **recursos** necessários (e sua disponibilidade) também sejam determinados;
- as **responsabilidades** e **autoridades** para cada processo sejam atribuídas;

Monitoramento e gerenciamento: é realizado através do registro de não conformidades de interação, que são recebidos pela qualidade e encaminhados para tratativa e acompanhado a eficácia da ação proposta e também através da

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

gestão de indicadores de desempenho. Os resultados obtidos a partir do monitoramento dos principais processos da empresa são coletados periodicamente pela área de gestão junto às áreas onde estes processos são realizados, a qual deverá compilar os dados e realizar analises críticas.

A seguir, modelo utilizado para mapeamento e contrato de interação de processos:





7. Gerenciamento de Riscos e Segurança do Paciente

Alinhada à sua Missão, Visão e os Valores, a Sociedade Brasileira Caminho de Damasco tem como prioridade *o compromisso com a segurança dos pacientes atendidos nas unidades administradas pela instituição e na prestação da assistência à saúde de qualidade*, guiando-se através da excelência dos serviços prestados, a minimização dos riscos e possíveis danos aos pacientes, usuários e familiares.

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

O Gerenciamento de Riscos na SBCD envolve ações preventivas/ barreiras (para minimizar a probabilidade de ocorrência) e também ações corretivas, a partir dos registros de eventos, quando acontecem, através dos registros de notificação de incidentes, Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância.

Com base na RDC n°. 36/2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde, além de regulamentar a implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente, a Sociedade Brasileira Caminho de Damasco apresenta a Política Institucional de Segurança do Paciente, a ser implantado em sua sede e em todas suas unidades administradas, assim, todos os colaboradores são capacitados para minimizar os riscos de suas atividades, através do cumprimento dos POP e Protocolos e notificação dos Incidentes.

O método instituído pela Sociedade Brasileira Caminho de Damasco para realizar o Gerenciamento de risco em toda instituição, visa promover a capacitação dos colaboradores na identificação previamente todos os riscos relacionados as atividades que lhe são atribuídas , verificar as práticas de controle/prevenção junto aos colaboradores e prestadores que atuam na instituição, assim como estabelecer a metodologia de análise de eventos e implantação de ações de melhorias.

Diante disso, o gerenciamento de riscos tem a finalidade de estabelecer uma cultura de segurança do paciente construída a partir de do aprendizado de falhas que favorece o estabelecimento de barreiras e prevenção de incidentes. Além disso, a gestão de riscos busca implantar ações preventivas, corretivas e contingenciais para garantir eficácia e eficiência operacional e oferecer um serviço de saúde com qualidade e segurança ao paciente.

Plano de gestão de riscos– Consiste em atividades de identificação, análise, classificação, avaliação, comunicação e controle de risco que minimizam ou eliminar a probabilidade da ocorrência de um erro ou falha que geram impactos na organização como um todo.

Os riscos serão identificados e analisados e são tomadas ações para eliminação do risco. O processo de ações frente a incidentes e eventos adversos são fomentadas pelo Plano de Segurança do Paciente. Será considerado conforme estabelecido pela RDC 36/2013 a aplicação sistêmica e contínua da Política de segurança do paciente institucional, para garantir o controle e segurança nos processos promovendo um ambiente seguro para pacientes e

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

colaboradores contemplando também o meio ambiente e a imagem institucional.

Todo o mapeamento, identificação e classificação deve ser realizado em conjunto com a equipe da qualidade, gestor e equipe operacional, discutindo as possíveis situações baseadas na expertise e rotina diária vivenciada.

Todos os setores da unidade deverão avaliar os riscos envolvidos em cada etapa do processo, classificar e avaliar o grau deste risco, e estabelecer as medidas de prevenção para que este não ocorra.

As seguintes etapas devem ser previstas para a implantação e a gestão de riscos na unidade:

1) Estabelecimento do Contexto – mapeamento do processo, para que seja identificado o risco no processo de trabalho

2) Identificação do Risco: mapeamento de riscos (Brainstorming ou auditorias)

3) Análise do Risco: avaliar frequência, gravidade e probabilidade;

4) Avaliação do Risco: utilização de ferramentas especificas*; *As ferramentas a serem utilizada para análise e avaliação do risco será a FMEA (Análise de modo, efeito de falha) e a Matriz de Risco.

5) Tratamento do Risco: O objetivo de tratar os riscos é evitar, reduzir, mudar a probabilidade e controlá-los. Será necessário estabelecimento de controles/barreiras preventivas que também visam a mitigação e diminuição dos fatores dos riscos identificados.

6) Comunicação do Risco: capacitação da equipe quanto a prevenção e divulgação dos resultados;

7) Auditoria de riscos: visam identificação de mudanças, oportunidades de melhoria contínua, o monitoramento e acompanhamento dos controles e ações. As auditorias de riscos serão executadas periodicamente conforme planejamento, devendo ser realizadas minimamente semestralmente.

*Os Riscos ocupacionais relacionados ao colaborador e/ou terceiros deverão ser trabalhados pela CIPA/SESMT.

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

7.1. Gerenciamento de Riscos Reativo - Notificações e analise de eventos

As notificações e análises de eventos/incidentes constituem o modo corretivo de gerenciamento de riscos. Os eventos são notificados e conforme as definições dos incidentes são analisadas e identificadas todas as possíveis causas para sua ocorrência. Em seguida, de acordo com o levantamento, são planejadas ações para gerenciamento, tratamento e diminuição de incidentes decorrentes do mesmo tipo de causas.

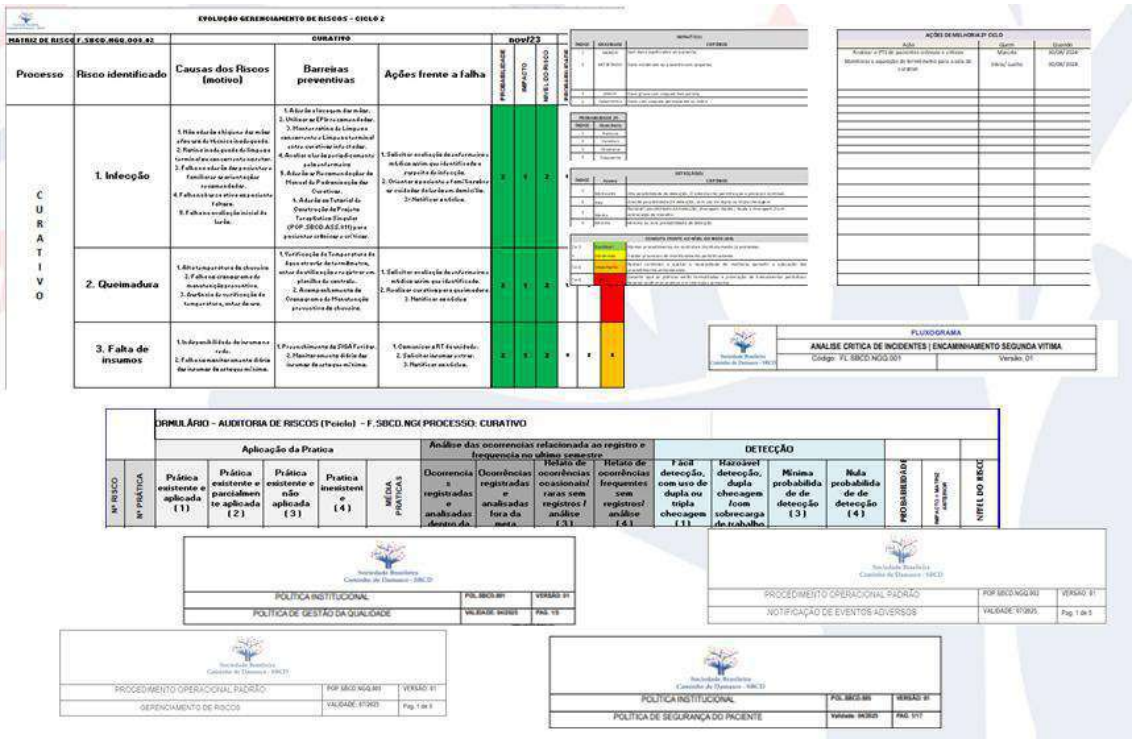
A partir do momento em que são notificados os eventos é possível analisar o contexto e obter melhorias significativas nos processos, e cuidado, impactando na qualidade da assistência prestada.

A Comunicação de ocorrências de riscos deve ser responsabilidade de todos os colaboradores, e da gestão no incentivo e monitoramento da pratica. Toda a equipe de trabalho é sensibilizada incialmente sobre o processo de gerenciamento de riscos, o objetivo a ser alcançado, assim como a importância e o envolvimento de todos em prol da segurança do paciente.

Toda situação identificada como um risco ou com necessidade de melhoria deve ser notificada, esta notificação deve ser realizada no formulário disponibilizado nas unidades ou sistema de gestão e o núcleo de segurança do paciente local é responsável por realizar a análise e traçar planos de melhoria.

Segue documentos padronizados institucionalmente referente a gestão de riscos:

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C



7.1. IMPLANTAÇÃO PROTOCOLOS DAS METAS INTERNACIONAIS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

As metas internacionais de segurança do paciente têm como objetivo melhorar a segurança do paciente através de estratégias, campanhas e oficinais que instituem procedimentos de controle e cuidado.

Em 2002 a Organização Mundial de Saúde (OMS) abordou o tema da segurança do paciente que em 2004 foi fortalecida com a criação da Aliança Mundial para Segurança do Paciente a nível mundial instituindo a necessidade e obrigatoriedade do controle no cuidado com pacientes.

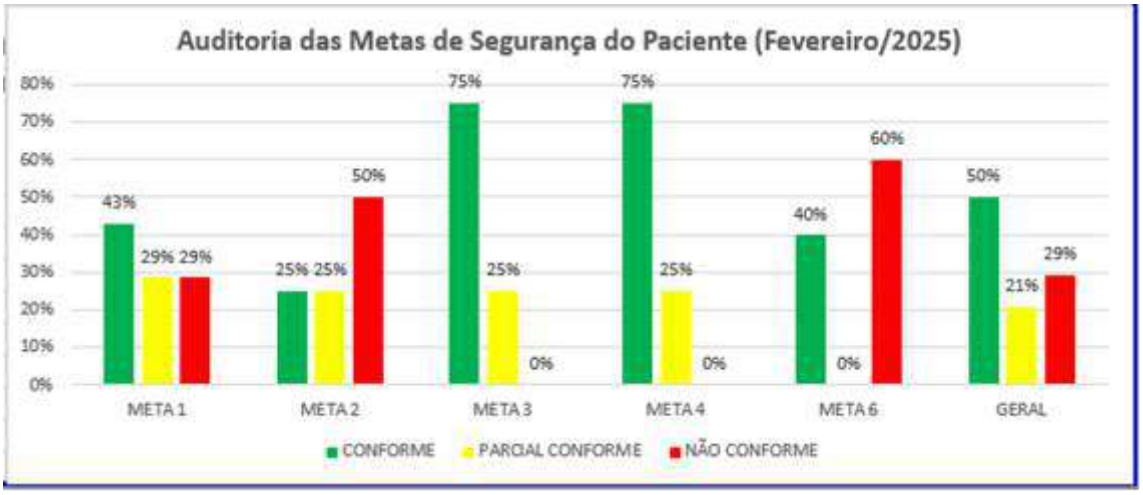
Através da portaria 529 de 1 de abril de 2013, o ministério de saúde institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), visando 6 metas consideradas mais importantes dentre todos os cuidados ofertados a todo paciente admitido ou atendido em um serviço de saúde.

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

As 6 metas são respectivamente identificação correta de pacientes, comunicação efetiva, segurança medicamentosa de alta vigilância, cirurgia segura, redução de riscos relacionados a infecções no cuidado de saúde e prevenção de lesão por queda.

Todas metas podem ser descritas em protocolos gerenciados, que resumidamente, enuncia quais são os procedimentos mais corretos a fim de assistir a demanda e garantir a segurança como política de redução e melhoria de processo. Para o gerenciamento dos protocolos existem algumas ferramentas de qualidade que podem ser aplicadas com resultados positivos, um exemplo é a aplicação da FMEA ou análise de modos e efeitos de falhas, segundo Hinrichsen, Oliveira, Ramos & Vilella (2012) “como instrumento de análise de não conformidades e criação de subsídios para a melhoria das operações dos processos relacionados às metas internacionais de segurança do paciente”, consistindo em um matriciamento de riscos, onde são levados em consideração o motivo, principais causas, ações de prevenção e ações corretivas, os resultados tabulados indicam o nível do risco e permitem uma visão mais clara de pontos críticos e levantamento de causas e efeitos.

Uma aplicação mais simples, porém, efetiva é a tabulação percentual de conformidade, podendo ser realizada através da aplicação de um check list com perguntas direcionadas para levantamento por meio de amostragem o cumprimento do protocolo, para dessa forma identificar se a meta está implantada, aplicada e monitorada.



Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

8. Gestão de indicadores

Através de capacitação das equipes e documento orientador “Pop de implantação e gestão de indicadores” serão implantados indicadores qualitativos e quantitativos para acompanhamento do desempenho dos processos, implantação e efetividade de protocolos clínicos.

(vide documento em anexo com a descrição da metodologia)

8.1. Definições

São instrumentos de gestão utilizados para medir e acompanhar os resultados de um projeto, processo ou política. “É por meio dos indicadores que os gestores avaliam os resultados das suas decisões no nível estratégico ou das ações das suas equipes no nível tático e operacional.

Desempenho (Performance): Resultados obtidos dos principais indicadores de desempenho de processos e de produtos, que permite avaliá-los e compará-los em relação a metas, padrões, referenciais pertinentes e a outros processos e produtos.

Mais comumente os resultados expressam satisfação, insatisfação, eficiência e eficácia:

8.1.1. Critérios para avaliação da definição:

Os indicadores medem aspectos qualitativos e/ou quantitativos relativos à estrutura, aos processos e aos resultados.

8.1.2. Tipos de indicadores:

Disponibilidade/Mensurabilidade: fácil obtenção dos dados para o cálculo do indicador.

Simplicidade: poder calcular a partir de informações básicas compostas por dados de fácil obtenção. É desejável que os indicadores

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

sejam fáceis de serem analisados e interpretados e que sejam compreensíveis para os usuários das informações.

Comparabilidade: ser fácil de comparar com referenciais apropriados.

Exatidão: apresentará as mínimas possibilidades de erro, sempre que registrado.

8.1.3. Indicadores por níveis:

Estratégicos: visão da empresa – objetivos estratégicos
Táticos – Objetivos e ações por departamento ou processos
Operacionais – Visão por tarefas

8.2. Implantação do Indicador

8.2.1. Planejamento:

1º - Pesquisa referencial teórico – fichas técnicas já padronizadas baseadas em referências bibliográficas
2° - Mensuração dados internos – Definição de novos indicadores
3° - Definição do nome do indicador
4º - Definir processos envolvidos e responsáveis.

8.2.2. Definição da medição

- Taxa/ coeficiente / Percentual

É a divisão entre duas informações de mesma grandeza gerando um valor que pode ser expresso como porcentagem.

O número de vezes que um fato ocorreu dividido pelo número de vezes que ele poderia ter ocorrido, multiplicado por uma base e definido no tempo e no espaço.

- Índice

É a divisão entre duas informações de grandezas distintas gerando um valor, ou seja, a relação entre dois números ou a razão entre determinados valores, tendo como exemplo o índice de giro ou de rotatividade dos leitos.

- Número absoluto:

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

Podem ser indicadores, à medida que se comparam valores iguais, maiores ou menores a ele, resultantes de atividades.

Segue tabela de indicadores por tipo, que deverão ser implantados ao longo dos projetos de qualidade, com

Tipo de indicador	Iniciativa	Indicador	Unidade
Estratégicos	Gestão da Qualidade Integrada	% de cumprimento das metas pactuadas com o gestor público	%
	Gestão de Riscos e Segurança do Paciente	Taxa de eventos adversos notificados por 1.000 atendimentos	Nº
	Controle de Infecções (IRAS)	Taxa global de infecções relacionadas à assistência	%
	Educação Permanente	Índice de cobertura das capacitações obrigatórias	%
	Sustentabilidade	Redução percentual do consumo de insumos administrativos (papel, copo, energia)	%
	Satisfação do Usuário	Índice geral de satisfação do usuário SUS	Escala de 0 a 10
Tático	Gestão da Qualidade	Adesão aos protocolos institucionais por área assistencial	%
	Comissões	% de reuniões realizadas com atas homologadas (por comissão)	%
	Segurança do Paciente	Adesão às metas internacionais (RDC 36/2013)	%
	Pesquisa de Satisfação	% de manifestações respondidas em até 7 dias	%
	Educação Permanente	Nº de capacitações realizadas por mês	Nº
	Cuidado Paliativo	% de pacientes com plano terapêutico individualizado	%
	Sustentabilidade	Quantidade de resíduos segregados corretamente (recicláveis)	Kg/mês
Operacionais	Qualidade Assistencial	Tempo médio de permanência na UPA	Horas
	Regulação Interna	% de casos referenciados com regulação resolutiva	%
	Segurança do Paciente	% de identificação correta em formulários de atendimento	%
	Controle de Infecção	Adesão à higiene das mãos observada in loco	%
	Cuidado Paliativo	% de pacientes acompanhados com presença de familiar	%
	Atendimento Humanizado	Tempo médio de espera até acolhimento com classificação de risco	Minutos

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

	Gestão de Processos	% de processos com fluxos mapeados e validados	%
	Auditorias	% de conformidade em auditorias internas mensais	%

8.3. Elaboração e aprovação da ficha técnica

Documento que norteia a elaboração e construção de um indicador, utilizar o formulário F.SBCD.NGQ.035 MODELO DE FICHA TÉCNICA DE INDICADORES

Nome do indicador (ou item de controle)

Objetivo (motivo, valor, tempo, prazo do item que se quer medir)

Domínio (se o mesmo é de estrutura, processo ou resultado)

Método de Cálculo (maneira de expressão, dependendo do tipo)

Unidade de medida (taxa, coeficiente, índice, percentual, número absoluto)

Meta/ Limite aceitável (valor desejado a ser alcançado)

Fonte de dados (local de onde será extraída a informação)

Definição e termos (descrever o que é o dado do indicador e numerador)

Periodicidade de avaliação (número de vezes que será medido em determinado período)

Responsável (pela elaboração e pela aprovação)

8.3.1. Definição de metas

As metas de desempenho dos indicadores são estabelecidas a partir:

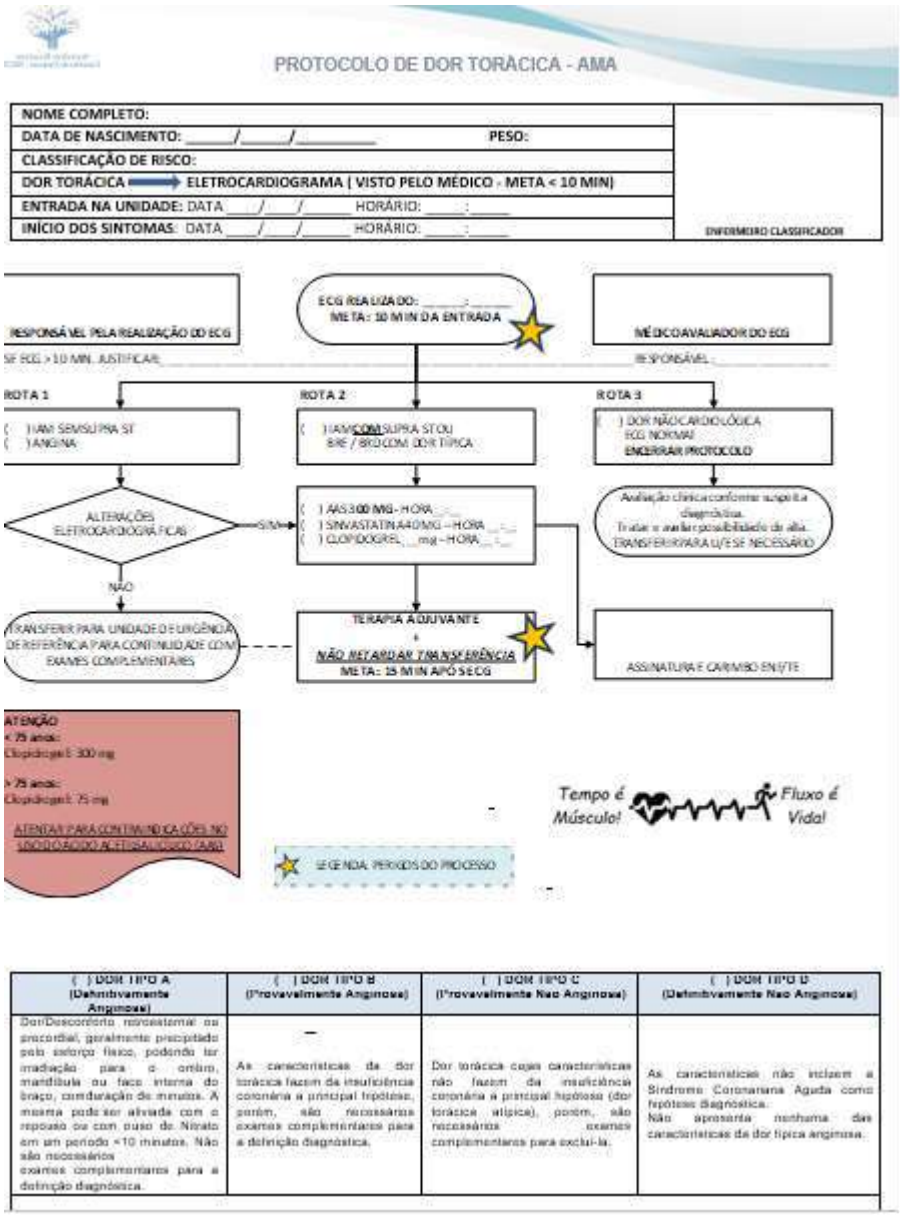
- das metas de desempenho desejadas pela organização, expressas no seu modelo de Gestão Estratégica;
- dos requisitos legais, sanitários, técnicos e científicos inerentes aos processos, produtos ou serviços;
- das necessidades específicas de cada setor, processo, produto ou serviço
- do resultado do seu histórico

Metas SMART é o nome de uma metodologia que estabelece critérios para a definição de objetivos e metas, as quais se baseiam em 5 fatores: S (específica), M (mensurável), A (atingível), R (relevante) e T (temporal).

Desenvolvida no início dos anos 1980 pelo consultor norte-americano George T. Doran (1939-2011)

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

8.3.2. Preenchimento do formulário – gráfico



( ) DOR TIPO A (Definitivamente Anginosa)	( ) DOR TIPO B (Provavelmente Anginosa)	( ) DOR TIPO C (Provavelmente Não Anginosa)	( ) DOR TIPO D (Definitivamente Não Anginosa)
Dor/Desconforto retroesternal ou precordial, geralmente precipitado pelo esforço físico, podendo ter irradiação para o ombro, mandíbula ou face interna do braço, com duração de minutos. A mesma pode ser aliviada com o repouso ou com uso de Nitrato em um período <10 minutos. Não são necessários exames complementares para a definição diagnóstica.	– As características da dor torácica fazem da insuficiência coronária a principal hipótese, porém, são necessários exames complementares para a definição diagnóstica.	Dor torácica cujas características não fazem da insuficiência coronária a principal hipótese (dor torácica atípica), porém, são necessários exames complementares para excluí-la.	As características não incluem a Síndrome Coronariana Aguda como hipótese diagnóstica. Não apresenta nenhuma das características da dor típica anginosa.

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

8.3.3. Interpretação dos gráficos:

Títulos claros
Escalas compatíveis
Os eixos com nome e unidade
Informações complementares devem ser escritas nome do elaborador, período, meta)
Modelos de gráficos: Apresentar sempre uma série histórica, para realizar a análise a questão da performance é imprescindível, pois é necessário se ter com o que comparar o resultado.

8.3.4. Processo de análise:

O gestor da área ou o responsável pela atividade deverá realizar a análise do indicador após o termino do mês.
A data limite é até dia 10 para alimentar os dados e até dia 15 para realizar a análise crítica do mesmo.
Salvo indicadores de qualidade do contrato de gestão que deverão ser alimentados e analisados conforme cada data prevista em contrato específico.
A responsabilidade de validar o indicador deve ser do superior imediato ou conforme definido no organograma da área.

8.3.5. Tipos de indicadores e periodicidade

Como método de classificação dos indicadores na instituição, é definido os tipos de indicadores para direcionar a aplicabilidade, origem método de análise.
Indicadores de desempenho: Obrigatória análise crítica
Indicadores estratégicos: Indicadores definidos no planejamento estratégico para monitoramento de objetivos estratégicos
Dados estatísticos: não é obrigatório análise crítica somente ser alimentado o valor.

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

Descrição passo a passo:

A análise poderá ser feita diretamente no sistema de gestão quando disponível ou no formulário padronizado pelo setor da qualidade (F.SBCD.NGQ.045 ou 046)

1º Passo: Apuração e coleta dos dados / informação

Validar mensalmente o processo de coleta de informações que muitas vezes é realizado por outros colaboradores da equipe.

Realizar os cálculos conforme definido em fichas técnicas respectivas de cada indicador.

2º Passo: Alimentar com dados previamente apurados

Alimentar o indicador referente ao período vigente em analise (mês anterior)

3º Passo: Analisar o indicador preenchendo o campo de respectivo de análise

a. Preencher a data de análise

b. Descrever todos participantes envolvidos na análise: recomenda-se realizar em equipe ou com envolvidos no processo.

c. Classificar, seguindo as orientações:

Indicador com meta ou limite aceitável estabelecido

Favorável Resultado dentro da meta Plano de ação de melhoria opcional

DesfavorávelResultado fora da meta no último mês analisado Plano de ação Obrigatório

Indicador de monitoramento (sem meta / limite definida)

Favorável Resultado favorável no último mês/ período analisado Plano de ação de melhoria opcional

DesfavorávelResultado desfavorável no último mês analisado Plano de ação Obrigatório

*Obs: alguns indicadores novos são abertos como monitoramento para o estabelecimento de média histórica, para que posteriormente

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

(mínimo 4 meses) seja estabelecido uma meta ou limite aceitável para avaliação.

d. Descrição da situação atual:

Deve ser descrita a visão do analisador referente à situação em que o item se encontra, considerando:

Quando o indicador estiver dentro da meta ou padrão aceitável:

Não é necessário criar ação corretiva, porém poderá ser estabelecido um plano de melhorias, mas se o resultado permanecer dentro da meta por mais de 6 meses, indica uma possível revisão da meta junto ao setor da qualidade e gestão direta.

Quando o indicador estiver fora da meta ou padrão aceitável:

Indicador fora da meta, é necessário o levantamento das causas e ação corretiva.

e. Introdução - texto de análise:

*Lembre-se que analise não é a leitura do gráfico, deve ser descrito a discussão do resultado e levantamento das possíveis causas e problemáticas do período e possibilidades de melhoria.

Descrever se o indicador está dentro ou fora da meta;

Descrever a situação do indicador referente ao referencial externo (quando aplicável); ou ao período anterior (mês anterior ou média anual)

Descrever se o indicador tem relação com outro indicador (se o desempenho de um indicador, afeta o desempenho do seu indicador)

Feedback das ações pendentes; (Citar se a ação foi concluída e se apresentou melhorias);

f. Levantamento das causas:

Resultado desfavorável é obrigatório realizar a análise das causas e para cada causa levantada criar ações corretivas.

A análise das causas deve ser utilizado as ferramentas da qualidade de investigação (Brainstorm, 5 porquês ou Ishikawa) para identificação da causa raiz do problema do não cumprimento da meta.

Descrever as principais causas identificadas, durante a reunião de análise, listar os principais motivos que levaram o indicador a não atingir a meta ou parâmetro aceitável.

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

4º passo: Plano de ação:

- É necessário/obrigatório a abertura do plano de ação quando o indicador se apresentar como “desfavorável”.
- É opcional a ser trabalhado como plano de melhoria quando o indicador estiver dentro da meta.
- Somente registrar ações para outros responsáveis com o prévio conhecimento do mesmo e envolvimento na execução da atividade e entendimento do motivo do mesmo.
- Para cada causa apontada geralmente se faz necessário a abertura de uma ação.
- Observar que o prazo da ação a ser colocado deve ser sempre curto para o resultado já ser demonstrado no próximo mês. Sugere-se evitar sempre que possível planejar ações a longo prazo, devido à demora da efetividade.

Acompanhamento ações abertas em meses anteriores:

- As ações definidas deverão ser alimentadas e encerradas conforme o prazo definido, lembrando a necessidade de atualização mensal de toda ação aberta nas análises anteriores.
- Para a abertura de uma analise o gestor deve avaliar o andamento da ação (quando essa existir) e registrar sua evolução na próxima analise em execução
- O gestor deverá utilizar os indicadores como pauta de reunião setorial com os colaboradores e mensalmente explicar o desempenho e plano de ação a ser trabalhado.

5º passo: Validação:

- Após analisado, o responsável deverá encaminhar/ informar ao seu superior para que o mesmo valide a análise do indicador que deverá acontecer até o último dia do mês.

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

- Apresentação e discussão dos resultados dos indicadores estratégicos:

Os indicadores estratégicos deverão ser apresentados conforme sistemática estabelecida pela gestão.

- Alteração de meta:

Alteração de meta após mínimo de 4 meses de monitoramento ou 6 meses acima da meta.

Deve ser validado com o gerente / superintendente da Área e NQSP.

Deve estar descrito e explicado a alteração da meta e justificativa do novo valor na próxima analise do mês subsequente

Obrigatório a revisão anual da meta e justificativa no primeiro mês

9. AUDITORIAS INTERNAS

9.1. Metodologia para realização de auditorias internas, dentro dos preceitos da gestão da qualidade

O processo de realização de auditoria interna é uma das metodologias utilizadas pelo escritório de qualidade, de forma contínua, atendendo a vários objetivos, descritos na Política de Gestão da Qualidade.

Definido uma programação anual das auditorias, distribuída através de um cronograma onde garante a validação de todos processos com periodicidade estabelecida conforme cada objetivo. Tem por intuito de verificar as conformidades nos procedimentos, controles e processos, de acordo com as legislações vigentes e requisitos do manual de acreditação da ONA.

A partir dos resultados obtidos pelas evidências verificáveis e constatações das auditorias internas serão confeccionados relatórios e encaminhados aos gestores das unidades para análise e elaboração de plano de ações frente as não conformidade evidenciadas. Não possui função disciplinar / punitiva. Forma impessoal visando ações de correção e evolução.

A equipe da qualidade pode promover a capacitação de colaboradores para um time de auditores para auxiliar nas rotinas das auditorias.

Critérios para o auditor interno: Independência: Isenção do auditor em relação às atividades a serem auditadas; Conhecimento do processo auditado.

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

Frequentemente é utilizado formulários com check list orientador, ou documento norteador, ou quando processo deve ser preenchido/ descrito durante a visita, após finalizada a visita e com o check list preenchido, a equipe de auditores prepara um relatório sucinto sobre a avaliação e o encaminha ao responsável da área/ processo com sugestões de melhoria e demais comentários.

A depender do tipo de auditoria a ser realizado é necessário a utilização de uma avaliação da ferramenta indicada conforme o objetivo e periodicidade de ciclos

- Auditoria Interna Ona – utilizado como referência o manual ONA vigente – semestral
- Auditoria de riscos – utilizado as matrizes de riscos para análise e identificação dos riscos – semestral
- Auditoria de documentos – conformidades conforme a normativa de elaboração e gestão de documentos;- semestral
- Auditoria das metas internacionais de segurança – orientado por um check list originado a partir de dos protocolos institucionais de segurança do paciente;- mensal
- Auditoria clinicas – baseadas em protocolos clínicos institucionais- mensal
- Auditoria de prontuário – avaliado a completude o preenchimento de formulários e qualidade dos registros conforme regimento comissão revisão de prontuário.- mensal
- Auditoria de higiene das mãos – check list - mensal

Etapas:

1- **Planejamento e organização**: Auditorias devem ser planejadas anteriormente, e a definição do aviso antecipado ou não fica a critério da qualidade conforme a origem da demanda. Apresentar os membros da equipe auditoria, esclarecer os objetivos da auditoria, fornecer sumário dos métodos a serem utilizados.

2- **Coleta de Evidências** É a auditoria propriamente dita, onde a equipe auditora deve procurar evidências objetivas que garantam a conformidade com o atendimento aos requisitos do Manual Brasileiro de Acreditação, ou a ferramenta utilizada, podendo ser um check list ou um

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

protocolo ou pop. Entrevistas, exames de documentos e registros, observações físicas das atividades e condições de trabalho são verificadas neste momento.

3- Todas as observações feitas durante a auditoria devem ser registradas de modo a garantir subsídios e evidências, esse documento deverá ser utilizado como Relatório final.

4- A partir do relatório o responsável pelo processo deve elaborar plano de ação 5w2h para tratativa das não conformidades

5- A metodologia de auditoria interna no processo de melhoria contínua só é efetiva se for realizado o tratamento oportuno das não conformidades constatadas e para eficiência deste ciclo é necessário o monitoramento da equipe responsável pelo processo com as seguintes ações:

A validação das ações de tratamento propostas; A validação das evidencias das ações concluídas; O monitoramento das fragilidades identificadas.

EXEMPLOS DE FORMULÁRIOS/FERRAMENTAS:

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

DOC - DOCUMENTO	F.SBCD.NGQ.038 Emissão: 06/2024 Revisão: Não se aplica Versão: 01
ROTEIRO DE AVALIAÇÃO - GESTÃO DE QUALIDADE	

AVALIADOR: UNIDADE:

DATA:

REQUISITOS	LEGISLAÇÃO / REQUISITO	STATUS	OBSERVAÇÕES
Os documentos estão padronizados, disponibilizados, e acesso controlado.	1.2.1		
Mapeamento dos processos com os contratos de interação implantados e gerenciados/ resultados	1.2.3 4.2.1.2		
Evidência das analises das não conformidades, com ações de melhoria	NC1.2.2		
Mapeamento dos riscos implantado.	1.2.4		

Formulário	
Check List de Auditoria Interna de Documentos	
Código: F.SBCD.NGQ.025	Versão: 02

Unidade: _____ Auditor: _____ Auditado: _____

RESULTADO DE AUDITORIA INTERNA - UBS VILA NOVA GALVÃO SEÇÃO 1 - SUBSEÇÃO 1.2 - METAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE	F.SBCD.NGQ.039 - VERSÃO 01
DATA:	10/1/2024
AUDITOR:	
Confirmação dos dois identificadores na abertura de ficha ou consulta, pergunta correta ao paciente?	NÃO CONFORME
JUSTIFICATIVA:	Avaliado processo na recepção
Confirmação dos dois identificadores antes da administração de imunobiológico? (vacina)	CONFORME
JUSTIFICATIVA:	
Confirmação dos dois identificadores antes da dispensação de medicamentos? (farmácia)	CONFORME
JUSTIFICATIVA:	
Prontuários identificados com nome completo e data de nascimento (impressos e capa)? - 5 AMOSTRAGENS	PARCIAL CONFORME

EXEMPLOS DE RELATÓRIO DE AUDITORIA INTERNA:

RESULTADO DE AUDITORIA INTERNA - UBS VILA SEÇÃO 3 - SUBSEÇÃO 3.1 - ANÁLISES CLÍNICAS	F.SBCD.NGQ.039 VERSÃO 01
DATA:	9/30/2024
AUDITOR:	
Perfil de atendimento estratificado, atualizado e divulgado	NÃO CONFORME
JUSTIFICATIVA:	Não evidenciado
Evidência de treinamento e capacitação dos profissionais (ex. testes rápidos, glicosímetro)	PARCIAL CONFORME
JUSTIFICATIVA:	evidenciado apenas certificados dos testes rápidos
Processos mapeados, fluxos e contrato de interação entre setores implantados e disseminados?	PARCIAL CONFORME
JUSTIFICATIVA:	fortalecer conceitos
Controle de temperatura da geladeira e carro de transporte de amostras preenchidos?	PARCIAL CONFORME
JUSTIFICATIVA:	Sem evidência da tratativa da alteração do controle de temperatura - 2 dias



Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C



Relatório Descritivo - Auditoria Interna

Apontamentos dos auditores:

Gestão segurança:

- Plano de contingência da falta de energia do totem não contempla os controladores/vigilantes. Fortalecer o processo deles com recepção, não está evidenciado isso no plano, esta interação.
- Rever contrato de interação com recepção e controle de acesso.
- Incluir PC da área na pasta de documentos – controle de acesso.
- Rever fluxo de controle de bens para ficar mais claro os papéis- controle de acesso.

SAME:

- Rever interação de processos s/a referente à movimentação de prontuários
- Definir fluxo de extravio de prontuário com responsabilidades e prazos.
- Fluxo definido de busca pelo prontuário que não retorna ao SAME em 24 horas, até o registro do BO
-

Gestão acesso:

- Apresentar indicadores de absenteísmo da agenda e plano de ação por motivos.
- Não evidenciou em prontuário a requalificação técnica. Requalificação de filas de espera - pediu prontuário com case em registro do SIGA, não achou a evidência que precisa ser semestral
- Requalificação técnica, pensar numa forma fácil de mostrar, hoje só em registro no prontuário por

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

10. PROJETO SELO DE QUALIDADE CAMINHO DE DAMASCO

A SBCD através da gestão da qualidade possui um programa de auditoria interna para qualificação dos processos administrativos e assistenciais. Com a utilização de uma ferramenta elaborada a partir de legislações vigentes, manual de acreditação e boas práticas são avaliados requisitos importantes para a garantia da prestação de serviço de excelência.

A ferramenta é adaptada a cada perfil de serviço, conforme a legislação da área.

Benefícios:

- Definição de processos de trabalho
- Padronização e divulgação do modelo de gestão
- Cumprimento de legalizações e boas práticas
- Metodologia de mensuração de resultados
- Reconhecimento interno e externo
- Critérios para investimento em certificações externas
- Alinhamento com o Planejamento Estratégico
- Decisão compartilhada com Superintendência e diretoria
- Sedimentação da Cultura da Qualidade

Cronograma:

1ª etapa	Auditoria realizada com apoio de um Roteiro Nível Básico: check list com requisitos básicos de legislação e boas práticas	3 meses após implantação
2ª etapa	Unidade elabora o plano de ação (*) e após validação da qualidade, realiza a execução	1 mês
3ª etapa	Envio status mensal com a evolução dos planos de ação	Acompanhamento
4ª etapa	Quando a unidade atingir 80% dos concluídos executados é realizado nova auditoria interna	Até 6 meses após a primeira
5ª etapa	Quando a unidade atingir 85% dos concluídos executados a comissão interna da qualidade, avalia para candidatura para início processo para certificação – Recebe “SELO DE QUALIDADE CAMINHO DE DAMASCO”	

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

Após o setor interno é realização de auditoria interna aplicando na íntegra o Manual ONA - Com o resultado de 70% do Manual é encaminhado para aprovação para início do processo de certificação junto a IAC.

3. PROJETO DE CERTIFICAÇÃO ONA

A implantação da gestão da qualidade, pode ser definida como atividade coordenada para dirigir e controlar resultados de organização, no sentido de possibilitar a melhoria de produtos e/ou serviços. Paralelamente tem como objetivo garantir a completa satisfação das necessidades dos clientes, ou ainda, à superação de suas expectativas.

O processo de acreditação viabiliza a análise de desempenho da instituição e orienta as possibilidades de melhoria, e através de seus requisitos e padrões definidos pelo Manual Brasileiro de Acreditação, é possível a avaliação da qualidade da assistência à saúde e promover seu desenvolvimento. É um programa que visa estimular a melhoria contínua.

A instituição que implanta este processo tem como principal objetivo demonstrar que realiza a aplicação dos padrões de segurança e qualidade no atendimento ao paciente, evidenciar a responsabilidade e comprometimento com a assistência segura. Além de ser uma ferramenta de gestão que contribui para a melhoria de desempenho de todos os processos e da instituição como um todo.

Para que tudo acima proposto aconteça, é fundamental que o processo seja gerido sob metodologia profissional, baseada em conhecimento técnico, com respaldo e envolvimento de toda alta gestão através de um planejamento estratégico e assertivo.

Diante da necessidade de diminuir o risco e aumentar a qualidade, os incentivos a aderência a certificação estão mudando, para contribuir a promoção do melhor cuidado e melhor atendimento com menor custo.

E todas essas atividades de melhoria da qualidade e segurança do paciente são relevantes para o trabalho cada vez mais importante de remoção de desperdícios e custos desnecessários do sistema de saúde.

A SBCD possui na sua equipe profissionais já com expertise em Acreditação os quais através farão o direcionamento do trabalho.

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

Como base fundamental e o uso das ferramentas da qualidade em todas as etapas do processo, assim como, para que constantemente se trabalhe a melhoria continua de forma efetiva e didática.

Assim baseado em normas técnicas a gestão da qualidade será a base para a garantia da assistência segura cumprindo o programa nacional de segurança, através da Portaria n. 529 do Ministério da Saúde, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente, onde define cinco características, operacionalizadas pela gestão de uma organização, que configuram uma Cultura de Segurança do Paciente.

São elas:

Cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares;

Cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais;

Cultura que encoraja a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;

Cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional;

Cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança.

Desenvolver este trabalho na instituição será o objetivo da SBCD, e concomitante a isso ser reconhecido pelo sistema nacional de acreditação ONA.

Para a certificação de uma unidade são necessários:

- Implantação de um escritório de gestão da qualidade e segurança do paciente;
- Implantação do sistema de gestão de documentos;
- Desenvolvimento do gerenciamento de processos;
- Implementação do programa de gerenciamento de riscos conforme RDC 36;
- Metodologia de gestão de indicadores;
- Desenvolvimento dos líderes e colaboradores referente a cultura da qualidade e segurança do paciente.

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

10.1. RESPONSABILIDADE DO SETOR DA QUALIDADE CORPORATIVO E LOCAL

O Setor da qualidade desempenha um papel fundamental na garantia e aprimoramento da qualidade dos serviços e processos. Responsável por coordenar e implementar iniciativas de qualidade, contribui para a eficiência operacional, padronizar, formalizar e implantar as fases do processo de gestão da qualidade na instituição seja corporativo ou em unidades administradas.

Entre as responsabilidades do setor segue as principais:

- Orientar e definir padrão dos os instrumentos normativos e complementares (receber, conferir, numerar, distribuir, implantar e controlar o histórico das revisões) de todas as unidades e serviços da SBCD;
- Informar continuamente a atualização dos documentos;
- Padronizar, formalizar e implantar as fases do processo de gestão de qualidade, conforme natureza do contrato, através de registros e planilhas, visando auxiliar na obtenção do padrão de qualidade desejado para o serviço;
- Gerenciar a elaboração, implantação e aplicação dos indicadores de melhoria contínua;
- Implantar e gerenciar ações que promovam a melhoria contínua de todas as atividades dos processos;
- Mapear e implantar o gerenciamento de processos;
- Conduzir auditorias internas para verificar a adesão aos padrões de qualidade, identificando oportunidades de melhoria e garantindo a conformidade com as políticas estabelecidas.
- Acompanhar as ações de melhorias implementadas resultantes das auditorias internas;
- Identificar as não conformidades resultantes das interações de processos;
- Acompanhar os registros das falhas dos processos e auxiliar nas análises de causas e ações de melhoria;
- Oferecer melhor direcionamento dos processos de trabalho com foco na Qualidade e satisfação do cliente;
- Manter os critérios para a implantação e melhoria contínua dos processos de Gestão em Excelência em todos serviços e unidades;

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

- Gerenciar e auxiliar na implantação de indicadores de qualidade e de desempenho para acompanhar a performance dos serviços e unidades;
- Promover atividades educacionais que disseminem os conceitos, instrumentos e ferramentas da qualidade para todos os colaboradores;

- Planejar e ministrar treinamentos para a equipe de saúde, abordando temas relacionados à qualidade, segurança do paciente e implementação de protocolos.
- Monitorar indicadores-chave de desempenho, analisando dados para avaliar o impacto das práticas de cuidado na saúde da população atendida.
- Colaborar com a equipe para implementar melhorias contínuas nos processos, com foco na eficiência.
- Identificar, avaliar e mitigar riscos relacionados à qualidade do atendimento, implementando medidas preventivas e corretivas quando necessário.
- Integrar e participar ativamente do núcleo de segurança do paciente contribuindo para o desenvolvimento de estratégias e ações voltadas para a melhoria contínua.
- Definir políticas e diretrizes institucionais e implantar nas unidades administradas.
- Gerenciar e auxiliar nos projetos de certificações das unidades.

10.2. Gestão assistencial e governança dos processos (pratica do dia a dia da gestão da unidade)

A metodologia ONA, não possui na sua essência a exigência de atividades que não estejam alinhadas a gestão técnica e assistencial das unidades de saúde.

De forma geral ela apresenta as melhores pratica e modelo de gestão que promove a assistência com qualidade e segurança, com o entendimento do real motivo e valor das exigências é possível executar a mesma gestão assistencial, mas de forma profissional, com ferramentas de trabalho e melhor direcionada.

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Segue abaixo um exemplo das principais atividades que antes da metodologia são acompanhadas pela gestão e após metodologia a mesma execução, mas subsidiada em ferramentas de gestão:

Atividades gerenciais - Gerente

ATIVIDADE EXECUTADA	NECESSIDADE	EXECUÇÃO PRÉ - EMPIRICA	DEMANDA ONA (metodologia)	GESTÃO DE PROCESSO	GESTÃO DE RESULTADO
Divulgar a estratégia e identidade institucional	x	x	x		x
Acompanhamento e analise de indicadores estratégicos			x		x
Reuniões com equipe assistenciais e lideranças	x	x	x	x	
Execução e participação de comissões	x	x	x	x	
Divulgação e implementação das políticas institucionais		x	x		x
Identificar e manter atualizado o perfil epidemiológico institucional	x	x	x		x
Promover recursos humanos, equipamentos, insumos e infraestrutura a execução das atividades	x	x	X	x	
Receber e tratar manifestações de usuários presencial ou através de sistemas	x		X		x
Implantar protocolos das linhas de cuidado a saúde	x	x	x	x	

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

Demonstrar resultados da aplicação dos protocolos das linhas de cuidado	x	x	x	x	
Promover o mapeamento de processos			x	x	
Monitorar os processos com foco na melhoria continua	x	x	x		x
Identificar e monitorar os riscos institucionais e dos processos	x	x	x		x
Planejar apoiar/ realizar a execução de programa de capacitação a todos colaboradores	x	x	x	x	
Prever, documentar e testar planos de contingencia para continuidade da assistência	x	x	x	x	
Avaliar sistematicamente a execução dos processos e realizar ações de melhoria	x	X	x		x
Implantar e monitorar processos de controle de infecção	x		x		x
Padronizar e formalizar processos através de documentos	x	x	x	x	
Implantar e monitorar ações de biossegurança	x	x	x		x
Implantar e gerenciar resíduos de saúde	x	x	x	x	

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Gestão de recursos ambientais, financeiros	x	x	x	x	
Avaliar equipe operacional e propor planos de desenvolvimento	x	x	x		x
Monitorar absenteísmo da equipe operacional e cumprimento da TLP.					
Monitorar as metas contratuais	x	x	x		x
Avaliar serviços terceirizados e promover o alinhamento para execução da demanda operacional	x	x	x	x	
Guardar e gerenciar a movimentação dos prontuários dos pacientes	x	x	x	x	
Zelar e promover a disponibilidade e funcionamento de recursos como informática, infraestrutura, equipamentos	x	x	x	x	
Registrar e acompanhar pacientes com doenças de notificação compulsória - vigilância epidemiológica	x	x	x	x	
Capacitar equipe e promover processo seguro no uso e administração de medicamentos	x	x	x	x	
Promover o ambiente limpo e preparado para atendimento	x	x	x	x	

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

Promover o atendimento seguro e humanizado	x	x	x	x	
Registrar eventos adversos e tratar planos de melhorias	x	x	x		x
Capacitação equipe assistencial quanto ao atendimento de urgência e emergência	x	x	x	x	
Garantir exames de diagnostico realizado no método seguro, resultados no tempo oportuno.	x	x	x		x

3.1. Benefícios do projeto de certificação

Embora os benefícios do processo de certificação não sejam fáceis de se identificar pelo usuário, pois o mesmo já deseja e tem direito a uma assistência segura com qualidade e livre de danos. É dever da instituição oferecer o objetivo a que se destina.

Em termos técnico podemos apontar algumas principais melhorias:

- ✓ Padronização e melhoria continua dos processos
- ✓ Segurança do paciente
- ✓ Desenvolvimento das equipes e lideranças
- ✓ Satisfação pacientes e colaboradores
- ✓ Reconhecimento do mercado
- ✓ Gerenciamento de tecnologias
- ✓ Segurança da informação
- ✓ Redução das filas de espera e requalificação sistemática dos usuários em fila de espera;
- ✓ Envolvimento do paciente e família no processo do cuidado;
- ✓ Gerenciamento dos riscos de forma preventiva
- ✓ Gerenciamento dos eventos adversos, e implantação de ações de melhoria

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

- ✓ Comunicação efetiva entre profissionais e na transição de cuidado otimizando perdas de tempo e informações;
- ✓ Segurança e gerenciamento da cadeia medicamentosa;
- ✓ Padronização de condutas e equidade no atendimento à população;
- ✓ Programa frequente e atualizado de capacitação da mão de obra;
- ✓ Melhora do risco ambiental através do gerenciamento de resíduos;
- ✓ Gerenciamento do parque tecnológico;
- ✓ Compartilhamento na avaliação e desenvolvimento de fornecedores municipais;
- ✓ Planos terapêuticos específicos para pacientes em risco;
- ✓ Gerenciamento dos processos e suas interações;
- ✓ Monitoramento dos riscos e implantação de barreiras de prevenção de eventos;
- ✓ Programa de desenvolvimento de pessoas, processos de admissão, integração, ambientação, avaliação, desenvolvimento e aprimoramento;

CRONOGRAMA PARA CERTIFICAÇÃO:

PRAZO	ATIVIDADE
Imediato a implantação	Implantação do núcleo de gestão da qualidade e segurança do paciente Gestão de documentos Gestão das comissões Implantação de indicadores
03 meses	1ª Auditoria interna- Selo de qualidade Damasco
09 meses	Novo ciclo de auditoria interna (validação plano de ação) – Selo de qualidade Damasco
10 meses	Início contratação IAC para diagnostico e certificação ONA
12 meses	Visita de certificação Nível 1 - ona

CRONOGRAMA AÇÕES (CAPACITAÇÕES) PARA PREPARO PARA CERTIFICAÇÃO (12 meses)

Sensibilização de 100% dos colaboradores sobre projeto certificação	30 dias
Capacitação manual ona para líderes e gestores	60 dias
Capacitação ferramentas qualidade para líderes e gestores	30 dias
Capacitação para auditores internos	30 dias

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

Capacitação para Implantação Núcleo de segurança	30 dias
Capacitação para elaboração planos de melhorias - auditoria interna	30 dias
Acompanhamento na execução plano de melhorias	6 meses
Validação das melhorias – analise de efetividade	30 dias
Capacitação para ajustes em processos - auditoria interna	60 dias

2.1 Cronograma de Implantação integrado com as comissões:

Etapa	Descrição da Ação	Responsável	Prazo
1. Constituição do NQSP e validação do Plano de Qualidade	Designação de equipe, elaboração de plano tático-operacional	Diretoria Técnica / Qualidade	Mês 1
2. Levantamento de riscos e fluxos críticos	Análise de processos e incidentes críticos com ferramentas como Ishikawa e 5W2H	NQSP / Segurança do Paciente	Mês 1 a 2
3. Implantação de Protocolos Clínicos Prioritários	Protocolo de Sepse, PCR (ACLS/BLS), Acolhimento e Classificação de Risco (ACCR)	Núcleo Assistencial / Educação	Mês 2 a 3
4. Implantação dos registros e monitoramento de indicadores	Painel de indicadores com metas e análise trimestral	NQSP / TI / Coord. Médica	Mês 3
5. Capacitação de equipes em Segurança e Boas Práticas	Treinamentos presenciais e EAD sobre segurança, eventos adversos, checklist cirúrgico	NQSP / RH / Coord. Enfermagem	Mês 2 a 4

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

6. Auditorias internas mensais e avaliação de conformidades	Auditoria dos prontuários, incidentes, notificações e protocolos assistenciais	Equipe de Auditoria da Qualidade	A partir do mês 4 (mensal)
7. Revisão contínua e plano de melhoria	Análise dos resultados e plano de ação a cada quadrimestre	NQSP / Direção Técnica	Trimestral

Orçamento Estimado para Implantação do Plano de Qualidade e projetos propostos:

Item	Descrição
Recursos Humanos dedicados	Previsto em nosso quadro de RH uma enfermeira de educação permanente item 1 Pessoal do quadro orçamentário, além de aporte da Gestão das Superintendências alocadas em serviços de terceiros – outros/item 8.14 do quadro orçamentário
Capacitações e treinamentos	Além do suporte acima descrito, previsto a contratação em serviços de terceiros – educação continuada item 8.8 do quadro orçamentário

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

F3. QUALIDADE SUBJETIVA

Percepção do Usuário ao Passar Pela Unidade

1. Estrutura de Informação aos Usuários

Política de Satisfação dos Usuários – UPA Tobias Barreto

A política de satisfação dos usuários da UPA está fundamentada na atuação integrada do **Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU)** e da **Ouvidoria Institucional**, configurando-se como ferramentas estratégicas de gestão participativa e de melhoria contínua da qualidade assistencial. Essa política reforça o compromisso com os princípios do SUS **— universalidade, equidade, integralidade e participação social — e com os valores da ética, escuta ativa, transparência e humanização.**

O objetivo é garantir **acesso humanizado**, acolhedor e resolutivo aos usuários, fortalecendo o vínculo entre cidadão e serviço de saúde.

1. Descrição do Serviço e Estrutura do SAU

O SAU funciona como canal direto de escuta e relacionamento entre os usuários e a gestão da unidade. Está estruturado com:

- Atendimento presencial (guichê próprio na recepção);
- Canais digitais (e-mail, formulário eletrônico via site institucional);
- Telefone institucional;
- Visitas regulares aos leitos e recepções;
- Urnas identificadas para manifestações espontâneas.

As manifestações acolhidas incluem elogios, reclamações, sugestões e denúncias, sendo tratadas com sigilo, ética e rastreabilidade. As atividades do SAU compreendem:

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

- Acolhimento humanizado e registro das manifestações;
- Registro, classificação e análise técnica da demanda;
- Encaminhamento e Intermediação junto aos setores envolvidos
- Retorno individualizado ao usuário com resolutividade, prazos definidos e transparência;
- Divulgação de elogios às equipes, como reconhecimento e estímulo à boa prática profissional.

Além disso, os fluxos e procedimentos estão padronizados em documentos internos como as rotinas que regulam as rotinas e garantem conformidade técnica:

- POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP.SBCD.OUV.001 VERSÃO: 01 ROTINAS SERVIÇO OUVIDORIA – UNIDADES (anexo)
- POP MANUAL INSTITUCIONAL MI.SBCD.OUV.001 VERSÃO: 01 FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE OUVIDORIA (anexo)

2. Forma de Mensuração da Satisfação dos Usuários

A mensuração da percepção do usuário é um componente estruturante do SAL. As ações estão em consonância com a satisfação do usuário no SUS. Nossas ações ocorrem por meio de pesquisas formais, contínuas e sistematizadas, com os seguintes instrumentos:

- Formulários impressos entregues ao final do atendimento ou no momento da alta;
- Coletas espontâneas por urnas posicionadas nas áreas de recepção e espera;
- Visitas de busca ativa a pacientes internados, com orientação para preenchimento;
- Formulário digital via QR Code acessado por smartphone ou tablet;
- Formulário eletrônico via site institucional: https://sbcdsaude.org.br/fale_conosco-2

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

Os dados coletados conforme as rotina e estrutura dos SAL, alimentam indicadores periódicos, como:

2.1 Outros Canais e Formas de Comunicação com o Usuário

A unidade disponibilizará diversos canais de escuta e interação com os usuários:

- Atendimento presencial no guichê do SAU e por telefone;

- Urnas para manifestações espontâneas nas recepções e salas de espera;

- Formulários impressos e digitais (QR Code e website institucional);

- Visitas diárias do SAU aos pacientes internados;

- Canal digital “Fale Conosco” para denúncias, sugestões e elogios.

Todos os canais seguem rotinas descritas no POP.SBCD.OUV.001 e no Manual Institucional MI.SBCD.OUV.001, garantindo confidencialidade, rastreabilidade e retorno formal ao usuário.

Indicador
- Taxa de Satisfação dos Usuários
- Percentual de Reclamações Recebidas
- Tempo Médio de Resposta às Manifestações
- Percentual de Aceitabilidade das Respostas
- Índice de Resolutividade das Demandas

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

4. Horários e Frequência da Informação

- SAU e Ouvidoria: atendimento presencial e remoto de segunda a domingo, das 7h às 19h;

- Visitas aos leitos: diárias, pela manhã, com devolutiva individualizada;

- Coleta de manifestações nas urnas: realizada diariamente;

- Análise de manifestações e reuniões com gestão: semanalmente.

5. Divulgação ao Público

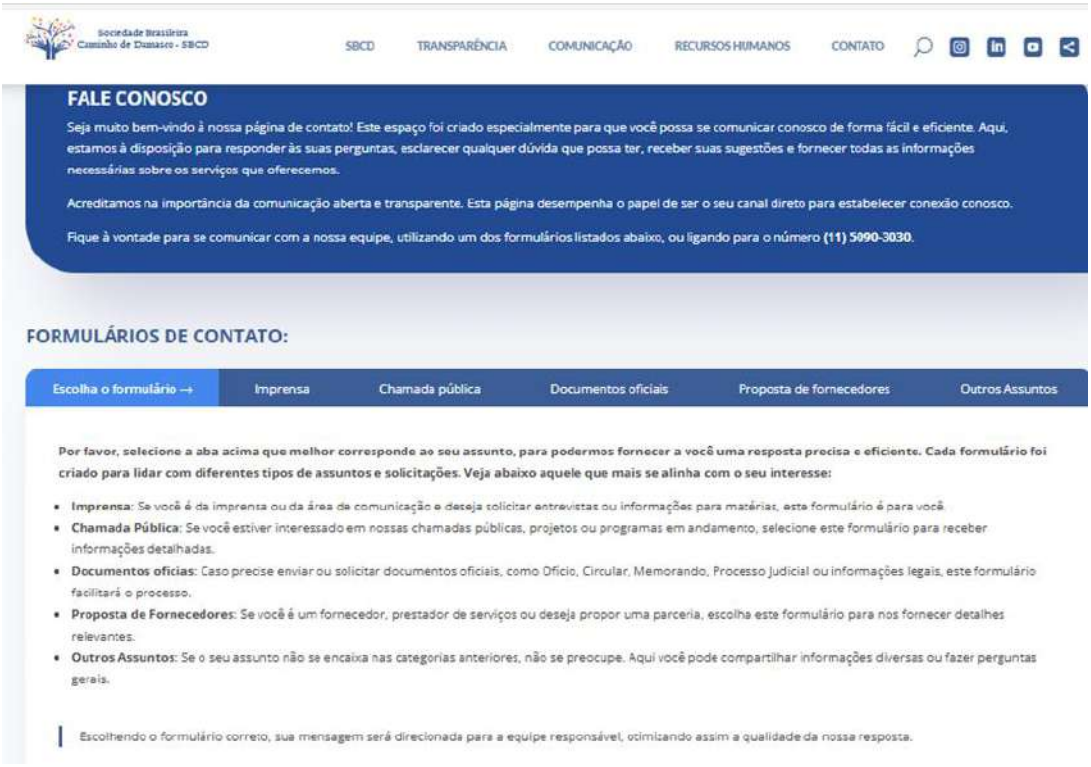
A transparência é garantida por meio da:

- Publicação dos indicadores de satisfação em murais institucionais;
- Relatórios mensais com gráficos interpretativos apresentados à gestão e aos setores;
- Apresentações nas reuniões internas e nos fóruns institucionais (Comissão de Humanização, Qualidade, Gestão), por meio das atividades de .trabalho interdisciplinar.

6. Comunicação formal e clara ao usuário, mantendo a rastreabilidade do caso.

Fortalecimento da Escuta Qualificada

Como estratégia de integração com a sociedade, a instituição disponibiliza o canal "**Fale Conosco**" e formulário de denúncia online para facilitar a escuta ampliada e efetiva: https://sbcdsaude.org.br/fale_conosco-2



Sociedade Brasileira Caminho de Damasco - SBCD

SBCD TRANSPARÊNCIA COMUNICAÇÃO RECURSOS HUMANOS CONTATO

FALE CONOSCO

Seja muito bem-vindo à nossa página de contato! Este espaço foi criado especialmente para que você possa se comunicar conosco de forma fácil e eficiente. Aqui, estamos à disposição para responder às suas perguntas, esclarecer qualquer dúvida que possa ter, receber suas sugestões e fornecer todas as informações necessárias sobre os serviços que oferecemos.

Acreditamos na importância da comunicação aberta e transparente. Esta página desempenha o papel de ser o seu canal direto para estabelecer conexão conosco.

Fique à vontade para se comunicar com a nossa equipe, utilizando um dos formulários listados abaixo, ou ligando para o número **(11) 5090-3030**.

FORMULÁRIOS DE CONTATO:

Escolha o formulário → | Imprensa | Chamada pública | Documentos oficiais | Proposta de fornecedores | Outros Assuntos

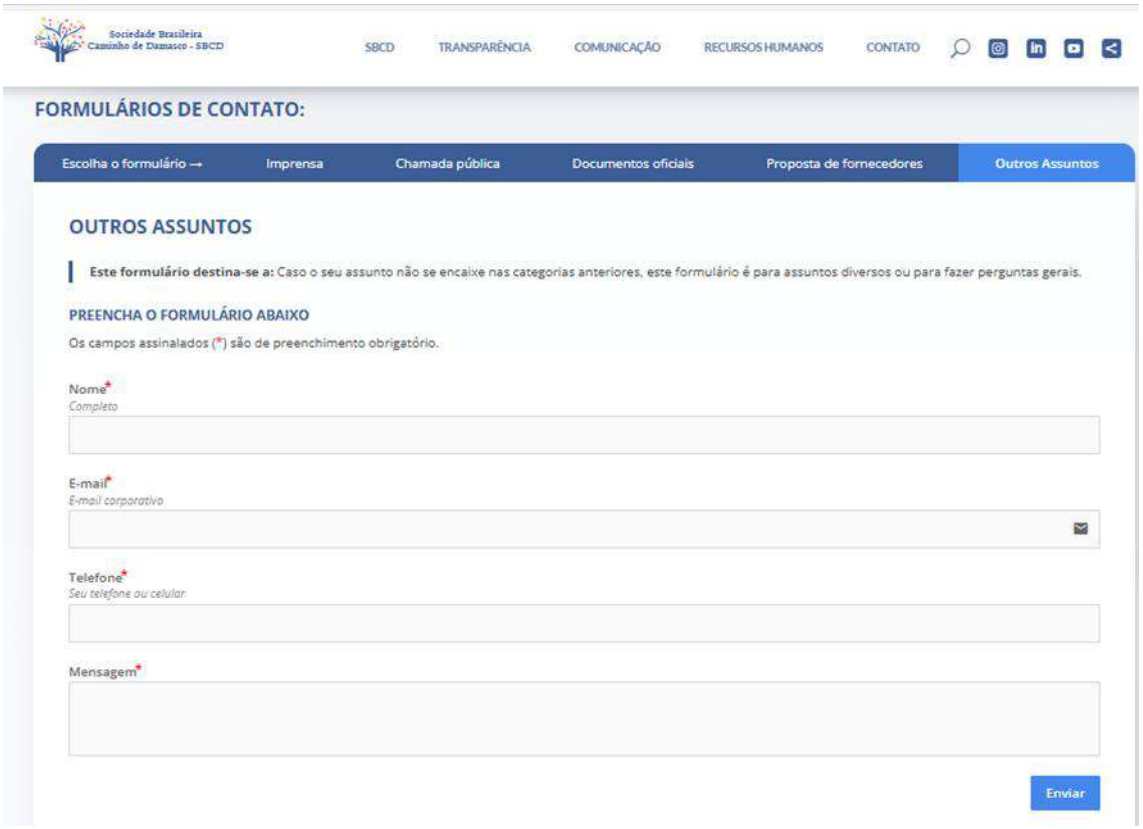
Por favor, selecione a aba acima que melhor corresponde ao seu assunto, para podermos fornecer a você uma resposta precisa e eficiente. Cada formulário foi criado para lidar com diferentes tipos de assuntos e solicitações. Veja abaixo aquele que mais se alinha com o seu interesse:

- **Imprensa**: Se você é da imprensa ou da área de comunicação e deseja solicitar entrevistas ou informações para matérias, este formulário é para você.
- **Chamada Pública**: Se você estiver interessado em nossas chamadas públicas, projetos ou programas em andamento, selecione este formulário para receber informações detalhadas.
- **Documentos oficias**: Caso precise enviar ou solicitar documentos oficiais, como Ofício, Circular, Memorando, Processo Judicial ou informações legais, este formulário facilitará o processo.
- **Proposta de Fornecedores**: Se você é um fornecedor, prestador de serviços ou deseja propor uma parceria, escolha este formulário para nos fornecer detalhes relevantes.
- **Outros Assuntos**: Se o seu assunto não se encaixa nas categorias anteriores, não se preocupe. Aqui você pode compartilhar informações diversas ou fazer perguntas gerais.

Escolhendo o formulário correto, sua mensagem será direcionada para a equipe responsável, otimizando assim a qualidade da nossa resposta.

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD





Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C



Gestão das Informações e Melhoria Contínua

As informações recebidas são tratadas conforme fluxos padronizados:

- Registro e classificação das manifestações;

- Encaminhamento aos setores envolvidos;

- Retorno ao usuário com prazo definido e acompanhamento;
- Geração de indicadores: satisfação, tempo de resposta, resolutividade, entre outros.

Esses dados são discutidos mensalmente em comissões internas (Humanização, Qualidade, Gestão) e orientam a elaboração de planos de ação, treinamentos e ajustes operacionais, reforçando o ciclo de melhoria contínua.

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

Essa comunicação visa reforçar a transparência na gestão pública da saúde. Bem como reforçar a diretriz de melhoria contínua e estão alinhadas com o objetivo de *garantir o acesso qualificado, com escuta humanizada e resolutiva*, conforme pactuação do plano municipal.

2. Como Pesquisará a Opinião ou Nível de Satisfação

A informação ao usuário e seus familiares é estruturada com base em princípios de escuta qualificada, acolhimento humanizado e transparência. A UPA contará com um Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) integrado à Ouvidoria Institucional, funcionando como eixo estratégico de gestão participativa e melhoria contínua da assistência.

- ✓ **Consentimento Informado**

O consentimento informado será implantado nos seguintes serviços: na classificação de risco e acolhimento de enfermagem, para consentimento sobre condutas clínicas e encaminhamentos; na administração de medicamentos e procedimentos de enfermagem, com explicação prévia ao paciente ou acompanhante; na observação clínica, durante internações temporárias, com informações sobre condutas e evolução; e na alta médica, com orientações sobre continuidade do cuidado e entrega de materiais educativos. Essas ações serão acompanhadas de registros formais, nos prontuários e/ou formulários padronizados.

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

✓ Informação Durante o Processo de Atenção

Clínica/Serviço	Local de Informação	Horário/ Frequência	Tipo de Informação Prestada
Acolhimento/ Enfermagem	Sala de Triagem	Na admissão	Explicações sobre fluxos, riscos e condutas assistenciais
Sala de Medicação	Leito ou poltrona	Em cada procedimento	Informação sobre medicamento e seus efeitos
Observação	Visitas da Equipe e SAU	Diariamente às 10h	Informações sobre evolução clínica e próximo passo assistencial
Alta	Recepção/ SAU	Ao final do atendimento	Instruções de continuidade e cuidados após saída da unidade

✓ Canais e Formas de Comunicação com o Usuário

A unidade disponibilizará diversos canais de escuta e interação com os usuários: atendimento presencial na recepção e por telefone; urnas para manifestações espontâneas nas recepções e salas de espera; formulários impressos e digitais (QR Code e website institucional); visitas diárias do SAU aos pacientes internados; e canal digital “Fale Conosco” para denúncias, sugestões e elogios. Todos os canais seguem rotinas descritas no POP.SBCD.OUV.001 e no Manual Institucional MI.SBCD.OUV.001, garantindo confidencialidade, rastreabilidade e retorno formal ao usuário.(anexos)

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

✓ **Frequência da Pesquisa**

A coleta da opinião dos usuários será realizada de forma contínua, com os formulários de avaliação física e digital disponíveis de maneira permanente nos ambientes de recepção, espera, observação e alta, abrangendo todos os turnos de funcionamento da unidade. Os dados obtidos serão compilados e tabulados semanalmente pela equipe do SAU, permitindo a geração de relatórios consolidados mensais que serão apresentados à Coordenação da Unidade, à Gestão da Qualidade e às Comissões de Humanização. Essa sistemática garante agilidade na identificação de problemas e a adoção de medidas corretivas oportunas, promovendo a melhoria contínua da experiência do usuário.

✓ **Gestão das Informações e Ações Corretivas**

As manifestações, elogios e críticas registradas pelos usuários seguirão fluxo padronizado descrito no POP.SBCD.OUV.001, com as seguintes etapas: registro e classificação da manifestação; encaminhamento automático à área responsável; análise pela Equipe de Qualidade e SAU com base em critérios de impacto e reincidência; reuniões semanais para proposição de plano de ação corretiva ou preventiva; devolutiva ao usuário, nos casos aplicáveis; revisão de protocolos internos, fluxos de atendimento ou capacitação, com base na causa-raiz dos problemas; e avaliação da efetividade da ação implementada nos ciclos de monitoramento subsequentes. Todos os dados serão apresentados em painéis de indicadores institucionais e discutidos com os colaboradores em reuniões periódicas, promovendo o engajamento das equipes na cultura da escuta ativa e da melhoria contínua.

PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD



Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

SUS

CIDADE DE SÃO PAULO
SAÚDE

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

DATA DO ATENDIMENTO: ___/___/___UNIDADE: _____

De um a dez, nos conte:

1. Como foi o atendimento realizado pela Equipe de Controladores de Acesso – Vigilantes?
2. Como foi o atendimento realizado pela Recepção?
3. Como foi o atendimento realizado pela Enfermagem?
4. Qual foi a cor da sua classificação de risco pelo Enfermeiro?

( ) Vermelho ( ) Laranja ( ) Amarelo ( ) Verde ( ) Azul ( ) Não fui informado.

5. Como foi o atendimento realizado pelo Médico?
6. Caso tenha utilizado, como avalia o atendimento pelo FAST TRACK?
7. Caso tenha utilizado, como avalia o atendimento realizado pela equipe de Raio x?
8. Caso tenha utilizado, como avalia o atendimento realizado pela equipe de Laboratório?
9. Caso tenha utilizado, como avalia o atendimento realizado pela equipe de Odontologia?
10. Como você avalia a limpeza da unidade?
11. Caso faça acompanhamento em Unidade Básica de Saúde, qual UBS frequenta:

_____

12. Considerando sua experiência em nossa unidade, como você avalia sua satisfação com os nossos serviços?

( ) Não usei este serviço.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Matriz - Hospital e Maternidade Samaritano
Rua Gabriela, 144 - Labienópolis
Garça - SP - CEP 17400-000
Tel. (14) 3471-4164

Sede
Rua Dr. Jesuíno Maciel, 1956 - Campo Belo
São Paulo - SP - CEP 04615-006
Tel. (11) 5090-303

WWW.SBCDSAUDE.ORG.BR

DS

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

3. Desenvolvimento do Programa de Humanização

A Política Nacional de Humanização (PNH), instituída pelo Ministério da Saúde, tem como objetivo transversalizar práticas mais acolhedoras, resolutivas e éticas nas redes de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). Em Unidades de Pronto Atendimento (UPA), esses princípios ganham especial relevância diante da alta demanda, complexidade dos casos e da intensificação dos fluxos assistenciais. Descreveremos a aplicação prática dos principais dispositivos da PNH discutindo suas interfaces com a melhoria da qualidade, da equidade no cuidado e da organização dos processos de trabalho em urgência e emergência.

Seguem práticas a serem implementadas:

1. Escuta Ativa e Comunicação Eficiente:

- **Ouvir o paciente**: Dê atenção às queixas e preocupações dos pacientes e familiares. Isso ajuda a identificar necessidades e expectativas.
- **Comunicação clara**: Informe os pacientes e familiares sobre os procedimentos, esperas e resultados de forma clara e acessível.

Complemento: A comunicação da classificação de risco será feita de forma clara ao usuário e/ou acompanhante, com entrega de material informativo sobre o fluxo assistencial.

2. Atenção ao Atendimento Integral:

- **Visão holística**: Considere não apenas a condição médica, mas também os aspectos emocionais e sociais dos pacientes.
- **Cuidados paliativos e conforto**: Ofereça alívio para sintomas e dor, e considere o conforto emocional dos pacientes e familiares.

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

Complemento: Serão adotadas práticas como o Projeto Terapêutico Singular (PTS) para pacientes com situações de vulnerabilidade clínica, social ou recorrência de agravos, e visitas abertas com direito a acompanhante em situações previstas por critérios assistenciais.

3. Trabalho em Equipe e Respeito Mútuo:

- **Integração**: Promova a colaboração entre diferentes profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais.
- **Respeito e valorização**: Trate todos os membros da equipe e os pacientes com respeito, promovendo um ambiente de trabalho saudável.

Complemento: Serão realizadas reuniões semanais com apoio da gestão para análise de casos, reflexão sobre o cuidado e estratégias de enfrentamento do adoecimento ocupacional.

4. Ambiente Acolhedor:

- **Espaços confortáveis**: Melhore as condições físicas das unidades de urgência e emergência para torná-las mais confortáveis e menos estressantes.
- **Privacidade e dignidade**: Garanta que os pacientes sejam tratados com privacidade e dignidade, mesmo em ambientes de alta rotatividade.

Complemento: A ambiência será composta por ambientes organizados com sinalização acessível, climatização, poltronas confortáveis, bebedouros e área infantil.

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

5. Capacitação e Formação:

- **Treinamento contínuo**: Ofereça capacitação regular para os profissionais sobre práticas de humanização e atendimento ao paciente.
- **Sensibilização**: Promova a consciência sobre a importância da humanização e o impacto positivo no atendimento e na recuperação dos pacientes.

Complemento: O processo será continuamente qualificado por supervisões e rodas de diálogo com as equipes assistenciais.

6. Participação da Comunidade e Famílias:

- **Envolvimento**: Incentive a participação de familiares e cuidadores no processo de atendimento e na tomada de decisões quando possível.
- **Educação e orientação**: Ofereça informações e orientações sobre o que esperar durante a permanência na unidade de urgência e emergência.

Complemento: Haverá implantação de fóruns internos e ouvidoria ativa como espaços permanentes para escuta de usuários e trabalhadores, com sistematização de propostas de melhoria.

7. Gestão e Qualidade:

- **Avaliação contínua**: Realize avaliações regulares do atendimento para identificar áreas de melhoria.
- **Feedback**: Colete feedback dos pacientes e familiares para ajustar práticas e procedimentos.

Complemento: Serão utilizados indicadores como tempo de espera por categoria de risco, taxa de reclassificação na triagem, tempo médio de permanência por perfil de paciente, grau de satisfação do usuário e número de PTS elaborados. As análises serão apresentadas nas reuniões de qualidade, com devolutiva às equipes e aos usuários.

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

Acolhimento com Classificação de Risco na PNH

Além disso, como mencionado anteriormente, a SBCD adotará a Classificação de Risco com protocolo Manchester na UPA Tobias Barreto, que é um dispositivo central da PNH, visando garantir o acesso ordenado, baseado na gravidade clínica e não em ordem de chegada, além de promover escuta qualificada e abordagem integral ao usuário, favorecendo o estabelecimento de vínculo inicial com o serviço. Esse processo se dará conforme explicitado em item 2.2.1. b.

Complemento: Os critérios de avaliação considerarão queixa principal e sintomas associados, sinais vitais, vulnerabilidades sociais e de saúde mental. A classificação será registrada no prontuário eletrônico e reavaliada conforme a categoria de risco. O acolhimento ocorrerá em sala específica, com equipe treinada e ambiente adequado.

Gestão de leitos na PNH

Já com relação à gestão de leitos em uma UPA devem ser consideradas a rotatividade, permanência segura e os critérios clínico-assistenciais para alta, internação ou transferência. A humanização nesse processo está associada ao uso racional e transparente dos recursos, ao respeito aos tempos clínicos e à autonomia dos usuários. Para este processo algumas estratégias de humanização serão adotadas, tais como:

- Criação de painéis de gestão à vista com indicadores de permanência;
- Utilização de boletins periódicos com atualização clínica a familiares;
- Implementação de fluxo de leitos pactuado com a regulação regional;

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

- Avaliação multiprofissional para alta humanizada, com orientações claras sobre continuidade do cuidado.

Complemento: A gestão será coordenada por um Núcleo Interno de Regulação (NIR), articulado ao sistema SIRESP e aos serviços de referência. Haverá acompanhamento ativo dos pacientes em observação, com plano terapêutico individualizado e comunicação diária com os familiares sobre a situação do leito, fluxo de encaminhamento e tempo estimado de permanência. Indicadores como tempo médio de permanência e resolutividade local serão monitorados.

Ambiência como dispositivo da PNH

Ambiência refere-se à adequação dos espaços para promoção de conforto, privacidade e funcionalidade. Em UPA, ambientes acolhedores contribuem para a diminuição da ansiedade e da percepção negativa do serviço.

Aplicações Práticas:

- Sinalização clara e inclusiva;
- Salas de acolhimento com privacidade;
- Espaço de espera com acesso à água, ventilação e informações;
- Uso de cores suaves e comunicação visual para identificação de áreas.

Complemento: Os ambientes serão climatizados e organizados para conforto e acolhimento, incluindo área infantil, poltronas confortáveis e bebedouros.

Gestão Participativa e Cogestão

A cogestão é um princípio estruturante da PNH e se refere à construção coletiva dos processos decisórios no cotidiano das unidades de saúde. Em UPAs, onde predominam decisões rápidas e assistências críticas, a cogestão é implementada através de instâncias como:

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

- Reuniões de equipe regulares para avaliação de fluxos e indicadores;
- Grupos de escuta qualificada dos trabalhadores;
- Comissões de humanização com representação de todas as categorias;
- Sistematização de sugestões e denúncias dos usuários, por meio de ouvidorias e caixas de serviço de atendimento ao usuário.

Complemento: Os fóruns internos e a ouvidoria ativa funcionarão como canais permanentes para escuta, análise e devolutiva, promovendo cultura de melhoria contínua.

Apoio Matricial e Educação Permanente

A humanização da atenção também passa pela qualificação contínua dos profissionais. O apoio matricial e a educação permanente são dispositivos que favorecem reflexão crítica, troca de saberes e qualificação do cuidado.

- Inserção de momentos formativos no cotidiano assistencial;
- Estímulo à pesquisa clínica e operacional com foco na melhoria da experiência do usuário;
- Integração com núcleos de apoio à saúde da família e redes especializadas.

A incorporação dos dispositivos da Política Nacional de Humanização representa um avanço não apenas ético, mas também organizacional e clínico. Para a SBCD, ao promover o acolhimento, a escuta, a gestão compartilhada e o uso racional dos recursos, a PNH fortalece a identidade pública do SUS e amplia a capacidade resolutiva das unidades de urgência e emergência. A sistematização desses dispositivos deve estar articulada a indicadores de monitoramento, protocolos assistenciais e estratégias de formação, consolidando o cuidado centrado na pessoa, na dignidade e na cidadania.

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

F4. QUALIDADE TÉCNICA

EXPERIÊNCIA ANTERIOR

1. Contrato de Gestão de Unidades Hospitalares

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATÃO
ESTADO DE SÃO PAULO
http://www.cubatao.sp.gov.br

CONTRATO DE GESTÃO
Nº ADM – 001/2023

Pelo presente instrumento de Contrato, de um lado o **MUNICÍPIO DE CUBATÃO**, inscrito no CNPJ sob o nº 47.492.806/0001-08, estabelecido na Praça dos Emancipadores, s/nº, Cubatão/SP, CEP 11.510-900, neste ato representado por seu Prefeito Municipal, ADEMÁRIO DA SILVA OLIVEIRA, e por sua Secretária Municipal de Saúde, ANDRÉA PINHEIRO LIMA, doravante designada **CONTRATANTE,** e, de outro lado, **SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO**, inscrita no CNPJ sob o nº 48.211.585/0001-15, com sede na Rua Gabriela, nº 144 – Labienópolos - Garça/SP, CEP 17400-000, neste ato representada por LUIS ANTONIO PICERNI HERCE, brasileiro, solteiro, Presidente, portador da Cédula de Identidade RG nº 11.784.356-8 SSP/SP e do CPF/MF nº 034.804.548-44, residente e domiciliado na Avenida Clavásio Alves da Silva, nº 525, bL.02, apto. 53 - Bairro do Limão - São Paulo/SP, CEP 02722-030, doravante designada **CONTRATADA**, em face de tudo o que consta no Processo Administrativo nº 910/2023, após este último declarar que conhece e aceita todas as especificações, condições e estipulações do presente Contrato, por dispensa de licitação, têm justos e contratados os serviços ali previstos, com base no artigo 24, inciso IV, da Lei Federal nº 8.666/1993, e ainda, submetendo-se as partes ao previsto na mesma lei e às suas posteriores alterações, mediante as seguintes cláusulas, a saber:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. O presente contrato tem por objeto formalizar a contratação emergencial de entidade de direito privado sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social para **Gestão, Execução e Operacionalização das Ações do Complexo Hospitalar Municipal de Cubatão Dr. Luiz Camargo da Fonseca e Silva e Retaguarda à Saúde Pública do Município de Cubatão** – CNES 2078473, considerando a internação hospitalar, atenção ambulatorial, apoio diagnóstico e terapêutico e urgência/emergência em Obstetrícia.

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

1.2. Tem ainda por objeto este Contrato ações e serviços de saúde pela CONTRATADA no Centro de Alta Complexidade em Saúde de Cubatão na área de oncologia clínica e cirúrgica nas especialidades cabeça e pescoço, nefrologia e de terapia renal substitutiva.

§1º É parte integrante deste contrato o Termo de Referência.

§2º O Plano de Trabalho, objeto do Contrato nº 0088/2022 (Proc nº SES-PRC-16648), firmado entre o Município de Cubatão e o Estado de São Paulo, por meio de sua Secretaria de Saúde é parte integrante deste contrato, o qual poderá ser prorrogado na forma disciplinada na Lei nº 8.666/93.

§3º As ações e serviços de saúde serão prestados garantindo a atenção integral à saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, da Região Metropolitana da Baixada Santista, por meio de regulação regional via sistema CROSS e regulação municipal, disponibilizando leitos clínicos, cirúrgicos e de UTI.

CLÁUSULA SEGUNDA – DOS COMPROMISSOS DAS PARTES

2.1. São obrigações da CONTRATADA:

As responsabilidades da contratada, no âmbito da gestão, se dividem nos eixos de assistência, gestão, ensino e pesquisa e avaliação, competindo a esta as seguintes obrigações:

2.1.1. Quanto ao eixo de assistência:

2.1.1.1. Cumprir os compromissos do Termo de Referência, zelando pela qualidade e resolutividade da assistência;

2.1.1.2. Cumprir os requisitos assistenciais, em caso de ações e serviços de saúde de média complexidade e conforme habilitações existentes no Cadastro Nacional do Estabelecimento Saúde - CNES da instituição;

2.1.1.3. Utilizar diretrizes terapêuticas e protocolos clínicos validados pelos gestores;

2.1.1.4. Manter o serviço de urgência e emergência especializado em Obstetrícia em funcionamento 24 (vinte e quatro) horas por dia, nos 7 (sete) dias da

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

semana, e implantar acolhimento com protocolo de classificação de risco em conformidade com as diretrizes estabelecidas pela Rede Cegonha;

2.1.1.5. Realizar a gestão de leitos hospitalares com vistas à otimização da utilização;

2.1.1.6. Assegurar a alta hospitalar responsável, conforme estabelecido na PNHOSP;

2.1.1.7. Implantar e/ou implementar as ações previstas na Portaria nº 529/GM/MS, de 1º de abril de 2013, que estabelece o Programa Nacional de Segurança do Paciente, contemplando, principalmente, as seguintes ações:

a) Implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente;

b) Elaboração de planos para Segurança do Paciente;

c) Implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente.

2.1.1.8. Garantir que sejam adotadas as normas da Política Nacional de Humanização (PNH), centrando as diretrizes assistenciais na qualidade do atendimento prestado aos usuários, voltadas para a atenção acolhedora, resolutiva e segura;

2.1.1.9. Garantir assistência igualitária sem discriminação de qualquer natureza;

2.1.1.10. Garantir que todo o corpo clínico realize a prestação de ações e serviços para o SUS nas respectivas especialidades, sempre que estas estejam previstas no Termo de Referência;

2.1.1.11. Promover a visita ampliada para os usuários internados;

2.1.1.12. Garantir a presença de acompanhante para crianças, adolescentes, gestantes, idosos, indígenas e pessoas com deficiência, de acordo com as legislações especificas;

2.1.1.13. Prestar atendimento ao indígena, respeitando os direitos previstos na legislação e as especificidades socioculturais, de acordo com o pactuado no âmbito do subsistema de saúde indígena;

2.1.1.14. Disponibilizar informações sobre as intervenções, solicitando ao usuário consentimento livre e esclarecido para a realização de procedimentos terapêuticos e diagnósticos, de acordo com legislações específicas;

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

DS

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

2.1.1.15. Notificar suspeitas de violência e negligência, de acordo com a legislação específica;

2.1.1.16. Disponibilizar o acesso dos prontuários à autoridade sanitária, bem como aos usuários ou representantes legais, de acordo com o disposto no Código de Ética Médica e demais normativos do Conselho Federal de Medicina;

2.1.1.17. Executar os serviços, de forma contínua, de acordo com as especificações do Plano de Trabalho, anexa a este Contrato;

2.1.1.18. Cumprir todos os fluxos e metas qualitativas e quantitativas estabelecidas no Plano de Trabalho;

2.1.1.19. Eximir-se de efetuar qualquer cobrança aos usuários SUS pelos serviços ora contratados, seus representantes e acompanhantes; por qualquer ação serviço pactuados neste Contrato e contribuir para eventuais investigações de denúncias relacionadas a este assunto;

2.1.1.20. Estabelecer procedimentos diagnósticos e terapêuticos baseados em evidências científicas, Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Ministério da Saúde e nas normas e critérios de incorporação de tecnologias definidos nas legislações vigentes, assim como respeitar as definições da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC);

2.1.1.21. Aderir aos requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de diálise;

2.1.1.22. Manter sempre atualizado o prontuário único multiprofissional dos usuários e o arquivo médico pelo prazo estabelecido em legislações específicas;

2.1.1.23. Esclarecer, em linguagem clara e acessível aos usuários, sobre seu diagnóstico, plano terapêutico, prognóstico, direitos e informações pertinentes aos serviços oferecidos;

2.1.1.24. Fazer respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo em casos de ameaça à continuidade da vida ou obrigação legal;

2.1.1.25. Salvo disposição legal em contrário, a recusa de tratamentos de saúde manifestada por representantes legais de menores incapazes, que importem em

DS

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

prejuízo real às suas condições de saúde ou em risco à vida deste menor, poderá ser relevada pela equipe médica do prestador de serviços;

2.1.1.26. Garantir a confidencialidade e confiabilidade dos dados e informações dos usuários;

2.1.1.27. As partes se comprometem a estabelecer protocolos, com limites expressos, para o fluxo de informações e dados que se fizerem necessários para a adequada execução do contrato, mantendo-os atualizados de acordo com a Lei 13.079/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais;

2.1.1.28. Assegurar aos usuários o direito da assistência e orientação religiosa e espiritual;

2.1.1.29. Executar as ações determinadas pela SMS de Cubatão na prestação de serviços de assistência em casos de calamidades, surtos, epidemias, pandemias e catástrofes, com a repactuação do Contrato, visando ao equilíbrio econômico e financeiro, se necessário.

2.1.2. Quanto ao eixo de gestão:

2.1.2.1. Prestar as ações e serviços de saúde, de ensino e pesquisa pactuados e estabelecidos no instrumento formal de gestão, colocando à disposição do gestor público de saúde a totalidade da capacidade instalada contratada;

2.1.2.2. Informar aos trabalhadores os compromissos e metas da contrato, implementando dispositivos para o seu fiel cumprimento;

2.1.2.3. Garantir o cumprimento das metas e compromissos contratados frente ao corpo clínico;

2.1.2.4. Disponibilizar a totalidade das ações e serviços de saúde contratados para a regulação do gestor municipal;

2.1.2.5. Dispor de recursos humanos adequados e suficientes para a execução dos serviços contratados, de acordo com o estabelecido no instrumento formal de contratação e nos parâmetros estabelecidos na legislação específica;

2.1.2.6. Garantir que a escala dos profissionais da Unidade seja cumprida, através de plano de contingência e chamada de profissionais de sobreaviso, para cobertura dos plantões em caso de faltas e afastamentos legais. O não cumprimento deste item implicará na imediata aplicação das cláusulas de sanção deste contrato;

DS

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

2.1.2.7. Divulgar a composição das equipes assistenciais e equipe dirigente do hospital aos usuários em local visível e de fácil acesso;

2.1.2.8. Manter controle de ponto biométrico dos funcionários em serviço na unidade, disponibilizando o acesso imediato às suas informações à Comissão de Fiscalização e/ou Verificador Independente, sempre que solicitado;

2.1.2.9. Dispor de parque tecnológico e de estrutura física adequados ao perfil assistencial, com ambiência humanizada e segura para os usuários, acompanhantes e trabalhadores, de acordo com instrumento formal de contratação, respeitada a legislação específica;

2.1.2.10. A CONTRATADA garantirá a atualidade dos serviços prestados, utilizando-se das técnicas, instrumentos e abordagens mais eficazes disponíveis, de acordo com a evolução tecnológica e científica e com o contexto socioeconômico e ambiental.

2.1.2.11. Garantir a gratuidade das ações e serviços de saúde contratados aos usuários do SUS;

2.1.2.12. Disponibilizar brinquedoteca no serviço de Pediatria, assim como oferecer a infraestrutura necessária para a criança ou adolescente internado estudar, observada a legislação e articulação local;

2.1.2.13. Dispor de ouvidoria e/ou serviço de atendimento ao usuário;

2.1.2.14. Garantir, em permanente funcionamento e de forma integrada, as Comissões Assessoras Técnicas, conforme a legislação vigente;

2.1.2.15. Manter afixado, em local visível aos seus usuários, aviso de sua condição de estabelecimento integrante da rede SUS e da gratuidade dos serviços prestados nessa condição;

2.1.2.16. Nas instalações da unidade, nos uniformes dos empregados, no enxoval utilizado, nos crachás de identificação, veículos, sítios eletrônicos e demais elementos identificadores, a CONTRATADA deverá estampar a logomarca padrão do Município de Cubatão, em proporção equivalente à logomarca da CONTRATADA e onde mais a SMS determinar.

2.1.2.17. Assegurar o desenvolvimento de educação permanente para seus trabalhadores; devendo apresentar e executar um Plano de Educação Permanente, a ser pactuado em colaboração com o município;

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

2.1.2.18. Alimentar os sistemas de notificações compulsórias conforme legislação vigente, incluindo a notificação de eventos adversos relacionados à assistência em saúde;

2.1.2.19. Registrar e apresentar de forma regular e sistemática a produção das ações e serviços de saúde contratadas, de acordo com as normas estabelecidas pelo gestor;

2.1.2.20. Disponibilizar aos gestores públicos de saúde contratante os dados necessários para a alimentação dos sistemas do SUS;

2.1.2.21. Manter conta bancária específica e exclusiva para a movimentação financeira decorrente da prestação de serviços objeto deste contrato, sendo vedada a transferência dos valores para outras contas bancárias da CONTRATADA, sem justificativa;

2.1.2.22. Garantir, em permanente funcionamento as Comissões obrigatórias exigidas pelo Ministério da Saúde e outras legislações vigentes;

2.1.2.23. Encaminhar ao Município as informações necessárias à atualização do Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - SCNES, inclusive o cadastramento de seus profissionais;

2.1.2.24. Garantir que os serviços de assistência à saúde sejam prestados por profissionais contratados e remunerados pela contratada, sem ônus ou obrigações de qualquer espécie para o gestor municipal, sendo considerados, para efeitos deste Contrato, como profissionais do próprio estabelecimento hospitalar;

2.1.2.25. Responsabilizar-se pela contratação de pessoal para a execução dos serviços referidos neste CONTRATO, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício ou de prestação de serviços cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para o Gestor municipal, apresentando os respectivos comprovantes sempre que solicitados;

2.1.2.26. Responsabilizar-se pela manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos e mobiliários para a execução dos serviços assistenciais de saúde previstos neste CONTRATO.

2.1.2.27. Aplicar os recursos financeiros repassados pela SECRETARIA, inclusive os provenientes das receitas obtidas das aplicações financeiras realizadas,

DS

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

exclusivamente na execução do objeto do ajuste, na forma prevista no plano de trabalho e de acordo com o regulamento de compras e segundo os princípios relacionados à aplicação de recursos públicos, em especial o da impessoalidade, da economicidade e da razoabilidade;

2.1.2.28. Responder pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, comerciais e quaisquer outras despesas de sua responsabilidade, resultantes da execução do objeto deste Contrato, bem assim por eventuais danos ou prejuízos causados a terceiros, isentando a CONTRATANTE de qualquer responsabilidade.

2.1.3. No tocante ao Eixo de Ensino e Pesquisa:

2.1.3.1. Disponibilizar ensino integrado à assistência;

2.1.3.2. Oferecer formação e qualificação aos profissionais de acordo com as necessidades de saúde e as políticas prioritárias do SUS, visando o trabalho multiprofissional;

2.1.3.3. Garantir práticas de ensino baseadas no cuidado integral e resolutivo ao usuário.

2.1.3.4. Ser campo de educação permanente para profissionais da rede pública de atenção à saúde, conforme pactuado com o gestor público de saúde local;

2.1.3.5. Desenvolver atividades de Pesquisa e de Gestão de Tecnologias em Saúde, priorizadas as necessidades regionais e a política de saúde instituída, conforme pactuado com o gestor público de saúde; e

2.1.3.6. Empreender todos os esforços a fim de habilitar o Hospital como Hospital de Ensino;

2.1.3.7. Cumprir os requisitos estabelecidos em atos normativos específicos, quando o estabelecimento seja certificado como Hospital de Ensino (HE).

2.1.3.8. Compor assento na Comissão Municipal de Monitoramento e Avaliação do COAPES, comprometendo-se a participar de forma assídua e cumprir de forma integral com as deliberações da comissão;

2.1.3.9. Deverá conceder campo de estágio e cenário de prática relativo aos cursos de ensino médio, técnico ou profissionalizante, graduação, pós-graduação (lato sensu ou stricto sensu), de Instituições de Ensino - IE reconhecidas e aprovadas pelo Ministério da Educação ou Conselho Estadual de Educação de São Paulo e para Programas de Residência em Saúde (Médica, Multiprofissional e em

DS

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

Área Profissional) aprovados pela Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM e Comissão Nacional de Residência Multiprofissional e de Área Profissional em Saúde – CNRMS e que tenham celebrado COAPES com a Secretaria Municipal de Saúde.

2.1.3.10. Submeter-se às determinações da SMS quanto à implantação e manutenção de Programas de Residência Médica, Multiprofissional e de Área Profissional em Saúde.

2.1.3.11. Garantir de forma plena e regular, a implantação e manutenção do internato do curso de medicina instalado no município com acesso às dependências do Hospital a partir de 01/01/2023.

2.1.4. Quanto ao Eixo de Avaliação:

2.1.4.1. Acompanhar os resultados internos, visando à segurança, efetividade e eficiência na qualidade dos serviços;

2.1.4.2. Avaliar o cumprimento das metas e a resolutividade das ações e serviços por meio de indicadores quali-quantitativos, conforme estabelecido no Plano de Trabalho que compõe este instrumento;

2.1.4.3. Avaliar a satisfação dos usuários e dos acompanhantes;

2.1.4.4. Participar dos processos de avaliação estabelecidos pelos gestores do SUS;

2.1.4.5. Realizar auditoria clínica para monitoramento da qualidade da assistência e do controle de riscos;

2.1.4.6. Monitorar a execução orçamentária e zelar pela adequada utilização dos recursos financeiros previstos no instrumento formal de contratação;

2.1.4.7. Assegurar as condições necessárias ao acompanhamento, à supervisão, ao controle, à fiscalização e à avaliação da execução do objeto do Contrato com o fim de permitir e facilitar o acesso de agentes relacionados à fiscalização a todos os documentos relativos à execução do objeto do Contrato, prestando-lhes todas e quaisquer informações solicitadas;

2.1.4.8. Apresentar prestações de contas nos termos da Cláusula Décima Primeira deste instrumento com relatórios de execução do objeto e de execução financeira de acordo com a legislação e regulamentação aplicáveis;

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

2.1.4.9. Manter registros, notas fiscais, arquivos e controles contábeis específicos para os dispêndios relativos ao objeto do Contrato, até a publicação de regularidade pelos órgãos competentes;

2.1.4.10. Permitir e facilitar ao CONTRATANTE e aos órgãos de fiscalização interna e externa, o acompanhamento, a supervisão e a fiscalização da execução do objeto deste Contrato;

2.1.4.11. Restituir ao município os valores transferidos em caso de inexecução do ajuste, no prazo improrrogável de 30 (trinta) dias da denúncia ou rescisão do presente contrato;

2.1.4.12. Apresentar demonstrações contábeis, sempre que solicitado pela CONTRANTE, inclusive Fluxo de Caixa, para avaliação da saúde financeira da CONTRATADA, estando assegurado pela CONTRANTE o sigilo das informações.

Parágrafo único. Ficam vedadas as seguintes práticas por parte da CONTRADA:

I - Utilizar, ainda que em caráter emergencial, os recursos repassados pelo MUNICÍPIO para finalidade diversa da estabelecida neste instrumento;

II - Efetuar pagamento de despesa realizada em data anterior à vigência deste Contrato, com os valores repassados por este instrumento;

III - Efetuar pagamento de despesa realizada em data posterior à vigência deste instrumento, com os valores repassados por este Contrato;

IV - Efetuar pagamento a qualquer título a pessoa que não esteja diretamente vinculada à execução do objeto do Contrato ou sem a devida contraprestação para a execução do Contrato;

V - Aplicar os recursos com despesas de taxas de administração ou assemelhada, tarifas, consultorias, juros moratórias, multas, honorários advocatícios e pagamento de dívidas anteriormente contraídas;

VI - Utilizar recursos repassados para locação de imóvel;

VII - Celebrar contratos de qualquer natureza com empresas que estejam suspensas ou impedidas de licitar/negociar com a Administração Pública, bem como com empresas que tinham sido declaradas inidôneas para licitar/contratar com a Administração Pública;

DS

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

VIII - Contratar a prestação de serviço ou fornecimento de bens com a empresa que tenha entre seus empregados cônjuges, companheiros ou parentes em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, inclusive, daqueles que exerçam cargos em comissão de direção ou assessoramento vinculado aos quadros da Prefeitura;

IX - Em observância à Lei Federal nº 12.846/2013 e ao Decreto Estadual nº 60.106/2014, oferecer, dar ou se comprometer a dar a quem quer que seja, tampouco aceitar ou se comprometer a aceitar de quem quer que seja, por conta própria ou por intermédio de outrem, qualquer pagamento, doação, compensação, vantagens financeiras ou benefícios de qualquer espécie indevidos relacionados de forma direta ou indireta ao objeto deste ajuste, o que deve ser observado, ainda, pelos seus prepostos, colaboradores e eventuais subcontratados.

2.2. São obrigações da CONTRATANTE, além das demais decorrentes do Contrato:

2.2.1. O Município de Cubatão obriga-se a prover a CONTRATADA dos recursos financeiros necessários à execução deste CONTRATO e a programar, nos orçamentos dos exercícios subsequentes, os recursos necessários para custear os seus objetivos, de acordo com o sistema de pagamento previsto;

2.2.2. Prestar esclarecimentos e informações à CONTRATADA que visem a orientá-la na correta prestação dos serviços pactuados, dirimindo as questões omissas neste instrumento;

2.2.3. Desenvolver controle e avaliação periódica através de um preposto designado pelo Prefeito Municipal, o qual observará "in loco" o desenvolvimento dos serviços prestados aos usuários.

2.2.4. Fiscalizar a execução do Contrato de Gestão;

2.2.5. Efetuar os repasses nos prazos aqui determinados;

2.2.6. Prover a Contratada dos meios necessários à execução do objeto deste contrato;

2.2.7. Analisar a capacidade e as condições de prestação de serviços comprovadas por ocasião da qualificação da entidade como Organização Social de Saúde, para

DS

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

verificar se a mesma ainda dispõe de suficiente nível técnico-assistencial para a execução do objeto contratual;

2.2.8. Criar a Comissão de Avaliação do Contrato de Gestão, a ser firmado, a qual analisará mensalmente a execução dos serviços, através do relatório de prestação de contas apresentado pela Contratada.

CLÁUSULA TERCEIRA – Dos Recursos Financeiros

Os recursos financeiros para a execução do objeto deste CONTRATO serão alocados para a CONTRATADA mediante transferências oriundas do Poder Público, federal, estadual e municipal.

CLÁUSULA QUARTA – Do Repasse de Recursos

4.1. Para a execução do objeto do presente CONTRATO, a CONTRATANTE repassará à CONTRATADA, no prazo e condições constantes deste instrumento, a importância mensal de RS 6.596.963,33 (seis milhões, quinhentos e noventa e seis mil, novecentos e sessenta e três reais e trinta e três centavos), totalizando o valor global de R$ 39.581.779,98 (trinta e nove milhões, quinhentos e oitenta e um mil, setecentos e setenta e nove reais e noventa e oito centavos), através de parcelas mensais de acordo com os serviços realizados.

4.2. Os valores pactuados serão repassados pelo Município, mensalmente, de acordo com o cronograma de desembolso previsto na cláusula oitava deste CONTRATO.

CLÁUSULA QUINTA – Da Dotação Orçamentária

As despesas com o pagamento do CONTRATO correrão por conta dos recursos da dotação orçamentária a seguir especificada: C.E.F.P.: 10.302.0008.2.039-ELEMENTO: 3.3.90.39.00.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATÃO
ESTADO DE SÃO PAULO
http://www.cubatao.sp.gov.br

CLÁUSULA SEXTA - Das Condições de Pagamento

O pagamento será efetuado conforme definido nas condições a seguir estabelecidas:

6.1. Pela prestação dos serviços objeto deste contrato, a CONTRATANTE repassará à CONTRATADA a importância global estimada e pactuada;

6.2. Para providências de pagamento, o mesmo, será efetivado, mediante a liberação de até 06 (seis) parcelas mensais;

6.3. A CONTRATADA emitirá Recibo dos serviços prestados, a qual deverá ser atestada pelos responsáveis técnicos da Secretaria de Saúde (DAHUE), posteriormente deverão ser enviadas ao Departamento Administrativo e Financeiro da Saúde para as demais providências;

6.4. O pagamento será realizado pelo setor competente, relativos aos serviços prestados, através de crédito em conta corrente indicada na declaração ou documento similar fornecido por estabelecimento bancário, pela Prestadora;

6.5. O prazo de pagamento da primeira parcela se dará em até 05 (cinco) dias úteis após assinatura do presente contrato. O pagamento das demais parcelas ocorrerão em até 05 (cinco) dias úteis dos meses subsequentes, mediante entrega dos recibos pela CONTRATADA, que se dará todo primeiro dia útil do mês.

6.6. O pagamento dos valores relativos à execução dos serviços ficará condicionado à comprovação de regularidade da Prestadora de Serviços para com os Tributos Federais, Contribuições Previdenciárias, FGTS e o INSS.

6.7. Havendo erro no documento de cobrança, no todo ou em parte, a tramitação da fatura será suspensa para que a Prestadora de Serviços adote as providências necessárias à sua correção. Passará a ser considerada, para efeito de pagamento, a data de representação da fatura, devidamente corrigida.

6.8. Para o pagamento da prestação dos serviços será necessário o atesto, por escrito, do ordenador de despesas ou outro preposto designado pela administração, confirmando a prestação dos serviços, objeto deste projeto.

DS

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

6.9. Havendo informações, registros ou denúncias de usuários ou relatórios gerenciais com registro de descumprimento, no todo ou em parte, das condições pactuadas no contrato que tem como base este Projeto, a tramitação do faturamento da prestação de contas do mês corrente poderá ser mantida. Entretanto, serão realizadas auditorias pelo órgão competente a fim de averiguar possíveis descumprimentos e, quando comprovados, haverá aplicação das multas e penalidades contratuais nas faturas subseqüentes, assim como será designado prazo para que a Prestadora de serviços adote as providências necessárias à correção do descumprimento.

CLÁUSULA SÉTIMA - DOS RECURSOS HUMANOS

A CONTRATADA contratará pessoal para a execução das atividades determinadas no Termo de Referência, sendo de sua inteira responsabilidade os encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, comerciais e securitários, resultantes da execução do objeto do presente CONTRATO.

CLÁUSULA OITAVA – DA EXECUÇÃO, ACOMPANHAMENTO FINANCEIRO E DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS

8.1. A CONTRATADA deverá apresentar à SMS/CUBATÃO, no prazo por ela estabelecido, informações adicionais ou complementares que esta venha formalmente solicitar, ainda que não previstas anteriormente.

8.2. A CONTRATADA deverá apresentar a SMS/CUBATÃO, anualmente, o instrumento de convenção trabalhista, devidamente registrado no Ministério do Trabalho e Emprego, bem como sua adesão e efetivo cumprimento desta convenção, na forma da lei.

8.3. A **CONTRATANTE** exercerá a fiscalização do CONTRATO através da Comissão de Avaliação da Execução Contratual indicada pelo Chefe do Executivo que procederá a verificação mensal de desenvolvimento das atividades e retorno

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

obtido pela Contratada com aplicação dos recursos sob sua gestão, elaborando relatório circunstanciado e conclusivo que deverá ser encaminhado à autoridade superior, através do relatório de prestação contas.

CLÁUSULA NONA – DO PRAZO

O prazo de vigência do presente Contrato será de 180 (cento e oitenta) dias, a contar de 1º de março de 2023, ou, alternativamente, até a formalização de novo Contrato de Gestão entre a CONTRATANTE e Organização Social qualificada no município, após conclusão do Chamamento Público, tratado no processo administrativo nº 16.942/2022, o que ocorrer primeiro.

CLÁUSULA DÉCIMA – DA REVISÃO E REPACTUAÇÃO:

O presente CONTRATO poderá ser alterado, mediante a necessidade de revisão dos quantitativos e das especialidades inicialmente pactuados, desde que prévia e devidamente justificada, com a aceitação de ambas as partes, devendo, nestes casos, ser formalizados os respectivos Termos Aditivos e ocorrerá mediante expressa autorização da chefia do poder executivo municipal e observância do gestor da pasta.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

11.1. O acompanhamento orçamentário/financeiro será efetivado por meio da entrega mensal do Relatório de Prestação de Contas contendo os anexos:

a) Demonstrativo de Folha de Pagamento;
b) Demonstrativo de Contratação de Pessoa Jurídica;
c) Relação dos profissionais responsáveis pela prestação dos serviços, incluindo sua formação e titulação;
d) Extrato e conciliação Bancária de Conta Corrente e Aplicações Financeiras dos recursos recebidos, informação requerida pela Secretaria Municipal de Saúde de Cubatão/SP.

DS

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

11.2. Ao final de cada exercício financeiro, a CONTRATADA deverá elaborar consolidação dos relatórios de execução e demonstrativos financeiros e encaminhá-los à CONTRATADA, em modelos por esta estabelecidos.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA INTERVENÇÃO DO MUNICÍPIO NO SERVIÇO TRANSFERIDO

Na hipótese de risco quanto à continuidade dos serviços de saúde prestados à população, o Município poderá assumir imediatamente a execução dos serviços objeto deste CONTRATO que foram transferidas.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DO DESEQUILÍBRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO

Na hipótese de desequilíbrio econômico-financeira do contrato, constatado pela Contratada, esta poderá pleitear o restabelecimento da equação econômico-financeira, apresentando os pressupostos necessários, nos termos da Lei nº. 8.666/93 e suas alterações.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DA RESCISÃO

14.1. A rescisão do CONTRATO poderá ser efetivada por:

I. Ato unilateral da CONTRATANTE, na hipótese de descumprimento, por parte da CONTRATADA, ainda que parcial, das cláusulas que inviabilizem a execução de seus objetivos e metas previstas no presente CONTRATO, decorrentes de má gestão, culpa e/ou dolo;

II. Acordo entre as partes reduzido a termo, tendo em vista o interesse público;

III. Ato unilateral da CONTRATADA na hipótese de atrasos dos repasses devidos pela CONTRATANTE, superiores a 90 (noventa) dias da data fixada para o pagamento, cabendo à CONTRATADA notificar o Município, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, informando do fim da prestação dos serviços;

DS

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Nos casos previstos na Lei Federal nº. 8.666/93 e suas alterações;

IV. Dissolução;

V. Razões de interesse público, de alta relevância e amplo conhecimento, justificada se determinadas pela máxima autoridade da esfera administrativa a que será subordinado o contratado;

VI. Inobservância do nível de qualidade proposto ou exigível para a execução dos serviços;

VII. Paralisação do serviço sem justa causa e prévia comunicação a Administração.

14.2. Nos casos do inciso I desta cláusula, o Poder Executivo providenciará a imediata imposição das sanções legais cabíveis, após apuradas as faltas em processo regular, assegurada a ampla defesa.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DAS PENALIDADES

15.1. Pelo descumprimento das obrigações assumidas, independentemente de qualquer notificação ou interpelação judicial ou extrajudicial, a CONTRATADA estará sujeita às penalidades previstas no Capítulo IV, Seção II, da Lei Federal n.º 8666/93 e alterações posteriores, estando sujeita ainda às seguintes multas, cujo cálculo tomará por base o valor do contrato reajustado nas mesmas bases do ajuste:

I - Advertência escrita, a ser aplicada para infrações não graves que, por si só, não ensejem a rescisão do contrato ou sanção mais severa;

II - Multa de 10% (dez por cento) sobre o valor do saldo contratual por sua inexecução parcial;

III - Suspensão temporária de participar de licitações e de contratar com a Administração por prazo não superior a 2 (dois) anos;

IV - Declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação, perante a Administração contratante, após o ressarcimento

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

dos prejuízos que a empresa Contratada vier a causar, decorrido o prazo da sanção aplicada com base nesta cláusula.

15.2. A inexecução parcial ou total do contrato poderá ensejar sua rescisão nos termos dos artigos 77 a 80 da Lei Federal n.º 8.666/93 atualizada, podendo a empresa ser suspensa para licitar, impedida de contratar com a Administração Pública pelo período de até 2 (dois) anos, e ainda, se for o caso, ser declarada inidônea.

15.3. As multas eventualmente aplicadas serão irreversíveis, mesmo que os atos ou fatos que as originaram sejam reparados.

15.4. As multas previstas não têm caráter compensatório, mas meramente moratório, e conseqüentemente o pagamento não exime a CONTRATADA da reparação de eventuais danos, perdas ou prejuízos que seu ato tenha acarretado.

15.5. A abstenção por parte da CONTRATANTE, do uso de quaisquer das faculdades contidas no instrumento contratual e no Edital de abertura, não importa em renúncia ao seu exercício.

15.6. A aplicação de qualquer penalidade prevista no Edital de abertura não exclui a possibilidade de aplicação das demais, bem como das penalidades previstas na Lei Federal n.º 8.666/93 e alterações posteriores.

15.7. O valor da multa será atualizado monetariamente pelo Índice Geral de Preços ao Mercado (IGPM).

15.8. As importâncias relativas às multas serão descontadas do primeiro pagamento a que a CONTRATADA tiver direito.

15.9. A Contratada estará sujeita, ainda, às sanções penais previstas na Secção III, do Capítulo IV, da Lei Federal n.º 8.666/93 e alterações posteriores.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – Das Disposições Gerais

16.1. A CONTRATADA não poderá ceder ou transferir, dar em garantia ou vincular, de qualquer forma, total ou parcialmente, o objeto contratado, a qualquer pessoa física ou jurídica, sem a prévia e expressa autorização da CONTRATANTE.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

16.2. A CONTRATADA somente poderá subcontratar os serviços contratados após a prévia e expressa autorização da CONTRATANTE.

16.3. Nenhuma hipótese de sub-contratação poderá estabelecer qualquer vínculo ou compromisso direto entre a CONTRATANTE e a sub-contratada.

16.4. Despesas Contratuais e Extracontratuais: Serão de exclusiva responsabilidade da CONTRATADA todas as despesas e providências inerentes ao presente Contrato, bem como as obrigações fiscais, trabalhistas e previdenciárias.

16.5. Aplica-se ao presente, especialmente aos casos omissos, a Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1.993, com as posteriores alterações introduzidas por normas subsequentes.

16.6. Serão representantes credenciados das partes na condução da execução dos serviços objeto deste Contrato:

- Pela CONTRATANTE: ANDRÉA PINHEIRO LIMA

- Pela CONTRATADA: LUÍS ANTÔNIO PICERNI HERCE

16.7. A fiscalização da execução dos serviços deste contrato será exercida diretamente pela CONTRATANTE, ou através de prepostos por ela indicados, a quem caberá a fiscalização, ao qual a CONTRATADA proporcionará em qualquer tempo livre acesso aos locais de serviços e fontes de informações relacionadas com os serviços ora contratados.

16.8. A fiscalização será exercida no interesse exclusivo da CONTRATANTE, não reduzindo nem excluindo a obrigação e responsabilidade da CONTRATADA pela correta execução dos serviços.

16.9. Fazem parte integrante e indissociável do presente contrato, como se no mesmo estivessem transcritos em seu inteiro teor, todos os documentos diretamente relacionados com a completa e correta execução dos serviços objeto deste instrumento.

16.10. É vedada a cobrança por serviços médicos ou outros suplementares da assistência devida ao paciente.

DS

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATÃO
ESTADO DE SÃO PAULO
http://www.cubatao.sp.gov.br

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - DA PUBLICAÇÃO

O CONTRATO terá o seu extrato publicado no Diário Oficial ou em jornal de ampla circulação, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contados da data de sua assinatura.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DO FORO

As partes elegem o Foro da Comarca de Cubatão, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja para dirimir questões oriundas do CONTRATO que não puderem ser resolvidas pelas partes.

E, por estarem assim justas e contratadas, assinam as partes o presente, por si e seus sucessores, em 04 (quatro) vias de igual teor e para um só efeito de direito, na presença das testemunhas abaixo assinadas.

Cubatão, de de 2023.

ADEMÁRIO DA SILVA OLIVEIRA
Prefeito Municipal

ANDRÉA PINHEIRO LIMA
Secretária Municipal de Saúde

LUÍS ANTÔNIO PICERNI HERCE
P/ Contratada

Testemunhas:

_____

_____

DS

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATÃO

ESTADO DE SÃO PAULO
http://www.cubatao.sp.gov.br

TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO
CONTRATOS OU ATOS JURÍDICOS ANÁLOGOS

CONTRATANTE: MUNICÍPIO DE CUBATÃO.
CONTRATADA: SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO.
CONTRATO DE GESTÃO Nº ADM - /2023.
Objeto: O presente contrato tem por objeto formalizar a contratação emergencial de entidade de direito privado sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social para **Gestão, Execução e Operacionalização das Ações do Complexo Hospitalar Municipal de Cubatão Dr. Luiz Camargo da Fonseca e Silva e Retaguarda à Saúde Pública do Município de Cubatão** – CNES 2078473, considerando a internação hospitalar, atenção ambulatorial, apoio diagnóstico e terapêutico e urgência/emergência em Obstetrícia. Tem ainda por objeto este Contrato ações e serviços de saúde pela CONTRATADA no Centro de Alta Complexidade em Saúde de Cubatão na área de oncologia clínica e cirúrgica nas especialidades cabeça e pescoço, nefrologia e de terapia renal substitutiva.

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

1. Estamos CIENTES de que:

a) O ajuste acima referido, seus aditamentos, bem como o acompanhamento de sua execução contratual, estarão sujeitos à análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;

b) Poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraindo cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCESP;

c) Além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;

d) As informações pessoais dos responsáveis pela contratante estão cadastradas no módulo eletrônico do "Cadastro Corporativo TCESP – CadTCESP", nos termos previstos no Artigo 2º das Instruções nº01/2020, conforme "Declaração(ões) de Atualização Cadastral" anexa (s).

2. Damo-nos por NOTIFICADOS para:

a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente publicação;

b) Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber.

Cubatão, de de 2023.

PELO ÓRGÃO PÚBLICO:

ADEMÁRIO DA SILVA OLIVEIRA
PREFEITO MUNICIPAL
CPF: 133.863.968-44
Assinatura:

ANDREA PINHEIRO LIMA
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CPF: 159.209.878-98
Assinatura:

PELA CONTRATADA

LUIS ANTONIO PICERNI HERCE
PRESIDENTE DA OSC
CPF: 034.804.548-44
Assinatura:

DS

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATÃO
Estado de São Paulo

CONTRATO DE GESTÃO
ADM Nº - 10 /2023

Pelo presente instrumento de Contrato, de um lado o **MUNICÍPIO DE CUBATÃO**, inscrito no CNPJ sob o nº 47.492.806/0001-08, estabelecido na Praça dos Emancipadores, s/nº, Cubatão/SP, CEP 11.510-900, neste ato representado por seu Prefeito Municipal, ADEMARIO DA SILVA OLIVEIRA, e por sua Secretária Municipal de Saúde, ANDRÉA PINHEIRO LIMA, doravante designada CONTRATANTE, e, de outro lado, de outro lado, **SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO**, inscrita no CNPJ sob o nº 48.211.585/0001-15, com sede na Rua Gabriela, nº 144 – Lablenópolis - Garça/SP, CEP 17400-000, neste ato representada por LUIS ANTONIO PICERNI HERCE, brasileiro, solteiro, Presidente, portador da Cédula de Identidade RG nº 11.784.356-8 SSP/SP e do CPF/MF nº 034.804.548-44, residente e domiciliado na Avenida Clavásio Alves da Silva, nº 525, Bl. 02, apto. 53 - Bairro do Limão - São Paulo/SP, CEP 02722-030, doravante designada **CONTRATADA**, doravante designada CONTRATADA em face de tudo o que consta no Processo Administrativo nº 16.942/2022, após este último declarar que conhece e aceita todas as especificações, condições e estipulações do presente Contrato, têm justos e contratados os serviços ali previstos, na Lei Federal nº 8.666/1993, e ainda, submetendo-se as partes ao previsto na mesma lei e às suas posteriores alterações, mediante as seguintes cláusulas, a saber:

CLÁUSULA PRIMEIRA - Do Objeto

1.1. O presente contrato tem por objeto formalizar a contratação de entidade de direito privado sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social para **Gestão, Execução e Operacionalização das Ações do Complexo Hospitalar Municipal de Cubatão Dr. Luiz Camargo da Fonseca e Silva e Retaguarda à Saúde Pública do Município de Cubatão** – CNES 2078473, considerando a

DS

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATÃO
Estado de São Paulo

internação hospitalar, atenção ambulatorial, apoio diagnóstico e terapêutico e urgência/emergência em Obstetrícia.

1.2. Tem ainda por objeto este Contrato ações e serviços de saúde pela CONTRATADA no Centro de Alta Complexidade em Saúde de Cubatão na área de oncologia clínica e cirúrgica nas especialidades cabeça e pescoço, nefrologia e de terapia renal substitutiva.

§1º É parte integrante deste contrato o Termo de Referência.

§2º O Plano de Trabalho, objeto do Contrato nº 0088/2022 (Proc nº SES-PRC-16648), firmado entre o Município de Cubatão e o Estado de São Paulo, por meio de sua Secretaria de Saúde é parte integrante deste contrato, o qual poderá ser prorrogado na forma disciplinada na Lei nº 8.666/93.

§3º As ações e serviços de saúde serão prestados garantindo a atenção integral à saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, da Região Metropolitana da Baixada Santista, por meio de regulação regional via sistema CROSS e regulação municipal, disponibilizando leitos clínicos, cirúrgicos e de UTI.

CLÁUSULA SEGUNDA – DOS COMPROMISSOS DAS PARTES

2.1. São obrigações da CONTRATADA:

As responsabilidades da contratada, no âmbito da gestão, se dividem nos eixos de assistência, gestão, ensino e pesquisa e avaliação, competindo a esta as seguintes obrigações:

2.1.1. Quanto ao eixo de assistência:

2.1.1.1. Cumprir os compromissos do Termo de Referência, zelando pela qualidade e resolutividade da assistência;

2.1.1.2. Cumprir os requisitos assistenciais, em caso de ações e serviços de saúde de média complexidade e conforme habilitações existentes no Cadastro Nacional do Estabelecimento Saúde - CNES da instituição;

2.1.1.3. Utilizar diretrizes terapêuticas e protocolos clínicos validados pelos gestores;

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

DS

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

2.1.1.4. Manter o serviço de urgência e emergência especializado em Obstetrícia em funcionamento 24 (vinte e quatro) horas por dia, nos 7 (sete) dias da semana, e implantar acolhimento com protocolo de classificação de risco em conformidade com as diretrizes estabelecidas pela Rede Cegonha;

2.1.1.5. Realizar a gestão de leitos hospitalares com vistas à otimização da utilização;

2.1.1.6. Assegurar a alta hospitalar responsável, conforme estabelecido na PNHOSP;

2.1.1.7. Implantar e/ou implementar as ações previstas na Portaria nº 529/GM/MS, de 1º de abril de 2013, que estabelece o Programa Nacional de Segurança do Paciente, contemplando, principalmente, as seguintes ações:

a) Implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente;

b) Elaboração de planos para Segurança do Paciente;

c) Implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente.

2.1.1.8. Garantir que sejam adotadas as normas da Política Nacional de Humanização (PNH), centrando as diretrizes assistenciais na qualidade do atendimento prestado aos usuários, voltadas para a atenção acolhedora, resolutiva e segura;

2.1.1.9. Garantir assistência igualitária sem discriminação de qualquer natureza;

2.1.1.10. Garantir que todo o corpo clínico realize a prestação de ações e serviços para o SUS nas respectivas especialidades, sempre que estas estejam previstas no Termo de Referência;

2.1.1.11. Promover a visita ampliada para os usuários internados;

2.1.1.12. Garantir a presença de acompanhante para crianças, adolescentes, gestantes, idosos, indígenas e pessoas com deficiência, de acordo com as legislações específicas;

2.1.1.13. Prestar atendimento ao indígena, respeitando os direitos previstos na legislação e as especificidades socioculturais, de acordo com o pactuado no âmbito do subsistema de saúde indígena;

DS

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

2.1.1.14. Disponibilizar informações sobre as intervenções, solicitando ao usuário consentimento livre e esclarecido para a realização de procedimentos terapêuticos e diagnósticos, de acordo com legislações específicas;

2.1.1.15. Notificar suspeitas de violência e negligência, de acordo com a legislação específica;

2.1.1.16. Disponibilizar o acesso dos prontuários à autoridade sanitária, bem como aos usuários ou representantes legais, de acordo com o disposto no Código de Ética Médica e demais normativos do Conselho Federal de Medicina;

2.1.1.17. Executar os serviços, de forma contínua, de acordo com as especificações do Plano de Trabalho, anexa a este Contrato;

2.1.1.18. Cumprir todos os fluxos e metas qualitativas e quantitativas estabelecidas no Plano de Trabalho;

2.1.1.19. Eximir-se de efetuar qualquer cobrança aos usuários SUS pelos serviços ora contratados, seus representantes e acompanhantes; por qualquer ação serviço pactuados neste Contrato e contribuir para eventuais investigações de denúncias relacionadas a este assunto;

2.1.1.20. Estabelecer procedimentos diagnósticos e terapêuticos baseados em evidências científicas, Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Ministério da Saúde e nas normas e critérios de incorporação de tecnologias definidos nas legislações vigentes, assim como respeitar as definições da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC);

2.1.1.21. Aderir aos requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de diálise;

2.1.1.22. Manter sempre atualizado o prontuário único multiprofissional dos usuários e o arquivo médico pelo prazo estabelecido em legislações específicas;

2.1.1.23. Esclarecer, em linguagem clara e acessível aos usuários, sobre seu diagnóstico, plano terapêutico, prognóstico, direitos e informações pertinentes aos serviços oferecidos;

2.1.1.24. Fazer respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo em casos de ameaça à continuidade da vida ou obrigação legal;

DS

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

2.1.1.25. Salvo disposição legal em contrário, a recusa de tratamentos de saúde manifestada por representantes legais de menores incapazes, que importem em prejuízo real às suas condições de saúde ou em risco à vida deste menor, poderá ser relevada pela equipe médica do prestador de serviços;

2.1.1.26. Garantir a confidencialidade e confiabilidade dos dados e informações dos usuários;

2.1.1.27. As partes se comprometem a estabelecer protocolos, com limites expressos, para o fluxo de informações e dados que se fizerem necessários para a adequada execução do contrato, mantendo-os atualizados de acordo com a Lei 13.079/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais;

2.1.1.28. Assegurar aos usuários o direito da assistência e orientação religiosa e espiritual;

2.1.1.29. Executar as ações determinadas pela SMS de Cubatão na prestação de serviços de assistência em casos de calamidades, surtos, epidemias, pandemias e catástrofes, com a repactuação do Contrato, visando ao equilíbrio econômico e financeiro, se necessário.

2.1.2. Quanto ao eixo de gestão:

2.1.2.1. Prestar as ações e serviços de saúde, de ensino e pesquisa pactuados e estabelecidos no instrumento formal de gestão, colocando à disposição do gestor público de saúde a totalidade da capacidade instalada contratada;

2.1.2.2. Informar aos trabalhadores os compromissos e metas do contrato, implementando dispositivos para o seu fiel cumprimento;

2.1.2.3. Garantir o cumprimento das metas e compromissos contratados frente ao corpo clínico;

2.1.2.4. Disponibilizar a totalidade das ações e serviços de saúde contratados para a regulação do gestor municipal;

2.1.2.5. Dispor de recursos humanos adequados e suficientes para a execução dos serviços contratados, de acordo com o estabelecido no instrumento formal de contratação e nos parâmetros estabelecidos na legislação específica;

2.1.2.6. Garantir que a escala dos profissionais da Unidade seja cumprida, através de plano de contingência e chamada de profissionais de sobreaviso, para

DS

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

cobertura dos plantões em caso de faltas e afastamentos legais. O não cumprimento deste item implicará na imediata aplicação das cláusulas de sanção deste contrato;

2.1.2.7. Divulgar a composição das equipes assistenciais e equipe dirigente do hospital aos usuários em local visível e de fácil acesso;

2.1.2.8. Manter controle de ponto biométrico dos funcionários em serviço na unidade, disponibilizando o acesso imediato às suas informações à Comissão de Fiscalização e/ou Verificador Independente, sempre que solicitado;

2.1.2.9. Dispor de parque tecnológico e de estrutura física adequados ao perfil assistencial, com ambiência humanizada e segura para os usuários, acompanhantes e trabalhadores, de acordo com instrumento formal de contratação, respeitada a legislação específica;

2.1.2.10. A CONTRATADA garantirá a atualidade dos serviços prestados, utilizando-se das técnicas, instrumentos e abordagens mais eficazes disponíveis, de acordo com a evolução tecnológica e científica e com o contexto socioeconômico e ambiental;

2.1.2.11. Garantir a gratuidade das ações e serviços de saúde contratados aos usuários do SUS;

2.1.2.12. Disponibilizar brinquedoteca no serviço de Pediatria, assim como oferecer a infraestrutura necessária para a criança ou adolescente internado estudar, observada a legislação e articulação local;

2.1.2.13. Dispor de ouvidoria e/ou serviço de atendimento ao usuário;

2.1.2.14. Garantir, em permanente funcionamento e de forma integrada, as Comissões Assessoras Técnicas, conforme a legislação vigente;

2.1.2.15. Manter afixado, em local visível aos seus usuários, aviso de sua condição de estabelecimento integrante da rede SUS e da gratuidade dos serviços prestados nessa condição;

2.1.2.16. Nas instalações da unidade, nos uniformes dos empregados, no enxoval utilizado, nos crachás de identificação, veículos, sítios eletrônicos e demais elementos identificadores, a CONTRATADA deverá estampar a logomarca padrão do Município de Cubatão, em proporção equivalente à logomarca da CONTRATADA e onde mais a SMS determinar;

DS

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

2.1.2.17. Assegurar o desenvolvimento de educação permanente para seus trabalhadores; devendo apresentar e executar um Plano de Educação Permanente, a ser pactuado em colaboração com o município;

2.1.2.18. Alimentar os sistemas de notificações compulsórias conforme legislação vigente, incluindo a notificação de eventos adversos relacionados à assistência em saúde;

2.1.2.19. Registrar e apresentar de forma regular e sistemática a produção das ações e serviços de saúde contratadas, de acordo com as normas estabelecidas pelo gestor;

2.1.2.20. Disponibilizar aos gestores públicos de saúde contratante os dados necessários para a alimentação dos sistemas do SUS;

2.1.2.21. Manter conta bancária específica e exclusiva para a movimentação financeira decorrente da prestação de serviços objeto deste contrato, sendo vedada a transferência dos valores para outras contas bancárias da CONTRATADA, sem justificativa;

2.1.2.22. Garantir, em permanente funcionamento as Comissões obrigatórias exigidas pelo Ministério da Saúde e outras legislações vigentes;

2.1.2.23. Encaminhar ao Município as informações necessárias à atualização do Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - SCNES, inclusive o cadastramento de seus profissionais;

2.1.2.24. Garantir que os serviços de assistência à saúde sejam prestados por profissionais contratados e remunerados pela contratada, sem ônus ou obrigações de qualquer espécie para o gestor municipal, sendo considerados, para efeitos deste Contrato, como profissionais do próprio estabelecimento hospitalar;

2.1.2.25. Responsabilizar-se pela contratação de pessoal para a execução dos serviços referidos neste CONTRATO, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício ou de prestação de serviços cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para o Gestor municipal, apresentando os respectivos comprovantes sempre que solicitados;

DS

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATÃO
Estado de São Paulo

2.1.2.26. Responsabilizar-se pela manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos e mobiliários para a execução dos serviços assistenciais de saúde previstos neste CONTRATO;

2.1.2.27. Aplicar os recursos financeiros repassados pela SECRETARIA, inclusive os provenientes das receitas obtidas das aplicações financeiras realizadas, exclusivamente na execução do objeto do ajuste, na forma prevista no plano de trabalho e de acordo com o regulamento de compras e segundo os princípios relacionados à aplicação de recursos públicos, em especial o da impessoalidade, da economicidade e da razoabilidade;

2.1.2.28. Responder pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, comerciais e quaisquer outras despesas de sua responsabilidade, resultantes da execução do objeto deste Contrato, bem assim por eventuais danos ou prejuízos causados a terceiros, isentando a CONTRATANTE de qualquer responsabilidade.

2.1.3. No tocante ao Eixo de Ensino e Pesquisa:

2.1.3.1. Disponibilizar ensino integrado à assistência;

2.1.3.2. Oferecer formação e qualificação aos profissionais de acordo com as necessidades de saúde e as políticas prioritárias do SUS, visando o trabalho multiprofissional;

2.1.3.3. Garantir práticas de ensino baseadas no cuidado integral e resolutivo ao usuário;

2.1.3.4. Ser campo de educação permanente para profissionais da rede pública de atenção à saúde, conforme pactuado com o gestor público de saúde local;

2.1.3.5. Desenvolver atividades de Pesquisa e de Gestão de Tecnologias em Saúde, priorizadas as necessidades regionais e a política de saúde instituída, conforme pactuado com o gestor público de saúde;

2.1.3.6. Empreender todos os esforços a fim de habilitar o Hospital como Hospital de Ensino;

2.1.3.7. Cumprir os requisitos estabelecidos em atos normativos específicos, quando o estabelecimento seja certificado como Hospital de Ensino (HE);

2.1.3.8. Compor assento na Comissão Municipal de Monitoramento e Avaliação do COAPES, comprometendo-se a participar de forma assídua e cumprir de forma integral com as deliberações da comissão;

DS

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

2.1.3.9. Deverá conceder campo de estágio e cenário de prática relativo aos cursos de ensino médio, técnico ou profissionalizante, graduação, pós-graduação (lato sensu ou stricto sensu), de Instituições de Ensino - IE reconhecidas e aprovadas pelo Ministério da Educação ou Conselho Estadual de Educação de São Paulo e para Programas de Residência em Saúde (Médica, Multiprofissional e em Área Profissional) aprovados pela Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM e Comissão Nacional de Residência Multiprofissional e de Área Profissional em Saúde – CNRMS e que tenham celebrado COAPES com a Secretaria Municipal de Saúde;

2.1.3.10. Submeter-se às determinações da SMS quanto à implantação e manutenção de Programas de Residência Médica, Multiprofissional e de Área Profissional em Saúde;

2.1.3.11. Garantir de forma plena e regular, a implantação e manutenção do internato do curso de medicina instalado no município com acesso às dependências do Hospital a partir de 01/01/2023.

2.1.4. Quanto ao Eixo de Avaliação:

2.1.4.1. Acompanhar os resultados internos, visando à segurança, efetividade e eficiência na qualidade dos serviços;

2.1.4.2. Avaliar o cumprimento das metas e a resolutividade das ações e serviços por meio de indicadores quali-quantitativos, conforme estabelecido no Plano de Trabalho que compõe este instrumento;

2.1.4.3. Avaliar a satisfação dos usuários e dos acompanhantes;

2.1.4.4. Participar dos processos de avaliação estabelecidos pelos gestores do SUS;

2.1.4.5. Realizar auditoria clínica para monitoramento da qualidade da assistência e do controle de riscos;

2.1.4.6. Monitorar a execução orçamentária e zelar pela adequada utilização dos recursos financeiros previstos no instrumento formal de contratação;

2.1.4.7. Assegurar as condições necessárias ao acompanhamento, à supervisão, ao controle, à fiscalização e à avaliação da execução do objeto do Contrato com o fim de permitir e facilitar o acesso de agentes relacionados à

DS

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

fiscalização a todos os documentos relativos à execução do objeto do Contrato, prestando-lhes todas e quaisquer informações solicitadas;

2.1.4.8. Apresentar prestações de contas nos termos da Cláusula Décima Primeira deste instrumento com relatórios de execução do objeto e de execução financeira de acordo com a legislação e regulamentação aplicáveis;

2.1.4.9. Manter registros, notas fiscais, arquivos e controles contábeis específicos para os dispêndios relativos ao objeto do Contrato, até a publicação de regularidade pelos órgãos competentes;

2.1.4.10. Permitir e facilitar ao CONTRATANTE e aos órgãos de fiscalização interna e externa, o acompanhamento, a supervisão e a fiscalização da execução do objeto deste Contrato;

2.1.4.11. Restituir ao município os valores transferidos em caso de inexecução do ajuste, no prazo improrrogável de 30 (trinta) dias da denúncia ou rescisão do presente contrato;

2.1.4.12. Apresentar demonstrações contábeis, sempre que solicitado pela CONTRANTE, inclusive Fluxo de Caixa, para avaliação da saúde financeira da CONTRATADA, estando assegurado pela CONTRANTE o sigilo das informações.

Parágrafo único. Ficam vedadas as seguintes práticas por parte da CONTRADA:

I - Utilizar, ainda que em caráter emergencial, os recursos repassados pelo MUNICÍPIO para finalidade diversa da estabelecida neste instrumento;

II - Efetuar pagamento de despesa realizada em data anterior à vigência deste Contrato, com os valores repassados por este instrumento;

III - Efetuar pagamento de despesa realizada em data posterior à vigência deste instrumento, com os valores repassados por este Contrato;

IV - Efetuar pagamento a qualquer título à pessoa que não esteja diretamente vinculada à execução do objeto do Contrato ou sem a devida contraprestação para a execução do Contrato;

V - Aplicar os recursos com despesas de taxas de administração ou assemelhada, tarifas, consultorias, juros moratórias, multas, honorários advocatícios e pagamento de dívidas anteriormente contraídas;

DS

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

VI - Utilizar recursos repassados para locação de imóvel;

VII - Celebrar contratos de qualquer natureza com empresas que estejam suspensas ou impedidas de licitar/negociar com a Administração Pública, bem como com empresas que tinham sido declaradas inidôneas para licitar/contratar com a Administração Pública;

VIII - Contratar a prestação de serviço ou fornecimento de bens com a empresa que tenha entre seus empregados cônjuges, companheiros ou parentes em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, inclusive, daqueles que exerçam cargos em comissão de direção ou assessoramento vinculado aos quadros da Prefeitura;

IX - Em observância à Lei Federal nº 12.846/2013 e ao Decreto Estadual nº 60.106/2014, oferecer, dar ou se comprometer a dar a quem quer que seja, tampouco, aceitar ou se comprometer a aceitar de quem quer que seja, por conta própria ou por intermédio de outrem, qualquer pagamento, doação, compensação, vantagens financeiras ou benefícios de qualquer espécie indevidos relacionados de forma direta ou indireta ao objeto deste ajuste, o que deve ser observado, ainda, pelos seus prepostos, colaboradores e eventuais subcontratados.

2.2. São obrigações da CONTRATANTE, além das demais decorrentes do Contrato:

2.2.1. O Município de Cubatão obriga-se a prover a CONTRATADA dos recursos financeiros necessários à execução deste CONTRATO e a programar, nos orçamentos dos exercícios subsequentes, os recursos necessários para custear os seus objetivos, de acordo com o sistema de pagamento previsto;

2.2.2. Prestar esclarecimentos e informações à CONTRATADA que visem a orientá-la na correta prestação dos serviços pactuados, dirimindo as questões omissas neste instrumento;

2.2.3. Desenvolver controle e avaliação periódica através de um preposto designado pelo Prefeito Municipal, o qual observará "in loco" o desenvolvimento dos serviços prestados aos usuários;

2.2.4. Fiscalizar a execução do Contrato de Gestão;

DS

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

2.2.5. Efetuar os repasses nos prazos aqui determinados;

2.2.6. Prover a Contratada dos meios necessários à execução do objeto deste contrato;

2.2.7. Analisar a capacidade e as condições de prestação de serviços comprovadas por ocasião da qualificação da entidade como Organização Social de Saúde, para verificar se a mesma ainda dispõe de suficiente nível técnico-assistencial para a execução do objeto contratual;

2.2.8. Criar a Comissão de Avaliação do Contrato de Gestão, a ser firmado, a qual analisará mensalmente a execução dos serviços, através do relatório de prestação de contas apresentado pela Contratada.

CLÁUSULA TERCEIRA – Dos Recursos Financeiros

Os recursos financeiros para a execução do objeto deste CONTRATO serão alocados para a CONTRATADA mediante transferências oriundas do Poder Público, federal, estadual e municipal.

CLÁUSULA QUARTA - Do Repasse de Recursos

4.1. Para a execução do objeto do presente CONTRATO, a CONTRATANTE repassará à CONTRATADA, no prazo e condições constantes deste instrumento, a importância de R$ 113.556.459,68 (cento e treze milhões, quinhentos e cinquenta e seis mil, quatrocentos e cinquenta e nove reais e sessenta e oito centavos), referente ao valor global; sendo R$ 8.603.963,33 (oito milhões, seiscentos e três mil, novecentos e sessenta e três reais e trinta e três centavos), o valor para as 3 (três) primeiras parcelas mensais, e R$ 9.749.396,63 (nove milhões, setecentos e quarenta e nove mil, trezentos e noventa e seis reais e sessenta e três centavos), referentes à parcela de custeio mensal.

4.2. As parcelas referentes ao custeio serão constituídas de parte fixa e parte variável, correspondendo, respectivamente aos percentuais de 90 % (noventa por

DS

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

cento) e 10 % (dez por cento), conforme estabelecido no Termo de Referência — Anexo I.

4.3. O repasse da parte variável das parcelas mensais referente ao custeio, fica vinculado à aprovação de contas e emissão de Relatório Conclusivo assistencial por parte da Comissão de Avaliação de Contrato.

4.4. O repasse referente à primeira parcela será efetuado integral e até o 5º dia útil após a assinatura do contrato.

4.5. O repasse das demais parcelas será realizado em 11 (onze) parcelas iguais e sucessivas, mediante apresentação da Fatura de serviços, do mês consignado.

4.5.1 A contratada deverá apresentar mensalmente a fatura de serviços considerando a data de assinatura do contrato, devendo conter, obrigatoriamente, o número do contrato, período do serviço prestado e dados bancários, acompanhados das certidões de regularidade fiscal (CND, CRF e CNDT) e guias de recolhimento (FGTS e INSS) com seus respectivos comprovantes de pagamento, para receber 90% do valor da mesma, referente à parte fixa.

4.5.2 A parcela referente aos 10% variáveis só serão liberados após aprovação pela Comissão Competente da respectiva prestação de contas.

4.5.2.1 O relatório de prestação de contas deverá ser finalizado e entregue à Contratante até o dia 15 (quinze) de cada mês subsequente ao mês de referência, prorrogado para o próximo dia útil no caso de final de semana e feriado.

4.5.2.2 A liberação da parte variável se dará em até 5 (cinco) dias úteis mediante aprovação da referida Prestação de Contas e com emissão de Parecer Conclusivo da Comissão Competente.

CLÁUSULA QUINTA – Da Dotação Orçamentária

As despesas com o pagamento do CONTRATO correrão por conta dos recursos da dotação orçamentária a seguir especificada:

C.E.F.P.: 02.07.04.10.302.0008.2.039 - ELEMENTO: 3.3.90.39.00.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 3B982CF9-E571-49E5-BA7E-A35BC154AD2C

CLÁUSULA SEXTA - Das Condições de Pagamento

O pagamento será efetuado conforme definido nas condições a seguir estabelecidas:

6.1. Pela prestação dos serviços objeto deste contrato, a CONTRATANTE repassará à CONTRATADA a importância global estimada e pactuada;

6.2. Para providências de pagamento, o mesmo, será efetivado, mediante a liberação de até 06 (seis) parcelas mensais;

6.3. A CONTRATADA emitirá Recibo dos serviços prestados, a qual deverá ser atestada pelos responsáveis técnicos da Secretaria de Saúde (DAHUE), posteriormente deverão ser enviadas ao Departamento Administrativo e Financeiro da Saúde para as demais providências;

6.4. O pagamento será realizado pelo setor competente, relativos aos serviços prestados, através de crédito em conta corrente indicada na declaração ou documento similar fornecido por estabelecimento bancário, pela Prestadora;

6.5. O prazo de pagamento da primeira parcela se dará em até 05 (cinco) dias úteis após assinatura do presente contrato. O pagamento das demais parcelas ocorrerão em até 05 (cinco) dias úteis dos meses subsequentes, mediante entrega dos recibos pela CONTRATADA, que se dará todo primeiro dia útil do mês;

6.6. O pagamento dos valores relativos à execução dos serviços ficará condicionado à comprovação de regularidade da Prestadora de Serviços para com os Tributos Federais, Contribuições Previdenciárias, FGTS e o INSS;

6.7. Havendo erro no documento de cobrança, no todo ou em parte, a tramitação da fatura será suspensa para que a Prestadora de Serviços adote as providências necessárias à sua correção. Passará a ser considerada, para efeito de pagamento, a data de representação da fatura, devidamente corrigida;

6.8. Para o pagamento da prestação dos serviços será necessário o atesto, por escrito, do ordenador de despesas ou outro preposto designado pela administração, confirmando a prestação dos serviços, objeto deste projeto;

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

6.9. Havendo informações, registros ou denúncias de usuários ou relatórios gerenciais com registro de descumprimento, no todo ou em parte, das condições pactuadas no contrato que tem como base este Projeto, a tramitação do faturamento da prestação de contas do mês corrente poderá ser mantida. Entretanto, serão realizadas auditorias pelo órgão competente a fim de averiguar possíveis descumprimentos e, quando comprovados, haverá aplicação das multas e penalidades contratuais nas faturas subsequentes, assim como será designado prazo para que a Prestadora de serviços adote as providências necessárias à correção do descumprimento.

CLÁUSULA SÉTIMA – Dos Valores e da Vigência

7.1. Da Verba de Investimento

Fica definido, para o presente Contrato de Gestão, a verba de investimento, de acordo como que consta do ANEXO I - Termo de Referência:

7.1.1. Verba de Investimento no valor anual de R$ 2.486.963,34 (dois milhões, quatrocentos e oitenta e seis mil, novecentos e sessenta e três reais e trinta e quatro centavos), que poderá ser utilizado para obras, readequações, manutenções corretivas e preventivas, adequações sanitárias, todas prediais, solicitadas e devidamente aprovadas pela Secretaria Municipal de Saúde, nos termos específicos do contrato de gestão.

7.2. Do Pagamento

O valor global do presente contrato de gestão, para Gestão, Execução e Operacionalização das Ações do Complexo Hospitalar Municipal de Cubatão Dr. Luiz Camargo da Fonseca e Silva e Retaguarda à Saúde Pública do Município de Cubatão – CNES 2078473 é de R$ 113.556.459,68 (cento e treze milhões, quinhentos e cinquenta e seis mil, quatrocentos e cinquenta e nove reais e sessenta e oito centavos), referente ao valor global; sendo R$ 8.603.963,33 (oito milhões, seiscentos e três mil, novecentos e sessenta e três reais e trinta e três centavos), o valor para as 3 (três) primeiras parcelas mensais, e R$ 9.749.396,63 (nove milhões,

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

setecentos e quarenta e nove mil, trezentos e noventa e seis reais e sessenta e três centavos), referentes às demais parcelas de custeio mensal.

7.2.1. Valor previsto para investimento anual: R$ 2.486.963,34 (dois milhões, quatrocentos e oitenta e seis mil, novecentos e sessenta e três reais e trinta e quatro centavos), que poderá ser utilizado para obras, readequações, manutenções corretivas e preventivas, adequações sanitárias, todas prediais, solicitadas e devidamente aprovadas pela Secretaria Municipal de Saúde, nos termos específicos do contrato de gestão.

7.2.2. O valor total do contrato somado com a verba de investimento para o período de 12 meses é da R$ 116.043.423,02 (cento e dezesseis milhões, quarenta e três mil, quatrocentos e vinte e três reais e dois centavos).

7.3. Dotação Orçamentária: C.E.F.P.: 02.07.04.10.302.0008.2.039 - ELEMENTO: 3.3.90.39.00.

7.4. Da Vigência do Investimento

O valor do investimento anual de R$ 2.486.963,34 (dois milhões, quatrocentos e oitenta e seis mil, novecentos e sessenta e três reais e trinta e quatro centavos) terá vigência de 12 (doze) meses, podendo ser renovado após apresentação e aprovação da prestação de contas do Plano de Trabalho anterior.

7.5. Fluxo de Solicitação do Repasse

7.5.1. A contratada deverá apresentar Plano de Trabalho para apreciação e deliberação de autorização por parte da Secretaria Municipal de Saúde;

7.5.2. Após aprovação do Plano de Trabalho, a contratada deverá apresentar solicitação de repasse financeiro. A solicitação deverá ser acompanhada de:

7.5.2.1. no mínimo, 03 (três) orçamentos para a execução do referido Plano de Trabalho;

7.5.2.2. indicação de conta corrente exclusiva para movimentação do valor solicitado;

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

7.5.2.3. Durante a execução do Plano de Trabalho, a contratada deverá apresentar, à Secretaria Municipal de Saúde de Cubatão, mensalmente Prestação de Contas Financeira e de execução;

7.6. Acompanhamento e Fiscalização

O acompanhamento e fiscalização da execução do Plano de Trabalho serão executados pela Comissão de Avaliação do Contrato de Gestão, onde se deve verificar:

7.6.1. Plano de Trabalho aprovado;

7.6.1.1. Em caso de obra ou reforma, deverá ter aprovação das respectivas Secretarias de Obras (SEMOB) e de Manutenção Urbana e Serviços Públicos (SESEP);

7.6.2. Apresentação de no mínimo 03 (três orçamentos);

7.6.3. Conta Bancária única e específica para movimentação do valor de investimento do Plano de Trabalho;

7.6.4. Extrato bancário para conciliação bancária;

7.6.5. Extrato da Conta de Investimento para valores não utilizados no Plano de Trabalho;

7.6.6. Notas Fiscais válidas;

7.6.7. Relatório mensal de acompanhamento da execução do Plano de Trabalho.

CLÁUSULA OITAVA - Dos Recursos Humanos

8.1. A CONTRATADA contratará pessoal para a execução das atividades determinadas no Edital, sendo de sua inteira responsabilidade os encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, comerciais e securitários, resultantes da execução do objeto do presente CONTRATO.

8.1.1. A Organização Social deverá contratar, por meio de processo seletivo, com estrita observância da impessoalidade, todo o pessoal necessário e suficiente para a execução das atividades-fim previstas neste CONTRATO DE GESTÃO, inclusive a equipe assistencial mínima e, ainda, considerando férias e licenças.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

8.1.2. Caso ocorra impossibilidade justificada e comprovada da contratação de pessoal mediante processo seletivo, admite-se a contratação de pessoa jurídica enquanto perdurar a necessidade, pelo período máximo de 90 (noventa) dias não prorrogáveis, desde que autorizada expressamente pelo Secretário Municipal de Saúde, com parecer favorável da Comissão de Acompanhamento e Avaliação.

8.2. A CONTRATADA fica ciente de que é vedada a contratação dos membros de sua Diretoria e do Conselho de Administração e respectivos cônjuges, companheiros e parentes colaterais ou afins até o terceiro grau, bem como de pessoa jurídica das quais estes sejam controladores ou detenham mais de 10% (dez por cento) das participações societárias, para prestar serviços objetos deste CONTRATO DE GESTÃO;

8.3. A CONTRATADA deverá manter em seu poder cadastro atualizado dos profissionais contratados, que deverá conter, no mínimo:

a) Dados Pessoais,

b) Endereço Domiciliar e telefones para contato;

c) Foto recente;

d) Cópia do Diploma de Formação de entidade reconhecida pelo MEC e Conselho Regional de Classe quando couber;

CLÁUSULA NONA — Da Execução, Acompanhamento financeiro e da Qualidade dos serviços prestados

9.1. A CONTRATADA deverá apresentar à SMS/CUBATÃO, no prazo por ela estabelecido, informações adicionais ou complementares que esta venha formalmente solicitar, ainda que não previstas anteriormente.

9.2. A CONTRATADA deverá apresentar a SMS/CUBATÃO, anualmente, o instrumento de convenção trabalhista, devidamente registrado no Ministério do Trabalho e Emprego, bem como sua adesão e efetivo cumprimento desta convenção, na forma da lei.

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

9.3. A CONTRATANTE exercerá a fiscalização do CONTRATO através da Comissão de Avaliação da Execução Contratual indicada pelo Chefe do Executivo que procederá a verificação mensal de desenvolvimento das atividades e retorno obtido pela Contratada com aplicação dos recursos sob sua gestão, elaborando relatório circunstanciado e conclusivo que deverá ser encaminhado à autoridade superior, através do relatório de prestação contas.

9.4. A verificação da execução do objeto contratado ficará a cargo do GESTOR DO CONTRATO, que a realizará da seguinte forma:

9.4.1 Observando o desempenho e a qualidade do serviço prestado e as eventuais irregularidades ou imperfeições;

9.4.2 Assinando o aceite definitivo nas Notas Fiscais emitidas pela CONTRATADA.

9.5. Fica nomeado como GESTOR DO CONTRATO o (a) Diretor (a) de Departamento de Atenção Hospitalar de Urgência e Emergência e na sua ausência o (a) Chefe de Serviços Administrativos de Prontos Socorros;

9.6. Constatado que o serviço contratado não atende às especificações estipuladas no presente Contrato, ou não atende à finalidade para a qual foi contratado, o GESTOR DO CONTRATO comunicará a autoridade competente para que esta oficie a CONTRATADA, comunicando e justificando as razões da recusa do recebimento do objeto do Contrato, e notificando-a para que sane as irregularidades no prazo fixado.

CLÁUSULA DÉCIMA - Do Prazo

O prazo de vigência do presente Contrato será de 12 (doze) meses, a contar da data de sua assinatura, podendo ser renovado por igual período, até o limite de 60 (sessenta) meses.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - Da Revisão e Repactuação

O presente CONTRATO poderá ser alterado, mediante a necessidade de revisão dos quantitativos e das especialidades inicialmente pactuados, desde que prévia e

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

devidamente justificada, com a aceitação de ambas as partes, devendo, nestes casos, serem formalizados os respectivos Termos Aditivos e ocorrerá mediante expressa autorização da chefia do Poder Executivo municipal e observância do gestor da pasta.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - Da Prestação de Contas

O acompanhamento orçamentário/financeiro será efetivado por meio da entrega mensal do Relatório de Prestação de Contas que deve ser apresentado mensalmente até o 15º (décimo quinto) dia do mês subsequente, em regime de fluxo de caixa e seguindo as Instruções Normativas do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, ressaltando a importância dos itens que segue:

12.1. Ofício de encaminhamento;

12.2. Demonstrativo Integral de Receitas e Despesas por fluxo de caixa;

12.3. Demonstrativo da folha de pagamento:

12.3.1. Folha de pagamento;

12.3.2. Liquidação das apólices de seguros contra acidentes, acidentes de trabalho;

12.3.3. Comprovação de quitação das obrigações trabalhistas e previdenciárias relativas aos profissionais que prestam ou prestaram serviços no âmbito do contrato de gestão no período em análise.

12.4. Conciliação bancária;

12.5. Planilha aberta de contratação Pessoa Jurídica;

12.5.1. Nome do profissional;

12.5.2. Registro profissional no órgão competente;

12.5.3. Especialidade;

12.5.4. Data e horário de atendimentos;

12.5.5. Número de agendamentos e atendimentos;

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

12.5.6. Responsável pela contratação.

12.6. Demonstrativos de contratação de terceiros com apresentação da cópia do Contrato;

12.7. Comprovantes de pagamento das obrigações trabalhistas;

12.8. Balancete financeiro;

12.9. Extratos bancários da conta corrente e de aplicação financeira;

12.10. GFIP mensal;

12.11. Certidões Negativas de débitos;

12.12. Relação dos valores financeiros repassados por fontes de recurso;

12.13. Demonstrativos de despesas;

12.14. Instrumento de convenção trabalhista registrado no Ministério do Trabalho e Emprego;

12.15. Documentos fiscais, e outros documentos relativos às despesas e os respectivos comprovantes de pagamento;

12.16. Conciliação bancária do mês de conta corrente específica, aberta em instituição financeira oficial, indicada pelo órgão contratante, para movimentação dos recursos do contrato de gestão, acompanhada do respectivo extrato bancário;

12.17. Certidão contendo a composição, os nomes completos, a entidade que representam (se houver), a forma de sua remuneração e os respectivos períodos de atuação dos membros do Conselho de Administração e do Conselho Fiscal (se houver) da Organização Social;

12.18. Certidão contendo nomes e CPFs dos componentes da Diretoria da Organização Social, os períodos de atuação, indicando tipo de vínculo trabalhista, os valores nominais anuais de remuneração, indicação dos atos e datas de fixação ou alteração da remuneração e afirmação do não exercício de cargos de chefia ou função de confiança no SUS, quando exigível;

12.19. Certidão contendo nomes dos dirigentes e dos conselheiros da entidade pública gerenciada e respectivos períodos de atuação, indicando tipo de vínculo

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

trabalhista, os valores nominais anuais de remuneração, indicação dos atos e datas de fixação ou alteração da remuneração;

12.20. Relatório da Organização Social sobre a execução técnica e orçamentária do contrato de gestão, apresentando:

12.20.1. comparativo específico das metas propostas com os resultados quantitativos e qualitativos alcançados, com justificativas para as metas não atingidas ou excessivamente superadas;

12.20.2. exposição sobre a execução orçamentária e seus resultados;

12.20.3. disponibilizar link de acesso ao portal da transparência da contratada com informações atualizadas mensalmente, conforme normativas pertinentes.

12.21. Relação dos contratos e respectivos aditamentos, firmados com a utilização de recursos públicos administrados pela Organização Social para os fins estabelecidos no contrato de gestão, contendo: tipo e número do ajuste; identificação das partes; data; objeto; vigência; valor, condições de pagamento e informações sobre multas, atrasos, pendências ou irregularidades, se houver;

12.22. Relação dos bens móveis e imóveis mantidos pelo Poder Público no período, com permissão de uso para as finalidades do contrato de gestão, especificando forma e razão, inclusive das eventuais substituições dos respectivos bens;

12.23. Declaração de que os bens cedidos não recaem em estabelecimentos de saúde em funcionamento, quando for o caso;

12.24. Relação dos servidores e funcionários públicos que foram cedidos à Organização Social, contendo: nome do servidor/funcionário; órgão de origem; cargo público ocupado; função desempenhada na Organização Social e datas de início e término da prestação de serviço;

12.25. Relação nominal dos empregados admitidos ou mantidos com recursos do contrato de gestão, indicando as funções, data de admissão, data de demissão (quando for o caso) e o valor global despendido no período;

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

12.26. Demonstrativo das eventuais ajudas de custo pagas aos membros do Conselho de Administração;

12.27. Balanços dos exercícios encerrados e anterior, demais demonstrações contábeis e financeiras, acompanhados do balancete analítico acumulado do exercício, tanto da entidade pública gerenciada quanto da Organização Social;

12.28. Certidão expedida pelo Conselho Regional de Contabilidade – CRC, comprovando a habilitação profissional dos responsáveis por balanços e demonstrações contábeis;

12.29. A Contratada deverá movimentar os recursos que lhe forem repassados pela Contratante em contas correntes específicas e exclusivas de modo que não sejam confundidos com os recursos próprios da Contratada.

12.30. A SMS poderá solicitar documentação complementar quando necessária para elucidação dos dados encaminhados.

12.31. Deverão ser observadas: a RESOLUÇÃO Nº23/2022, RESOLUÇÃO Nº 11/2021, Instruções Normativas nº 01/2020;

12.31.1 O relatório de Prestação de Contas deverá ser entregue à CONTRATANTE, até mensalmente até o 15° (décimo quinto) dia do mês subsequente ao mês de referência.

12.31.2 No ato da prestação de contas deverão ser entregues as certidões negativas de INSS e FGTS, além do provisionamento de férias, décimo terceiro salário e rescisão dos funcionários contratados em regime CLT para execução do Contrato de Gestão.

12.31.3 A CONTRATADA deverá manter em perfeita ordem todos os documentos fiscais e contábeis, especialmente os respectivos livros e os comprovantes de todas as despesas contraídas, devendo apresentá-los sempre que requerido pelos órgãos fiscalizadores competentes.

12.31.4 As informações fiscais e contábeis deverão ser encaminhadas através do Relatório de Prestação de Contas assinado pelo responsável da CONTRATADA e também por via magnética.

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - Da Intervenção do Município no Serviço Transferido

Na hipótese de risco quanto à continuidade dos serviços de saúde prestados à população, o Município poderá assumir imediatamente a execução dos serviços objeto deste CONTRATO que foram transferidas.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - Do Desequilíbrio Econômico-financeiro

Na hipótese de desequilíbrio econômico-financeira do contrato, constatado pela Contratada, esta poderá pleitear o restabelecimento da equação econômico financeira apresentando os pressupostos necessários, nos termos da Lei nº 8.666/93 e suas alterações.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - Da Rescisão

15.1. A rescisão do CONTRATO poderá ser efetivada por:

I - Ato unilateral da CONTRATANTE, na hipótese de descumprimento, por parte da CONTRATADA, ainda que parcial, das cláusulas que inviabilizem a execução de seus objetivos e metas previstas no presente CONTRATO, decorrentes de má gestão, culpa elou dolo;

II - acordo entre as partes reduzido a termo, tendo em vista o interesse público;

III - ato unilateral da CONTRATADA na hipótese de atrasos dos repasses devidos pela CONTRATANTE, superiores a 90 (noventa) dias da data fixada para o pagamento, cabendo à CONTRATADA notificar o Município, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, informando do fim da prestação dos serviços;

IV - nos casos previstos na Lei Federal n o 8.666/93 e suas alterações;

V - dissolução;

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

VI - razões de interesse público, de alta relevância e amplo conhecimento, justificadas, se determinadas pela máxima autoridade da esfera administrativa a que será subordinado o contratado;

VII - inobservância do nível de qualidade proposto ou exigível para a execução dos serviços;

VIII - paralisação do serviço sem justa causa e prévia comunicação a Administração.

15.2. Nos casos do inciso I desta cláusula, o Poder Executivo providenciará a imediata imposição das sanções legais cabíveis, após apuradas as faltas em processo regular, assegurada a ampla defesa.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - Das Penalidades

16.1. A Organização Social que, convocada para a assinatura do Contrato de Gestão, deixar de fazê-lo no prazo de 48 (quarenta e oito) horas, a contar da data do recebimento da convocação, decairá do direito à referida contratação.

16.2. Garantida a defesa prévia, a inexecução total ou parcial do contrato de gestão, assim como a execução irregular, sujeitará a Organização Social, sem prejuízo da revogação da unilateral do ajuste, às seguintes penalidades:

I - advertência;

II - multa;

III - suspensão temporária do direito de licitar e contratar com a PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATÃO por período não superior a 2 (dois) anos e, se for o caso, descredenciamento no Cadastro de Fornecedores, pelo prazo de até 5 (cinco) anos ou enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou, ainda, até que seja promovida a reabilitação;

IV - declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade.

16.2.1. A advertência poderá ser aplicada quando ocorrer:

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

I. Descumprimento das obrigações que não acarretem prejuízos para à Prefeitura;

II. Execução insatisfatória ou pequenos transtornos ao desenvolvimento da atividade desde que sua gravidade não recomende a aplicação da suspensão temporária ou declaração de inidoneidade.

16.2.2. A suspensão temporária será aplicada quando ocorrer:

I - apresentação de documentos falsos ou falsificados;

II - reincidência de execução insatisfatória do ajuste;

III - reincidência na aplicação das penalidades de advertência ou multa;

IV - irregularidades que ensejam a rescisão unilateral do contrato de gestão;

V - condenação definitiva por praticar fraude fiscal no recolhimento de quaisquer tributos;

VI - prática de atos ilícitos visando prejudicar o contrato de gestão;

VII - prática de atos ilícitos, que demonstrem não possuir a Organização Social idoneidade para contratar com o Município de CUBATÃO.

16.2.3. A declaração de inidoneidade poderá ser proposta ao Secretário Municipal de Saúde quando constatada a má-fé, ação maliciosa e premeditada em prejuízo da Organização Social, evidência de atuação com interesses escusos ou reincidência de faltas que acarretem prejuízo à Prefeitura ou aplicações sucessivas de outras penalidades.

16.2.4. A Prefeitura poderá aplicar à Organização Social multa de:

I - 1/3 (um terço) do valor contratado, por inexecução total;

II - 1/4 (um quarto) do valor contratado, por inexecução parcial, caracterizada quando a Organização Social não executar a totalidade do serviço;

III - 1% (um por cento) do valor contratado, por dia de atraso na execução dos serviços;

IV - 10% (dez por cento) do valor total do contrato, na hipótese de não cumprimento de qualquer outra cláusula ou condição do contrato.

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

16.3. Caso julgadas devidas as multas, sua aplicação se dará com a garantia do direito de defesa da Organização Social, e os valores não considerados correlatos serão abatidos ao valor mensal ajustado.

16.3.1. As multas são independentes e a aplicação de uma não exclui a das outras, sendo possível a aplicação de multas cumulativamente às demais penalidades previstas no subitem 15.2 deste Edital.

16.4. A aplicação de qualquer penalidade prevista no Edital não exclui a possibilidade de aplicação das demais, bem como das penalidades previstas na Lei Federal nº 8.666/93 e alterações posteriores.

16.5. O valor da multa será atualizado monetariamente pelo índice Geral de Preços ao Mercado (IGPM).

16.6. As importâncias relativas às multas serão descontadas do primeiro pagamento a que a CONTRATADA tiver direito.

16.7. A Contratada estará sujeita, ainda, às sanções penais previstas na Secção III, do Capítulo IV, da Lei Federal nº 8.666/93 e alterações posteriores.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - Das Disposições Gerais

17.1. A CONTRATADA não poderá ceder ou transferir, dar em garantia ou vincular, de qualquer forma, total ou parcialmente, o objeto contratado, a qualquer pessoa física ou jurídica, sem a prévia e expressa autorização da CONTRATANTE.

17.2. A CONTRATADA somente poderá subcontratar os serviços contratados após a prévia e expressa autorização da CONTRATANTE.

17.3. Nenhuma hipótese de subcontratação poderá estabelecer qualquer vínculo ou compromisso direto entre a CONTRATANTE e a subcontratada.

17.4. Despesas Contratuais e Extracontratuais: Serão de exclusiva responsabilidade da CONTRATADA todas as despesas e providências inerentes ao presente Contrato, bem como as obrigações fiscais, trabalhistas e previdenciárias.

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

17.5. Aplica-se ao presente, especialmente aos casos omissos, a Lei n o 8.666, de 21 de junho de 1.993, com as posteriores alterações introduzidas por normas subsequentes.

17.6. Serão representantes credenciados das partes na condução da execução dos serviços objeto deste Contrato:

- Pela CONTRATANTE: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

- Pela CONTRATADA: JOÃO VICENTE DA SILVEIRA – CRM 70.516

17.7. A fiscalização da execução dos serviços deste contrato será exercida diretamente pela CONTRATANTE, ou através de prepostos por ela indicados, a quem caberá a fiscalização, ao qual a CONTRATADA proporcionará em qualquer tempo livre acesso aos locais de serviços e fontes de informações relacionadas com os serviços ora contratados.

17.8. A fiscalização será exercida no interesse exclusivo da CONTRATANTE, não reduzindo nem excluindo a obrigação e responsabilidade da CONTRATADA pela correta execução dos serviços.

17.9. Fazem parte integrante e indissociável do presente contrato, como se no mesmo estivessem transcritos em seu inteiro teor, todos os documentos diretamente relacionados com a completa e correta execução dos serviços objeto deste instrumento.

17.10. É vedada a cobrança por serviços médicos ou outros suplementares da assistência devida ao paciente.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - Da Publicação

O CONTRATO terá o seu extrato publicado no Diário Oficial ou em jornal de ampla circulação, conforme legislação vigente.

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATÃO
Estado de São Paulo

CLÁUSULA DÉCIMA NONA - DO FORO

As partes elegem o Foro da Comarca de Cubatão, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja para dirimir questões oriundas do CONTRATO que não puderem ser resolvidas pelas partes.

E, por estarem assim justas e contratadas, assinam as partes o presente, por si e seus sucessores, em 04 (quatro) vias de igual teor e para um só efeito de direito, na presença das testemunhas abaixo assinadas.

Cubatão, 05 de 10 de 2023.

ADEMÁRIO DA SILVA OLIVEIRA
Prefeito Municipal

ANDRÉA PINHEIRO LIMA
Secretária Municipal de Saúde

LUÍS ANTÔNIO PICERNI HERCE
P/ Contratada

Testemunhas:

_____

_____

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATÃO
ESTADO DE SÃO PAULO
www.cubatao.sp.gov.br

ADITAMENTO AO CONTRATO DE GESTÃO
ADM Nº 010/2023
ADM Nº 014/2023
APOSTILA ADM Nº 001/2024
ADM Nº 06 /2024

Pelo presente instrumento de Contrato, de um lado o **MUNICÍPIO DE CUBATÃO**, inscrita no CNPJ/MF nº 47.492.806/0001-08, com sede na Praça dos Emancipadores, s/nº - Centro, neste ato representado por seu Prefeito Municipal em exercício, ADEMÁRIO DA SILVA, doravante designado **CONTRATANTE**, por meio da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, com sede na cidade de Cubatão à Rua Pedro José Cardoso nº 567 (altos) – Vila Paulista, neste ato representada por sua Secretária ANDREA PINHEIRO LIMA e, de outro lado, **SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO**, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 48.211.585/0001-15, sediada à Rua Gabriela nº 144, Labienópolis – Garça/SP, CEP 17400-000, neste ato representada por seu Presidente Sr. LUIS ANTONIO PICERNI HERCE, brasileiro, solteiro, advogado, portador da cédula de identidade RG nº 11.784.356-8 – SSP/SP e do CPF/MF sob nº 034.804.548-44, doravante designada simplesmente **CONTRATADA**, em face de tudo o que consta no Processo nº 16.942/2022, tendo em vista as justificativas administrativas da Secretaria Municipal de Saúde de fls. 5001/5005 e 5071/5072, bem como a autorização do Excelentíssimo Senhor Prefeito Municipal às fls. 5050, têm justos e contratados, na melhor forma de direito, o Aditamento ao Contrato de Gestão Nº ADM 010/2023, firmado em 05 de outubro de 2023, com fulcro no art. 57, inciso II c/c art. 65, inciso I, alínea 'b' da Lei Federal nº 8.666/93, nos termos e condições a seguir:

1ª – Constitui o objeto do presente Aditamento a prorrogação do prazo de vigência previsto na Cláusula Décima do Contrato ora aditado, passando a vigorar por mais 12 (doze) meses contados a partir de 05/10/2024.

LUIS ANTONIO PICERNI HERCE:

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATÃO
ESTADO DE SÃO PAULO
www.cubatao.sp.gov.br

2ª – O valor total a ser despendido com o presente Aditamento é estimativo da ordem de R$ 131.900.885,37 (cento e trinta e um milhões, novecentos mil, oitocentos e oitenta e cinco reais e trinta e sete centavos) , que representa o valor global da contratação, dividido em 11 (onze) parcelas mensais estimadas em R$ 10.782.401,84 (dez milhões, setecentos e oitenta e dois mil, quatrocentos e um reais e oitenta e quatro centavos) cada e 01 (uma) parcela de R$ 10.807.501,79 (dez milhões, oitocentos e sete mil, quinhentos e um reais e setenta e nove centavos), (composta pelo valor mensal acrescido do investimento inicial para o aumento dos leitos semi-intensivos), que serão pagas observando-se as condições previstas na Cláusula Quarta - 4.2 e 4.3, em sua redação original.

Parágrafo único – O valor global da contratação é composto pelas seguintes verbas:

a) Valor inicial devidamente atualizado pelo IPCA acumulado de Setembro/2024 = R$ 118.575.655,20;

b) Turnos de hemodiálise: R$ 2.909.986,56;

c) Aumento de leitos semi-intensivos: R$ 7.903.180,27

d) Recurso para investimentos: R$ 2.486.963,34

3ª – Fica alterada a cláusula 3ª do Contrato de Gestão nº ADM 010/2023, que passará a vigorar com a seguinte redação:

"CLÁUSULA TERCEIRA – Dos Recursos Financeiros

Os recursos financeiros para a execução do objeto deste CONTRATO serão alocados para a CONTRATADA mediante transferências oriundas do Poder Público Federal, Estadual e Municipal.

Parágrafo único: Fica assegurado ainda o repasse integral a CONTRATADA dos valores destinados pelo Estado de São Paulo e pela União Federal decorrentes do Decreto Estadual nº 67.905, de 28 de agosto de 2023, Resolução SS nº 117 de 2022 e Resolução SS nº 198 de 29/dez/2023, dentre outros que possam vir a ser instituídos por instrumentos legais congêneres, desde que tratem exclusivamente de ressarcimento da CONTRATADA por serviços já realizados no prazo de vigência

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

deste contrato, devendo a CONTRATADA prestar contas desses repasses de forma independente e apartada daquelas comprovações ordinárias já exigidas e previstas neste contrato, obedecendo-se a forma que a legislação instituidora ou outra que lhe seja aplicável exigir".

4ª – Fica alterada a cláusula 5ª do Contrato de Gestão nº ADM 010/2023, que passará a vigorar com a seguinte redação:

"CLÁUSULA QUINTA – Da Dotação Orçamentária

As despesas com o pagamento do CONTRATO correrão por conta dos recursos das dotações orçamentárias a seguir especificadas:

C.E.F.P.: 10.302.0008.2.039 – ELEMENTO: 3.3.90.39.00

C.E.F.P.: 10.301.0008.2.389 – ELEMENTO: 4.4.90.39.00

C.E.F.P.: 10.301.0008.2.389 – ELEMENTO: 4.4.90.51.00

C.E.F.P.: 10.301.0008.2.389 – ELEMENTO: 4.4.90.52.00

5ª – Fica alterada a cláusula 7ª do Contrato de Gestão nº ADM 010/2023, que passará a vigorar com a seguinte redação:

"CLÁUSULA SÉTIMA – Dos Valores e da Vigência

7.1.1. Verba de Investimento no valor anual de R$ 2.486.963,34 (dois milhões, quatrocentos e oitenta e seis mil, novecentos e sessenta e três reais e trinta e quatro centavos), que poderá ser utilizado para obras, readequações, manutenções corretivas e preventivas, adequações sanitárias, todas prediais, bem como para aquisição de equipamentos, tudo solicitado e devidamente aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde, nos termos específicos do contrato de gestão.

(...)

7.2.1. Valor previsto para investimento anual: R$ 2.486.963,34 (dois milhões, quatrocentos e oitenta e seis mil, novecentos e sessenta e três reais e trinta e quatro centavos), que

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATÃO
ESTADO DE SÃO PAULO
www.cubatao.sp.gov.br

poderá ser utilizado para obras, readequações, manutenções corretivas e preventivas, adequações sanitárias, todas prediais, bem como para aquisição de equipamentos, tudo solicitado e devidamente aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde, nos termos específicos do contrato de gestão.

(...)

7.3 Dotações Orçamentárias:

C.E.F.P.: 10.302.0008.2.039 – ELEMENTO: 3.3.90.39.00

C.E.F.P.: 10.301.0008.2.389 – ELEMENTO: 4.4.90.39.00

C.E.F.P.: 10.301.0008.2.389 – ELEMENTO: 4.4.90.51.00

C.E.F.P.: 10.301.0008.2.389 – ELEMENTO: 4.4.90.52.00

6ª – Fica alterada a cláusula 4ª do Termo Aditivo ADM Nº 014/2023, que passará a vigorar com a seguinte redação:

"4ª – O valor total a ser despendido com o presente Aditamento é da ordem estimada de R$ 2.909.986,56 (dois milhões, novecentos e nove mil, novecentos e oitenta e seis reais e cinquenta e seis centavos)."

7ª – Ficam ratificadas todas as demais cláusulas e condições do Contrato e Aditivos ora aditados.

E, por estarem assim justas e acordadas, assinam as partes o presente Termo, em 04 (quatro) vias iguais e rubricadas para todos os fins de direito, na presença das testemunhas abaixo assinadas.

Cubatão, 04 de 10 de 2024.

ADEMÁRIO DA SILVA OLIVEIRA

ADEMÁRIO DA SILVA OLIVEIRA
Prefeito Municipal

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATÃO
ESTADO DE SÃO PAULO
www.cubatao.sp.gov.br

Andrea Pinheiro Lima

ANDRÉA PINHEIRO LIMA
Secretária Municipal de Saúde

LUIS ANTONIO PICERNI HERCE:03480454844
Assinado de forma digital por LUIS ANTONIO PICERNI HERCE:03480454844

LUIS ANTONIO PICERNE HERCE
Presidente da Entidade

TESTEMUNHAS:

_____

_____

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATÃO
ESTADO DE SÃO PAULO
www.cubatao.sp.gov.br

TERMO DE CIÊNCIA E NOTIFICAÇÃO
CONTRATOS OU ATOS JURÍDICOS ANÁLOGOS

ÓRGÃO PÚBLICO CONTRATANTE: MUNICÍPIO DE CUBATÃO
CONTRATADA: SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO
CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO - Nº ADM: 010/2023
ADITAMENTO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS Nº ADM: 06 **/2024.**
OBJETO: Constitui o objeto do presente Aditamento a prorrogação do prazo de vigência previsto na Cláusula Décima do Contrato ora aditado, passando a vigorar por mais 12 (doze) meses contados a partir de 05/10/2024.

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

1. Estamos CIENTES de que:

a) O ajuste acima referido, seus aditamentos bem como, o acompanhamento de sua execução contratual, estarão sujeitos a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;

b) Poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraindo cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, conforme dados abaixo indicados, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCESP;

c) Além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo (https://doe.tce.sp.gov.br/), em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;

d) As informações pessoais dos responsáveis pela contratante e interessados, estão cadastradas no módulo eletrônico do "Cadastro Corporativo TCESP – CadTCESP", nos termos previstos no Artigo 2º das Instruções nº 01/2024, conforme "Declaração(ões) de Atualização Cadastral" anexa (s);

e) É de exclusiva responsabilidade do contratado manter seus dados sempre atualizados.

2. Damo-nos por NOTIFICADOS para:

a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente publicação;

b) Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber.

Cubatão, 04 de 10 de 2024.

AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO CONTRATANTE – RESPONSÁVEL PELA HOMOLOGAÇÃO DO CERTAME:

ADEMÁRIO DA SILVA OLIVEIRA
PREFEITO MUNICIPAL
CPF: 133.863.968-44
Assinatura:

Responsáveis que assinaram o ajuste:

ORDENADORA DE DESPESAS DA CONTRATANTE:

ANDREA PINHEIRO LIMA
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CPF: 159.209.878
Assinatura:

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATÃO
ESTADO DE SÃO PAULO
www.cubatao.sp.gov.br

AGENTE DE CONTRATAÇÃO E COMISSÃO PERMANENTE DE CONTRATAÇÃO:

RODRIGO GUIMARÃES DA SILVA
DIRETOR DO DEPARTAMENTO DE SUPRIMENTOS
CPF: 312.564.848-30
Assinatura:

COMISSÃO DE AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO:

APARECIDA DE FÁTIMA SILVA
GESTORA
CPF: 158.996.018-17
Assinatura:

DANIEL SANTIAGO DOS SANTOS
FISCAL
CPF: 308.600.668-43
Assinatura:

MÁRCIO LUIZ AMORIM DE OLIVEIRA
FISCAL
CPF: 248.067.918-73
Assinatura:

Marcio Luiz Amorim De Oliveira

LUCIANA MARTINS ROZMAN
FISCAL
CPF: 272.209.528-99
Assinatura:

PELA CONTRATADA:

LUIS ANTONIO PICERNI HERCE
PRESIDENTE OSC
CPF: 034.804.548-44
Assinatura:

LUIS ANTONIO PICERNI HERCE:03480454844

Assinado de forma digital por LUIS ANTONIO PICERNI HERCE:03480454844

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Secretaria Municipal de Saúde

Itu
TEMPO DE CRESCER

CONTRATO DE GESTÃO Nº 119/2024

Pelo presente instrumento contratual, de um lado a **PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE ITU**, pessoa jurídica de direito público, com sede na Avenida Itu 400 Anos, nº 111, Bairro Itu Novo Centro, nesta cidade e comarca de Itu, no Estado de São Paulo, devidamente inscrita no CNPJ sob nº 46.634.440/0001-00, neste ato representada por sua Secretária Municipal de Saúde, Sra. **MARGARETH LOPES VENTURINELLI**, brasileira, bióloga, portadora da cédula de identidade com R.G. nº 12.101.846-5 SSP/SP e do CPF nº 065.709.598-24, residente nesta cidade de Itu/SP, doravante designada **CONTRATANTE**; e, de outro lado, a instituição **SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO**, pessoa jurídica de Direito Privado, inscrita no CNPJ sob o nº 48.211.585/0001-15, com sede na Rua Gabriela, nº 144, Bairro Labienopolis, no município de Garça, estado de São Paulo, neste ato representada seu presidente Sr. **LUIS ANTONIO PICERNI HERCE**, brasileiro, solteiro, advogado, portador da cédula de identidade R.G. nº 11.784.356-8 SSP/SP, e inscrito no CPF sob nº 034.804.548-44, residente e domiciliado na Avenida Clavasio Alves da Silva, nº 525, Bloco 02, Apto 53, Bairro do Limão, município de São Paulo, estado de São Paulo, doravante designada **CONTRATADA**; pelas cláusulas e condições consubstanciadas no Chamamento Público nº 11/2023, Edital nº 269, este último declarar que conhece e aceita todas as especificações, condições e estipulações do presente Contrato, por dispensa de licitação, NOS TERMOS DO ARTIGO 24, INCISO XXIV, DA LEI FEDERAL Nº 8.666/1993, têm justos e contratados os serviços ali previstos, submetendo-se as partes ao previsto na mesma lei e às suas posteriores alterações, mediante as seguintes cláusulas, a saber:

CLÁUSULA I – DO OBJETO

1.1 O presente CONTRATO tem por objeto discriminar as atribuições, responsabilidades e obrigações das partes na operacionalização da gestão e na execução das ações e serviços voltados ao funcionamento do Hospital Municipal de Itu, a serem prestados pela **CONTRATADA**, assegurando assistência universal e gratuita à população.

1.1.1 O objeto contratual executado deverá atingir o fim que se destina, com eficácia e qualidade requeridas, pelo prazo previamente estabelecido.

1.1.2 Fazem parte integrante deste CONTRATO o Edital de Chamamento Público 11/2023 e seus anexos, e, ainda:

1.1.2.1 Plano de Trabalho e Proposta Técnica;

1.1.2.2 Termo de Permissão de uso;

1.1.2.3 Anexos da Instrução nº 02/2016 do TCESP.

CLÁUSULA II – PRAZO, PRORROGAÇÃO, VALOR E REPASSE

2.1 Os serviços deverão ser iniciados de forma imediata no dia **28/06/2024** para o Contrato de Gestão.

2.1.1. A avaliação dos serviços seguirá regime especial no primeiro trimestre, conforme Termo de Referência.

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Secretaria Municipal de Saúde

Itu
TEMPO DE CRESCER

2.2 A vigência do Contrato de Gestão será de 12 (doze) meses contados a partir do dia **28/06/2024**, prorrogável por iguais e sucessivos períodos nos termos do inciso II do artigo 57 da Lei 8.666/93, até o limite de 60 meses.

2.2.1 O valor do contrato poderá ser reajustado anualmente, de acordo com a variação do IPCA/IBGE, caso o contrato ultrapasse um ano.

2.3 Trimestralmente deverá ser demonstrada a consecução dos objetivos estratégicos e cumprimento das metas estabelecidas, através de Relatório de Atividades;

2.4 Para a execução do objeto do presente CONTRATO, a **CONTRATANTE** repassará à **CONTRATADA**, no prazo e condições constantes deste instrumento, a importância global de **R$ 42.850.968,89** (quarenta e dois milhões oitocentos e cinquenta mil e novecentos e sessenta e oito reais e oitenta e nove centavos), através de parcelas mensais no limite de até **R$ 3.570.914,07** (três milhões quinhentos e setenta mil e novecentos e quatorze reais e sete centavos) para fins de cumprimento do PLANO DE TRABALHO/TERMO DE REFERÊNCIA, parte integrante deste instrumento.

2.5. - Os valores pactuados serão repassados pelo Município, mensalmente, de acordo com as condições prevista na cláusula IV deste CONTRATO.

2.6. - Os recursos destinados ao presente CONTRATO serão empenhados globalmente em montante correspondente às despesas previstas para o período de um ano, devendo ser consignado na lei orçamentária do exercício seguinte.

2.7 - Os recursos repassados à **CONTRATADA** poderão ser aplicados no mercado financeiro, desde que os resultados dessa aplicação revertam- se, exclusivamente, aos objetivos deste CONTRATO.

2.8 - Para o repasse dos recursos previstos neste Contrato de Gestão, a **CONTRATADA**, deverá seguir os seguintes critérios:

2.8.1 - Possuir uma conta corrente única e exclusiva para as movimentações bancárias, zelando pelo equilíbrio financeiro entre receita e despesa, de modo a evitar deficit orçamentário ou financeiro;

2.8.2 - Todas as informações relacionadas aos recursos repassados e demonstrativos gerenciais ficarão permanentemente à disposição da Comissão Técnica de Avaliação, responsável pelo acompanhamento, fiscalização e monitoramento deste Contrato de Gestão.

2.8.3 - Os recursos transferidos pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** serão mantidos por esta em conta exclusiva e especialmente aberta para a execução do Contrato de Gestão, em banco ajustado de comum acordo entre as partes, e os respectivos saldos serão obrigatoriamente aplicados, conforme previsto no artigo 116, § 4º da Lei Federal nº 8.666 de 1993.

2.8.4 - Os recursos financeiros para a execução do objeto deste CONTRATO serão alocados para a **CONTRATADA** mediante transferências oriundas do Poder Público, federal, estadual e municipal.

CLÁUSULA III - EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA E PRESTAÇÃO DE CONTAS

3.1 O acompanhamento orçamentário/financeiro será efetivado por meio da entrega mensal do Relatório de Prestação de Contas – a ser consolidado anualmente – contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhados dos

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

demonstrativos financeiros referentes aos gastos e receitas efetivamente realizados.

3.1.1 - No ato da prestação de contas deverão ser entregues as Certidões Negativas Federais, Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT) e FGTS da Organização Social, devidamente atualizadas.

3.2 - Dotação Orçamentária:

3.2.1.1 As despesas com o pagamento do CONTRATO correrão por conta dos recursos da dotação orçamentária nº 3390.3900.10.302.1002.2005 (fonte 01: Municipal), constantes do exercício de 2024 e subsequente.

CLÁUSULA IV - DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

4.1 - O pagamento será efetuado conforme definido nas condições a seguir estabelecidas:

4.1.1 - Para as três primeiras parcelas vigente do presente CONTRATO, será repassado o valor correspondente a parcela mensal integral à **CONTRATADA**.

4.1.2 - A partir da quarta parcela de vigência do presente CONTRATO, caso a pontuação de desempenho obtida pela **CONTRATADA** demonstre o não atingimento das metas estabelecidas, a **CONTRATANTE** descontará percentual do repasse mensal conforme tabela de dedução prevista no Capítulo 17º do Termo de Referência, com eventuais sanções adicionais, limitando-se os descontos a até 10% (dez) por cento do valor da parcela.

4.2 - As parcelas serão pagas até o 5º (quinto) dia útil do mês vigente, mediante apresentação de Nota Fiscal, por meio de transferência bancária em conta de titularidade da entidade **CONTRATADA**.

4.2.1 - As metas contratuais serão avaliadas mensalmente, na forma ajustada no Contrato e conforme o Termo de Referência, e em caso de não cumprimento das metas qualitativas e quantitativas será efetuado o desconto retrocitado.

4.3 - Os eventuais ajustes financeiros a menor, decorrentes da avaliação do não alcance das metas, poderão ser realizados na fatura posterior.

4.4 - Os recursos repassados à **CONTRATADA** quando não utilizados dentro do mês deverão ser aplicados no mercado financeiro, condicionado que o resultado dessa aplicação reverta-se, integralmente, aos objetivos do Contrato.

CLÁUSULA V- MANUTENÇÃO E APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS FISCAIS E CONTÁBEIS

5.1 - A **CONTRATADA** deverá manter em perfeita ordem todos os documentos fiscais e contábeis, especialmente os respectivos livros e os comprovantes de todas as despesas contraídas, devendo apresentá-los sempre que requerido pelos órgãos fiscalizadores competentes.

5.2 - As informações fiscais e contábeis deverão ser encaminhadas a Secretaria Municipal de Saúde – a qual realizará sua avaliação do ponto de vista técnico da Saúde e as remeterá, para efeitos de análise contábil, ao Departamento de Contabilidade –, através do Relatório de Prestação de Contas, assinado pelo responsável da **CONTRATADA**.

5.3 - Todos os comprovantes fiscais deverão ser emitidos em nome da **CONTRATADA** e seus originais ficarão sob sua guarda e à disposição dos órgãos fiscalizadores.

5.4 - As notas fiscais devem estar devidamente quitadas, contendo aposição de carimbo identificador da **CONTRATADA**, bem como a data e a assinatura de seu preposto.

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

5.4.1 - Somente serão aceitos os recibos e as notas fiscais quando emitidos com datas posteriores à assinatura do Contrato de Gestão, e de seus respectivos termos aditivos.

CLÁUSULA VI - DESTINAÇÃO DE MATERIAIS PERMANENTES

6.1 - Ao final deste Contrato de Gestão os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes que porventura venham a ser adquiridos com recursos oriundos deste Contrato, bem como os bens recebidos ou adquiridos mediante legados ou doações, deverão ser incorporados ao patrimônio da Prefeitura da Estância Turística de Itu/SP.

6.2 - Em caso de extinção ou desqualificação da **CONTRATADA**, os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes que porventura venham a ser adquiridos com recursos oriundos do Contrato, bem como os bens recebidos ou adquiridos mediante legados ou doações, deverão ser incorporados ao patrimônio da Prefeitura da Estância Turística de Itu/SP.

CLÁUSULA VII - DEMONSTRATIVOS CONTÁBEIS E FINANCEIROS:

7.1 - Os documentos abaixo relacionados serão encaminhados pela **CONTRATADA** a Secretaria Municipal de Saúde até o dia 30 (trinta) de abril do exercício financeiro seguinte à transferência dos recursos, em conformidade com a Instrução Normativa nº 02/2016 do TCESP.

7.1.1 - Certidão contendo a composição, os nomes completos, a entidade que representam (se houver), a forma de sua remuneração e os respectivos períodos de atuação dos membros do Conselho de Administração e do Conselho Fiscal (se houver) da Organização Social;

7.1.2 - Certidão contendo nomes e CPFs dos componentes da Diretoria da Organização Social, os períodos de atuação, indicando tipo de vínculo trabalhista, os valores nominais anuais de remuneração, indicação dos atos e datas de fixação ou alteração da remuneração e afirmação do não exercício de cargos de chefia ou função de confiança no SUS, quando exigível;

7.1.3 - Relatório anual da Organização Social sobre a execução técnica e orçamentária do contrato de gestão, apresentando:

7.1.3.1 - Comparativo específico das metas propostas com os resultados quantitativos e qualitativos alcançados, com justificativas para as metas não atingidas ou excessivamente superadas;

7.1.3.2 - Exposição sobre a execução orçamentária e seus resultados;

7.1.3 - Relação dos contratos e respectivos aditamentos, firmados com a utilização de recursos públicos administrados pela Organização Social para os fins estabelecidos no contrato de gestão, contendo: tipo e número do ajuste, identificação das partes, data, objeto, vigência, valor, condições de pagamento e informações sobre multas, atrasos, pendências ou irregularidades, se houver;

7.1.4 - Relação nominal dos empregados admitidos ou mantidos com recursos do contrato de gestão, indicando as funções, data de admissão; data de demissão (quando houver) e o valor global despendido no período;

7.1.5 - Demonstrativo das eventuais ajudas de custo pagas aos membros do Conselho de Administração;

7.1.6 - Conciliação bancária do mês de dezembro da conta corrente específica, aberta em

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Secretaria Municipal de Saúde

Itu
TEMPO DE CRESCER

instituição financeira oficial, indicada pelo órgão **CONTRATANTE**, para movimentação dos recursos do contrato de gestão, acompanhada do respectivo extrato bancário;

7.1.7 - Demonstrativo integral das receitas e despesas computadas por fontes de recurso e por categorias ou finalidades dos gastos, aplicadas no objeto do contrato de gestão, conforme modelo contido na Instrução Normativa nº 02/2016 - TCESP;

7.1.8 - Balanços dos exercícios encerrados e anteriores, demais demonstrações contábeis e financeiras, acompanhados do balancete analítico acumulado do exercício, tanto da entidade pública gerenciada quanto da Organização Social;

7.1.9 - Certidão expedida pelo Conselho Regional de Contabilidade – CRC, comprovando a habilitação profissional dos responsáveis por balanços e demonstrações contábeis;

7.1.10 - Cópia da publicação da imprensa oficial:

7.1.10.1 - do relatório anual da Organização Social sobre a execução técnica e orçamentária do contrato de gestão;

7.1.10.2 - dos balanços dos exercícios encerrado e anterior, com as demais demonstrações contábeis e financeiras,

7.1.10.3 - do parecer da auditoria independente, se houver;

7.1.11 - Parecer, ou ata de reunião de aprovação, sobre o relatório anual de execução técnica e orçamentária e sobre as contas e demonstrações financeiras e contábeis da entidade pública gerenciada, emitido pelo Conselho de Administração da Organização Social e pelo Conselho Fiscal, se houver;

7.1.12 - Parecer da Auditoria Independente, se houver;

7.1.13 - Declaração atualizada de que o quadro diretivo da Organização Social e o administrativo da entidade gerenciada não possuem parentesco até 2º grau, inclusive por afinidade, com agentes políticos de Poder ou do Ministério Público, dirigente de órgão ou entidade da Administração Pública da mesma esfera governamental ou respectivo cônjuge ou companheiro, bem como parente em linha reta, colateral ou por afinidade;

7.1.14 - Declaração atualizada acerca da contratação ou não de empresa(s) pertencente(s) a parentes até 2º grau, inclusive por afinidade, de dirigentes da organização social e administrativo da entidade gerenciada, ou de agentes políticos de Poder ou do Ministério Público, dirigente de órgão ou entidade da Administração Pública da mesma esfera governamental ou respectivo cônjuge ou companheiro, bem como parente em linha reta, colateral ou por afinidade;

7.1.15 - Declaração atualizada de que as contratações e aquisições/compras da Organização Social com terceiros fazendo uso de verbas públicas, foram precedidas de regras previamente fixadas em regulamento próprio, com critérios impessoais e objetivos e em observância aos demais princípios do artigo 37, caput, da Constituição Federal;

7.1.16 - Declaração atualizada de que os procedimentos de seleção de pessoal da Organização Social, devidamente previstos em regulamento próprio, contendo plano de cargos dos empregados, obedeceram a critérios impessoais e objetivos e em observância aos demais princípios do artigo 37, caput, da Constituição Federal.

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Secretaria Municipal de Saúde

Itu
TEMPO DE CRESCER

CLÁUSULA VIII – OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA **CONTRATADA**

8.1 - Em cumprimento às suas obrigações cabe a **CONTRATADA**, além das obrigações constantes no Edital do Chamamento Público nº 11/2023 e seus anexos, e daquelas estabelecidas na legislação referente ao SUS, bem como, nos diplomas federal e estadual que regem a presente contratação, as seguintes:

8.1.1 - Prestar os serviços de saúde que estão especificados à população usuária do SUS – Sistema Único de Saúde, de acordo com o estabelecido neste contrato;

8.2 - Responsabilizar-se pela indenização de dano decorrente de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, que seus funcionários ou contratados, nessa qualidade, causarem a paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a estes vinculados, bem como, aos bens públicos móveis e imóveis objetos de permissão de uso, assim como dos bens móveis repassados pelo **CONTRATANTE**, os quais serão incorporados e patrimoniados pela Administração assegurando-se o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis;

8.3 - Restituir, em caso de desqualificação, ao Poder Público, o saldo dos recursos líquidos resultantes dos valores dele recebidos;

8.4 - Proceder às adaptações das normas do respectivo Estatuto;

8.5 - Contratar pessoas para a execução das atividades previstas neste Contrato de Gestão, responsabilizando-se pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, tributários e comerciais, resultantes da execução do objeto desta avença;

8.6 - Manter em perfeitas condições de uso, os equipamentos e instrumentos necessários para a realização dos serviços contratados;

8.7 - Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou ao seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste contrato;

8.8 - Manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico, pelo prazo mínimo de 5 (cinco) anos, ressalvados os prazos previstos em lei;

8.9 - Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;

8.10 - Atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal mantendo-se sempre a qualidade dos serviços prestados nessa condição;

8.11 - Afixar aviso em lugar visível, de sua condição de entidade qualificada como Organização Social de Saúde, e de gratuidade dos serviços prestados nessa condição;

8.12 - Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos pacientes;

8.13 - Permitir a fiscalização dos serviços, materiais e equipamentos, com notificação prévia por parte dos representantes habilitados pelo Município para este fim e/ou por parte dos representantes da Comissão Técnica de Avaliação, responsável pela fiscalização da execução contratual;

[redacted] - Apresentar ao Poder Público Municipal signatário do contrato, ao término do prazo de vigência do Contrato, ou a qualquer momento, conforme recomende o interesse público, relatório pertinente à execução do contrato de gestão, contendo comparativo das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondentes ao exercício financeiro;

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Secretaria Municipal de Saúde

Itu TEMPO DE CRESCER

8.15 - Fornecer os insumos necessários à execução do objeto contratual, em conformidade com o Plano Orçamentário de Custeio, não estando contemplados os matérias e medicamentos de Dispensação/consumo fora de padronização;

8.16 - Manter durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no Chamamento Público;

8.17 - Permitir e facilitar à Fiscalização, a inspeção dos serviços no horário normal de trabalho, prestando todas as informações solicitadas pela Prefeitura da Estância Turística de Itu/SP;

8.18 - Informar à Administração da ocorrência de quaisquer atos, fatos ou circunstâncias que possam atrasar ou impedir a realização dos serviços, sugerindo as medidas para corrigir a situação;

8.19 - Estabelecer normas de segurança e tomar as providências que visem a total proteção dos funcionários e de terceiros na execução dos serviços;

8.20 - Obrigar-se ao cumprimento das disposições legais referentes à segurança, higiene e medicina do trabalho;

8.21 - A **CONTRATADA** será a única e exclusiva responsável por danos e prejuízos que causar à Prefeitura da Estância Turística de Itu/SP, ou a terceiros, em decorrência da execução dos serviços, sem quaisquer ônus para a **CONTRATANTE**, ressarcimentos ou indenizações que tais danos ou prejuízos possam causar;

8.22 - Cumprir integralmente todas as normas legais relativas à proteção ambiental, quer sejam federais, estaduais ou municipais, responsabilizando-se a **CONTRATADA** por quaisquer penalidades decorrentes de sua inobservância.

8.23 - Remunerar somente dirigentes da Organização Social, que tenham atuação efetiva na sua gestão executiva. Vedada a remuneração dos Membros do Conselho de Administração da Organização Social, excetuada a ajuda de custo por reunião da qual participem. Além disso, os Conselheiros eleitos ou indicados para integrar a diretoria da entidade, devem renunciar ao assumirem funções executivas.

8.24 - Vedado relacionamento comercial com profissional (contratar serviços, fazer aquisições, contratar funcionários, etc.), com pessoas físicas e jurídicas que se relacionem com dirigentes da Organização Social que detenham poder decisório.

8.25 – Os contrato a serem celebrados pela organização social com terceiros, com recursos públicos, sejam conduzidos de forma pública, objetiva e impessoal com observância dos princípios do caput do artigo 37 da Constituição Federal e dos termos do Regulamento próprio a ser editado pela entidade na forma do artigo 4º, inciso VIII, da Lei Federal nº 9.637/98;

8.26 – A seleção de pessoal pela Organização Social seja conduzida de forma pública, objetiva e impessoal com observância dos princípios do caput do artigo 37 da Constituição Federal e dos termos do Regulamento próprio a ser editado pela entidade na forma do artigo 4º, inciso VIII, da Lei Federal nº 9.637/98.

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Secretaria Municipal de Saúde

Itu
TEMPO DE CRESCER

CLÁUSULA IX – DAS OBRIGAÇÕES DA **CONTRATANTE**

9.1 - Para a execução dos serviços objeto do presente contrato de gestão, a **CONTRATANTE** obriga-se a:

9.1.1 - Fiscalizar a execução dos serviços;

9.1.2 - Efetuar os repasses nos prazos aqui determinados;

9.1.3 - Prover a **CONTRATADA** dos meios necessários à execução do objeto deste contrato;

9.1.4 - Programar no orçamento do Município, nos exercícios subsequentes ao da assinatura do presente contrato de gestão, os recursos necessários, nos elementos financeiros específicos para custear a continuidade da execução do objeto contratual;

9.1.5 - Ceder o uso do imóvel destinado às instalações do Hospital Municipal de Itu;

9.1.6 - Instituir a Comissão Técnica de Avaliação, nos termos dos artigos 11 e seguintes da Lei Municipal nº 1.190/2010.

CLÁUSULA X- DA AVALIAÇÃO E FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO

10.1 - A Comissão Técnica de Avaliação procederá a verificação mensal de desenvolvimento das atividades e retorno obtido pela **CONTRATADA** com aplicação dos recursos sob sua gestão, elaborando, ao término do exercício orçamentário, relatório circunstanciado e conclusivo que deverá ser encaminhado à autoridade superior, através do Relatório de Atividades;

10.2 - O Relatório de Atividades, este sob encargo da **CONTRATADA**, relacionado aos serviços executados integrantes do Contrato, deverá ser entregue à **CONTRATANTE**, até o 30º dia de cada mês subsequente ao mês de referência;

10.3 - Compete à **CONTRATANTE** através da Secretaria Municipal de Saúde, acompanhar, fiscalizar, receber e atestar a qualidade dos serviços executados pela **CONTRATADA**, embora se consigne expressamente que a fiscalização exercida em nada diminui a responsabilidade civil e administrativa da **CONTRATADA**;

10.4 - A **CONTRATANTE** poderá rejeitar justificadamente, no todo ou em parte, os serviços executados em desacordo com os termos do Contrato ou instrumento equivalente, sem que caiba qualquer indenização à **CONTRATADA**.

CLÁUSULA XI – DO ACOMPANHAMENTO

11.1 - A execução do presente contrato de gestão será acompanhada pela Secretaria Municipal de Saúde, através da Comissão Técnica de Avaliação, conforme o disposto neste contrato, seus anexos e dos instrumentos por ela definidos.

11.2 - A **CONTRATADA** designará um Representante e Responsável pela execução dos serviços, assegurando, sob pena de responsabilidade, que o mesmo preenche as condições necessárias.

CLÁUSULA XII – DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL

12.1 - O presente contrato de gestão poderá ser alterado, parcial ou totalmente, mediante prévia justificativa por escrito que conterá a declaração de interesse de ambas as partes e deverá ser autorizado pelo Prefeito Municipal, ouvida a Secretário Municipal de Saúde, na forma do artigo 58, inciso I, da Lei nº 8.666/93 e suas alterações.

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

12.2 - Qualquer modificação de forma ou quantidade (acréscimo ou redução) dos serviços, objeto deste Contrato, poderá ser determinada pelo **CONTRATANTE** mediante assinatura de Termos Aditivos, observadas as normas legais vigentes.

CLÁUSULA XIII – DAS PENALIDADES

13.1 - O não cumprimento das obrigações contratuais e demais condições constantes do Edital sujeitará a **CONTRATADA** às penalidades previstas na Lei 8.666, de 21de junho de 1.993, garantida a prévia defesa:

13.1.1 - Advertência;

13.1.2 - Multa de 0,1% (zero vírgula um por cento) a 10,0% (dez por cento) do valor do contrato;

13.1.3 - Suspensão temporária de participar de licitações e de contratar com a Administração por prazo não superior a 2 (dois) anos;

13.1.4 - Declaração de idoneidade para licitar e contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação, perante a Administração **CONTRATANTE**, após o ressarcimento dos prejuízos que a empresa **CONTRATADA** vier a causar, decorrido o prazo da sanção aplicada com base nesta cláusula;

CLÁUSULA XIV- DA RESCISÃO

14.1 - A rescisão do CONTRATO poderá ser efetivada por:

14.1.1 - Ato unilateral da **CONTRATANTE**, na hipótese de descumprimento, por parte da **CONTRATADA**, ainda que parcial, das cláusulas que inviabilizem a execução de seus objetivos e metas previstas no presente CONTRATO, decorrentes de má gestão, culpa e/ou dolo;

14.1.2 - Ato unilateral da **CONTRATADA** na hipótese de atrasos dos repasses devidos pela **CONTRATANTE**, superiores a 90 (noventa) dias da data fixada para o pagamento, cabendo à **CONTRATADA** notificar o Município, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, informando do fim da prestação dos serviços conveniados;

14.1.3 - Acordo entre as partes reduzido a termo, tendo em vista o interesse público;

14.1.4 - Verificada qualquer uma das hipóteses ensejadora da rescisão contratual, o Poder Executivo providenciará a imediata revogação da permissão de uso dos bens públicos colocados à disposição da **CONTRATADA**, e nos casos do item 15.1.1 desta cláusula, a imposição das sanções legais cabíveis, após apuradas as faltas em processo regular, assegurada à ampla defesa;

14.1.5 - Havendo desqualificação da **CONTRATADA** deverá haver disponibilização imediata dos arquivos referentes ao registro atualizado de todos dos atendimentos efetuados nas unidades, bem como as fichas e prontuários dos usuários;

14.1.6 - A **CONTRATADA** terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data da rescisão do Contrato, para quitar suas obrigações e prestar contas de sua gestão à **CONTRATANTE**.

14.2 - Constituem motivos para rescisão do Contrato:

14.2.1 - O não cumprimento de cláusulas contratuais, especificações ou prazos;

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Secretaria Municipal de Saúde

Itu
TEMPO DE CRESCER

14.2.2 - Atraso injustificado no início de execução do serviço;

14.2.3 - Paralisação do serviço sem justa causa e prévia comunicação a Administração;

14.2.4 - Dissolução;

14.2.5 - Razões de interesse público, de alta relevância e amplo conhecimento, justificadas e determinadas pela máxima autoridade da esfera administrativa a que será subordinado o contratado.

14.2.6 - Inobservância do nível de qualidade proposto ou exigível para a execução dos serviços.

14.2.7 - Inobservância dos demais termos dispostos no Artigo 78 e seus incisos da Lei n.º 8666/93.

CLÁUSULA XV– DISPOSIÇÕES FINAIS

15.1 - É vedada a cobrança por serviços médicos ou outros suplementares da assistência devida ao paciente.

15.2 - Sem prejuízo do acompanhamento da fiscalização e da normatividade suplementar exercidas pela **CONTRATANTE** sobre a execução do presente contrato, a **CONTRATADA** reconhece a prerrogativa de controle e autoridade normativa genérica da direção nacional do SUS – Sistema Único de Saúde, decorrente da Lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), ficando certo que eventuais alterações decorrentes de tais competências normativas serão objeto de termo aditivo, ou de notificação dirigida à **CONTRATADA**.

CLÁUSULA XVI – DA PERMISSÃO DE USO DOS BENS PÚBLICOS MÓVEIS E IMÓVEL

16.1. - Com fulcro nos artigos 17 e 18 da Lei Municipal n.º 1.190/2010, é concedida a PERMISSÃO DE USO dos bens móveis arrolados e discriminados em documento anexo a este, pelo prazo de vigência do presente CONTRATO DE GESTÃO.

16.2. - Com fulcro nos artigos 17 e 18 da Lei Municipal nº 1.190/2010, é concedida a PERMISSÃO DE USO do bem imóvel situado à Avenida Convenção, nº 550, Vila Nova, Itu/SP, em que se dão as atividades do Hospital Municipal de Itu, pelo prazo de vigência do presente CONTRATO DE GESTÃO.

16.3. – Constitui-se em obrigação da **CONTRATADA** zelar pelos equipamentos, instrumentais, bens móveis e imóveis necessários a realização dos serviços contratados, até sua restituição ao Poder Público;

16.4. - A **CONTRATADA** deverá comunicar à instância responsável da **CONTRATANTE** todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após sua ocorrência;

16.5. - A **CONTRATANTE** entregará os imóveis equipados com os bens declarados no Termo de Referência e a recomposição e manutenção dos equipamentos, instrumentais, bens móveis e imóveis são de responsabilidade da **CONTRATADA**, cabendo a comunicação à **CONTRATANTE** de intercorrências que comprometa a sua integridade operacional;

16.6. - As benfeitorias realizadas nos imóveis serão incorporados ao patrimônio municipal, não importando sua natureza ou origem dos recursos;

16.7. - Nos termos do Art. 18 da Lei Municipal n.º 1.190/2010, os bens móveis públicos

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Secretaria Municipal de Saúde

Itu
TEMPO DE CRESCER

permitidos para uso poderão ser permutados por outros de igual ou maior valor, desde que os novos bens integrem o patrimônio do Município.

PARAGRÁFO ÚNICO. A permuta a que se refere este item dependerá da prévia avaliação do bem e expressa autorização do Poder Executivo.

CLÁUSULA XVII – DO FORO

17.1 - As partes elegem o Foro da Comarca de Itu, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja para dirimir questões oriundas do CONTRATO que não puderem ser resolvidas pelas partes.

E, por estarem assim justos e contratados, é o presente assinado em 03 (três) vias, para um só efeito de direito.

Itu, 21 de junho de 2024

Pela **CONTRATANTE**:

Margareth Lopes Venturinelli
Secretária Municipal de Saúde

Pela **CONTRATADA**:

Luis Antonio Picerni Herce
Sociedade Brasileira Caminho de Damasco
Presidente - CPF: 034.804.548-44

TESTEMUNHAS:

1) Tatiane Cristina H.S. Da Silva
Aux. Administrativo
(Gestora do Contrato)

2) Daniela Cristina de Moraes
Gestora de Orçamento

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Secretaria Municipal de Saúde

Itu
TEMPO DE CRESCER

TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO

CONTRATANTE: PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE ITU

CONTRATADA: SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO

CONTRATO: Nº 119/2024, de 21 de junho de 2024.

OBJETO: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS TÉCNICOS ESPECIALIZADOS DE OPERACIONALIZAÇÃO, GERENCIAMENTO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DO HOSPITAL MUNICIPAL DE ITU

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

1. Estamos CIENTES de que:

a) o ajuste acima referido, seus aditamentos, bem como o acompanhamento de sua execução contratual, estarão sujeitos a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;

b) poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraindo cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCESP;

c) além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;

d) as informações pessoais dos responsáveis pela **CONTRATANTE** e interessados estão cadastradas no módulo eletrônico do "Cadastro Corporativo TCESP – CadTCESP", nos termos previstos no Artigo 2º das Instruções nº 01/2020, conforme "Declaração (ões) de Atualização Cadastral" anexa (s);

e) é de exclusiva responsabilidade do contratado manter seus dados sempre atualizados.

2. Damo-nos por NOTIFICADOS para:

a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente publicação;

b) Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber.

LOCAL e DATA: Itu, SP, 21 de junho de 2024.

AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO/ENTIDADE:

Nome: **Guilherme dos Reis Gazzola**

Cargo: Prefeito Municipal

CPF: 123.005.308-56

Assinatura:

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

[redacted]

Secretaria Municipal de Saúde

Itu
TEMPO DE CRESCER

RESPONSÁVEIS PELA HOMOLOGAÇÃO DO CERTAME OU RATIFICAÇÃO DA DISPENSA/INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO:

Nome: **Margareth Lopes Venturinelli**
Cargo: Secretária Municipal de Saúde
CPF: 065.709.598-24
Assinatura: _____

RESPONSÁVEIS QUE ASSINARAM O AJUSTE:

Pelo CONTRATANTE:

Nome: **Margareth Lopes Venturinelli**
Cargo: Secretária Municipal de Saúde
CPF: 065.709.598-24
Assinatura: _____

Pela CONTRATADA:

Nome: **Luis Antonio Picerni Herce**
Cargo: Presidente
CPF: 034.804.548-44
Assinatura: _____

ORDENADOR DE DESPESAS DA CONTRATANTE:

Nome: **Margareth Lopes Venturinelli**
Cargo: Secretária Municipal de Saúde
CPF: 065.709.598-24
Assinatura: _____

GESTORA DO CONTRATO:

Nome: **Tatiane Cristina H.S. Da Silva**
Cargo: Auxiliar Administrativo
CPF: 370.747.568-90
Assinatura: Tatiane Santos

[redacted]



DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Itu PREFEITURA

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 n° 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:

1° 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

Av. Itu 400 Anos, 111 – Novo Centro, Itu - SP
CEP: 13303-500 - PABX: (11) 4886-9600

O 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: 11.5030 - OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS - 24° 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 n° 149/2023 CNJ - artigo 305.

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Itu PREFEITURA

Indice 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

Av. Itu 400 Anos, 111 – Novo Centro, Itu - SP
CEP: 13303-500 - PABX: (11) 4886-9600

O 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-0300, CNS: 11.5030 - OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS - 2º 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.

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Itu PREFEITURA

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

Av. Itu 400 Anos, 111 – Novo Centro, Itu - SP
CEP: 13303-500 - PABX: (11) 4886-9600

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ALEX MORERA SANTOS JUNIOR, em quinta-feira, 12 de junho de 2025 14:02:35 GMT-03:00, CNS: 11.5030 - 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.

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Itu PREFEITURA

	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 SAUDE 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 - CLINICO	
CLINICA GERAL	14
PEDIATRICO	
PEDIATRA CIRURGICA	2
TOTAL	**30**

Itu-SP, 11 de junho de 2025.

gov.br Documento assinado digitalmente
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

O 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-0300, CNS: 11.5030 - 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.

Av. Itu 400 Anos, 111 – Novo Centro, Itu - SP
CEP: 13303-500 - PABX: (11) 4886-9600

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Prefeitura de Ituiutaba

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:

1° 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
2° 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

O 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.

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

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
AMBULATORIAL	MÉDIA COMPLEXIDADE
ATIVIDADE	**NÍVEL DE ATENÇÃO**
HOSPITALAR	MÉDIA COMPLEXIDADE

O 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.

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

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

O 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.

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

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

O 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.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

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/CLINICO
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	

O 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.

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

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

O 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: 11.508-0 - 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.

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Prefeitura Municipal de Cubatão

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,

O presente 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 conferido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

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:

1° 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	
indice 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	
2° Ano de Contrato			
Indicador	Meta Estabelecida	Resultado Alcançado	Situação

O presente 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.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Prefeitura Municipal de Cubatão

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	
3° 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

O presente 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.

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Prefeitura Municipal de Cubatão

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

O presente 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.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Prefeitura Municipal de Cubatão

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

O presente documento digital foi gerado com o uso de certificado digital e assinado digitalmente por ALEX MONTEIRA 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.

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Prefeitura Municipal de Cubatão

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	ASSISTENCIA 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

SECRETARIA DE SAÚDE
Rua Pedro José Cardoso, 567 - Vila Paulista - Cubatão/SP - cep: 11510-100
3512-4832 www.cubatao.sp.gov.br /prefeituradecubatao /prefeituradecubataooficial

O presente 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 [illegible]- 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.cnsad.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.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Prefeitura Municipal de Cubatão

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 LABORATORIO CLÍNICO	EXAMES BIOQUIMICOS
SERVIÇO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA E/OU CITOPATOLOGIA	EXAMES CITOPATOLOGICOS
SERVIÇO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLÍNICO	EXAMES COPROLOGICOS
SERVIÇO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLÍNICO	EXAMES DE GENETICA
SERVIÇO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLÍNICO	EXAMES DE UROANALISE
SERVIÇO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLÍNICO	EXAMES EM OUTROS LIQUIDOS BIOLOGICOS
SERVIÇO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLÍNICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E DEMOSTASIA
SERVIÇO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLÍNICO	EXAMES HORMONAIS
SERVIÇO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLÍNICO	EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS
SERVIÇO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLÍNICO	EXAMES MICROBIOLOGICOS
SERVIÇO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLÍNICO	EXAMES PARA TRIAGEM NEONATAL
SERVIÇO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLÍNICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS
SERVIÇO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO 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 PFENS DE ASSI

O presente 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.

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

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

O presente 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.

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

2. Experiência em Hospital Filantrópico

Docusign Envelope ID: 27888BED-2FC2-4C05-8F66-0C20EA5ECE35

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

REG. CIVIL DE P. JURÍDICA
Fls. 01
GARÇA

AO OFICIAL DO REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA DA COMARCA DE GARÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO.

SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO, associação não governamental fundada em 19 de novembro de 1939, com seu estatuto social de constituição aprovado em 20 de janeiro de 1940, para fins não econômicos, registrada no CNPJ sob n. 48.211.585/0001-15, com sede na Rua Gabriela, n. 144, município de Garça, Estado de São Paulo, CEP 17400-000, inscrita na Prefeitura do Município de São Paulo com o número de contribuinte 025.016.0034-7, através de seu representante legal **LUIS ANTONIO PICERNI HERCE**, brasileiro, solteiro, advogado, portador da Cédula de identidade RG n. 11.784.356-8, inscrito no CPF/MF sob o n. 034.804.548-44, residente e domiciliado na Avenida Clavasio Alves da Silva, n. 525, bl. 02, apto. 53, Bairro do Limão, município de São Paulo, Estado de São Paulo, vem requerer a averbação e arquivamento da Ata de Reunião da Assembleia Geral Extraordinária realizada em 01 de novembro de 2024, junto ao Registro Civil de Pessoa Jurídica, atualmente registrada sob n. 11, à fl. 12, Lv. A (outrora arquivada junto ao Registro n. 6, à fl. 6, do Lv. A-1), juntando para tanto a documentação necessária.

Nestes termos, pede deferimento.

Garça, 01 de novembro de 2024

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4798
Registro nº 11

LUIS ANTONIO PICERNI HERCE
CPF/MF n. 034.804.548-44
RG n. 11.784.356-8

Matriz – Hospital Caminho de Damasco
Rua Gabriela, 144 – Labienópolis
Garça – SP – CEP 17400-000
Tel. (14) 3471-4164

WWW.SBCDSAUDE.ORG.BR

Sede Administrativa – São Paulo - SP
Rua Dr. Jesuíno Maciel, 1956 – Campo Belo
São Paulo – SP – CEP 04615-005
Tel. (11) 5090-3030

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Docusign Envelope ID: 27888BED-2FC2-4C05-8F66-0C20EA5ECE35

Sociedade Beneficente
Caminho de Damasco - SBCD

REG. CIVIL DE P. JURÍDICA
Fls. 030

EDITAL DE CONVOCAÇÃO DE REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DA ASSEMBLEIA GERAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO, INSCRITA NO CNPJ/MF SOB N. 48.211.585/0001-15, A REALIZAR-SE NO DIA 01 DE NOVEMBRO DE 2024.

O Presidente da Sociedade Brasileira Caminho de Damasco convoca os associados, os membros da Diretoria Executiva e os membros do Conselho de Administração para Reunião Extraordinária da Assembleia Geral, nos termos de seu estatuto social, a ser realizada no dia 01 de novembro de 2024, às 14:00 horas em primeira convocação, e às 15:00 em segunda convocação na filial da Sociedade Brasileira Caminho de Damasco, situada na Rua Doutor Jesuíno Maciel, n. 1956, Campo Belo, município de São Paulo, Estado de São Paulo, CEP 04615-006, para tratar da seguinte ordem do dia:

1) Aprovação de ingresso de novo associado;
2) Alterar, aprovar e homologar a alteração e a reforma parcial do Estatuto Social, especificamente no parágrafo único do artigo 2°., na alínea xi do artigo 10, e o artigo 59 do Estatuto Social;
3) Alteração de composição de membros do Conselho Fiscal; e
4) Assuntos gerais de interesse da Sociedade Brasileira Caminho de Damasco.

Garça, 21 de outubro de 2024.

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4798
Registro nº 11

Luis Antonio Picerni Herce
Presidente da Sociedade Brasileira Caminho de Damasco

O presente edital foi afixado na sede e na filial da Sociedade Brasileira Caminho de Damasco, conforme exigido pelo estatuto social, tornando público à todos os associados e membros dos órgãos deliberativos.

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Docusign Envelope ID: 27888BED-2FC2-4C05-8F66-0C20EA5ECE35

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4798
Registro nº 11

REG. CIVIL DE P. JURÍDICA
Fls. 2021

ATA DA ASSEMBLEIA GERAL EXTRAORDINÁRIA DA SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO, INSCRITA NO CNPJ/MF SOB O N. 48.211.585/0001-15, REALIZADA NO DIA 01 DE NOVEMBRO DE 2024.

Ao primeiro dia do mês de novembro de 2024, realizou-se a Assembleia Geral Extraordinária da Sociedade Brasileira Caminho de Damasco, inscrita no CNPJ/MF sob o n. 48.211.585/0001-15, em segunda convocação, às quinze horas, na filial da Sociedade Brasileira Caminho de Damasco, situada0 na Rua Doutor Jesuíno Maciel, n. 1956, Campo Belo, município de São Paulo, Estado de São Paulo, CEP 04615-006. A Assembleia foi convocada pelo Presidente **Luis Antonio Picerni Herce**, nos termos do artigo 29 do estatuto social e conforme edital de convocação datado de 21 de outubro de 2024. Participam da Assembleia, além do Presidente da Caminho de Damasco, os associados **Arnaldo Fernandes de Oliveira, Diego K. Silva, Ricardo Gonçalves Borba, Antonio Carlos Ferreira da Costa, Newton Cesar Carrinhena, Moacir Rodrigues da Silva Filho, Carlos Alberto Garofolo, João Vicente da Silveira, Dulcineia Primilla, Aderson Buzzato Rodrigues de Souza, Leslei Natanc Alves Oliveros, Dr. Newton Cesar Carrinhena, Claudio Camargo Machado, Paulo Evaristo Urbani de Carvalhinha, Fernanda Jurado, Cylmara Gargalak Aziz Silveira e Vania dos Reis Lombardi,** e também **Sebastião Garcia Junior,** todos indicados na lista de presença anexa, que fica fazendo parte integrante da presente ata. O Presidente da Assembleia **Luis Antonio Picerni Herce** deu por instalada a presente Assembleia Geral, e convidou a mim, **Newton Cesar Carrinhena,** para secretariar a reunião. O Presidente determinou que se procedesse a lavratura da ata em ato contínuo aos acontecimentos, utilizando-se de computador disponibilizado para este fim, objetivando a leitura e votação da ata ao final da Assembleia. O Presidente, retomando a palavra, fez a leitura da Ordem do Dia, de acordo com o Edital datado de 21 de outubro de 2024, afixado na sede e nas filiais da Sociedade Brasileira Caminho de Damasco, tornando público a todos os associados e membros dos órgãos deliberativos, a saber: 1) Aprovação de ingresso de novo associado; 2) Alterar, aprovar e homologar a alteração e a reforma parcial do Estatuto Social, no parágrafo único do artigo 2°., na alínea xi do artigo 10, e artigo 59 do Estatuto Social; 2)

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Docusign Envelope ID: 27888BED-2FC2-4C05-8F66-0C20EA5ECE35

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4798
Registro nº 11

REG. CIVIL DE P. JURÍDICA
Fls. 432
GARÇA - SP

Alteração da composição de membros do Conselho Fiscal; e 3) Assuntos gerais de interesse da Sociedade Brasileira Caminho de Damasco. Terminada a leitura da Ordem do Dia, o Presidente da Assembleia colocou em discussão o **item 1 da Ordem do Dia – Aprovação de ingresso de novo associado:** O Presidente da Assembleia apresentou o nome de Sebastião Garcia Junior como novo associado, sendo devidamente qualificado conforme carta de admissão no quadro associativo em anexo e parte integrante desta ata. Após a indicação do novo associado, o nome foi aprovado por unanimidade, passando o Sr. Sebastião Garcia Junior a ser associado da SBCD. Após a aprovação do item 1, passou-se a tratar do **item 2 da Ordem do Dia: Alterar, aprovar e homologar a alteração e a reforma parcial do Estatuto Social, no parágrafo único do artigo 2º., na alínea xi do artigo 10, e artigo 59 do Estatuto Social.** O Presidente da Assembleia esclareceu quais são as alterações do estatuto social e quanto ao encerramento e a criação de novas filiais. Dessa forma, com essas alterações, esses artigos passam a ter a seguinte redação: **O Artigo 2º. passa a ter a seguinte redação:** *Artigo 2º. A Caminho de Damasco terá sede e foro na Rua Gabriela, n. 144, município de Garça, Estado de São Paulo, CEP 17404-310, podendo, por deliberação do Conselho de Administração, manter filiais ou quaisquer outras dependências no município de São Paulo ou em outros municípios e Estados no Território Nacional. § Único: A Caminho Damasco tem as seguintes filiais: Rua Doutor Jesuíno Maciel, n. 1956, Campo Belo, município de São Paulo, Estado de São Paulo, CEP 04615-006; Rua América, n. 185, Labienópolis, município de Garça, Estado de São Paulo, CEP 17404-270; Rua Gabriela, n. 144, salas 01 a 10, município de Garça, Estado de São Paulo, CEP 17404-310; Rua dos Ferroviários, n. 528, Jardim Mesquita, município de Jacareí, Estado de São Paulo, CEP 12327-683; Avenida Joaquim Miguel Couto, n. 811, Sala 110, Vila Paulista, município de Cubatão, Estado de São Paulo, CEP 11510-010; Avenida Nove de Julho, n. 691, Jardim Padre Bento, município de Itu, Estado de São Paulo, CEP 13313-100; Rua da Convenção, n. 550, Vila Nova, município de Itu, Estado de São Paulo, CEP 13313-000; Avenida Nove de Julho, n. 706, Jardim Padre Bento, município de Itu, Estado de São Paulo, CEP 13313-100; Rua Pedro de Paula Leite, nº 496, Centro, município de Itu, Estado de São Paulo, CEP 13300-043; Rua Conselheiro Saraiva, n. 826, Santana, município de São Paulo, Estado de São Paulo, CEP 02037-021; Rua Vieira de Morais, n. 1713, 5º e 7º andares, Campo Belo, município de São Paulo, Estado de São Paulo, CEP 04617-015; Rua Guararapes, nº 282, Vila*

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Docusign Envelope ID: 27888BED-2FC2-4C05-8F66-0C20EA5ECE35

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4798
Registro nº 11

REG. CIVIL DE P. JURÍDICA
Fls. 132

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Sanches, município de Andradina, Estado de São Paulo, CEP: 16900-109; Avenida Henry Borden, nº 21, Vila Santa Rosa, município de Cubatão, Estado de São Paulo, CEP: 11515-000; Rua Voluntários da Pátria, nº 4301- Bloco Psiquiátrico B, Santana, município de São Paulo, Estado de São Paulo, CEP: 02401-400 (PAI); Rua Voluntários da Pátria, nº 4301; Santana, município de São Paulo, Estado de São Paulo, CEP: 02401-400 (CRI); Q Mocambinho Setor A, s/n, Mocambinho, município de Teresina, Estado do Piauí, CEP: 64010-060; Avenida Arthur Franco, nº 215, Quadra Ant 210, Centro, município de Promissão, Estado de São Paulo, CEP: 16370-000; Rua Gabriela, nº 144, salas 11 a 14, Labienópolis, município de Garça, Estado de São Paulo, CEP: 17404-310; Rua Francisco da Costa Araujo, nº 29, Centro, município de Picos, Estado do Piauí, CEP: 64600-076; Rua Cidade do Prata, nº 415, sala-01, Centro, município de Iturama, Estado de Minas Gerais, CEP: 38280-000; Rua Joaquim Pacífico da Silva, s/n, Catavento, município de Picos, Estado do Piauí, CEP: 64607-328; Avenida Senador Helvídio Nunes, s/n, Paraibinha, município de Picos, Estado do Piauí, CEP: 64606-245; e Rua Papagaio, nº 700, Vila Betania, município de São João do Piauí, Estado do Piauí, CEP: 64760-000. **O Artigo 10º. passa a ter a seguinte redação:** *Artigo 10. A Caminho de Damasco terá por objetivos: i. Promover, gratuitamente, programas na área da saúde, de natureza preventiva, curativa, saúde da família e outros em Hospitais de média e alta complexidade, Prontas Socorros, Prontos Atendimentos e outras Unidades de Saúde da Atenção Básica; ii. Realizar a gestão de unidades de saúde, prestação de serviços na área da saúde, disponibilizar recursos humanos para a prestação de serviços médicos e hospitalares bem como para as atividades meio e atividades fim das unidades de saúde sob sua gestão; iii. Desenvolver programas de atenção básica à saúde e/ou serviços de prevenção e atendimento à saúde, visando atenção primária, secundária e terciária, urgências e emergências, diagnóstico, terapêutica, órteses e próteses, pesquisas na área da saúde, produção e distribuição de medicamentos, materiais e equipamentos indispensáveis à saúde pública, em espaços cedidos pelos parceiros, espaços próprios, cedidos ou alugados; iv. Promoção gratuita da assistência social às famílias, às pessoas idosas e às pessoas com deficiência; v. Promover ações de proteção à família, à infância, à maternidade e à velhice; vi. Desenvolver programas sociais, culturais, educacionais, esportivos e recreativos com vistas à atenção à saúde da comunidade; vii. A defesa, a preservação e a conservação do meio ambiente, a promoção do desenvolvimento sustentável e ações*

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Docusign Envelope ID: 27868BED-2FC2-4C05-8F68-0C20EA5ECE35

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4798
Registro nº 11

REG. CIVIL DE P. JURÍDICA
Fls. 2621

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

voltadas para a educação ambiental, promover a defesa de bens e direitos sociais, coletivos e difusos relativos ao meio ambiente, ao patrimônio cultural, artístico, estético, paisagístico, aos direitos humanos e dos povos; viii. Implementar a gestão de sistemas educacionais em parceria com o poder público e/ou privado, gerenciar, organizar, manter e desenvolver programas de educação continuada de trabalhadores em programas de aperfeiçoamento, capacitação, atualização, qualificação, requalificação e treinamento, em suas dependências ou fora delas, de forma presencial ou diferentes modalidades de ensino à distância, mediante parcerias e convênios com o poder público e/ou privado, com empresas, universidades, e outros inclusive para o desenvolvimento de tecnologias, divulgação do conhecimento técnico e científico; ix. Promover e realizar atividades de monitoramento e avaliação de resultados de programas e projetos, impactos de políticas públicas, suporte técnico e logístico a instituições públicas e privadas; x. Realização de ações e atendimento em saúde e educação continuada aos beneficiários e usuários da assistência social; xi. participar como sócia quotista ou acionista em sociedades de propósito específico (SPE), consórcios, e outras sociedades de natureza empresarial ou associativa, com vistas ao desenvolvimento de novos negócios, à ampliação de sua atuação no mercado ou à celebração de parcerias estratégicas; xii. Fomento às ações para recuperação e integração à sociedade de dependentes de substâncias psicoativas. §1º. A assistência social e de saúde serão prestadas com recursos próprios e provenientes da prestação de serviços de saúde ou provenientes da parceria com a iniciativa privada ou o Poder Público estabelecidos em Contratos de Gestão, convênios, contratos, parcerias e será gratuito para os beneficiários para as áreas da saúde e assistência social, nas proporções fixadas na legislação em vigor. §2º. Para cumprir seus objetivos, a Caminho de Damasco atuará tanto por meio da execução direta de projetos, de programas ou planos de ações; do desenvolvimento de ferramentas, sistemas e dispositivos; de serviços na área privada; da doação de recursos físicos, humanos e financeiros; bem como por meio de apoio a outras empresas privadas, associações e fundações não governamentais com fins não econômicos e a órgãos e empresas do setor público que atuam em áreas relacionadas aos objetivos sociais da Caminho de Damasco. **O Artigo 59º. passa a ter a seguinte redação:** *No caso de dissolução ou extinção da Caminho de Damasco, o que se dará por deliberação expressa do Conselho de Administração, com presença mínima de 2/3 (dois terços dos membros, bem como na hipótese de*

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Docusign Envelope ID: 27888BED-2FC2-4C05-8F66-0C20EA5ECE35

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4798
Registro nº 11

REG. CIVIL DE P. JURÍDICA
Fls.

desqualificação como Organização Social, eventual patrimônio remanescente será destinado a entidades beneficentes certificadas ou a entidades públicas, em conformidade com o disposto no inciso VIII do artigo 3º. Da Lei Complementar 187/2021, c/c o inciso III do artigo 5º do Decreto nº 11.791/2023. Após esclarecimentos e apresentação das alterações no estatuto social, com a leitura em voz alta em sua integralidade pelo Sr. Presidente da Assembleia, **Luis Antonio Picerni Herce**, a matéria foi colocada em discussão, sendo aprovadas e homologadas pelos associados as alterações e reforma parcial do estatuto, por unanimidade. O novo Estatuto Social, em sua íntegra, é anexado à presente Ata de Reunião Extraordinária da Assembleia Geral. A presente deliberação teve a ciência e concordância do Presidente da Diretoria Executiva, bem como dos demais presentes. Após decisão acima, sendo a redação do novo estatuto social aprovado e homologado em sua unanimidade, o Presidente da Assembleia passou a tratar sobre o **item 3 da Ordem do Dia – Alteração de composição de membros do Conselho Fiscal.** Tomando a Palavra, o Presidente **Luis Antonio Picerni Herce** informou que o Suplente do Conselho Fiscal, Sr. Aderson Buzzato Rodrigues de Souza, por motivos de foro íntimo, deixará de fazer parte do Conselho Fiscal. A fim de substituí-lo para o mandato atual, o Presidente indicou o associado Sebastião Garcia Junior, brasileiro, casado, portador da cédula de identidade RG nº 27.007.581, inscrito no CPF sob o nº 263.961.318-97, residente e domiciliado na Rua João Eboli, nº 100, São Bernardo do Campo, Estado de São Paulo, CEP 09895-550. Colocado em votação pelo Presidente, todos os presentes, por unanimidade, aprovaram a substituição para o novo membro do Conselho Fiscal, que assumirá a partir desta data o respectivo cargo de suplente até o encerramento do mandato atual. Após a aprovação da indicação e nomeação para o novo membro do Conselho Fiscal, o Presidente passou a tratar do **item 4 - Assuntos gerais de interesse da Sociedade Brasileira Caminho de Damasco.** Tomando a palavra, o Presidente **Luis Antonio Picerni Herce** franqueou a palavra aos presentes, e, após várias observações e debates, decidiu-se que nada mais havia a ser deliberado ou votado. Após foi procedida a leitura da presente Ata, a qual foi aprovada por unanimidade dos presentes. A presente ata vai assinada pelo Presidente da Assembleia e pelo Secretário Geral da Assembleia. A Ata vai acompanhada pela lista de presença com a assinatura de todos os presentes e pelo novo estatuto social, para que sejam encaminhados para registro junto ao

DS

Docusign Envelope ID: 27888BED-2FC2-4C05-8F66-0C20EA5ECE35

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

REG. CIVIL DE P. JURÍDICA
Fls. 2026
GARÇA - SP

Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoa Jurídica da Comarca de Garça/SP. Nada mais havendo deu-se por encerrado os trabalhos.

São Paulo, 01 de novembro de 2024.

Luis Antonio Picerni Herce
Presidente da Diretoria Executiva
Presidente da Assembleia

Newton Cesar Carrinhena
Presidente do Conselho de Administração
Secretário Geral da Assembleia

Ana Paula Rodrigues Metropolo
Advogada OAB/SP nº 152.867

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4798
Registro nº 11

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

REG. CIVIL DE P. JURÍDICAS
Fls. 1021

São Paulo, 21 de outubro de 2024.

À

SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO

Ref.: **CARTA DE RENÚNCIA**

Eu, **ADERSON BUZZATO RODRIGUES DE SOUZA,** brasileiro, casado, empresário, portador da cédula de identidade RG nº 25.099.189-5 – SSP/SP, inscrito no CPF nº 220.643.838-08, residente e domiciliado na Rua Comendador Elias Assi, nº 393, Caxingui, CEP 05516-000, município e estado de São Paulo, nomeado como membro suplente do Conselho fiscal da Sociedade Brasileira Caminho de Damasco, inscrita no CNPJ sob o nº 48.211.585/0001-15, venho, por meio desta carta, comunicar a minha renúncia ao referido cargo, por motivos de foro íntimo.

Declaro que esta decisão é irrevogável e que, a partir desta data, entrego a função para que produza todos os efeitos legais.

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4798
Registro nº 11

Atenciosamente,

ADERSON BUZZATO RODRIGUES DE SOUZA

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ALESSANDRO MACIEL JANUARIO, em quarta-feira, 6 de novembro de 2024 08:50:59 GMT-03:00, CNS: 12.274-7 - CARTÓRIO VILA PRUDENTE/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.

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

REG. CIVIL DE P. JURÍDICA
Fls. 63

DECLARAÇÃO DE NOVO ASSOCIADO

Eu, **SEBASTIÃO GARCIA JUNIOR**, brasileiro, casado, portador da cédula de identidade RG nº 27.007.581, inscrito no CPF sob o nº 008.628.386-03, residente e domiciliado na Rua João Eboli, nº 100, São Bernardo do Campo, Estado de São Paulo, CEP 09895-550, DECLARO para os devidos fins que tenho interesse em me associar à Sociedade Brasileira Caminho de Damasco, inscrita no CNPJ sob o nº 48.211.585/0001-15, afirmando, sob as penas da lei, que:

1. Não possuo antecedentes criminais: Não fui condenado por crimes de qualquer natureza, em sentença transitada em julgado, que me impeçam de exercer quaisquer funções na associação ou que comprometam a minha idoneidade moral e profissional.

2. Não estou envolvido em atividades ilícitas: Não estou, nem estive, envolvido em atividades ilegais ou fraudulentas, tanto no âmbito pessoal quanto profissional.

3. Possuo boa reputação no mercado: Tenho uma reputação ilibada junto a meus pares, parceiros comerciais e instituições financeiras, sendo reconhecido por minha conduta ética e transparente.

4. Cumpro minhas obrigações legais e fiscais: Estou em dia com todas as minhas obrigações legais, fiscais e trabalhistas, não possuindo pendências que possam prejudicar a minha associação.

5. Conhecimento das Normas e Estatuto da SBCD: Tenho pleno conhecimento da atividade exercida pela SBCD e de suas normas constantes do Estatuto, me comprometendo a observar todas as normas.

Declaro ainda que, caso haja qualquer alteração nas informações aqui prestadas, comprometendo minha idoneidade, informarei imediatamente à empresa e tomarei as medidas necessárias para regularizar minha situação.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração para os devidos fins.

São Paulo, 11 de outubro de 2024.

Sebastião Garcia Junior

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ALESSANDRO MACIEL JANUARIO, em quarta-feira, 6 de novembro de 2024 08:52:01 GMT-03:00, CNS: 12.274-7 - CARTÓRIO VILA PRUDENTE/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.censec.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.

Matriz - Hospital e Maternidade Samaritano
Rua Gabriela, 144 - Labienópolis
Garça - SP - CEP 17400-000
Tel. (14) 3471-4164

Sede
Rua Dr. Jesuíno Maciel, 1956 - Campo Belo
São Paulo - SP - CEP 04615-005
Tel. (11) 5090-3030

WWW.SBCDSAUDE.ORG.BR

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4798
Registro nº 11

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Docusign Envelope ID: 27888BED-2FC2-4C05-8F66-0C20EA5ECE35

Sociedade Beneficente
Caminho de Damasco - SBCD

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4798
Registro nº 11

REG. CIVIL DE P. JURÍDICA
Fls.
GARÇA

ESTATUTO SOCIAL DA

SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO

SBCD

(Alterado através de Assembleia realizada em 01 de novembro de 2024)

CAPÍTULO I
DA DENOMINAÇÃO, SEDE, FORO E DURAÇÃO

Artigo 1°. A **SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO**, também designada pela Sigla SBCD ou simplesmente Caminho de Damasco, associação não governamental fundada em 19 de novembro de 1939, com seu estatuto social de constituição aprovado em 20 de janeiro de 1940, registrado no Registro n° 06 do Livro A-1 do Registro Civil de Pessoa Jurídica do município de Garça, Estado de São Paulo, para fins não econômicos e não lucrativos, registrada no CNPJ sob n. 48.211.585/0001-15.

§ Único. A Caminho de Damasco será regida pela legislação em vigor e por esse Estatuto Social.

Artigo 2º. A Caminho de Damasco terá sede e foro na Rua Gabriela, n. 144, município de Garça, Estado de São Paulo, CEP 17404-310, podendo, por Deliberação do Conselho de Administração, manter filiais ou quaisquer outras dependências no município de São Paulo ou em outros municípios e Estados no Território Nacional.

§ Único: A Caminho Damasco tem as seguintes filiais:

- Rua Doutor Jesuíno Maciel, n. 1956, Campo Belo, município de São Paulo, Estado de São Paulo, CEP 04615-006;
- Rua América, n. 185, Labienópolis, município de Garça, Estado de São Paulo, CEP 17404-270;
- Rua Gabriela, n. 144, salas 01 a 10, município de Garça, Estado de São Paulo, CEP 17404-310;

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Docusign Envelope ID: 27888BED-2FC2-4C05-8F66-0C20EA5ECE35

Sociedade Beneficente
Caminho de Damasco - SBCD

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4798
Registro nº 11

REG. CIVIL DE P. JURÍDICA
Fls.
GARÇA

- Rua dos Ferroviários, n. 528, Jardim Mesquita, município de Jacareí, Estado de São Paulo, CEP 12327-683;
- Avenida Joaquim Miguel Couto, n. 811, Sala 110, Vila Paulista, município de Cubatão, Estado de São Paulo, CEP 11510-010;
- Avenida Nove de Julho, n. 691, Jardim Padre Bento, município de Itu, Estado de São Paulo, CEP 13313-100;
- Rua da Convenção, n. 550, Vila Nova, município de Itu, Estado de São Paulo, CEP 13313-000;
- Avenida Nove de Julho, n. 706, Jardim Padre Bento, município de Itu, Estado de São Paulo, CEP 13313-100;
- Rua Pedro de Paula Leite, nº 496, Centro, município de Itu, Estado de São Paulo, CEP 13300-043;
- Rua Conselheiro Saraiva, n. 826, Santana, município de São Paulo, Estado de São Paulo, CEP 02037-021;
- Rua Vieira de Morais, n. 1713, 5º e 7º andares, Campo Belo, município de São Paulo, Estado de São Paulo, CEP 04617-015;
- Rua Guararapes, nº 282, Vila Sanches, município de Andradina, Estado de São Paulo, CEP: 16900-109
- Avenida Henry Borden, nº 21, Vila Santa Rosa, município de Cubatão, Estado de São Paulo, CEP: 11515-000
- Rua Voluntários da Pátria, nº 4301- Bloco Psiquiátrico B, Santana, município de São Paulo, Estado de São Paulo, CEP: 02401-400 (PAI);
- Rua Voluntários da Pátria, nº 4301; Santana, município de São Paulo, Estado de São Paulo, CEP: 02401-400 (CRI);
- Q Mocambinho Setor A, s/n, Mocambinho, município de Teresina, Estado do Piauí, CEP: 64010-060;
- Avenida Arthur Franco, nº 215, Quadra Ant 210, Centro, município de Promissão, Estado de São Paulo, CEP: 16370-000;
- Rua Gabriela, nº 144, salas 11 a 14, Labienópolis, município de Garça, Estado de São Paulo, CEP: 17404-310;

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Docusign Envelope ID: 27858BED-2FC2-4C05-8F68-0C20EA5ECE35

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4798
Registro nº II

REG. CIVIL DE P. JURÍDICA
Fls.

- Rua Francisco da Costa Araujo, nº 29, Centro, município de Picos, Estado do Piauí, CEP: 64600-076;
- Rua Cidade do Prata, nº 415, sala-01, Centro, município de Iturama, Estado de Minas Gerais, CEP: 38280-000;
- Rua Joaquim Pacífico da Silva, s/n, Catavento, município de Picos, Estado do Piauí, CEP: 64607-328;
- Avenida Senador Helvidio Nunes, s/n, Paraibinha, município de Picos, Estado do Piauí, CEP: 64606-245;
- Rua Papagaio, nº 700, Vila Betania, município de São João do Piauí, Estado do Piauí, CEP: 64760-000;

Artigo 3°. O prazo de duração da Caminho de Damasco é indeterminado.

CAPÍTULO II
DOS PRINCÍPIOS

Artigo 4º. A Caminho de Damasco aplicará os recursos originários de suas atividades e prestação de serviços ou provenientes de doações em território nacional, na sua autossustentação e na dos seus atendidos.

Artigo 5º. O investimento dos excedentes financeiros da Caminho de Damasco será, obrigatoriamente, utilizado no desenvolvimento de suas atividades e objetivos sociais.

§ Único. A Caminho de Damasco garantirá que, tanto os recursos financeiros recebidos dos Governos Federal e Estadual, quanto os provenientes dos Governos Municipais, serão utilizados dentro do território geográfico do governo que o concedeu.

Artigo 6º. O atendimento contínuo aos usuários, dentro das propostas de cada um dos projetos da Caminho de Damasco será realizado sem distinção de nacionalidade, raça, etnia, origem, orientação sexual, crença religiosa, filosofia política, nacionalidade, ou quaisquer outras formas de discriminação.

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Docusign Envelope ID: 27868BED-2FC2-4C05-8F66-0C20EA5ECE35

Sociedade Beneficente
Caminho de Damasco - SBCD

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4798
Registro nº 11

REG. CIVIL DE P. JURÍDICA
Fls. 26/12

Artigo 7º. Para atendimento dos seus objetivos, a Caminho de Damasco observará os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e eficiência.

Artigo 8º. A Caminho de Damasco adotará práticas de gestão administrativas necessárias e suficientes para coibir a obtenção, de forma individual ou coletiva, de benefícios ou vantagens pessoais, em decorrência de participação na Diretoria Executiva ou Conselho de Administração.

CAPÍTULO III
DOS OBJETIVOS SOCIAIS

Artigo 9º. A Caminho de Damasco terá como finalidade o desenvolvimento de ações, programas e projetos nas áreas da saúde, assistência social, cultura, esportes, educação e meio ambiente.

§1º. A missão da Caminho de Damasco é a promoção do atendimento aos beneficiários da Lei Orgânica da Assistência Social e aos usuários do Sistema Único de Saúde.

§2º. O público-alvo será o usuário do Sistema Único de Saúde, com atendimento universal e em especial à assistência materno-infantil, à velhice e a proteção à família.

§3º. Além dos objetivos acima descritos, terá como finalidade manter e administrar o Hospital Caminho de Damasco, sediado na Rua Gabriela, n. 144, município de Garça, Estado de São Paulo, CEP 17404-310, com instalações, equipamentos, instrumental e pessoal técnico necessários e que se destina a desenvolver atividades médico-hospitalares e para-hospitalares.

§4º. A assistência descrita no parágrafo terceiro acima, quando para uso público, será promovida pelos departamentos assistenciais mantidos pela Caminho de Damasco, de forma gratuita, dentro das proporções estabelecidas pela legislação e regulamentos específicos, nas esferas municipal, estadual e federal, de modo a assegurar a natureza filantrópica da instituição.

Artigo 10. A Caminho de Damasco terá por objetivos:

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Docusign Envelope ID: 278668ED-2FC2-4C05-8F66-0C20EA5ECE35

Sociedade Beneficente
Caminho de Damasco - SBCD

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4798
Registro nº 11

REG. CIVIL DE P. JURÍDICA
Fls.

i. Promover, gratuitamente, programas na área da saúde, de natureza preventiva, curativa, saúde da família e outros em Hospitais de média e alta complexidade, Prontos Socorros, Prontos Atendimentos e outras Unidades de Saúde da Atenção Básica;

ii. Realizar a gestão de unidades de saúde, prestação de serviços na área da saúde, disponibilizar recursos humanos para a prestação de serviços médicos e hospitalares bem como para as atividades meio e atividades fim das unidades de saúde sob sua gestão;

iii. Desenvolver programas de atenção básica à saúde e/ou serviços de prevenção e atendimento à saúde, visando atenção primária, secundária e terciária, urgências e emergências, diagnóstico, terapêutica, órteses e próteses, pesquisas na área da saúde, produção e distribuição de medicamentos, materiais e equipamentos indispensáveis à saúde pública, em espaços cedidos pelos parceiros, espaços próprios, cedidos ou alugados;

iv. Promoção gratuita da assistência social às famílias, às pessoas idosas e às pessoas com deficiência;

v. Promover ações de proteção à família, à infância, à maternidade e à velhice;

vi. Desenvolver programas sociais, culturais, educacionais, esportivos e recreativos com vistas à atenção à saúde da comunidade;

vii. A defesa, a preservação e a conservação do meio ambiente, a promoção do desenvolvimento sustentável e ações voltadas para a educação ambiental, promover a defesa de bens e direitos sociais, coletivos e difusos relativos ao meio ambiente, ao patrimônio cultural, artístico, estético, paisagístico, aos direitos humanos e dos povos;

viii. Implementar a gestão de sistemas educacionais em parceria com o poder público e/ou privado, gerenciar, organizar, manter e desenvolver programas de educação continuada de trabalhadores em programas de aperfeiçoamento, capacitação, atualização, qualificação, requalificação e treinamento, em suas dependências ou fora delas, de forma presencial ou diferentes modalidades de ensino à distância, mediante parcerias e convênios com o poder público e/ou privado, com empresas, universidades, e outros inclusive para o desenvolvimento de tecnologias, divulgação do conhecimento técnico e científico;

ix. Promover e realizar atividades de monitoramento e avaliação de resultados de programas e projetos, impactos de políticas públicas, suporte técnico e logístico a instituições públicas e privadas;

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Docusign Envelope ID: 27888BED-2FC2-4C05-8F66-0C20EA5ECE35

Sociedade Beneficente
Caminho de Damasco - SBCD

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4798
Registro nº 11

REG. CIVIL DE P. JURÍDICA
Fls.

x. Realização de ações e atendimento em saúde e educação continuada aos beneficiários e usuários da assistência social;

xi. participar como sócia quotista ou acionista em sociedades de propósito específico (SPE), e outras sociedades de natureza empresarial ou associativa, com vistas ao desenvolvimento de novos negócios, à ampliação de sua atuação no mercado ou à celebração de parcerias estratégicas.

xii. Fomento às ações para recuperação e integração à sociedade de dependentes de substâncias psicoativas.

§1°. A assistência social e de saúde serão prestadas com recursos próprios e provenientes da prestação de serviços de saúde ou provenientes da parceria com a iniciativa privada ou o Poder Público estabelecidos em Contratos de Gestão, convênios, contratos, parcerias e será gratuito para os beneficiários para as áreas da saúde e assistência social, nas proporções fixadas na legislação em vigor.

§2°. Para cumprir seus objetivos, a Caminho de Damasco atuará tanto por meio da execução direta de projetos, de programas ou planos de ações; do desenvolvimento de ferramentas, sistemas e dispositivos; de serviços na área privada; da doação de recursos físicos, humanos e financeiros; bem como por meio de apoio a outras empresas privadas, associações e fundações não governamentais com fins não econômicos e a órgãos e empresas do setor público que atuam em áreas relacionadas aos objetivos sociais da Caminho de Damasco.

Artigo 11. Para atingir seus objetivos, a Caminho de Damasco poderá:

i. Adquirir, receber em comodato ou doação, locar e administrar bens próprios;

ii. Estabelecer contratos de gestão, termos de colaboração, contratos administrativos, convênios, parcerias, com o poder público ou organizações não governamentais, contratos com a iniciativa privada, com ambulatórios ou hospitais, escolas de ensino fundamental, ensino médio, educação profissional, educação tecnológica, Universidades, organismos de fomento nacionais ou internacionais, para fins de estágio supervisionado, capacitação, prática profissional, qualificação e requalificação profissional, para profissionais da área da saúde,

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Docusign Envelope ID: 27C88BED-2FC2-4C05-8F66-0C20EA5ECE35

Sociedade Beneficente
Caminho de Damasco - SBCD

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4798
Registro nº 11

REG. CIVIL DE P. JURÍDICA
Fls. 3665

bem como estagiários e voluntários de todas as áreas profissionais com objetivo de auxiliá-los em sua complementação educacional;

iii. Prestar serviços pertinentes aos objetivos sociais, criar e idealizar produtos, sistemas, tecnologias e logística, necessárias à gestão, bem como criar materiais didáticos necessários para educação permanente, formação inicial e continuada de trabalhadores, treinamento, qualificação e requalificação de pessoas, com vistas à sustentabilidade da Caminho de Damasco;

iv. Promover conferências, seminários, desenvolvimento de tecnologias alternativas, realizar estudos e pesquisas, produção e divulgação de informações e conhecimentos técnicos e científicos, editar material impresso ou audiovisual, com o objetivo da divulgação, promoção ou prevenção, em temas relacionados aos seus objetivos sociais;

v. Implantar programas de desenvolvimento institucional em empresas e órgãos públicos, empresas mistas, empresas privadas, nacionais e internacionais;

vi. Prestar serviços para desenvolvimento institucional, saúde, meio ambiente, cultura, educação, direitos difusos, para os setores públicos, privados, organismos nacionais e internacionais;

vii. Manter site com conteúdo pertinente aos seus objetivos sociais, com vistas à manutenção de programas de educação à distância;

viii. Realizar cursos, simpósios, seminários, feiras, congressos, conferências, palestras ou quaisquer outros eventos e/ou ações educacionais, para adultos, jovens ou crianças, incluindo treinamentos e/ou capacitação profissional, que tenham por foco os objetivos da Caminho de Damasco;

ix. Proporcionar programas de estágio supervisionado, residência médica, especialização e prática profissional;

x. Prestar serviços relacionados aos seus objetivos, podendo contratar a prestação de serviços de terceiros, subcontratar bem como firmar, com pessoas físicas ou jurídicas, públicas ou privadas, nacionais ou estrangeiras, contratos, convênios, acordos, Contratos de Gestão ou recorrer a quaisquer outras formas de colaboração, cooperação;

xi. Colaborar ou participar de programas governamentais ou desenvolvidos por entidades privadas afetas às suas áreas de atuação, podendo, inclusive, participar e/ou aceitar assentos em Comitês, Câmaras, Fóruns, Redes e outros, assim como participar de outras pessoas jurídicas;

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Docusign Envelope ID: 27[illegible]-2FC2-4C05-8F66-0C20EA5ECE35

Sociedade Beneficente
Caminho de Damasco - SBCD

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4798
Registro nº 11

REG. CIVIL DE P. JURÍDICA
Fls. 2646

xii. Criar prêmios, concursos e outras ações de estímulo relacionadas com seus campos de atuação;

xiii. Desenvolver e implementar sistemas informatizados para organizações públicas e privadas com vistas a melhorias administrativas e tecnológicas;

xiv. Prestar serviços relacionados às suas atividades meio, na área de gestão, processos administrativos, serviços operacionais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, com objetivo de otimizar custos quando da utilização da sua capacidade instalada;

xv. Prestar serviços de natureza assistencial, operacional, administrativa e estratégica por meio da implantação de projetos para as unidades de saúde sob gestão da Caminho de Damasco e a disponibilidade de recursos humanos, de forma a garantir a obtenção de recursos financeiros para a sua sustentabilidade.

CAPÍTULO IV
DOS ASSOCIADOS

Artigo 12. A Caminho de Damasco será constituída por número ilimitado de associados, que serão admitidos nas seguintes categorias:

Associados Fundadores: aqueles que participaram da Assembleia Geral de Constituição, bem como aqueles que o Conselho de Administração indicar e homologar, dentre os associados efetivos, por solicitação destes após homologação.

Associados Efetivos: pessoas físicas que contribuírem em prol da Caminho de Damasco, mediante doação de bens, serviços ou recursos financeiros e que encaminharem solicitação à Diretoria Executiva, ao Conselho de Administração ou à Assembleia Geral.

§ 1°. A Assembleia Geral admitirá ou não um novo associado de qualquer categoria, segundo critérios de conveniência e oportunidade e considerará as exigências da lei e as previstas nesse Estatuto Social.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Docusign Envelope ID: 27688BED-2FC2-4C05-8F66-0C20EA5ECE35

Sociedade Beneficente
Caminho de Damasco - SBCD

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4798
Registro nº 11

REG. CIVIL DE P. JURÍDICA
Fls. 2017
GARÇA

§ 2º. Poderão ser aceitas todas as pessoas físicas, maiores de 18 (dezoito) anos, sem impedimentos legais forem admitidas como tais, mediante preenchimento de formulários próprio, comprometendo-se a manter fiel obediência a este estatuto, regulamentos e deliberações dele decorrentes.

§ 3º. O pedido poderá ser aceito ou recusado e desta decisão não caberá nenhum recurso.

§ 4º. Não poderão ingressar na Associação e nem dela fazer parte pessoas que exerçam qualquer atividade que contrarie ou colida com seus objetivos.

CAPÍTULO V
DOS DIREITOS E DEVERES DOS ASSOCIADOS

Artigo 13. São deveres dos associados fundadores e efetivos:

i. Respeitar e observar o presente Estatuto Social, as deliberações da Assembleia Geral, do Conselho de Administração e da Diretoria Executiva e toda a legislação que for aplicável à Caminho de Damasco;
ii. Diligenciar pelo prestígio e pela boa reputação da Caminho de Damasco, abstendo-se de praticar atos que o comprometam, tanto na sua integridade patrimonial quanto moral;
iii. Cooperar de forma material e/ou intelectual, para o engrandecimento da Caminho de Damasco;
iv. Informar corretamente todos os dados cadastrais solicitados pela Caminho de Damasco;
v. Quitar as contribuições que vierem a ser definidas pela Diretoria Executiva;
vi. Propugnar pela consecução dos objetivos da Caminho de Damasco;
vii. Cumprir e fazer cumprir este Estatuto Social e zelar pelo patrimônio da Caminho de Damasco.

Artigo 14. São direitos do Associado Fundador e do Associado Efetivo:

i. Requerer a convocação de reuniões extraordinárias da Assembleia Geral, bens;
ii. Participar das reuniões da Assembleia Geral;

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Docusign Envelope ID: 27B8BBED-2FC2-4C05-8F66-0C20EA5ECE35

Sociedade Beneficente
Caminho de Damasco - SBCD

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4798
Registro nº 11

REG. CIVIL DE P. JURÍDICA

iii. Apresentar e oferecer sugestões à Diretoria Executiva sobre assuntos de interesse da Caminho de Damasco;

iv. Habilitar-se para as atividades, programas e projetos da Caminho de Damasco;

v. Solicitar por escrito, à Diretoria Executiva, informações sobre assuntos da Caminho de Damasco;

vi. Exigir o cumprimento do Estatuto Social;

vii. Solicitar seu desligamento do quadro de associados da Caminho de Damasco;

viii. Tomar parte, discutir, votar e ser votado para os cargos eletivos dos órgãos da Caminho de Damasco, respeitando as disposições estabelecidas neste estatuto.

Artigo 15. Os associados não responderão nem pessoal, nem subsidiariamente, pelas obrigações assumidas em nome da Caminho de Damasco.

Artigo 16. O associado, membro da Diretoria Executiva, membro do Conselho de Administração ou do Conselho Fiscal que deixar de cumprir este Estatuto Social, as disposições legais pertinentes às atividades da Caminho de Damasco ou deixar de participar, injustificadamente, da vida associativa, assegurado o direito à ampla defesa e ao contraditório, poderá incorrer nas penas de advertência, suspensão ou exclusão por justa causa:

i. A pena de advertência terá cabimento em faltas de natureza leve e poderá ser aplicada pela Diretoria Executiva, pelo Conselho de Administração ou pela Assembleia Geral, cabendo recurso à Assembleia Geral quando aplicada pela Diretoria Executiva ou pelo Conselho de Administração;

ii. A pena de suspensão terá cabimento nos casos de falta grave, assim considerado qualquer ato que possa atentar contra o Estatuto Social ou contra a integridade da Caminho de Damasco, podendo ser aplicada pela Assembleia Geral pelo prazo máximo de 180 (cento e oitenta dias);

iii. A pena de exclusão terá cabimento em casos de reincidência das hipóteses previstas nos incisos anteriores e nas ocasiões previstas no artigo 18, podendo ser aplicada pela Assembleia Geral.

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Docusign Envelope ID: 27[illegible]-4C05-8F66-0C20EA5ECE35

Sociedade Beneficente
Caminho de Damasco - SBCD

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4798
Registro nº 11

REG. CIVIL DE P. JURÍDICA
Fls. 2049

Artigo 17. Caberá à Diretoria Executiva, ao Conselho de Administração ou a qualquer associado encaminhar à Assembleia Geral representação de suspensão ou exclusão, assegurados o contraditório e a ampla defesa.

§1º. Quando qualquer associado, membro da Diretoria Executiva, do Conselho de Administração ou do Conselho Fiscal abandonar suas atividades e deixar de cumprir seus deveres e/ou mudar de endereço e não comunicar o novo endereço, de tal forma que não se consiga localizá-lo, caberá o encaminhamento de representação à Assembleia Geral para aplicação a pena de suspensão ou exclusão, assegurados o contraditório e ampla defesa.

§2º. Acolhida a representação para aplicação de pena de suspensão ou exclusão, instaurar-se-á sindicância para apuração dos fatos, cabendo à Assembleia Geral nomear 3 (três) associados para compor a Comissão de Sindicância.

§3º. Concluídas as diligências da Sindicância o associado será notificado para apresentar sua defesa no prazo de 10 (dez) dias. A defesa e documentos serão endereçados ao Presidente da Comissão de Sindicância.

§4º. A Comissão de Sindicância se reunirá para apreciar a defesa e documentos, emitindo relatório e parecer.

§5º. Apresentada ou não a defesa, a Assembleia Geral decidirá pelo acolhimento ou rejeição do parecer da Comissão de Sindicância.

§6º. Decidindo-se pelo acolhimento do parecer favorável à aplicação de pena, abrir-se-á prazo de 20 (vinte) minutos para o representado formular pedido de reconsideração à própria Assembleia Geral.

§7º. Acolhida a representação para aplicação da pena de exclusão, a Assembleia Geral poderá suspender preventivamente o representado de suas funções na Diretoria Executiva, no Conselho de Administração ou no Conselho Fiscal, pelo prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias, renovável uma única vez para a conclusão da Sindicância.

Rua Gabriela, n. 144, município de Garça, Estado de São Paulo, CEP 17400-000

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Docusign Envelope ID: 27688BED-2FC2-4C05-8F68-0C20EA5ECE35

Sociedade Beneficente
Caminho de Damasco - SBCD

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4798
Registro nº 11

REG. CIVIL DE P. JURÍDICA
Fls. 11 e 20

§8º. Ao final da Sindicância, se o parecer for pela improcedência e se for acolhido pela Assembleia, será promovida uma sessão de desagravo em favor do representado.

§9º. Em caso de óbito do associado, sua exclusão será automática.

Artigo 18. São requisitos para exclusão de associados por justa causa:

i. A violação do presente estatuto e demais disposições legais vigentes;
ii. Desvio de conduta que caracterize desvio de finalidade da Caminho de Damasco;
iii. Delitos contra o patrimônio e apropriação indébita de bens e valores da Caminho de Damasco;
iv. Agressão física contra associados nas dependências da Caminho de Damasco;
v. Faltar, sem apresentar justificativa, a quatro reuniões consecutivas, ordinárias e/ou extraordinárias, da Assembleia Geral, o que será considerado abandono das atividades associativas;
vi. No caso de associado que exerça cargo na Diretoria Executiva, no Conselho de Administração ou no Conselho Fiscal será considerada justa causa o descumprimento comprovado das competências do seu cargo, sem prejuízo dos incisos anteriores.

Artigo 19. Quando o associado quiser se desligar da Caminho de Damasco, deverá apresentar requerimento à Diretoria Executiva, que homologará o desligamento e apurará eventuais pendências do associado requerente junto a Caminho de Damasco.

§ Único. Caso o associado demissionário seja membro da Diretoria Executiva, do Conselho de Administração ou do Conselho Fiscal, a sua renúncia não o isentará de responsabilidade civil ou criminal pelos atos praticados até a data do seu desligamento.

CAPÍTULO VI
DO SERVIÇO VOLUNTÁRIO

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Docusign Envelope ID: 27B0BED-2FC2-4C05-8F66-0C20EA5ECE35

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4798
Registro nº 11

REG. CIVIL DE P. JURÍDICA
Fls. 2051

Sociedade Beneficente
Caminho de Damasco - SBCD

Artigo 20. A Caminho de Damasco poderá celebrar termo de adesão com prestadores de serviço voluntário, dele devendo constar o objeto e as condições de seu exercício.

Artigo 21. O serviço voluntário constituirá atividade não remunerada, prestada por pessoa física à Caminho de Damasco.

§ Único. O serviço voluntário não gerará vínculo empregatício, nem obrigação de natureza trabalhista, previdenciária ou afim, e, é regido de acordo com o que estabelece a Lei Federal 9.608 de 18 de fevereiro de 1998.

CAPÍTULO VII
DOS ÓRGÃOS

Artigo 22. A Caminho de Damasco terá, como órgãos de Deliberação e de Direção:

i. Assembleia Geral;
ii. Conselho de Administração que será o órgão de deliberação superior;
iii. Diretoria Executiva;
iv. Conselho Fiscal.

§1º. A convocação para a reunião ordinária e extraordinária dos órgãos de deliberação será feita mediante edital afixado na sede e na filial de São Paulo da Caminho de Damasco e/ou por meio de carta postada com antecedência de, pelo menos, 5 (cinco) dias corridos relativamente à data de realização do evento.

§ 2º. Do Edital de Convocação deverá constar o dia, a hora, o local e a ordem do dia.

§ 3º. No caso de correspondência encaminhada com o edital, a mesma será encaminhada para o endereço comercial, residencial ou eletrônico que o Associado tenha oferecido à administração.

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Docusign Envelope ID: 2F0B0BED-2F02-4C05-8F66-0C20EA5ECE35

Sociedade Beneficente
Caminho de Damasco - SBCD

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4798
Registro nº 11

REG. CIVIL DE P. JURÍDICA
Fls.

§ 4º. Se o Associado mudar de endereço e não comunicar essa mudança à administração considerar-se-á o mesmo convocado com a mera remessa ao endereço que estiver depositado na Caminho de Damasco, ou endereço eletrônico oferecido, ainda que a correspondência não chegue às suas mãos.

Artigo 23. Os associados, os membros da Diretoria Executiva e os Conselheiros do Conselho de Administração e do Conselho Fiscal não serão responsáveis, individualmente ou subsidiariamente, pelas obrigações contraídas em nome da Caminho de Damasco em virtude de atos regulares de gestão, respondendo, porém, civil e criminalmente, pela violação da Lei e deste Estatuto.

Artigo 24. A Caminho de Damasco poderá disciplinar seu funcionamento por meio de Ordens Normativas ou Regulamentos ou Regimento Interno, emitidos pelo Conselho de Administração ou Ordens Executivas ou Regulamentos emitidos pela Diretoria Executiva.

§ Único. As Ordens Normativas e/ou Executivas serão emitidas para assuntos de competências dos respectivos órgãos, bastando, se for o caso, Ordens Executivas para competências da Diretoria Executiva.

Artigo 25. Os membros da Diretoria Executiva, do Conselho de Administração, do Conselho Fiscal, associados, instituidores, benfeitores ou equivalente não perceberão vantagens, benefícios, bonificações e participações, direta ou indiretamente, não serão remunerados e não receberão qualquer valor a título de distribuição de dividendos, bonificações, participações, excedentes operacionais ou parcela do patrimônio da Caminho de Damasco, por qualquer forma ou título, em razão das competências, funções ou atividades que lhes sejam atribuídas pelos respectivos atos constitutivos.

§ Único. A proibição da distribuição de dividendos, excedentes, parcelas do patrimônio e lucros de qualquer natureza previstas no *caput* desse artigo abrange as hipóteses de desligamento, falecimento e retirada de associados, membros do Conselho de Administração, Conselho Fiscal, da Diretoria Executiva, e terceiros, incluindo prestadores de serviços.

Rua Gabriela, n. 144, município de Garça, Estado de São Paulo, CEP 17400-000

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Docusign Envelope ID: 27888ED-2FC24C05-8F66-0C20EA5ECE35

Sociedade Beneficente
Caminho de Damasco - SBCD

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4798
Registro nº 11

REG. CIVIL DE P. JURÍDICA
Fls.

Artigo 26. Os Conselheiros e Diretores não poderão exercer outra atividade remunerada com ou sem vínculo empregatício, na mesma entidade, exceto os conselheiros empregados da Caminho de Damasco e eleitos conforme composição do Conselho de Administração disposto no artigo 38, em especial item iii, do presente estatuto social.

Artigo 27. Os Conselheiros do Conselho de Administração e do Conselho Fiscal poderão ser eleitos ou indicados para integrarem a Diretoria Executiva e, nesse caso, devem renunciar ao cargo de Conselheiro do Conselho de Administração e/ou Conselho Fiscal para assumirem as funções executivas.

Artigo 28. Aos conselheiros, administradores e dirigentes da Caminho de Damasco é vedado exercer cargos de chefia ou funções de confiança no Sistema Único de Saúde – SUS.

SEÇÃO I
DA ASSEMBLEIA GERAL

Artigo 29. A Assembleia Geral será o órgão máximo de deliberação da Caminho de Damasco e terá atribuições normativas, consultivas, de orientação e de controle básicos, conforme definido neste Estatuto Social, sendo composto por todos os associados no gozo dos seus direitos sociais.

§ Único. A Assembleia Geral Ordinária será convocada pelo menos uma vez por ano nos termos do artigo 22, § 1° e poderá ser convocada pelo Presidente da Diretoria Executiva, pela maioria dos membros do Conselho de Administração ou pelo Diretor Administrativo. A Assembleia Geral Extraordinária poderá ser convocada pelo Presidente ou Diretor administrativo da Diretoria Executiva da Caminho de Damasco, pela maioria dos membros do Conselho de Administração ou por no mínimo, 1/5 (um quinto) dos associados.

Artigo 30. A Assembleia Geral instalar-se-á:

i. em primeira convocação, com 1/5 (um quinto) dos associados;

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Docusign Envelope ID: 27E85BED-2FC2-4C05-8F66-0C20EA5ECE35

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4798
Registro nº 11

REG. CIVIL DE P. JURÍDICA
Fls. 051
GARÇA

Sociedade Beneficente
Caminho de Damasco - SBCD

ii. em segunda convocação, meia hora após o horário previsto, com qualquer número de associados.

§1º. A Assembleia Geral será presidida pelo Presidente da Diretoria Executiva ou por membro do Conselho de Administração e, na ausência deles, por um dos associados, conforme for decidido pelos associados presentes antes do início dos trabalhos, e secretariada por outra pessoa indicada por aquele que estiver presidindo a Assembleia.

§2º. As deliberações da Assembleia Geral Ordinária ou Extraordinária serão objeto de Ata específica, devendo ser assinada por aquele que a presidir e por aquele que a secretariar, sendo que os demais associados assinarão lista de presença.

§3º. Não há prazo ou exigências para registro de Atas das Assembleias Gerais ordinárias e extraordinárias em cartório sendo que estas poderão, se necessário, ser registradas a qualquer tempo.

§4º. A sessão de uma Assembleia Geral Ordinária ou Extraordinária poderá ser prorrogada para outra data, sem a necessidade de uma nova convocação, desde que aprovado pelos presentes na reunião e/ou da prorrogação da mesma e, nesse caso, deve ser lavrada apenas uma Ata da Assembleia Geral.

Artigo 31. As deliberações da Assembleia Geral serão tomadas pela maioria simples dos votos colhidos entre os associados presentes, salvo exceções previstas nesse Estatuto Social.

§1º. A cada associado de qualquer categoria caberá um voto.

§2º. Os Associados poderão fazer-se representar, nas Assembleias, por procurador regularmente constituído, podendo cada procurador representar apenas um associado.

Artigo 32. São atribuições privativas da Assembleia Geral:

i. Destituir os membros da Diretoria Executiva;

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Docusign Envelope ID: 2F66BED2-2FC2-4C05-8F68-0C20EA5ECE35

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4798
Registro nº 11

REG. CIVIL DE P. JURÍDICA
Fls. 2655
GARÇA - SP

ii. Alterar, aprovar e homologar o estatuto social, com sua reforma total ou parcial, por maioria, no mínimo, de 2/3 (dois terços) de seus associados; e

iii. Deliberar sobre a admissão e exclusão de associados, e denegar recurso para associados excluído e deliberar em grau de recurso sobre a exclusão do associado.

§ 1º. Compete à Assembleia Geral aplicar qualquer das penalidades previstas neste Estatuto Social, bem como destituir ou suspender os membros do Conselho de Administração, sendo exigido o voto concorde de 2/3 (dois terços) dos associados presentes à Assembleia Geral especialmente convocada para este fim.

§ 2º. Decretada a suspensão preventiva de membro do Conselho de Administração na forma prevista no artigo 17, § 7º, a Assembleia Geral poderá designar membros substitutos para o exercício das funções do titular suspenso, pelo período em que perdurar a suspensão, a quem serão conferidas todas as competências e prerrogativas típicas da função.

Artigo 33. Ressalvadas as hipóteses previstas neste Estatuto, as deliberações da Assembleia Geral poderão ser adotadas, em segunda convocação, se aprovadas por 1/3 (um terço) dos votos dos presentes à Assembleia Geral.

SEÇÃO II
DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Artigo 34. O Conselho de Administração é órgão de deliberação da Caminho de Damasco e terá atribuições previstas neste Estatuto Social.

§ Único. No caso de vacância de cargo de membro do Conselho de Administração, caberá a qualquer membro do respectivo órgão solicitar a eleição de novo membro, que completará o mandato do afastado.

Artigo 35. Perderá o mandato o membro do Conselho de Administração que faltar, sem justificativa aceita, a duas reuniões ordinárias e/ou extraordinárias no intervalo de doze meses.

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Docusign Envelope ID: 21FE1452-2FC2-4C05-8F66-0C20EA5ECE35

Sociedade Beneficente
Caminho de Damasco - SBCD

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4798
Registro nº 11

REG. CIVIL DE P. JURÍDICA
Fls.

Artigo 36. Os membros eleitos ou indicados para compor o Conselho de Administração não poderão ser cônjuges, companheiros ou parentes consanguíneos ou afins, em linha reta ou colateral até o 3º (terceiro) grau do Governador, Vice-Governador, Deputados, Secretários de Estado, Subsecretários de Estado, Prefeito, Vice-Prefeito, Secretários Municipais, Subsecretários Municipais, Vereadores e servidores públicos detentores de cargo comissionado ou função gratificada no Estado ou município onde a Caminho de Damasco mantiver parcerias.

§ 1º. O mandato dos membros do Conselho de Administração será de 4 (quatro) anos, admitida uma recondução e coincidirá com o mandato da Diretoria Executiva.

§ 2º. O primeiro mandato de metade dos membros eleitos ou indicados para o Conselho de Administração será de dois anos, não podendo ser quebrada a paridade estabelecida no artigo 37 do presente estatuto social. Os conselheiros que se submeterão a este tempo de duração do mandato serão os de menor tempo de associação perante a Caminho de Damasco.

§ 3º. O Conselho de Administração poderá ser recomposto a qualquer tempo para atender a legislação em vigor e/ou os termos do *caput* do artigo 34 e suas alíneas, não podendo ser quebrada a paridade estabelecida no artigo 37 do presente estatuto social.

§ 4º. O Conselho de Administração poderá eleger quantos suplentes considerar necessários, que assumirão, em caso de vacância, os cargos para os quais foram eleitos.

§ 5º. Nos demais mandatos, ou em caso de vacância, os membros do Conselho de Administração serão eleitos em pleito a ser definido por edital de convocação e, na sua vacância, por 1/3 (um terço) dos membros do Conselho de Administração.

§ 6º. Os membros do Conselho de Administração não receberão remuneração, exceto ajuda de custo.

§ 7º. Os membros do Conselho de Administração eleitos para comporem a diretoria devem renunciar ao mandato de conselheiro.

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Beneficente
Caminho de Damasco - SBCD

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4798
Registro nº 11

REG. CIVIL DE P. JURÍDICA
Fls. 21

Artigo 37. O Conselho de Administração terá participação dos associados, de membros da comunidade, de notória capacidade profissional e reconhecida idoneidade moral, e empregados da SBCD, sendo composto por:

i. Até 55% (cinquenta e cinco por cento) no caso de associação civil, de membros eleitos dentre os membros ou associados;
ii. 35% (trinta e cinco por cento) de membros eleitos pelos demais integrantes do Conselho, dentre pessoas de notória capacidade profissional e reconhecida idoneidade moral;
iii. 10% (dez por cento) de membros eleitos pelos empregados da entidade.

§ 1º. A eleição dos membros do Conselho de Administração da Caminho de Damasco realizar-se-á em até 30 (trinta) dias antes do término de cada mandato, em sessão convocada especialmente para esse fim.

§ 2º. Poderão candidatar-se ao Conselho de Administração os associados da Caminho de Damasco, conforme disposto no artigo 14 do estatuto social.

§ 3º. O registro dos candidatos far-se-á na Secretaria da Diretoria da Caminho de Damasco.

§ 4º. A eleição para o Conselho de Administração realizar-se-á em Assembleia Extraordinária mediante votação secreta coordenada pelo Presidente da Diretoria Executiva e outros associados que ele venha a indicar para assessorá-lo na coordenação.

§ 5º. Serão eleitos os candidatos com maior número de votos, sendo respeitado a composição definida no artigo 38 do estatuto social. Em caso empate, o desempate se dará em favor do candidato com maior tempo de associação na Caminho de Damasco.

§6º. O Conselho de Administração da Caminho de Damasco poderá criar Conselhos de Administração Locais sempre que necessário para atender requisitos de qualificação como

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Beneficente
Caminho de Damasco - SBCD

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4798
Registro nº 11

REG. CIVIL DE P. JURÍDICA Fls. 20

organização social de saúde em determinado ente da federação. A criação dependerá de deliberação majoritária em Reunião do Conselho de Administração que fixará sua composição e prazo de mandato.

§7º. Os Conselhos de Administração Locais não se confundem com o Conselho de Administração (órgão de deliberação da SBCD e com regras definidas neste estatuto social), sendo a atuação dos Conselhos de Administração Locais limitada geograficamente ao território do ente da federação responsável pela qualificação como organização social de saúde, com suas atribuições definidas pela Ata de Criação do Conselho de Administração Local.

§ 8º. Desde que compatíveis com a legislação local, serão aplicáveis, em relação aos Conselhos de Administração Locais, as mesmas regras e dispositivos referentes ao Conselho de Administração presentes no Estatuto Social da SBCD.

Art. 38. O Conselho de Administração reunir-se-á:

i. Ordinariamente, 3 (três) vezes ao ano;
ii. Extraordinariamente, sempre que convocado por solicitação de um terço de seus membros, ou por solicitação de 1/5 (um quinto) dos associados da SBCD.

Art. 39. As decisões do Conselho de Administração serão adotadas por maioria simples de votos dos membros presentes, cabendo a cada membro um voto e ao Presidente o voto de qualidade, salvo exceções previstas nesse Estatuto Social.

Artigo 40. São atribuições privativas do Conselho de Administração:

i. Fixar o âmbito de atuação da SBCD, para consecução de seus objetivos;
ii. Aprovar os demonstrativos financeiros e contábeis e as contas anuais da Caminho de Damasco, com auxílio de Auditoria Externa, no caso de execução de projetos estabelecidos em Contrato de Gestão, termos de colaboração, parcerias, contratos afins, convênios ou outros instrumentos firmados pela SBCD;

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Docusign Envelope ID: 27888ED5-2FC2-4C05-8F66-0C20EA5ECE35

Sociedade Beneficente
Caminho de Damasco - SBCD

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4798
Registro nº 11

REG. CIVIL DE P. JURÍDICA
Fls. 0059

iii. Fiscalizar o cumprimento das diretrizes e metas definidas para execução de projetos estabelecidos em Contrato de Gestão e outros instrumentos firmados pela SBCD;

iv. Aprovar propostas de Contrato de Gestão e outros instrumentos firmados pela Caminho de Damasco;

v. Aprovar propostas de orçamento da Caminho de Damasco;

vi. Aprovar programas de investimento da Caminho de Damasco;

vii. Fixar a remuneração da Diretoria;

viii. Fixar a remuneração dos gerentes e dos demais cargos, contratados em regime da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT;

ix. Aprovar a extinção da entidade por maioria de 2/3 de seus membros;

x. Aprovar o Regimento Interno da Caminho de Damasco que deve dispor, no mínimo, sobre a estrutura, o gerenciamento, os cargos e as competências;

xi. Aprovar por maioria, no mínimo de dois terços de seus membros, o Regulamento Próprio contendo os procedimentos que deve adotar para a contratação de obras e serviços, bem como para compras e alienações, e o plano de cargos, salários e benefícios dos empregados da Caminho de Damasco;

xii. Aprovar e encaminhar, ao órgão supervisor da execução do Contrato de Gestão, os relatórios gerenciais e de atividades da Caminho de Damasco, elaborados pela Diretoria Executiva;

xiii. Deliberar sobre a participação da Caminho de Damasco em programas governamentais, desenvolvidos por empresas públicas ou privadas;

xiv. Requisitar à Diretoria Executiva, a qualquer tempo, documentação comprobatória das operações econômico-financeiras realizadas pela Caminho de Damasco;

xv. Deliberar sobre as linhas gerais das políticas, diretrizes e estratégias da Caminho de Damasco, orientando a diretoria executiva no cumprimento de suas atribuições;

xvi. Designar os membros da Diretoria;

xvii. Proceder à avaliação de contratos, convênios ou outros instrumentos de ajuste e as análises gerenciais cabíveis;

xviii. Remeter ao Ministério Público processo em que se apure a responsabilidade de membro da Diretoria Executiva por crime contra o patrimônio público sob a administração da Caminho de Damasco;

Rua Gabriela, n. 144, município de Garça, Estado de São Paulo, CEP 17400-000

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Docusign Envelope ID: 27888BED-2FC2-4C05-8F66-0C20EA5ECE35

Sociedade Beneficente
Caminho de Damasco - SBCD

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4798
Registro nº 11

REG. CIVIL DE P. JURÍDICA
Fls.

xix. Aprovar a criação do Conselho de Administração Local, fixando sua composição, atribuições e mandato de seus membros; e

xx. Discutir e votar matérias em pauta de sua competência.

SEÇÃO II-A
DO CONSELHO FISCAL

Artigo 41. O Conselho Fiscal será o órgão fiscalizador da administração da Caminho de Damasco e será composto por 3 (três) membros efetivos e respectivos suplentes, todos eleitos em Assembleia Geral do Instituto.

§ 1º. Perderá o mandato o membro do Conselho Fiscal que faltar, sem justificativa aceita, a duas reuniões ordinárias e/ou extraordinárias no intervalo de doze meses.

§ 2º. Os mandatos do Conselho Fiscal terão duração de 4 (quatro) anos, admitida a reeleição, e coincidirá com o mandato dos membros do Conselho de Administração.

§ 3º. O Conselho Fiscal poderá ser recomposto a qualquer tempo para atender a legislação em vigor.

§ 4º. Os membros eleitos para compor o Conselho Fiscal não poderão ser cônjuges, companheiros ou parentes consanguíneos ou afins, em linha reta ou colateral até o 3º grau, do Governador, Vice-Governador, Prefeito, Vice-Prefeito, Secretários Estaduais e Municipais, Subsecretários Estaduais e Municipais, Deputados, Vereadores e servidores públicos detentores de cargo comissionado ou função gratificada no Estado e/ou município onde a Caminho de Damasco mantiver parcerias.

Artigo 42. O Conselho Fiscal reunir-se-á:

i. Ordinariamente, 4 (quatro) vezes por ano, em reuniões trimestrais;
ii. Extraordinariamente, sempre que convocadas pela Diretoria Executiva, ou pelo Conselho de Administração ou por solicitação de qualquer um dos membros, ou, ainda, por solicitação de 1/5 (um quinto) dos associados da Caminho de Damasco.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Docusign Envelope ID: 27B0BED2-2CE4C05-8F66-0C20EA5ECE35

Sociedade Beneficente
Caminho de Damasco - SBCD

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4798
Registro nº 11

REG. CIVIL DE P. JURÍDICA
Fls. 2004

Artigo 43. As decisões do Conselho Fiscal serão adotadas por maioria simples dos votos dos membros presentes, cabendo a cada membro um voto, sendo de atribuição privativa do Conselho Fiscal:

i. Fiscalização da administração contábil, fiscal e financeira da associação, devendo se manifestar em relação aos balanços, relatórios de desempenho financeiro e contábil, emitindo pareceres quando necessário;
ii. Apontar eventuais irregularidades em Assembleia ou ao Conselho de Administração;
iii. Solicitar do Conselho de Administração e Diretoria, sempre que necessário, informações ou documentações acerca das operações financeiras;
iv. Denunciar erros, fraudes ou crimes, sugerindo providências através da emissão de pareceres;
v. Anualmente, exarar parecer encaminhando para a Assembleia Geral suas considerações sobre a situação financeira da Organização Social, tomando por base o Balanço Patrimonial e o Resultado Econômico.

SEÇÃO III
DA DIRETORIA EXECUTIVA

Artigo 44. A Diretoria Executiva da Caminho de Damasco será órgão administrativo e executivo cujos membros serão designados pelo Conselho de Administração, podendo ser eleitos suplentes para cada um dos cargos e que terão a seguinte denominação:

i. Presidente;
ii. Diretor Administrativo;

Parágrafo único: O Conselho de Administração poderá eleger quantos suplentes considerar necessários para os cargos da Diretoria Executiva.

Artigo 45. A Diretoria Executiva poderá contratar serviços de profissionais das mais diversas áreas, inclusive em cargos de direção técnica, gerência, atribuindo-lhes funções e salários, de acordo com as normas estabelecidas pela Consolidação das Leis do Trabalho, podendo subcontratar, estabelecer

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Docusign Envelope ID: 27[illegible]ED-2F62-4C05-8F66-0C20EA5ECE35

Sociedade Beneficente
Caminho de Damasco - SBCD

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4798
Registro nº 11

REG. CIVIL DE P. JURÍDICA
Fls. 2009

contratos com estagiários nos termos da legislação vigente, respeitados em todos os casos os valores praticados no mercado.

§ 1º. O Presidente da Diretoria Executiva poderá delegar competências para diretores técnicos, gerentes, gestores ou coordenadores que venham a ser contratados para gestão de projetos específicos, transferindo a estes gerentes, responsabilidades estabelecidas em contratos, convênios, contratos de gestão ou outros instrumentos firmados pela SBCD, de tal forma que estes se responsabilizem pelo monitoramento e resultados.

§ 2º. O Presidente da Diretoria Executiva, com o auxílio dos demais diretores, poderá contratar diretores técnicos, gerentes, coordenadores ou outros prestadores de serviços para cargos solicitados e necessários para o desenvolvimento das atividades da Caminho de Damasco, de sua livre escolha, bem como contratar consultores, empresas e Organizações Não Governamentais.

§ 3º. As atribuições das Gerências e/ou Coordenadorias que venham a ser criadas serão definidas pela Diretoria Executiva.

Artigo 46. A Diretoria Executiva, bem como o seu Presidente serão eleitos pela Assembleia Geral, exigido quórum mínimo de dois terços e maioria absoluta dos membros, para mandato de quatro anos, admitida uma recondução.

§ 1º. A Diretoria Executiva reunir-se-á sempre que necessário, por convocação escrita encaminhada por meio eletrônico ou por telefone e as suas deliberações, quando houver necessidade de produzirem efeitos legais, serão consignadas em Ata assinada pelos Diretores presentes, podendo ser encaminhadas para registro em cartório a qualquer tempo, se houver interesse da Diretoria Administrativa, podendo ainda ser lavrada uma única Ata anual que resuma todos os atos do ano civil.

§ 2º. Em caso de vacância do Diretor Administrativo o Presidente acumulará o cargo até que seja eleito novo membro para o cargo.

Rua Gabriela, n. 144, município de Garça, Estado de São Paulo, CEP 17400-000

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Docusign Envelope ID: 27A8BBED-2FC2-4C05-8F66-0C20EA5ECE35

Sociedade Beneficente
Caminho de Damasco - SBCD

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4798
Registro nº 11

REG. CIVIL DE P. JURÍDICA Fls. 2002

§ 3º. Em caso ausência ou de vacância do cargo de Presidente da Diretoria Executiva, a Assembleia Geral designará novo Presidente no prazo de 60 dias, respondendo o Diretor Administrativo pelo cargo de Presidente enquanto vago.

Artigo 47. Perderá o cargo o Diretor o que infringir as normas que disciplinam o funcionamento da Caminho de Damasco ou que manifestamente descumpra as suas competências.

Artigo 48. Serão inelegíveis para a Diretoria, os condenados à pena que vede ainda que temporariamente o acesso a cargo público, os condenados por crime falimentar, peculato, de prevaricação, peita ou suborno, concussão contra a economia popular, a fé pública ou à propriedade.

Artigo 49. As deliberações da Diretoria Executiva serão consignadas em atas assinadas pelo Presidente, sendo que os demais diretores assinam lista de presença às reuniões.

Artigo 50. A Diretoria Executiva deverá:

i. Reunir-se sempre que necessário, por convocação do Presidente da Diretoria Executiva ou pelos membros do Conselho de Administração ou por solicitação de 1/5 dos associados;
ii. Deliberar validamente, por meio da maioria dos seus membros, cabendo, ao Presidente da Diretoria Executiva, o voto de desempate.

Artigo 51. Compete à Diretoria Executiva:

i. Adotar todas e quaisquer medidas necessárias à administração da Caminho de Damasco, observados os termos do presente Estatuto Social e o que for decidido pelo Conselho de Administração;
ii. Elaborar a Proposta do Programa de Trabalho da Caminho de Damasco, o qual será meramente indicativo;
iii. Nomear representantes, coordenadores e gerentes, criar comissões extraordinárias ou permanentes e grupos de trabalho para auxiliar na execução de projetos e atividades ou na defesa de interesses da Caminho de Damasco;

Rua Gabriela, n. 144, município de Garça, Estado de São Paulo, CEP 17400-000

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Docusign Envelope ID: 27A8B2ED-2FC2-4C05-9F66-0C20EA5ECE35

Sociedade Beneficente
Caminho de Damasco - SBCD

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4798
Registro nº 11

REG. CIVIL DE P. JURÍDICA
Fls. 1601

iv. Aprovar a admissão de associados;
v. Instituir contribuições dos associados;
vi. Aprovar quaisquer contratações e demissões de funcionários;
vii. Alienar e onerar bens imóveis da Caminho de Damasco, mediante autorização do Conselho de Administração;
viii. Convocar a Assembleia Geral, conforme previsto neste Estatuto;
ix. Emitir Ordens Executivas ou fazer regulamentos e normas para disciplinar o funcionamento interno da Caminho de Damasco;
x. Exercer as demais atribuições previstas neste Estatuto;
xi. Abrir contas em instituições bancárias e assinar cheques.

Artigo 52. Os documentos atinentes à gestão financeira da Caminho de Damasco, tais como cheques, ordens de pagamento e outros documentos que impliquem em obrigações de pagamento pela Caminho de Damasco devem ser assinados pelo Presidente da Diretoria Executiva ou por procuradores, por delegação deste, mediante procuração pública.

§ Único. O Presidente da Diretoria Executiva e o Diretor Administrativo poderão nomear procuradores, mediante Procuração Pública, para todos os atos definidos como suas atribuições e competências previstas neste Estatuto Social.

Artigo 53. O Presidente da Diretoria Executiva será o dirigente máximo da Caminho de Damasco e deverá participar das reuniões do Conselho de Administração, sem direito a voto.

Artigo 54. Compete ao Presidente:

i. Diligenciar pelo cumprimento dos objetivos sociais da Caminho de Damasco;
ii. Representar a Caminho de Damasco ativa e passivamente, em juízo e fora dele;
iii. Convocar e presidir as reuniões da Assembleia Geral e da Diretoria Executiva;
iv. Gerenciar todo movimento da entidade, coordenando o trabalho dos demais membros da Diretoria Executiva;
v. Admitir e Demitir os funcionários;

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

DocuSign Envelope ID: 276[illegible]-C24C05-6F66-0C20EA5ECE35

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4798
Registro nº 11

REG. CIVIL DE P. JURÍDICA
Fls.

Sociedade Beneficente
Caminho de Damasco - SBCD

vi. Elaborar, em conjunto com o Diretor Administrativo, a Proposta do Programa de Trabalho da Caminho de Damasco ou delegar essa competência a profissionais que venham a ser contratados;

vii. Assinar todos os documentos relativos às atividades da Caminho de Damasco;

viii. Assinar cheques;

ix. Assinar ordens de pagamento e outros documentos como contratos, convênios, que impliquem em obrigações de pagamento pela Caminho de Damasco;

x. Adotar providências para que os associados possam exercer seus direitos e cumprir seus deveres;

xi. Outorgar procurações "ad judicia", que poderão ser por prazo indeterminado;

xii. Formar vínculos com o Poder Público e com a iniciativa privada mediante Contrato de Gestão, contratos, convênios ou outros instrumentos jurídicos para o fomento e a execução das atividades de interesse público previstas na legislação em vigor;

xiii. Arrecadar as receitas e efetuar o pagamento das despesas da Caminho de Damasco;

xiv. Mandar publicar anualmente no Diário Oficial do Estado de São Paulo os demonstrativos financeiros e os relativos à execução de Contratos de Gestão firmados com o Poder Público;

xv. Constituir procuradores, mandatários ou prepostos com fins específicos e/ou plenos, em nome da Caminho de Damasco;

xvi. Propor ao Conselho de Administração a oneração ou a alienação de bens do ativo permanente da Caminho de Damasco;

xvii. Contratar auditoria externa para acompanhar e avaliar as contas e procedimentos gerenciais e contábeis da Caminho de Damasco, se for o caso;

xviii. Autorizar despesas, promover o pagamento de obrigações, assinar acordos, convênios, contratos e demais instrumentos de ajustes;

xix. Comunicar ao Conselho de Administração, para as providências cabíveis, o afastamento irregular, a vacância do cargo, o pedido de licença ou afastamento, a infringência de normas legais e regulamentares ou a ocorrência de ato que possa causar prejuízo à imagem da Caminho de Damasco, relativamente aos Diretores da Diretoria Executiva.

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Docusign Envelope ID: [illegible]-4C05-8F66-0C20EA5ECE35

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4798
Registro nº 11

REG. CIVIL DE P. JURÍDICA
Fls.

Parágrafo Único: As competências previstas neste artigo poderão ser atribuídas a Diretores, Gerentes ou Coordenadores contratados pela Caminho de Damasco, nos termos da legislação em vigore com registro nos respectivos órgãos de classe, se for o caso.

Artigo 55. Compete ao Diretor Administrativo:

i. Diligenciar pelo cumprimento dos objetivos sociais da Caminho de Damasco;
ii. Ter sob sua guarda livros e arquivos relacionados às suas atribuições;
iii. Secretariar as reuniões da Assembleia Geral e da Diretoria Executiva e redigir e lavrar as respectivas Atas;
iv. Elaborar, em conjunto com a Diretoria Executiva, a Proposta do Programa de Trabalho da Caminho de Damasco;
v. Elaborar o relatório das atividades anuais da Caminho de Damasco;
vi. Substituir o Presidente nas suas faltas e impedimentos;
vii. Acompanhar o trabalho de eventuais auditores externos independentes;
viii. Organizar os serviços financeiros, zelando pelo equilíbrio, correção e propriedade orçamentária da Caminho de Damasco;
ix. Exercer outras atividades que lhe forem atribuídas pelo Presidente da Diretoria Executiva.

CAPÍTULO VIII
DOS RECURSOS FINANCEIROS

Artigo 56. Os recursos financeiros necessários à manutenção da Caminho de Damasco poderão ser obtidos por:

i. Contratos de Gestão, Convênios e Contratos com o Poder Público;
ii. Contratos, Convênios e acordos firmados com pessoas físicas, jurídicas, públicas ou privadas, nacionais ou estrangeiras;
iii. Doações, legados, heranças e subvenções;
iv. Prestações de serviços ou fornecimentos afetos à sua área de atuação;
v. Rendimentos de aplicações de seus ativos financeiros e outros;

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Docusign Envelope ID: 27868BED-2FC2-4C05-8F68-0C20EA5ECE35

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4798
Registro nº 11

REG. CIVIL DE P. JURÍDICA
Fls.

vi. Contribuições dos associados;

vii. Receitas decorrentes de bolsas ou auxílio para pesquisas e estudos realizados pela Caminho de Damasco ou sob sua supervisão;

viii. Recebimento de direitos autorais e royalties decorrentes da exploração de direitos intelectuais ou industriais que possua ou que tenha direito de explorar;

ix. Da prestação de serviços e outras rendas eventuais;

x. Outras formas que não comprometam a ética da Caminho de Damasco.

§ 1º. A Caminho de Damasco aplicará suas disponibilidades financeiras, integralmente, no País, na manutenção e no desenvolvimento de suas finalidades e objetivos sociais.

§ 2º. O disposto no parágrafo anterior não impede a Caminho de Damasco de realizar despesas no exterior, sempre que estas implicarem em benefícios às atividades que desenvolve no País.

CAPÍTULO IX
DO PATRIMÔNIO

Artigo 57. O patrimônio da Caminho de Damasco será constituído por direitos e por bens móveis, imóveis, veículos, ações, títulos, valores, entre outros, que vier a adquirir.

Artigo 58. Os bens do ativo permanente, que constituem o patrimônio da Caminho de Damasco deverão ser identificados para possibilitar o controle de uso e conservação dos mesmos e registrados no balanço anual.

Artigo 59. No caso de dissolução ou extinção da Caminho de Damasco, o que se dará por deliberação expressa do Conselho de Administração, com presença mínima de 2/3 (dois terços dos membros, bem como na hipótese de desqualificação como Organização Social, eventual patrimônio remanescente será destinado a entidades beneficentes certificadas ou a entidades públicas, em conformidade com o disposto no inciso VIII do artigo 3º. Da Lei Complementar 187/2021, c/c o inciso III do artigo 5º do Decreto nº 11.791/2023

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Beneficente
Caminho de Damasco - SBCD

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4798
Registro nº 11

REG. CIVIL DE P. JURÍDICA Fls.

Artigo 60. Para alienação ou aquisição de bens imóveis a Diretoria Executiva da Caminho de Damasco realizará avaliação prévia, sendo imprescindível o parecer do Conselho de Administração.

§ Único. A venda de bens imóveis dependerá de prévia aprovação do Conselho de Administração.

CAPÍTULO X
DOS REGISTROS E LIVROS

Artigo 61. A Caminho de Damasco deverá possuir os seguintes registros:

i. de Atas das Assembleias Gerais, Diretoria, Conselho de Administração e Conselho Fiscal;
ii. de presença dos Associados nas Assembleias Gerais, nas reuniões da Diretoria Executiva e do Conselho de Administração;
iii. Registro de Patrimônio, que deverá constar do balanço anual.

§ Único. É facultada a adoção de livros, folhas soltas ou fichas, inclusive as emitidas por processamento eletrônico de dados.

CAPÍTULO XI
DA PRESTAÇÃO DE CONTAS E DO BALANÇO GERAL

Artigo 62. A prestação de contas da Caminho de Damasco observará, no mínimo:

i. os princípios fundamentais de contabilidade e as Normas Brasileiras de Contabilidade;
ii. a publicidade, ao relatório de atividades e às demonstrações financeiras da associação, por qualquer meio eficaz, e no caso de ser a Caminho de Damasco qualificada como Organização Social, publicado no Diário Oficial do Estado e/ou do município que a qualificou, no encerramento do exercício fiscal, colocados à disposição para o exame de qualquer cidadão, incluindo as certidões negativas de débitos junto ao INSS e ao FGTS;
iii. a publicação anual dos relatórios de gestão e do balanço patrimonial, de forma completa, no sítio eletrônico da Caminho de Damasco;

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4798
Registro nº 11

REG. CIVIL DE P. JURÍDICA
Fls. 2360

iv. a realização de auditoria, inclusive por auditores externos independentes se for o caso, da aplicação dos eventuais recursos objeto de Contrato de Gestão, conforme previsto na legislação;

v. a prestação de contas de todos os recursos e bens de origem pública será feita conforme determina o parágrafo único do artigo 70 da Constituição Federal;

vi. publicação do relatório pertinente à execução do Contrato de Gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente, no encerramento do ano fiscal, no Diário Oficial do Estado e/ou do município onde mantiver parceria.

Artigo 63. O exercício fiscal da Caminho de Damasco encerra-se em 31 de dezembro de cada ano, sendo então elaborados os respectivos demonstrativos contábeis.

CAPÍTULO XII
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 64. Os casos omissos serão resolvidos pela Diretoria executiva, ad referendum do Conselho de Administração.

Artigo 65. A Caminho de Damasco poderá filiar-se a Centrais Sindicais e Confederações ou associar-se a outra entidade congênere, visando sempre à defesa econômica, social, o desenvolvimento harmônico e a consecução plena dos seus objetivos sociais.

Artigo 66. Para os efeitos de encaminhamento de documentos para registro em cartório basta a assinatura do Presidente da Assembleia Geral e de quem a secretariou, ficando consignado em ATAS da Assembleia Geral as decisões da Assembleia Geral e a assinatura dos associados em listas de presença ou outro meio.

§1º. Para efeito de outros documentos legais de responsabilidade da Diretoria Executiva da Caminho de Damasco, basta a assinatura do Presidente da Diretoria Executiva ou procurador por ele nomeado.

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Docusign Envelope ID: 2788CBED-4FC5-4CD5-8F66-0C20EA5ECE35

Sociedade Beneficente
Caminho de Damasco - SBCD

REG. CIVIL DE P. JURÍDICA
Fls.

§2º. O Presidente da Diretoria Executiva da Caminho de Damasco poderá nomear procurador, mediante procuração pública, que será o responsável por todas as competências atribuídas ao Presidente nesse Estatuto Social.

Artigo 67. A Caminho de Damasco poderá solicitar qualificação como Organização Social, junto ao poder executivo bastando, para tanto, a decisão do Conselho de Administração.

Artigo 68. Para efeitos legais, este Estatuto entra em vigor na data de seu registro em Cartório.

Newton Cesar Carrinhena
Conselho de Administração

Luis Antonio Picerni Herce
Diretoria Executiva

Ana Paula Rodrigues Metropolo
Advogada OAB/SP Nº 152.867

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4798
Registro nº 11

OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DE PESSOAS JURIDICAS DE GARÇA -SP
Protocolo: 4.798 Recibo/Cert.
DIGIT.4.798-AV/3AM-REG.11-LVA-G.47/2024
Esc.: 363,58; TFJ.: 103,00; CP: 70,70; R.C.: 19,14; T.J: 24,47; Desp.: 0,00;
18/11/2024 TOTAL: 617,19

Oficial de Registro de Imóveis e Anexos - Comarca de Garça - SP
MARCELO CARRASCOSSI SASSO
Substituto do Oficial

Rua Gabriela, n. 144, município de Garça, Estado de São Paulo, CEP 17400-000

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Docusign Envelope ID: 27888BED-2FC2-4C05-8F68-0C20EA5ECE35

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4798
Registro nº 11

REG. CIVIL DE P. JURÍDICA

LISTA DE PRESENÇA REFERENTE REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DA ASSEMBLEIA GERAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO, INSCRITA NO CNPJ/MF SOB O N. 48.211.585/0001-15, REALIZADA NO DIA 01 DE NOVEMBRO DE 2024.

ORDEM	NOME COMPLETO	ASSINATURA
1	Arnaldo Fernandes de Oliveira	Arnaldo Fernandes de Oliveira
2	Viviane Bezerra da Silva	Ausente
3	Diego K. Silva	Diego
4	Cristina Vanda P. Benedicto	Ausente
5	Luis Antonio Picerni Herce	
6	Ricardo Gonçalves Borba	Ricardo Gonçalves Borba
7	João Gilberto de Góis	Ausente
8	Antonio Carlos Ferreira da Costa	Antonio Carlos Ferreira da Costa
9	Newton Cesar Carrinhena	
10	Carlos Eli Gargalak Aziz	Ausente
11	Moacir Rodrigues da Silva Filho	Moacir Rodrigues da Silva Filho
12	Carlos Alberto Garofolo	Carlos Alberto Garofolo
13	Cylmara Gargalak Aziz Silveira	Cylmara Gargalak Aziz Silveira
14	Vania dos Reis Lombardi	Vania Lombardi
15	João Vicente da Silveira	
16	Antonio Ferreira dos Santos	Ausente
17	Dulcineia Primilla	Dulcineia Primilla
18	Aderson Buzzato Rodrigues de Souza	Aderson Buzzato Rodrigues de Souza
19	Paulo Evaristo Urbani de Carvalhinha	Paulo Evaristo Urbani de Carvalhinha
20	Lesilei Natane Alves Oliveros	Lesilei Natane Alves Oliveros
21	Sebastião Garcia Junior	
22	Claudio Camargo Machado	Claudio Camargo Machado
24	Fernanda Jurado	FERNANDA JURADO

Matriz – Hospital Caminho de Damasco
Rua Gabriela, 144 – Labienópolis
Garça – SP – CEP 17400-000
Tel. (14) 3471-4164

WWW.SBCDSAUDE.ORG.BR

Sede Administrativa – São Paulo - SP
Rua Dr. Jesuíno Maciel, 1956 – Campo Belo
São Paulo – SP – CEP 04615-005
Tel. (11) 5090-3030

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURIDICA DE GARÇA - SP
CNPJ: 49.887.383/0001-50
AV. DR. RAFAEL PAES DE BARROS, 222 Fone: (014)3406-2000
BEL. PAULO ANTONIO IGNACIO DA SILVA - OFICIAL

REG. CIVIL DE P. JURÍDICA Fls 007

CERTIDÃO DE ATOS PRATICADOS - PROTOCOLO Nº 4.798

CERTIFICA que o presente título, protocolado sob número 4.798 em 18/11/2024, deu origem ao(s) seguinte(s) ato(s) nesta Serventia:

Registrado sob nº:4798
Registro primitivo nº:11

ATO

Valor Base	Oficial	Estado	Sec. Faz.	R. Civil	Tribunal	M.P.*	I.M.**	TOTAL
DIGIT.4.798 -Av.344-REG.11-LvA-G.47/2024								
0	R$ 110,50	R$ 31,41	R$ 21,49	R$ 5,82	R$ 7,58	R$ 5,30	R$ 5,52	R$ 187,62
					SELO DIGITAL:			1197014PJV00100008128GW24F
PÁGINAS ACRESCER - DIGIT.4.798 -Av.344-REG.11-LvA-G.47/2024								
37	R$ 253,08	R$ 71,78	R$ 49,21	R$ 13,32	R$ 17,39	R$ 12,21	R$ 12,58	R$ 429,57
					SELO DIGITAL:			1197014PJV00100008128GW24F

Os valores devidos ao Estado e a Carteira de Previdência foram pagos por verba conforme guia arquivada em cartório.

Tabela e valores vigentes na data da prenotação. COTA: UFESP(17,45)

* Ministério Públic
** Imposto Municipal

Obs.:

Apresentante
IRTDPJ BRASIL
Natureza
ALT.ESTATUTO

GARÇA, 18 de novembro de 2024

MARCELO CARRASCOSSI SASSO
SUBSTITUTO DO OFICIAL

[redacted] SP
MARCELO CARRASCOSSI SASSO
Substituto do Oficial

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4798
Registro nº 11

RESUMO FINANCEIRO

DEPÓSITO	CUSTAS	DILIGÊNCIA	DESPESAS	RECEBER
R$ 617,19	R$ 617,19	R$ 0,00		R$ 0,00
Emolumentos	Estado	Secretaria da Fazenda	Registro Civil	Tribunal de Justiça
R$ 363,58	R$ 103,19	R$ 70,70	R$ 19,14	R$ 24,97
Ministério Público	ISS	Condução	Outras Despesas	Total
R$ 17,51	R$ 18,10	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 617,19

Para conferir a procedência deste documento efetue a leitura do QR Code impresso ou acesse o endereço eletrônico https://selodigital.tjsp.jus.br

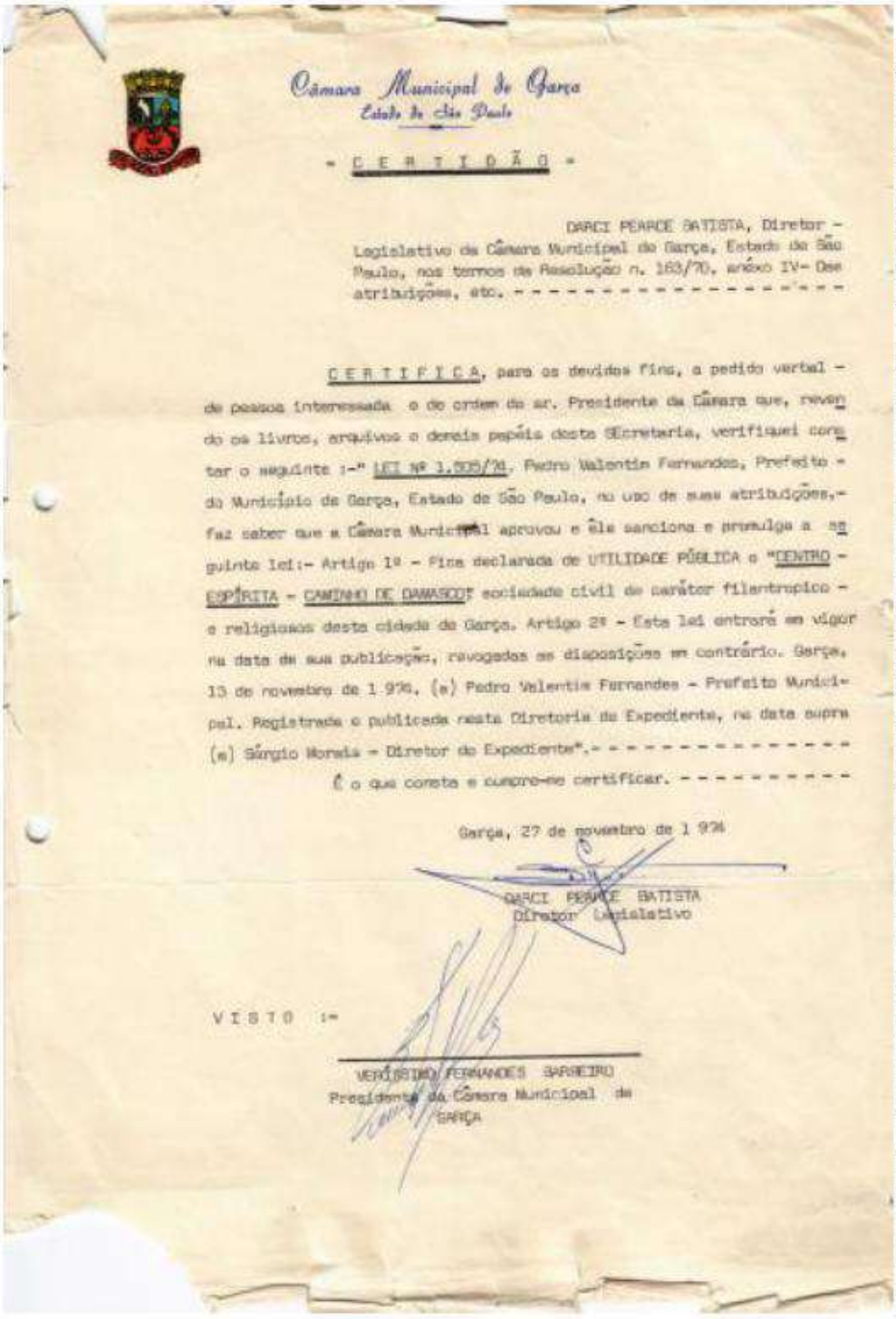
[redacted]

Para conferir a procedência deste documento efetue a leitura do QR Code impresso ou acesse o endereço eletrônico https://selodigital.tjsp.jus.br
- 18/11/2024 10:38:12 - Ocian Sistemas - www.ocian.com.br -

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD



Câmara Municipal de Garça
Estado de São Paulo

- C E R T I D Ã O -

DARCI PEARCE BATISTA, Diretor - Legislativo da Câmara Municipal de Garça, Estado de São Paulo, nos termos da Resolução n. 163/70, anexo IV- Das atribuições, etc. -

C E R T I F I C A, para os devidos fins, a pedido verbal - de pessoa interessada e de ordem do sr. Presidente da Câmara que, revendo os livros, arquivos e demais papéis desta SEcretaria, verifiquei constar o seguinte :-" LEI Nº 1.935/76, Pedro Valentim Fernandes, Prefeito - do Município de Garça, Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições,- faz saber que a Câmara Municipal aprovou e Êle sanciona e promulga a seguinte lei:- Artigo 1º - Fica declarada de UTILIDADE PÚBLICA o "CENTRO - ESPÍRITA - CAMINHO DE DAMASCO" sociedade civil de caráter filantrópico - e religioso desta cidade de Garça. Artigo 2º - Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário. Garça, 13 de novembro de 1 976. (a) Pedro Valentim Fernandes - Prefeito Municipal. Registrada e publicada nesta Diretoria de Expediente, na data supra (a) Sérgio Morais - Diretor de Expediente".- - - - - - - - - - - - - - -

É o que consta e cumpre-me certificar. - - - - - - - - - -

Garça, 27 de novembro de 1 976

DARCI PEARCE BATISTA
Diretor Legislativo

V I S T O :-

VERÍSSIMO FERNANDES BARREIRO
Presidente da Câmara Municipal de GARÇA

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ALEX MOREIRA SANTOS JUNIOR, em quinta-feira, 8 de agosto de 2024 11:42:45 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.

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

3. Experiência em Gestão de UPA

Jacareí
Todo dia, um novo avanço

Prefeitura de Jacareí
Secretaria de Saúde

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ALEX MOREIRA SANTOS JUNIOR, em terça-feira, 1 de julho de 2025 13:44:50 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 interessados, que a **SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO - SBCD**, inscrita no CNPJ sob o número 48.211.585/0001-15 e localizada à Rua Gabriela, 144 – Labienópolis – Garça, Estado de São Paulo, CEP 17400-000, demonstrou notável competência na realização dos seguintes serviços:

Durante o período de vigência do **Contrato de Gestão nº 001/SS/2016, de 01/03/2017 a 31/03/2022,** a **SBCD** exibiu eficiência notável ao desempenhar as atividades de Operacionalização da Gestão e execução de ações e serviços de saúde na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA III – DR. THELMO DE ALMEIDA CRUZ – CNES 9211861.

Produção por ano:

1º Ano de Contrato			
Indicador	Meta Estabelecida (produção)	Resultado Alcançado	Cumprimento (%)
Atendimento de urgência e emergência	108000	148494	137%
Atendimento de urgência pediátrica	72000	82488	115%
Exames laboratoriais	Não ha	86579	100%
Eletrocardiograma	Não ha	5177	100%
Radiologia	Não ha	7738	100%
2º Ano de Contrato			
Indicador	Meta Estabelecida (produção)	Resultado Alcançado	Cumprimento (%)
Atendimento de urgência e emergência	108000	144659	134%
Atendimento de urgência pediátrica	72000	84674	118%
Exames laboratoriais	Não ha	86187	100%
Eletrocardiograma	Não ha	5058	100%
Radiologia	Não ha	7529	100%
3º Ano de Contrato			
Indicador	Meta Estabelecida (produção)	Resultado Alcançado	Situação
Atendimento de urgência e	108000	152328	141%

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

emergência			
Atendimento de urgência pediátrica	72000	80301	112%
Exames laboratoriais	Não ha	86971	100%
Eletrocardiograma	Não ha	5177	100%
Radiologia	Não ha	7947	100%
4º Ano de Contrato			
Indicador	Meta Estabelecida (produção)	Resultado Alcançado	Situação
Atendimento de urgência e emergência	108000	79400	74%
Atendimento de urgência pediátrica	72000	29078	40%
Exames laboratoriais	Não ha	85429	100%
Eletrocardiograma	Não ha	5223	100%
Radiologia	Não ha	7738	100%
5º Ano de Contrato			
Indicador	Meta Estabelecida (produção)	Resultado Alcançado	Situação
Atendimento de urgência e emergência	108000	90926	84%
Atendimento de urgência pediátrica	72000	44955	62%
Exames laboratoriais	Não ha	127254	100%
Eletrocardiograma	Não ha	5226	100%
Radiologia	Não ha	27406	100%

Posteriormente, em 31 de março de 2022, teve início a execução do **Contrato de Gestão nº 2.001.00/2022**, igualmente celebrado para o gerenciamento da Unidade de Pronto Atendimento – UPA III – Dr. Thelmo de Almeida Cruz, cuja vigência permanece em curso até a presente data.

1º Ano de Contrato			
Indicador	Meta Estabelecida (produção)	Resultado Alcançado	Cumprimento (%)
Atendimento de urgência e emergência	94.500	80.375	85,05
Atendimento de urgência pediátrica	63.000	62.114	98,59
Exames laboratoriais	Não ha	100.125	100%
Eletrocardiograma	Não ha	8.642	100%
Radiologia	Não ha	21.055	100%

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ALEX MOREIRA SANTOS JUNIOR, em terça-feira, 1 de julho de 2025 13:44:50 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.

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

2° Ano de Contrato			
Indicador	Meta Estabelecida (produção)	Resultado Alcançado	Cumprimento (%)
Atendimento de urgência e emergência	126.000	155.731	123,60
Atendimento de urgência pediátrica	84.000	72.377	86,16
Exames laboratoriais	Não ha	154.888	100%
Eletrocardiograma	Não ha	15.652	100%
Radiologia	Não ha	35.782	100%
3° Ano de Contrato			
Indicador	Meta Estabelecida (produção)	Resultado Alcançado	Situação
Atendimento de urgência e emergência	126.000	152.957	121,39
Atendimento de urgência pediátrica	84.000	82.190	97,85
Exames laboratoriais	Não ha	210.040	100%
Eletrocardiograma	Não ha	11.632	100%
Radiologia	Não há	43936	100%
4° Ano de Contrato			
Indicador	Meta Estabelecida (produção)	Resultado Alcançado	Situação
Atendimento de urgência e emergência	52500	61.163	116,50
Atendimento de urgência pediátrica	35000	30.561	87,32
Exames laboratoriais	Não ha	81.744	100%
Eletrocardiograma	Não ha	6.348	100%
Radiologia	Não ha	18.890	100%

Ao longo da vigência de ambos os contratos de gestão, a SBCD tem evidenciado elevado padrão de eficiência e comprometimento institucional, assegurando o cumprimento integral das metas quantitativas e qualitativas pactuadas, bem como a execução regular e satisfatória das atividades de apoio à gestão estabelecidas contratualmente.

Ressalte-se que, até a presente data, não foi registrada qualquer intercorrência, ocorrência adversa ou falha operacional que pudesse comprometer a

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ALEX MOREIRA SANTOS JUNIOR, em terça-feira, 1 de julho de 2025 13:44:50 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.

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Jacareí
Todo dia, um novo avanço

Prefeitura de Jacareí
Secretaria de Saúde

reputação da SBCD, tampouco seu desempenho no que se refere às obrigações legais, técnicas e administrativas assumidas perante a contratante.

Atenciosamente,

Jacareí, 30 de junho de 2025.

AGUIDA ELENA BERGAMO FERNANDES CAMBAUVA:02621396852

Assinado digitalmente por AGUIDA ELENA BERGAMO FERNANDES CAMBAUVA:02621396852
ND: CN=BR, O=ICP-Brasil, OU=Presencial, OU=01554030000175, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, OU=RFB eCPF A3, OU=tipo3, OU=AGUIDA ELENA BERGAMO FERNANDES CAMBAUVA:02621396852
Razão: Eu sou o autor deste documento
Localização:
Data: 2025.07.01 12:30:46-03'00'
Foxit PDF Reader Versão: 12.1.2

Dra. Aguida Fernandes
Secretária de Saúde
PREFEITURA MUNICIPAL DE JACAREÍ

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ALEX MOREIRA SANTOS JUNIOR, em terça-feira, 1 de julho de 2025 13:44:50 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.

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Secretaria de Saúde
GOVERNO DO ESTADO
RIO DE JANEIRO

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, prestou serviços de administração, gestão, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde na **Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24h São Pedro da Aldeia,** localizada na Rodovia RJ-106, 2326 - Balneário, CEP 28940-000, São Pedro da Aldeia-RJ, conforme Contrato de Gestão 019/2020, no período de 17/09/2020 até 17/03/2022.

Certificamos que, durante toda a vigência contratual, os serviços foram prestados de maneira adequada, atendendo plenamente às condições técnicas, operacionais e administrativas estabelecidas. As metas pactuadas — tanto qualitativas quanto quantitativas — foram alcançadas conforme previsto. Não há, portanto, qualquer ressalva quanto à conduta ou à capacidade técnica da contratada na execução das obrigações assumidas, conforme descrito a seguir:

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Secretaria de Saúde
GOVERNO DO ESTADO
RIO DE JANEIRO

UPA SÃO PEDRO DA ALDEIA			
Mês e ano	Atendidos	Meta Contratual	Média mensal proporcional
09/2020	587	4250 a 5000	13,81 %
10/2020	763	4250 a 5000	17,95 %
11/2020	1955	4250 a 5000	46,0 %
12/2020	2411	4250 a 5000	56,7 %
01/2021	4291	4250 a 5000	100,9 %
02/2021	3373	4250 a 5000	79,3 %
03/2021	3804	4250 a 5000	89,5 %
04/2021	2563	4250 a 5000	60,3 %
05/2021	3202	4250 a 5000	75,3 %
06/2021	2921	4250 a 5000	68,7 %
07/2021	3083	4250 a 5000	72,5 %
08/2021	3236	4250 a 5000	76,1 %
09/2021	3340	4250 a 5000	78,5 %
10/2021	3699	4250 a 5000	87,0 %
11/2021	4434	4250 a 5000	104,3 %
12/2021	6929	4250 a 5000	163,0 %
01/2022	5225	4250 a 5000	122,9 %
02/2022	3505	4250 a 5000	82,4 %
03/2022	3326	4250 a 5000	78,2 %

Rio de Janeiro - RJ, 06 de junho de 2025.

gov.br Documento assinado digitalmente
VINICIUS PACHECO FERNANDES DA SILVA
Data: 06/06/2025 10:47:55-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Vinicius Pacheco Fernandes da Silva
Coordenador das Unidades de Pronto Atendimento 24h
SUPUPPH/ ID 4339747

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRO DE TOLEDO

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

ATESTAMOS, para os devidos fins de direito, que a organização social de saúde **SOCIEDADE BENEFICENTE CAMINHO DE DAMASCO**, inscrita no CNPJ sob nº 48.211.585/0022-40, situada na Avenida Raimundo Vasconcelos, 365 – Centro – Pedro de Toledo/SP – CEP. 11790-000, vem prestando serviço de Execução, Operacionalização e o Gerenciamento no âmbito da Saúde no Município de Pedro de Toledo de forma satisfatória, através do contrato de gestão nº 34/2018 desde 05 de outubro de 2018 e que não ocorreu, até o presente momento, nenhum fato que desabone a conduta e responsabilidade em relação às tarefas assumidas na Unidade de Pronto Atendimento.

Pedro de Toledo, 16 de novembro de 2021

Atenciosamente,

Raulfo Julio Mariano Pereira
Secretário Municipal de Saúde

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Município de Jacareí
Secretaria Municipal de Saúde

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

ATESTAMOS, para os devidos fins e a quem possa interessar, nos termos da Lei nº 8.666/93, para fins de comprovação de CAPACIDADE TÉCNICA que a **SOCIEDADE BENEFICENTE 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 A EXECUÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE A SEREM PRESTADOS NA UPA PORTE I – UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DO PARQUE MEIA LUA** 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 2.001.00/2017, com prazo de vigência de 27 de outubro de 2017 a 31 de dezembro de 2022, com esta municipalidade, e de acordo com a relação abaixo, sem nenhum fato, até o presente momento, que desabone a conduta e responsabilidade em relação às tarefas assumidas.

CONSOLIDADO DE ATENDIMENTO GERAL				
	Total de Atendimento Adulto	**Total de Atendimento Pediátrico**	**Funcionários Diretos**	**Colaborares Indiretos**
2022	21.381	6.343	59	15

Atenciosamente,

Jacareí, 29 de julho de 2022

Secretária Municipal de Saúde
Águida Elena B. F. Cambeúva

Avenida Major Acácio Ferreira, 854 - Jardim Paraíba - Jacareí/SP — CEP: 12.323.650
Telefone 3955-9630

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

ATESTAMOS, a pedido da interessada e para fins de comprovação de aptidão de desempenho e de execução, 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, demonstrou competência exemplar na execução dos seguintes serviços:

Durante o período de vigência do **Contrato de Gestão nº127/2018, de 20/08/2018 a 12/08/2023**, a SBCD prestou serviços de execução das ações e serviços voltados ao funcionamento da **UPA Nossa Senhora Aparecida - CNES 9329471**, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

Posteriormente, firmou-se o **Contrato de Gestão Nº 187/2023**, com vigência de **13/08/2023 a 13/08/2024**, podendo ser renovado por um período de 60 (sessenta) meses. Nesse contexto, a SBCD vem desempenhando de forma altamente satisfatória a **OPERACIONALIZAÇÃO DA GESTÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS VOLTADOS AO FUNCIONAMENTO DA UPA NOSSA SENHORA APARECIDA - CNES 9329471 e do SERVIÇO 192 - CENTRAL DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIAS – CNES 9620281**, ambos no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

Além disso, a instituição tem executado as ações de apoio à gestão conforme as metas quantitativas e qualitativas pactuadas em Contrato de Gestão.

É de suma importância ressaltar que a SBCD está obrigada a 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 SMS-Itu, e em conformidade com o objeto contratual, sem nenhum incidente que desabone a conduta e responsabilidade em relação às tarefas assumidas.

- **UPA NOSSA SENHORA APARECIDA**

Tipo de unidade
PRONTO ATENDIMENTO

Página1

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

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

ATIVIDADE

Atividade	Nível de atenção
AMBULATORIAL	MEDIA COMPLEXIDADE

ATENDIMENTO

Tipo de atendimento
AMBULATORIAL
REGULACAO
URGENCIA

SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

Serviço
IMUNIZACAO
SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM
SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS
SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA

SERVIÇOS E CLASSIFICAÇÃO

Serviço	Classificação
SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	ESTABILIZACAO DE PACIENTE CRITICO/GRAVE EM SALA DE ESTABILIZ
SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO
IMUNIZACAO	INDIVIDUOS EM GERAL
SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA

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

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

- **CENTRAL DE REGULACAO DE URGENCIAS – 192**

Tipo de unidade
CENTRAL DE REGULACAO MEDICA DAS URGENCIAS

TIPO DE SERVIÇO

Serviço
AMBULANCIA

ATIVIDADE

Atividade	Nível de atenção
AMBULATORIAL	MEDIA COMPLEXIDADE

BASE DESCENTRALIZADA

Nome
UPA 24 NOSSA SENHORA APARECIDA

Atenciosamente

Itu, 20 de maio de 2024.

Secretaria Municipal de Saúde
Janaina Guerino de Camargo

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

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Secretaria Municipal de Saúde

Itu
TEMPO DE CRESCER

Itu, 19 de janeiro de 2024.

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

ATESTAMOS, para os devidos fins e a quem possa interessar, nos exatos termos e sob as penas da Lei nº 8.666/93, para fins de comprovação de CAPACIDADE TÉCNICA que a Organização Social de Saúde **SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO - SBCD**, inscrita no CNPJ sob nº 48.211.585/0001-15, sediada na rua Gabriela, 144 - Bairro de Labienópolis, no município de Garça, Estado de São Paulo, CEP 17400-000 vem cumprindo integralmente de forma bastante satisfatória, até o presente momento, **OPERACIONALIZAÇÃO DA GESTÃO E NA EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS VOLTADOS AO FUNCIONAMENTO DA UPA PORTE III - NOSSA SENHORA APARECIDA NO MUNICÍPIO DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE ITU** no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, através do Chamamento Público nº 01/2023. Atestamos, que os serviços objeto do Contrato nº 187/2023, estão sendo realizados de forma satisfatória, firmado em 13 de agosto de 2023 até a presente data 19 de janeiro de 2024, bem como a execução das atividades assistenciais de saúde e das ações de apoio à gestão por meio das metas quantitativas e qualitativas pactuadas de acordo com o disposto no Contrato de Gestão com esta municipalidade.

Destacamos a comprovação de 5.220 (cinco mil, duzentos e vinte) horas de plantão médico por mês, conforme tabela abaixo:

UPA PORTE III - NOSSA SENHORA APARECIDA						
TIPO	Quantidade de Horas	Horário	Período Semana	Dia da Semana	Quantidade por plantão	Total horas mensais
Médico Ortopedista	12	7 - 19	7	Todos os dias	1	360
Médico Clínico	12	7 - 19	7	Todos os dias	3	1.080
Médico Clínico	12	7 - 19	3	Seg, ter, quar	1	180
Médico Clínico Respiratório	12	7 - 19	7	Todos os dias	1	360
Médico Clínico	12	9 - 21	7	Todos os dias	1	360
Médico Clínico	12	19 - 7	7	Todos os dias	3	1.080
Médico da observação	12	7 - 19	7	Todos os dias	1	360
Médico Emergencista	12	7 - 19	7	Todos os dias	1	360
Médico Emergencista	12	19 - 7	7	Todos os dias	1	360
Médico Regulador	12	7 - 19	7	Todos os dias	1	360
Médico Regulador	12	19 - 7	7	Todos os dias	1	360
						5.220

Atenciosamente,

Margareth Lopes Venturinelli
Secretária Adjunta de Saúde

REG. CIVIL ITU - SP

OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DE ITU - SP
JOSÉ CLÁUDIO MORSELLO - Oficial
Praça Duque de Caxias, 45 - Centro - CEP 13300-103 - Fone/Fax (11) 4023-7711 - Itu - SP

Reconheço, por semelhança, a firma de MARGARETH LOPES VENTURINELLI.
Itu, 22 de janeiro de 2024.
Em testemunho ( ) de verdade.
TIELLE MOREIRA SILVA - Escrevente autorizada
Preço da firma: R$ 8,22 ; Valor total: R$ 8,22
Oficial Reg. Civil P. N. de Itu/SP
Tielle Moreira Silva
Escrevente Autorizada
119057
FIRMA 1
S10462AA0227479

Av. Itu 400 Anos, 111 - Itu Novo Centro - 13303-500 | (11) 4886-9611
@Prefeituraitu | itu.sp.gov.br

DS

Docusign Envelope ID: 21FE1452-598C-4524-816F-FB4F50014549

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

ESTRUTURA DIRETIVA DA UNIDADE

1. Estrutura Diretiva

Carteira de Trabalho Digital

Data de emissão: 17/01/2022

Dados Pessoais

Nome civil
ANA LUCIA BARBOSA DE MORAES

CPF	Sexo	Data de nascimento	Nacionalidade
188.010.388-52	**Feminino**	**09/08/1976**	**Brasileira**

Nome da mãe
MARIA NAZARE FERNANDES BARBOSA

Contratos de trabalho

01/10/2023 - 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	CBO Cargo
SUPERINTENDENTE DE PLANEJAMENTO ESTRATEGICO	**1237-05**

Tipo de contrato
Prazo indeterminado

Salário contratual
R$ 15.484,50 por mês

Relação de trabalho
Empregado

Tipo de admissão
Admissão

Fonte da informação
ESOCIAL

ANOTAÇÕES

13/01/2025 - Férias 13/01/2025 a 27/01/2025

02/10/2024 - Salário definido para R$ 15.484,50 Por mês , com efeito a partir de 01/09/2024

02/10/2024 - Relação de trabalho definida para Empregado

Documento assinado digitalmente pela Dataprev em 14/03/2025.
Este documento somente é válido acompanhado de um documento de identificação oficial.

Página 1

DS

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Carteira de Trabalho Digital

Data de emissão: 17/01/2022

ANOTAÇÕES

02/07/2024 - Salário definido para R$ 15.242,00 Por mês , com efeito a partir de 01/05/2024

02/07/2024 - Estabelecimento definido para SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO

24/06/2024 - Férias 24/06/2024 a 08/07/2024

01/10/2023 - Salário definido para R$ 15.000,00 Por mês

01/10/2023 - Tipo de contrato definido para Prazo indeterminado

01/10/2023 - Estabelecimento definido para SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO

01/10/2023 a (atual) - Cargo exercido de SUPERINTENDENTE DE PLANEJAMENTO ESTRATEGICO

01/10/2023 a (atual) - CBO Cargo exercido 1237-05

01/10/2023 - Admissão

OBSERVAÇÕES

02/10/2024 - ticket 206043;Motivo alteração de salário: DISSÍDIO COLETIVO

02/07/2024 - Motivo alteração de salário: DISSÍDIO COLETIVO;TICKET 198658

07/02/2023 - Aberto

Empregador
SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO
CNPJ RAIZ: 48.211.585

Estabelecimento
SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO
CNPJ: 48.211.585/0032-11
RUA CONSELHEIRO SARAIVA 826 2037021 SANTANA SAO PAULO SP

Cargo
SUPERINTENDENTE DE PLANEJAMENTO ESTRATEGICO

CBO Cargo
1237-05

Tipo de contrato
Prazo indeterminado

Salário contratual
R$ 25.807,50 por mês

Relação de trabalho
Empregado

Documento assinado digitalmente pela Dataprev em 14/03/2025.
Este documento somente é válido acompanhado de um documento de identificação oficial.

DS

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Carteira de Trabalho Digital

Data de emissão: 17/01/2022

Tipo de admissão
Admissão

Fonte da informação
ESOCIAL

ANOTAÇÕES

13/01/2025 - Férias 13/01/2025 a 27/01/2025
02/10/2024 - Salário definido para R$ 25.807,50 Por mês , com efeito a partir de 01/09/2024
02/10/2024 - Relação de trabalho definida para Empregado
02/07/2024 - Salário definido para R$ 25.403,00 Por mês , com efeito a partir de 01/05/2024
24/06/2024 - Férias 24/06/2024 a 08/07/2024
01/10/2023 - Salário definido para R$ 25.000,00 Por mês , com efeito a partir de 01/10/2023
01/10/2023 - Estabelecimento definido para SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO
01/10/2023 a (atual) - Cargo exercido de SUPERINTENDENTE DE PLANEJAMENTO ESTRATEGICO
01/10/2023 a (atual) - CBO Cargo exercido 1237-05
04/09/2023 - Salário definido para R$ 31.149,00 Por mês , com efeito a partir de 01/09/2023
02/08/2023 - Salário definido para R$ 30.573,00 Por mês , com efeito a partir de 01/05/2023
07/02/2023 - Salário definido para R$ 30.000,00 Por mês
07/02/2023 - Tipo de contrato definido para Prazo indeterminado
07/02/2023 - Estabelecimento definido para SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO
07/02/2023 a (atual) - Cargo exercido de GERENTE DE PLANEJAMENTO ESTRATEGICO
07/02/2023 a 30/09/2023 - CBO Cargo exercido 1421-05
07/02/2023 - Admissão

OBSERVAÇÕES

02/10/2024 - Motivo alteração de salário: DISSÍDIO COLETIVO;ticket 206043
02/07/2024 - TICKET 198658;Motivo alteração de salário: DISSÍDIO COLETIVO

Documento assinado digitalmente pela Dataprev em 14/03/2025.
Este documento somente é válido acompanhado de um documento de identificação oficial.

DS

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Carteira de Trabalho Digital

Data de emissão: 17/01/2022

OBSERVAÇÕES

01/10/2023 - Motivo alteração de salário: REDUÇÃO DE CARGA HORÁRIA;182054;Motivo alteração

04/09/2023 - dissidio;Motivo alteração de salário: DISSÍDIO COLETIVO

02/08/2023 - TICKET 175905;Motivo alteração de salário: DISSÍDIO COLETIVO

Documento assinado digitalmente pela Dataprev em 14/03/2025.
Este documento somente é válido acompanhado de um documento de identificação oficial.

DS

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7



CENTRO UNIVERSITÁRIO SENAC

A Diretora de Pós-graduação e Extensão, no uso de suas atribuições e tendo em vista os resultados obtidos, confere o certificado de Pós-graduação - lato sensu, especialização em

Gestão de Saúde

área de conhecimento: Administração Hospitalar a

Ana Lucia Barbosa

nacionalidade brasileira, natural do Estado de São Paulo, nascida a 09 de agosto de 1976,
R.G. n.º 25.242.051-2 - SP

e outorga-lhe o presente certificado, de acordo com o disposto na Resolução CNE/CES n.º 1 de 08/06/2007.

São Paulo, 12 de junho de 2012

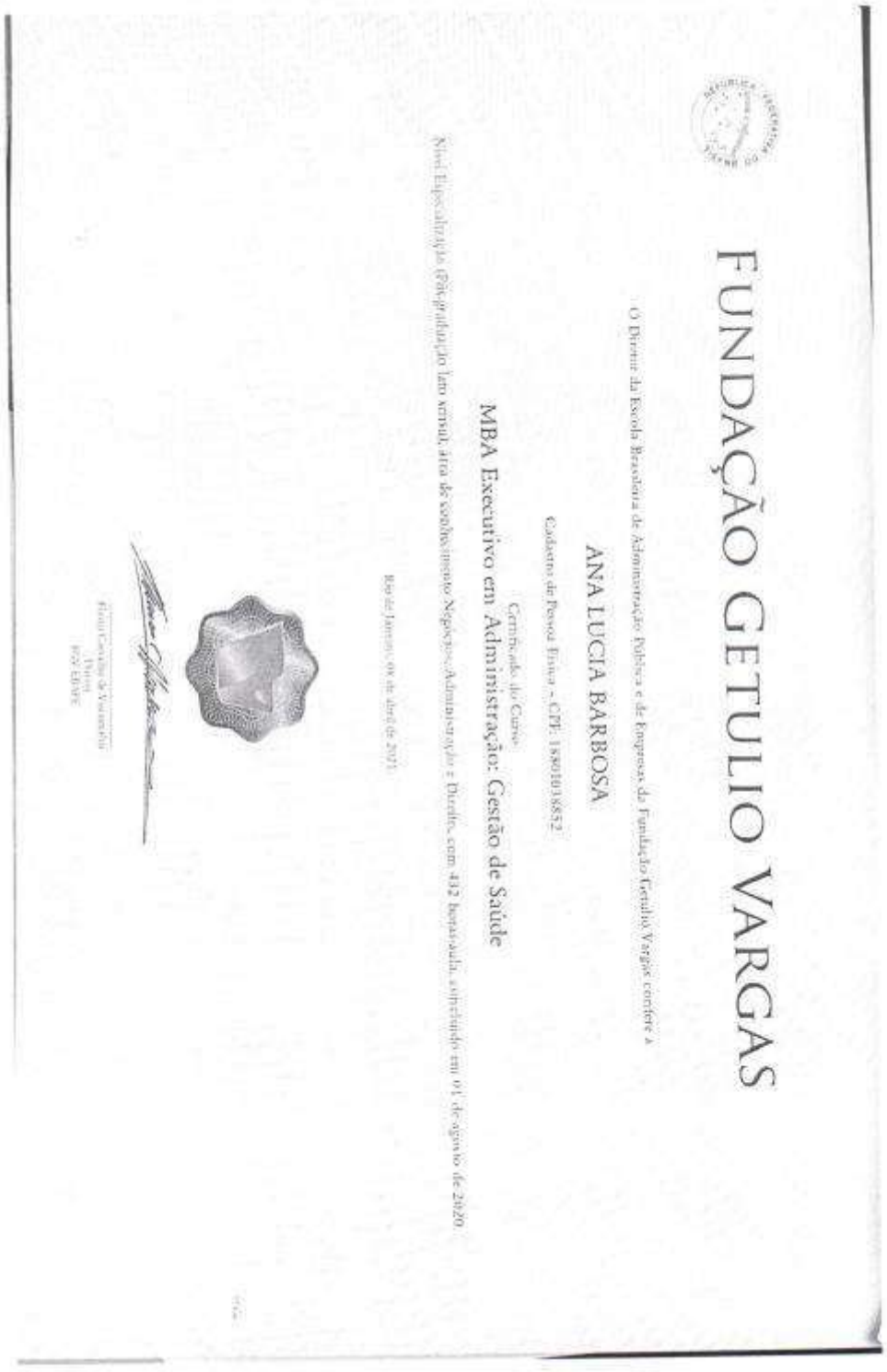
Isabel S. M. Pigatti Guimarães
Diretora de Relacionamento e Serviços ao Aluno

Flávia Feitosa Santana
Diretora de Pós-graduação e Extensão

Concluinte

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7



FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS

O Diretor da Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas da Fundação Getulio Vargas confere a

ANA LUCIA BARBOSA

Cadastro de Pessoa Física - CPF: 18801038852

Certificado de Curso

MBA Executivo em Administração: Gestão de Saúde

Nível Especialização (Pós-graduação lato sensu), área de conhecimento Negócios, Administração e Direito, com 432 horas-aula, concluído em 01 de agosto de 2020.

Rio de Janeiro, 09 de abril de 2021.

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Carteira de Trabalho Digital

Data de emissão: 15/10/2019

Dados Pessoais

Nome civil
ANDRE RAMOS NETO

Nome social
André Ramos Neto

CPF
124.638.948-73

Sexo
Masculino

Data de nascimento
25/03/1969

Nacionalidade
Brasileiro

Nome da mãe
ANA AMALIA CETTO RAMOS

Contratos de trabalho

17/11/2020 - Aberto

Empregador
SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO
CNPJ RAIZ: 48.211.585

Estabelecimento
SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO
CNPJ: 48.211.585/0032-11
RUA CONSELHEIRO SARAIVA 826 2037021 SANTANA SAO PAULO SP

Cargo
DIRETOR TECNICO

CBO Cargo
1312-05

Tipo de contrato
Prazo indeterminado

Salário contratual
R$ 26.000,00 por mês

Relação de trabalho
Empregado

Tipo de admissão
Transferência por motivo de sucessão, incorporação, cisão ou fusão

Fonte da informação
ESOCIAL

ANOTAÇÕES

06/01/2025 - Férias 06/01/2025 a 20/01/2025

02/10/2024 - Salário definido para R$ 26.000,00 Por mês , com efeito a partir de 01/09/2024

02/10/2024 - Relação de trabalho definida para Empregado

Documento assinado digitalmente pela Dataprev em 21/02/2025.
Este documento somente é válido acompanhado de um documento de identificação oficial.

DS

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Carteira de Trabalho Digital

Data de emissão: 15/10/2019

ANOTAÇÕES

02/10/2024 - Regime de jornada definido para Empregado exerce atividade externa especificada no Inciso I do Art. 62 da CLT
15/07/2024 - Férias 15/07/2024 a 29/07/2024
02/07/2024 - Salário definido para R$ 25.850,00 Por mês , com efeito a partir de 01/05/2024
15/01/2024 - Férias 15/01/2024 a 29/01/2024
04/09/2023 - Salário definido para R$ 25.438,39 Por mês , com efeito a partir de 01/09/2023
02/08/2023 - Salário definido para R$ 24.967,99 Por mês , com efeito a partir de 01/05/2023
03/07/2023 - Férias 03/07/2023 a 17/07/2023
01/02/2023 - Férias 01/02/2023 a 15/02/2023
21/11/2022 - Salário definido para R$ 24.500,04 Por mês , com efeito a partir de 01/11/2022
04/10/2022 - Salário definido para R$ 24.765,88 Por mês , com efeito a partir de 01/10/2022
18/07/2022 - Férias 18/07/2022 a 01/08/2022
26/05/2022 - Salário definido para R$ 23.848,62 Por mês , com efeito a partir de 01/05/2022
17/01/2022 - Férias 17/01/2022 a 31/01/2022 período aquisitivo não disponível em razão da versão do eSocial utilizada
12/01/2022 - Salário definido para R$ 22.931,37 Por mês , com efeito a partir de 12/01/2022
12/01/2022 - Estabelecimento definido para SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO
01/01/2021 - Salário definido para R$ 21.311,68 Por mês , com efeito a partir de 01/01/2021
18/11/2020 - Salário definido para R$ 21.105,76 Por mês , com efeito a partir de 18/11/2020
18/11/2020 - Tipo de contrato definido para Prazo indeterminado
17/11/2020 - Salário definido para R$ 20.800,00 Por mês
17/11/2020 - Estabelecimento definido para INSTITUTO BRASIL SAUDE

Documento assinado digitalmente pela Dataprev em 21/02/2025.
Este documento somente é válido acompanhado de um documento de identificação oficial.

DS

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Carteira de Trabalho Digital

Data de emissão: 15/10/2019

ANOTAÇÕES

17/11/2020 a (atual) - Cargo exercido de DIRETOR TECNICO

17/11/2020 a (atual) - CBO Cargo exercido 1312-05

17/11/2020 - Transferência por motivo de sucessão, incorporação, cisão ou fusão

OBSERVAÇÕES

02/10/2024 - ticket 206043

02/07/2024 - TICKET 198658;Motivo alteração de salário: DISSÍDIO COLETIVO

04/09/2023 - dissidio;Motivo alteração de salário: DISSÍDIO COLETIVO

02/08/2023 - TICKET 175905;Motivo alteração de salário: DISSÍDIO COLETIVO

21/11/2022 - 152548;Motivo alteração de salário: DISSÍDIO COLETIVO

04/10/2022 - Motivo alteração de salário: DISSÍDIO COLETIVO;152548

26/05/2022 - Ticket 152548;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.

DS

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS

Escola de Administração de Empresas de São Paulo

A Diretora da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR E DE SISTEMAS DE SAÚDE,

realizado em convênio com o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em junho de 2009, outorga a

André Ramos Neto

brasileiro, natural do Estado de São Paulo, nascido a 25 de março de 1969, RG. 17.590.886-2 - SP

o presente Certificado.

São Paulo, 31 de julho de 2009

Maria Tereza Lemé Fleury
Diretora

José Manoel de Camargo Teixeira
Superintendente do HCFMUSP
Coordenador do CEAHS

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS

SECRETARIA ESCOLAR DO CEAHS

Certificado registrado no Livro n.º 01 Folha n.º 062 N.º de Ordem 62 do PROAHSA (Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas e Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo)

Em 20 de outubro de 2010

Secretaria Escolar

DS

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

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.

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.ceiad.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.

Matriz - Hospital e Maternidade Samaritano
Rua Gabriela, 144 - Labienópolis
Garça - SP - CEP 17400-000
Tel: (14) 3471-4164

Sede Administrativa Zona Norte - São Paulo - SP
Av. Vieira de Moraes, 1713 - 5º e 7º Andar
Campo Belo - São Paulo - SP CEP 04617-015

WWW.SBCDSAUDE.ORG.BR

Sede Administrativa - São Paulo
Rua Dr. Jesuíno Maciel, 1956 - Campo Belo
São Paulo - SP - CEP 04615-0

Tel. (11) 5543-
Sede Zona Norte - São Paulo
Rua Conselheiro Saraiva, 826 - Santana
São Paulo - SP - CEP 02037-021

DS

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Docusign Envelope ID: FF98DFEB-D39B-4F6F-94EA-313B3EEC1478

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

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 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.

DS

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Docusign Envelope ID: FF98DFEB-D39B-4F6F-94EA-313B3EEC1478

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

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.ceisd.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.

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

DS

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Docusign Envelope ID: FF98DFEB-D38B-4F6F-94EA-313B3EEC1478

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

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 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: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Docusign Envelope ID: FF98DFEB-D39B-4F6F-94EA-313B3EEC1478

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

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.cebad.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.

Matriz - Hospital e Maternidade Samaritano
Rua Gabriela, 144 - Labienópolis
Garça - SP - CEP 17400-000
Tel. (14) 3471-4164

Sede Administrativa Zona Norte - São Paulo - SP
Av. Vieira de Moraes, 1713 - 5º e 7º Andar
Campo Belo - São Paulo - SP CEP 04617-015

WWW.SBCDSAUDE.ORG.BR

Sede Administrativa - São Paulo - SP
Rua Dr. Jesuíno Maciel, 1956 - Campo Belo
São Paulo - SP - CEP 04615-004

Tel. (11) 5543-4[illegible]
Sede Zona Norte - São Paulo - SP
Rua Conselheiro Saraiva, 826 - Santana
São Paulo - SP - CEP 02037-021

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

DS

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Docusign Envelope ID: FF98DFEB-D39B-4F6F-94EA-313B3EEC1478

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

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 foi 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.

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

DS

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Docusign Envelope ID: FF98DFEB-D39B-4F6F-94EA-313B3EEC1478

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

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.

O presente 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.cebad.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.

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

DS

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Docusign Envelope ID: FF98DFEB-D39B-4F6F-94EA-313B3EEC1478

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

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 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.cesad.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: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

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.ceiad.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.

DS

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Docusign Envelope ID: FF98DFEB-D39B-4F6F-94EA-313B3EEC1478

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

SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO
Dr. Luis Antonio Picerni Herce
CONTRATANTE

DocuSigned by:

BRAS HENRIQUE SERVIÇOS MÉDICOS EIRELI
Dr. Brás Henrique Dringoli Vieira Alves
CONTRATADA

DocuSigned by:

ANDREIA ZAMBONINI
Aprov:Ger.Contrat

Aprovação

Presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ALEX MOREIRA SANTOS JUNIOR, em quarta-feira, 30 de abril de 2025 11:03:30 GMT-03:00, CNS: 11.503-0 - OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS - 24º SUBDISTRITO INDIANÓPOLIS/SP, nos termos da matrícula 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.

Matriz - Hospital e Maternidade Samaritano
Rua Gabriela, 144 - Labienópolis
Garça - SP - CEP 17400-000
Tel: (14) 3471-4164

Sede Administrativa Zona Norte - São Paulo - SP
Av. Vieira de Moraes, 1713 - 5º e 7º Andar
Campo Belo - São Paulo - SP CEP 04617-015

WWW.SBCDSAUDE.ORG.BR

Sede Administrativa - São Paulo
Rua Dr. Jesuíno Maciel, 1956 - Campo
São Paulo - SP - CEP 0461[illegible]

Tel. (11) 5543-[illegible]
Sede Zona Norte - São Paulo
Rua Conselheiro Saraiva, 826 - Sa[illegible]
São Paulo - SP - CEP 02037-021

DS

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

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

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

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	Cleber 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	Cleber de Moraes Motta	Especialista	30	7,5
Gestão de Facilities	Lincoln Aragoni Gomes	Especialista	30	10,0
Gestão por Processos	Paula Vitali Micios	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 Micios	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

São Paulo, 29 de março de 2021.

OBSERVAÇÃO: Este curso cumpre as exigências regulamentares da Resolução n.º 1 de 6 de abril de 2018 do Conselho Nacional de Educação.

CERTIFICADO registrado sob o n.º 1574/21
Fl. 324 do livro RC 06
Em 15 de abril de 2021

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

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

Bruno 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 Emilio
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

DS

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD



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

DS

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

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.

O presente 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[illegible]-2 - 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: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

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

O presente 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 30.

Documento assinado digitalmente pela Dataprev em 16/04/2025.
Este documento somente é válido acompanhado de um documento de identificação oficial.

DS

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

República Federativa do Brasil
Ministério da Educação
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

UNIFESP

Certificado

A Universidade Federal de São Paulo concede o presente certificado a **FÁBIO ANDRÉ SANTOS PAMPOLHA**, C.P.F. 510.698.012-68, 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.

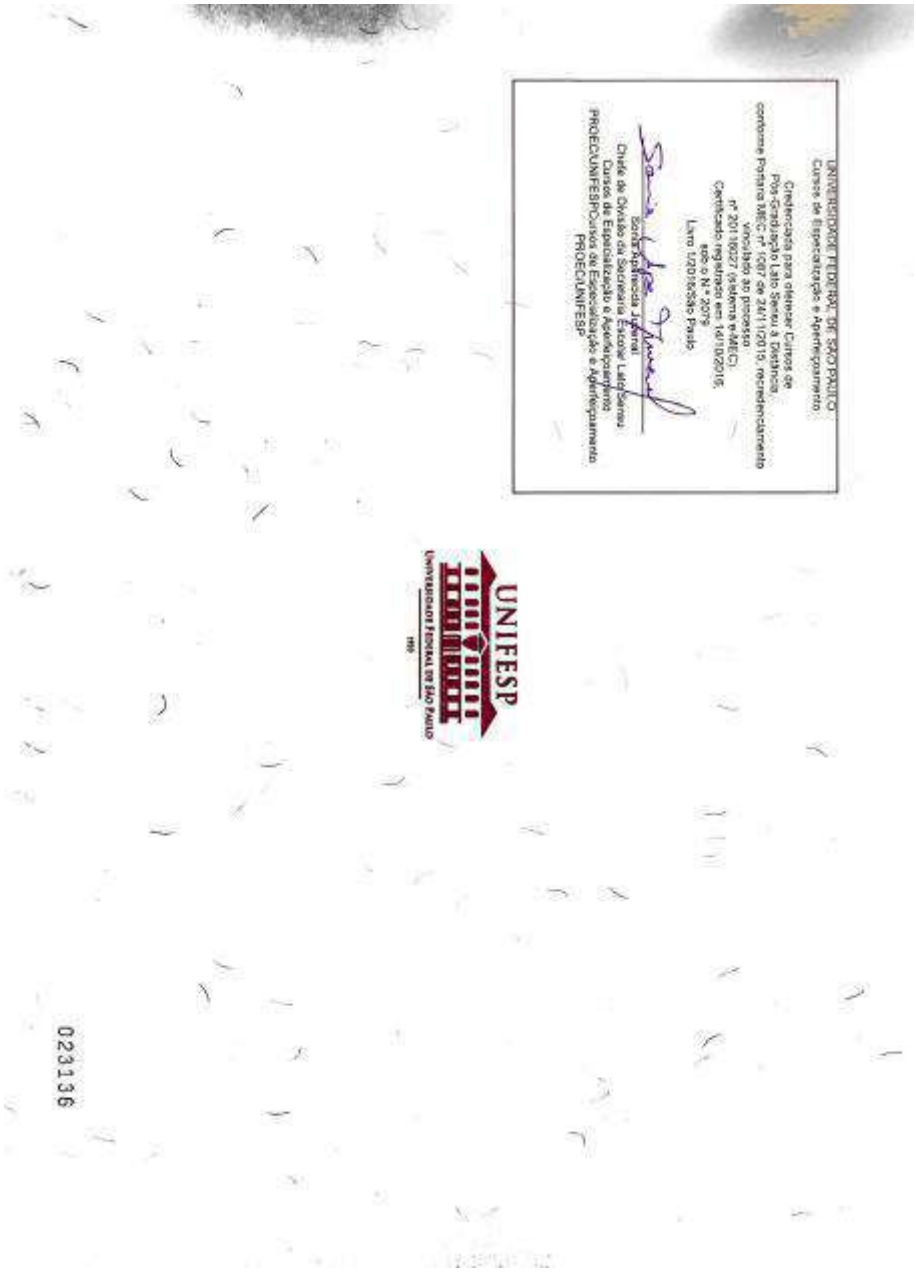
São Paulo, 01 de dezembro de 2016.

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

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7



DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

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.

DS

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

☐ 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;

DS

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

☐ 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.

DS

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

JORNADA NA SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO

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

DS

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

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

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD



DS

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

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

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.

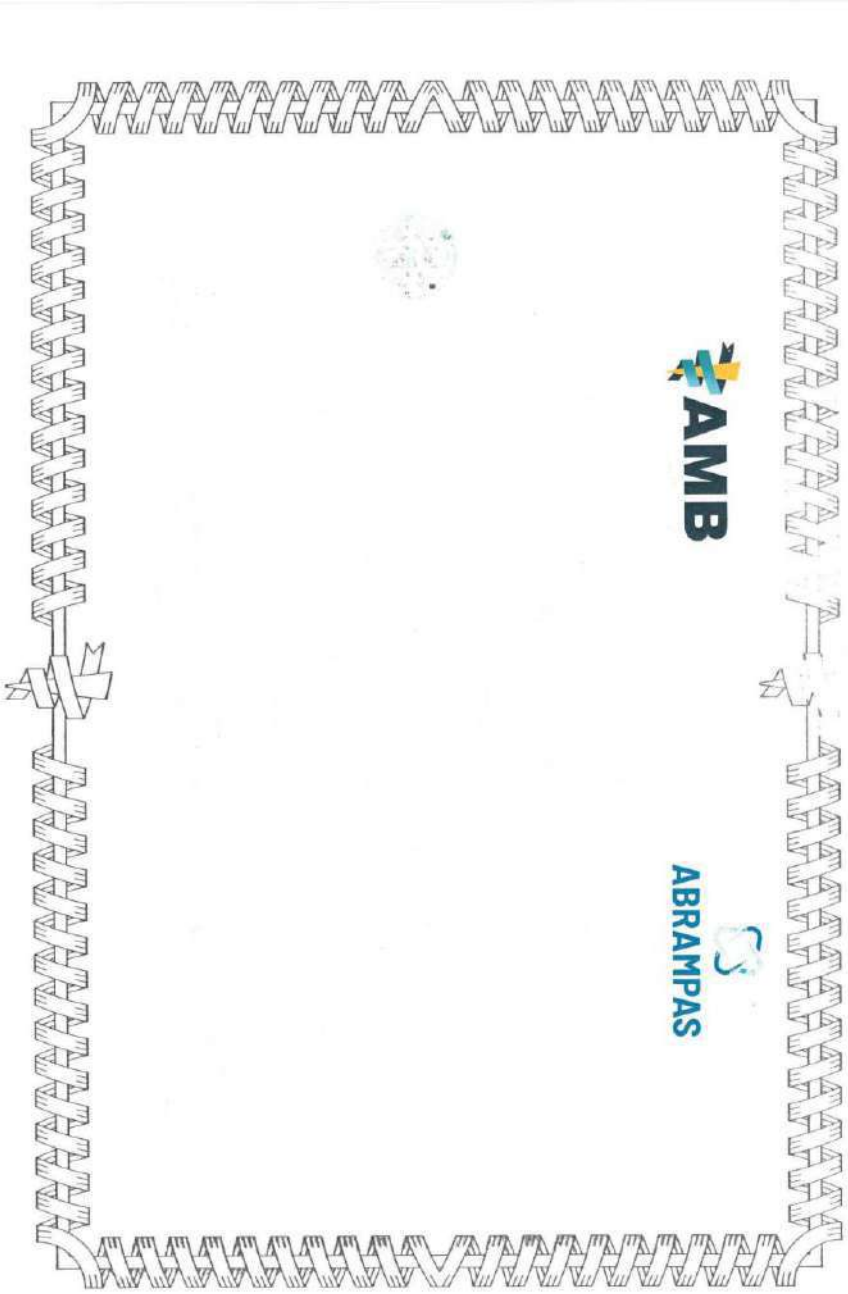
São Paulo, 29 de março de 2021.

CERTIFICADO registrado sob o n.º 150529
Fl. 40 do livro RC 06
Em 15 de junho de 2021

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

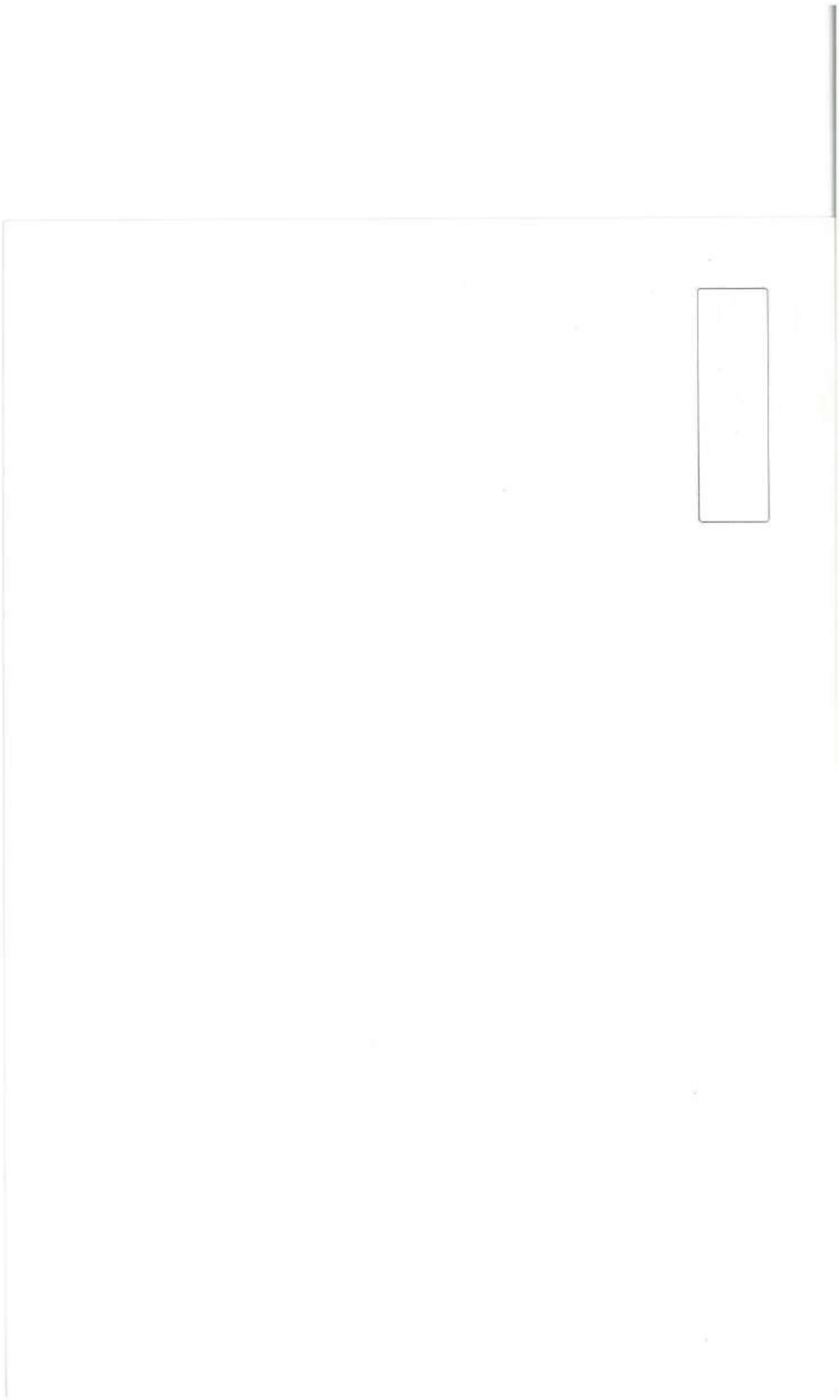
Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7



Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD



DS

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

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

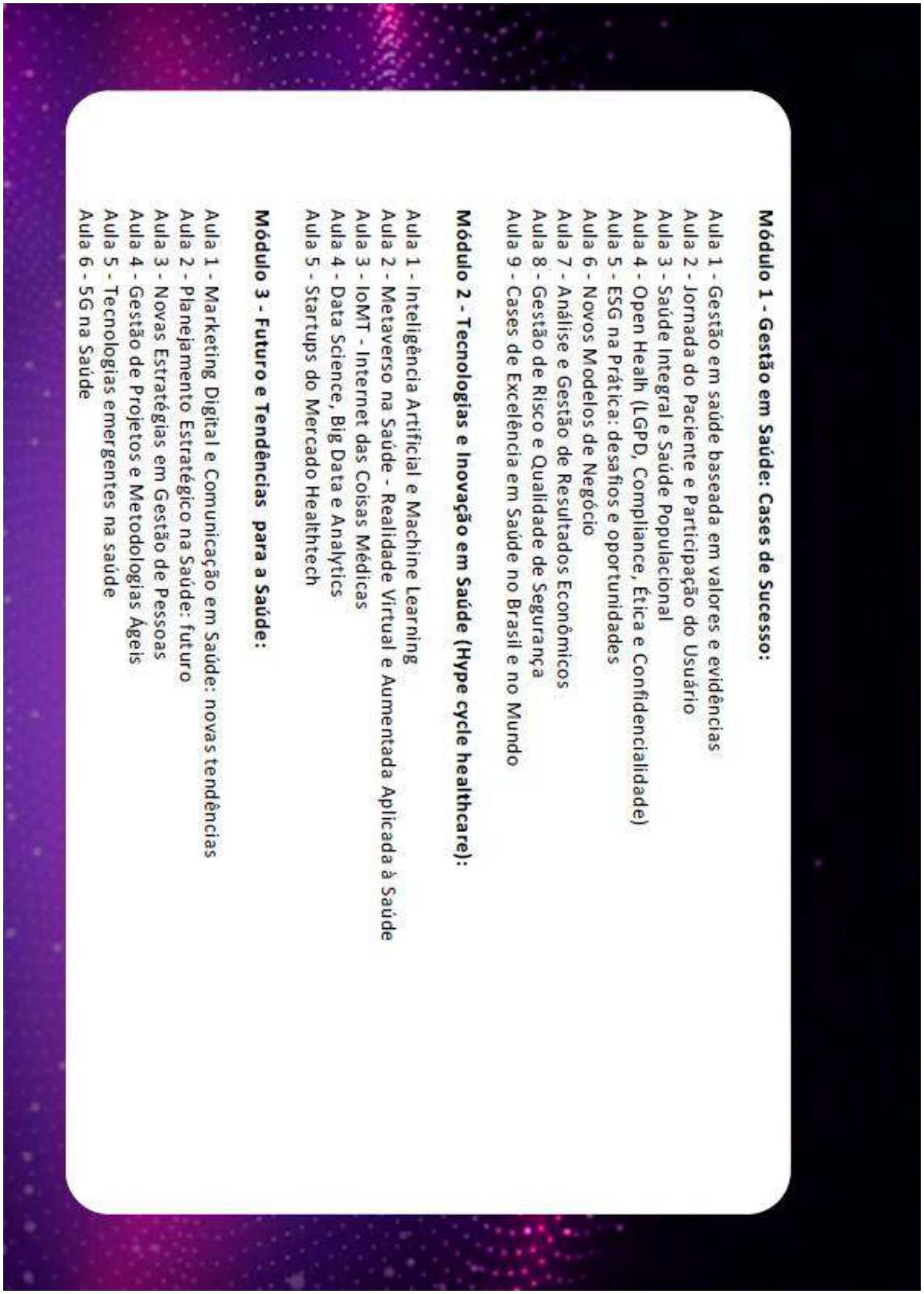
Profa. Ma. Elaine Emi Ito
Diretora Acadêmica
Hospital Alemão Oswaldo Cruz

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

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7



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: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Ficha de Empregado

Empresa: SOCIEDADE BENEFICENTE CAMINHO DE DAMASCO — **CNPJ:** 48.211.585/0001-15

Endereço: R GABRIELA, 144, — **Bairro:** LABIENOPOLIS — **CEP:** 17400-000 — **Cidade:** Garça

Registro: 014384 — **Nome:** TASSIANA SACCHI PITTA DIAZ — **Sexo:** Feminino — **Raça:** BRANCA

Filiação: **Pai:** EDUARDO ALBERTO PITTA — **Mãe:** THAIS SACCHI

Identidade	Expedição	Local	Orgão	CPF	Pessoa com Deficiência
39694777-0	05/08/2014	São Paulo	SSP	226.121.948-27	Não
Data Nascimento	**Idade**	**Local de Nascimento**	**Estado**	**Nacionalidade**	**Estado civil**	**Grau de Instrução**
11/05/1982	39	São Paulo	SP	Brasileiro	CASADO(A)	Pós-Graduação completa

Endereço: Avenida Alberto Ramos, 130, - Jardim Independência - 03222-000 - São Paulo/SP

Telefone: (11) 2386-2789 — **Celular:** (11) 99705-7164 — **E-mail:** TASSI_PED@YAHOO.COM.BR

Carteira Profissional: 12773 — **Série:** 352 — **Emissão:** 07/04/2008 — **UF:** SP — **Data FGTS:** 01/11/2021 — **Certificado Reservista N.º:** — **Categoria:**

Título de Eleitor Nº.: 228654480191 — **Zona:** 4 — **Seção:** 266 — **Carteira Habilitação Nº.:** — **Categoria:** — **Validade:**

Quando Estrangeiro — **Carteira Modelo 19 Nº.:** — **Casado com brasileira?** — **Naturalizado** Não

Tem Filhos Brasileiros? — **Quantos?** — **Data de Chegada ao Brasil:** — **Decreto Nº.:**

Lotação: ZONA NORTE - SANTANA — **Centro Custo:** SANTANA — **Sindicato:** SIND SINSAUDE

PIS-PASEP: 13627458779 — **Cadastro:** — **Banco | Ag | C/C | Tipo:** SANTANDER / 0201 / 010486574 / TED MESMA TITULARIDADE — **Conselho Regional:**

Data Admissão 01/11/2021 — **Cargo** DIRETOR TECNICO — **Salário:** Mês R$ 16.962,50 (Dezesseis Mil e Novecentose Vinte e Dois Reais e Cinquenta Centavos) — **Horário de Trabalho** 10h00-18h00 (Seg-a-Sex)

Data da Saída: — **Nº da Homologação** — **Orgão Onde foi a Homologação**

Observação

Polegar

SOCIEDADE BENEFICENTE CAMINHO DE DAMASCO

TASSIANA SACCHI PITTA DIAZ

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

OSWALDO CRUZ

HOSPITAL MOINHOS DE VENTO

HCor Associação Beneficente Síria

CERTIFICADO DE APROVAÇÃO

Certificamos que o(a) aluno(a) **TASSIANA SACCHI PITTA DIAZ**, portador(a) do CPF **22612194827** participou do **Curso de Extensão Full Gestão em Saúde 4.0**, no período de 27 de Outubro de 2020 a 21 de Junho de 2021, com carga horária de **60 (sessenta) horas.**

São Paulo, 29 de junho de 2021.

Fátima Silvana Furtado Gerolin
Diretora Geral
Faculdade de Educação em Ciências da Saúde

Bruna Aparecida de Souza Manoel
Secretária Acadêmica e Escolar
Faculdade de Educação em Ciências da Saúde

DS

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7



Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

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 21/02/2026.
Este documento somente é válido acompanhado de um documento de identificação oficial.

DS

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

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.

DS

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

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 21/02/2026.
Este documento somente é válido acompanhado de um documento de identificação oficial.

DS

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Certificado

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 Cupertino 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

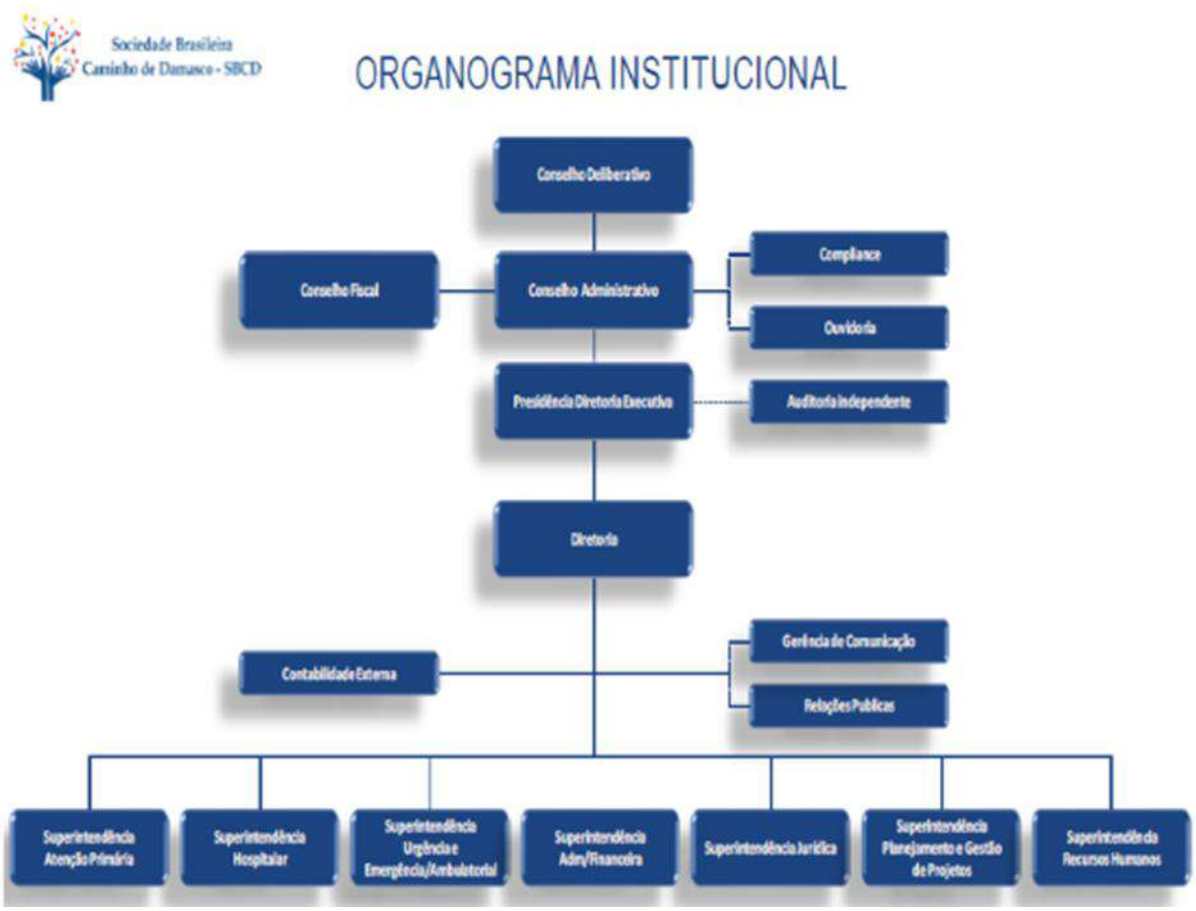
Profª. Anatercia Muniz Miranda Hoffmann
Coordenadora do Curso

PÓS-GRADUAÇÃO CIÊNCIAS MÉDICAS
UMA INSTITUIÇÃO FELUMA

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

2. Organograma



Nosso organograma reflete uma estrutura organizacional desenhada para fortalecer lideranças estratégicas e otimizar tanto a governança quanto a execução de nossas atividades. A seguir, detalhamos as funções e os steakeholders que compõem cada área da Sociedade Brasileira Caminho de Damasco:

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Conselhos e Presidência

- **Conselho Deliberativo**

  Propósito Organizacional: Tomar as decisões estratégicas de maior impacto para a instituição, garantindo que a organização siga seu propósito institucional.

  Stakeholders: Membros do conselho, gestores de alto escalão, parceiros institucionais e investidores;

- **Conselho de Administração**

  Propósito Organizacional: Supervisionar as ações executivas e assegurar o cumprimento dos objetivos estratégicos e regulatórios da SBCD.

  Stakeholders: Diretores, conselhos da SBCD, auditores externos, órgãos reguladores;

- **Presidente da Diretoria Executiva**

  Propósito Organizacional: Liderar a diretoria executiva, implementando as decisões dos conselhos e assegurando a gestão eficaz e eficiente da SBCD.

  Stakeholders: Funcionários, conselhos da SBCD, beneficiários dos serviços de saúde, governo;

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Diretorias

- **Diretoria Administrativa, Financeira e Jurídica**
  Propósito Organizacional: Gerir as funções administrativas, financeiras e jurídicas, fornecendo o suporte necessário para o funcionamento contínuo da instituição.

Stakeholders: Funcionários administrativos, fornecedores, órgãos governamentais, entidades de compliance;

- **Diretoria de Planejamento e Operações**
  Propósito Organizacional: Coordenar o planejamento estratégico e operacional da SBCD, assegurando a implementação dos projetos e a comunicação interna eficaz.

  Stakeholders: Gerentes de projetos, equipes operacionais, consultores externos, órgãos de planejamento de saúde;

Superintendências

- **Superintendência de Recursos Humanos**
  Propósito Organizacional: Gerenciar o capital humano da instituição, desde o recrutamento e desenvolvimento até a retenção e bem-estar dos colaboradores.

  Stakeholders: Funcionários, sindicatos, candidatos a emprego e consultores de RH;

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

- **Superintendência Administrativa, Financeira e de Controles Internos**

  Propósito Organizacional: Coordenar funções administrativas, financeiras, e de controle interno para garantir a sustentabilidade financeiras e a conformidade da SBCD.

  Stakeholders: Fornecedores, órgãos reguladores, gestores de contratos e auditores;

- **Superintendência de Planejamento e Gestão**

  Propósito Organizacional: Assegurar o planejamento estratégico e a gestão eficiente de contratos, projetos e informações dentro da SBCD.

  Stakeholders: Parceiros institucionais, órgãos de planejamento e clientes internos;

- **Superintendência Jurídica**

  Propósito Organizacional: Fornecer suporte jurídico e assegurar a conformidade legal em todas as operações da SBCD.

  Stakeholders: Equipes internas, advogados externos, órgãos reguladores e tribunais;

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

- **Superintendência de Atenção Primária à Saúde**

  Propósito Organizacional: Gerir as unidades e contratos de atenção primária à saúde, focando na qualidade do atendimento em áreas estratégicas.

  Stakeholders: Pacientes, profissionais de saúde, governos e parceiros comunitários;

- **Superintendência Hospitalar**

  Propósito Organizacional: Gerir unidades e serviços que demandam cuidados de saúde especializados, com foco em alta complexidade, garantindo a qualidade e a segurança dos pacientes em tratamentos complexos.

  Stakeholders: Pacientes, profissionais de saúde especializados, hospitais de referência e órgãos de regulação de saúde;

- **Superintendência de Urgência e Emergência / Rede Ambulatorial**

  Propósito Organizacional: Coordenar e gerenciar os serviços de urgência, emergência e atendimento ambulatorial, assegurando a resposta rápida e eficaz a situações críticas de saúde e proporcionando atendimento ambulatorial de qualidade.

  Stakeholders: Pacientes em situações de urgência e emergência, profissionais de saúde de pronto atendimento, governos municipais e estaduais, parceiros comunitários e órgãos de regulação de saúde.

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Órgãos de Controle e Supervisão

- **Compliance**

  Propósito Organizacional: Garantir que as operações da SBCD estejam em conformidade com as normas e regulamentos internos e externos.

  Stakeholders: Órgãos reguladores, gestores, auditores e conselhos de ética;

- **Auditoria**

  Propósito Organizacional: Realizar auditorias para assegurar a integridade financeiras e operacional da instituição, identificando e mitigando riscos.

  Stakeholders: Auditores internos e externos, conselhos administrativos e entidades de controle financeiro;

- **Ouvidoria**

  Propósito Organizacional: Atuar como canal de comunicação para stakeholders, promovendo a transparência e a resolução de demandas e sugestões.

  Stakeholders: Pacientes, familiares, funcionários e parceiros comunitários.

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Além disso, a SBCD conta com comissões especificas, como a Comissão de Ética Médica, Comissão de Ética de Enfermagem e Comitê de Riscos e Assuntos Institucionais, que são responsáveis por zelar pelos padrões éticos e gerenciar riscos inerentes à operação da instituição.

Essa estrutura organizacional não só apoia a missão da SBCD de fornecer serviços de saúde de alta qualidade, mas também garante que cada área e seus stakeholders estejam alinhados com os objetivos estratégicos da instituição, promovendo uma gestão eficiente, transparente e focada em resultados.

ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS

1. Organização das Diferentes Clínicas

A organização das clínicas assistenciais em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) deve obedecer à lógica da resolutividade, segurança e integralidade do cuidado, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Quando a unidade é estruturada exclusivamente para atendimento de Clínica Médica de adultos, a gestão e a disposição funcional dos serviços precisam ser cuidadosamente planejadas para assegurar fluxo contínuo, qualidade no atendimento e padronização dos processos clínico-assistenciais.

A UPA Tobias Barreto com foco exclusivo em atendimento de Clínica Médica e Pediatria é um serviço de porta aberta, com atendimento 24 horas, destinado à estabilização de quadros clínicos agudos e à definição do destino terapêutico (alta, observação ou transferência).

Neste modelo, não há atendimento ginecológico-obstétrico ou cirúrgico. Toda a estrutura assistencial é voltada para pacientes com condições clínicas agudas de média complexidade, como:

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

- Síndromes respiratórias;
- Crises hipertensivas ou descompensações de doenças crônicas;
- Infecções agudas (urinárias, cutâneas, respiratórias);
- Distúrbios metabólicos ou neurológicos iniciais;
- Sintomas inespecíficos (febre, mal-estar, dor torácica, dispneia etc.).

ORGANIZAÇÃO DAS ÁREAS CLÍNICAS INTERNAS

1.1. Triagem e Acolhimento com Classificação de Risco

- Área de recepção com prontuário eletrônico;
- Sala de triagem com enfermeiro capacitado em classificação de risco (ex: Protocolo de Manchester);
- Separação por categorias de risco (vermelho, laranja, amarelo, verde, azul).

1.2. Consultórios de Clínica Médica / Pediatria

- Mínimo de 2 a 3 consultórios médicos;
- Atendem pacientes classificados como verde, azul e parte dos amarelos;
- Fluxo contínuo com reavaliação médica se necessário.

1.3. Sala de Medicação e Procedimentos

- Administração de medicamentos endovenosos, intramusculares ou orais;
- Realização de procedimentos clínicos simples (nebulizações, sondagens, curativos clínicos).

1.4. Sala de Observação Clínica para Adultos e Pediátrica

- Capacidade variável conforme porte da UPA (mínimo de 8 leitos);
- Separação por sexo (quando possível) em observação adulto;
- Equipamentos de monitorização multiparamétrico, oxigenoterapia, suporte básico;
- Uso para pacientes em avaliação clínica, resposta a terapias ou aguardando regulação.

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

1.5. Sala de Estabilização / Sala Vermelha / Sala de Emergência

Suporte avançado à vida para pacientes com risco iminente;

- Deve estar equipada com:
- Monitor Multiparâmetros;
- Cardioversor/desfibrilador;
- Ventilador mecânico;
- Carrinho de emergência com medicações e vias aéreas avançadas.

1.6. Apoio Diagnóstico e Terapêutico

1.6.1. Laboratório

- Coleta 24h;
- Testes rápidos (glicemia, dengue, etc.);
- Interface com laboratório externo ou interno, conforme modelo da UPA.

1.6.2. Radiologia

- Raio-x com técnico de plantão 24h;
- Apoio a diagnóstico torácico e osteomuscular;
- Idealmente com digitalização e envio para laudo remoto (telediagnóstico).

1.7. Interface com Serviços Externos

1.7.1. Regulação Assistencial - NIR

- Ligação direta com Central de Regulação de Urgências para transferência hospitalar;
- Acompanhamento de vagas hospitalares para casos de alta complexidade.

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

1.7.2. Transporte Inter-hospitalar

- Apoio e viabilização de transporte de pacientes que necessitam de serviço de maior complexidade;
- Interface operacional para evacuação de pacientes da observação prolongada.

1.8. Equipe Clínica e Multiprofissional

Categoria	Composição Mínima
Médicos	Clínicos 24h/dia – mínimo 2 plantonistas – Pediatras – mínimo 1 plantonista
Enfermagem	Enfermeiros e técnicos com presença 24h
Assistência Farmacêutica	Técnico ou farmacêutico para controle de estoque + Farmacêutico RT
Serviço Social	Apoio durante horário comercial ou em plantão
Limpeza hospitalar	Profissionais exclusivos por área crítica
Apoio administrativo	Para recepção, prontuário e fluxo documental

1.9. Fluxo Operacional Clínico (descrito de forma detalhada no item Qualidade ACCR e Comissão de risco)

- Entrada pela recepção → Triagem e classificação de risco → Encaminhamento
  - ✓ Verde/Azul → Consultório Médico → Alta/Medicação;
  - ✓ Amarelo → Avaliação médica com brevidade → Medicação/Observação;
  - ✓ Laranja/Vermelho → Sala de Estabilização → Regulação.
- Pacientes em observação:
  - ✓ Monitoramento por no máximo 24h (exceto exceções pactuadas);
  - ✓ Alta médica ou transferência regulada.

1.10. Documentação Clínica e Protocolos

- Uso de prontuário eletrônico do paciente (PEP);

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

1.11. Protocolos clínicos e linhas de cuidado:

- ✓ Síndrome gripal e COVID-19;
- ✓ Dor torácica;
- ✓ Acidente vascular cerebral inicial;
- ✓ Descompensação diabética;
- ✓ Insuficiência respiratória aguda;
- ✓ Planos de cuidados e boletins médicos documentados.

A organização clínica de uma UPA voltada exclusivamente para atendimento de Clínica Médica de adultos deve priorizar fluxos resolutivos, critérios de segurança do paciente, separação funcional por áreas de risco e uma estrutura mínima para estabilização e observação. A ausência de especialidades pediátricas ou cirúrgicas exige uma integração eficaz com a regulação municipal para o manejo de casos fora do escopo da unidade, bem como atenção à continuidade do cuidado por meio da contrarreferência à atenção primária

2. Estrutura de Chefia

** Detalhada em valores no item da Proposta: Organização de Recursos Humanos.

UPA TOBIAS BARRETO - DIMENSIONAMENTO PROFISSIONAL				
CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	CONTRATAÇÃO	HORÁRIO	TOTAL
COORDENADOR ADMINISTRATIVO	40	CLT	DIURNO	1
ASSISTENTE DE TI	40	CLT	DIURNO	1
ASSISTENTE ADMINISTRAT	40	CLT	DIURNO	5
ASSISTENTE SOCIAL	30	CLT	DIURNO	2
OUVIDOR	40	CLT	DIURNO	1

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

ANALISTA DE COMPRAS	40	CLT	DIURNO	1
AUXILIAR DE FARMÁCIA	36	CLT	DIURNO	2
AUXILIAR DE FARMÁCIA	36	CLT	NOTURNO	2
ALMOXARIFE	40	CLT	DIURNO	1
SUPERVISOR DE ENFERM	40	CLT	DIURNO	1
ENFERMEIRO	36	CLT	DIURNO	10
ENFERMEIRO	36	CLT	NOTURNO	10
ENF. EDUCAÇÃO PERMANEN	40	CLT	DIURNO	1
ENFERMEIRO SCIH	40	CLT	DIURNO	1
FARMACEUTICO	40	CLT	DIURNO	1
FARMACÊUTICO	36	CLT	DIURNO	3
FARMACÊUTICO	36	CLT	NOTURNO	2
OFICIAL DE MANUTENÇÃO	40	CLT	DIURNO	2
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	36	CLT	DIURNO	5
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	36	CLT	NOTURNO	5
SUPERVISOR ADMINISTRAT	40	CLT	DIURNO	1
PLANTONISTA TECNICO ADM	36	CLT	NOTURNO	2
TECNICO DE ENFERMAGEM	36	CLT	DIURNO	24
TECNICO DE ENFERMAGEM	36	CLT	NOTURNO	24
NUTRICIONISTA	40	CLT	DIURNO	1
COORDENADOR MÉDICO	30	PJ	DIURNO	1

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

MEDICO CLINICO	12	PJ	DIURNO	61
MEDICO CLINICO	12	PJ	NOTURNO	61
MEDICO PEDIATRA	12	PJ	DIURNO	31

3. Horários de Atividades de Urgências

3.1 Atendimento 24 Horas – Regime de Plantão Presencial

A UPA deve manter funcionamento ininterrupto 24 horas por dia, 7 dias por semana, com presença física mínima obrigatória de profissionais médicos e equipe multiprofissional de apoio, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (Portaria nº 10/GM/MS de 2017).

Médicos Generalistas (Clínico Geral ou Médico da Família)

- Plantão presencial obrigatório, cobrindo toda a carga horária da unidade:
- Horários padronizados de plantão:
- Plantão diurno: 07h às 19h
- Plantão noturno: 19h às 07h
- Equipe mínima recomendada por turno (porte II da UPA):

✓ 2 a 3 médicos clínicos por plantão (ajustável conforme demanda).

✓ Responsáveis pelas consultas, solicitações de exames, definição de conduta e decisões clínicas iniciais.

Equipe de Enfermagem, Técnica e de Apoio

- Cobertura 24h com escala rotativa;
- Acompanhamento por enfermeiro supervisor.

Acesso a Consultorias Externas

Em algumas localidades, a retaguarda médica pode ocorrer via:

- Telemedicina / Telediagnóstico;
- Hospitais de referência com porta regulada pela Central Estadual de Regulação (CER).

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Importância da Padronização

- Organização da escala: Garante previsibilidade da cobertura assistencial;
- Redução de riscos clínicos: Evita atrasos em atendimentos críticos;
- Cumprimento contratual da OSS com o ente gestor (SES ou SMS);
- Transparência e gestão de equipe: Alinha expectativas da equipe e da população;
- Adequação à Política Nacional de Atenção às Urgências.

4. Salas de Cirurgia

Apresentaremos a seguir a estrutura física, equipamentos essenciais e o fluxo de atendimento da sala de emergência (sala de estabilização ou sala vermelha) de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), conforme preconizado pelas diretrizes do Ministério da Saúde, da Anvisa (RDC nº 50/2002), e por boas práticas assistenciais e normativas do Sistema Único de Saúde (SUS).

4.1 Finalidade da Sala de Emergência (Sala Vermelha)

A sala de emergência, também denominada Sala Vermelha ou Sala de Estabilização, é destinada ao atendimento imediato e intensivo de pacientes críticos ou com risco iminente de morte, necessitando de suporte avançado de vida, estabilização clínica, monitoramento contínuo e, frequentemente, regulação para unidade hospitalar de maior complexidade.

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

4.2 Estrutura Física Recomendada

Elemento	Descrição
Localização estratégica	Deve estar próxima à entrada da unidade ou da classificação de risco, com acesso facilitado para ambulâncias e visibilidade pelo setor de enfermagem.
Área mínima por leito	Aproximadamente 9 m² por leito (conforme RDC nº 50/2002). Em geral, recomenda-se espaço para 2 a 4 leitos.
Divisão interna	Isolamento físico com divisórias entre leitos ou cortinas para garantir privacidade e controle de infecção.
Revestimento	Piso lavável, antiderrapante, paredes revestidas até o teto com material de fácil higienização.
Climatização e ventilação	Ar-condicionado com sistema de filtragem; exaustão em casos de isolamento respiratório.
Iluminação	Clara, direta e sem sombras, com luminárias de emergência.
Lavabo	Lavagem de mãos com torneira de acionamento automático ou cotovelo, sabonete líquido e papel toalha.
Ponto de gases medicinais	Oxigênio, vácuo e ar comprimido em cada ponto de atendimento.
Rede elétrica protegida	Tomadas hospitalares em número suficiente (mínimo de 6 por leito), com nobreaks para equipamentos vitais.

4.3 Equipamentos Essenciais da Sala de Emergência

Equipamentos por Leito

- ✓ Monitor Multiparâmetros com ECG, oximetria, pressão não invasiva e temperatura;
- ✓ Ventilador mecânico (pulmonar adulto);
- ✓ Bomba(s) de infusão contínua (mínimo 2 por leito);
- ✓ Oxímetro de pulso portátil;
- ✓ Sonda de aspiração conectada à rede de vácuo;
- ✓ Suporte para soro com rodízios;
- ✓ Mesa de exames regulável ou leito com grades laterais articuladas.

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

4.4 Equipamentos Coletivos

✓ Desfibrilador com monitor e cardioversor: o carrinho de emergência completamente equipado, incluindo uma variedade de **medicamentos de urgência**, como adrenalina, amiodarona e atropina, entre outros. Também contém **material para acesso venoso e intraósseo**, além de **equipamentos essenciais** para intubação orotraqueal, como tubos endotraqueais, laringoscópio, balão auto inflável e cânulas de diferentes tamanhos. Está disponível ainda material para realização de cricotireoidostomia e punções de emergência, bem como máscaras de oxigênio, nebulizadores, dispositivos de ventilação manual tipo ambu, aspiradores e reanimador manual com reservatório e máscaras em diversos tamanhos, garantindo suporte adequado em situações críticas.

✓ Eletrocardiógrafo portátil (ECG);
✓ Glicosímetro e termômetro infravermelho;
✓ Aparelho de pressão arterial e estetoscópio por leito;
✓ Maleta de parada cardiorrespiratória;
✓ Relógio digital visível com cronômetro;
✓ Notebook ou terminal de acesso ao Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP).

4.5 Fluxo de Atendimento na Sala de Emergência

A seguir, descreve-se o fluxo funcional e assistencial típico para um paciente que ingressa na sala de emergência da UPA:

- **Fluxo Assistencial** (Etapas descritas de forma detalhada no item Qualidade objetiva da proposta)

Identificação do paciente em situação crítica

✓ Via triagem de risco (classificação vermelha);
✓ Via porta direta com ambulância do SAMU;
✓ Agravamento clínico durante observação na UPA.
✓ Encaminhamento imediato à Sala Vermelha
✓ Recebimento pela equipe médica e de enfermagem;
✓ Início do monitoramento contínuo.
✓ Estabilização inicial

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

- ✓ Suporte ventilatório e hemodinâmico;
- ✓ Medicações de urgência;
- ✓ Coleta de exames laboratoriais e de imagem.
- ✓ Registro e notificação
- ✓ Preenchimento do prontuário eletrônico;
- ✓ Comunicação à Central de Regulação de Urgências, se for o caso.
- ✓ Avaliação multidisciplinar - Enfermagem + equipe médica;
- • Definição da conduta: alta, observação prolongada, ou regulação.
- • Transferência
- ✓ Se indicado, acionamento do transporte inter-hospitalar;
- ✓ Preparo do paciente com relatório e suporte adequado.
- • Limpeza terminal e preparo do leito
- ✓ Após desocupação, a sala é higienizada e reabastecida.

FLUXOGRAMA LINEAR DE ATENDIMENTO EM SALA DE EMERGÊNCIA



A estrutura da sala de emergência em uma UPA deve estar preparada para atendimento integral e imediato de situações clínicas graves. A ausência de tempo para decisões e intervenções exige organização rigorosa, materiais sempre revisados, equipe treinada e protocolos atualizados. É essencial garantir redundância operacional, manutenção periódica dos equipamentos e integração com a regulação de leitos e transporte para assegurar uma linha de cuidado segura e contínua ao paciente.

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

5. Unidades de Internação (Enfermaria)

A Sala de Observação Adulto da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) é um setor essencial para a vigilância clínica contínua de pacientes que, embora estabilizados ou sem risco iminente de morte, necessitam de acompanhamento médico e de enfermagem por um período limitado, geralmente até 24 horas, para definição terapêutica ou regulação hospitalar. A seguir, apresenta-se uma descrição técnica detalhada da estrutura física, dos equipamentos necessários e do fluxo assistencial, conforme preconizado pelas normas do Ministério da Saúde, RDC nº 50/2002 da ANVISA e Diretrizes da Rede de Atenção às Urgências do SUS.

5.1 Objetivo da Sala de Observação Adulto

Destina-se a monitorar pacientes clinicamente estáveis, mas que exigem avaliação periódica, exames complementares, medicações endovenosas, hidratação, ou observação da resposta clínica antes de uma conduta definitiva (alta ou transferência).

5.2 Estrutura Física Recomendada

Elemento	Descrição
Localização	Área de acesso intermediário entre consultórios, sala de medicação e sala de emergência, com visibilidade da equipe de enfermagem.
Capacidade física	Número de leitos conforme porte da UPA. Ex: UPA porte II = mínimo 10 leitos adultos (sendo 50% feminino e 50% masculino).
Espaço por leito	Área mínima recomendada de 7,5 a 9 m² por leito, conforme a RDC 50/2002.
Divisórias entre leitos	Cortinas hospitalares ou divisórias fixas que permitam privacidade e controle de infecção.

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Piso e paredes	Piso contínuo, lavável e antiderrapante; paredes com acabamento até o teto com material resistente à limpeza hospitalar.
Sistema elétrico	Tomadas hospitalares por leito, com sistema de proteção (disjuntores individuais).
Sistema de gases medicinais	Cada leito deve possuir ponto de oxigênio e vácuo.
Iluminação e ventilação	Iluminação indireta e dimerizável por leito, com ventilação natural ou ar-condicionado com renovação de ar.
Lavabo ou pia de mãos	Lavabo clínico em cada extremidade da sala, com sabonete líquido, papel toalha e dispositivo de acionamento sem contato manual.
Sanitários para pacientes	Pelo menos 1 banheiro masculino e 1 feminino adaptados, próximos à sala de observação.

5.3 Equipamentos e Mobiliários Essenciais

5.3.1 Equipamentos por Leito

- Leito hospitalar articulado com grades laterais;
- Colchão hospitalar impermeável e lavável;
- Suporte de soro regulável;
- Tomadas para equipamentos de suporte;
- Ponto de oxigênio e vácuo.

5.3.2 Equipamentos de apoio na sala

- Monitores Multiparâmetros portáteis (mínimo 1 a cada 4 leitos);
- Oxímetros de pulso e aparelhos de pressão;
- Termômetros clínicos digitais;
- Bombas de infusão (uso compartilhado, conforme demanda);
- Aspiradores portáteis ou fixos;
- Carrinho de emergência com medicações e insumos para uso imediato;
- Frigobar ou refrigerador para medicamentos termolábeis;
- Mesa de apoio para anotações e prescrição;
- Terminal de prontuário eletrônico.

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

5.4 Equipe Assistencial e Organização Funcional

Profissional	Função principal na sala de observação
Médico clínico	Avaliação periódica do paciente, decisão de conduta, solicitação de exames, evolução e alta.
Enfermeiro	Monitoramento dos sinais vitais, administração de medicamentos, controle de tempo e documentação.
Técnico de enfermagem	Execução de cuidados diretos, como medicação, higiene, punções, curativos e suporte básico.
Assistente social	Acompanhamento de pacientes com vulnerabilidade, articulação com família e serviços sociais.
Equipe de apoio (limpeza)	Limpeza concorrente e terminal dos leitos e superfícies.

5.5 Fluxo de Atendimento na Sala de Observação Adulto

Etapas do Fluxo Assistencial

Etapa 1. Indicação de observação clínica

- Paciente avaliado nos consultórios ou sala de emergência e indicado para acompanhamento por tempo determinado.

Etapa 2. Admissão na Sala de Observação

- Preenchimento de ficha clínica e registro de prescrição médica;
- Instalação em leito com oxigênio e/ou suporte necessário.

Etapa 3. Monitoramento e cuidados

- Monitoramento contínuo ou intermitente conforme o caso;
- Administração de medicações, soroterapia, repetição de exames;
- Anotações de enfermagem e reavaliações médicas periódicas.

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Etapa 4. Reavaliação médica

- Após tempo estimado (4h, 6h, 12h, etc.), o paciente é reavaliado quanto à evolução clínica.

Etapa 5. Definição de conduta

- Alta com orientações e, se necessário, contrarreferência à APS;
- Permanência por mais tempo (dentro do limite de 24h sempre que possível);
- Transferência hospitalar via regulação se identificado agravamento ou necessidade de internação.

Etapa 6. Saída da sala

- Liberação do leito;
- Higienização e preparo para o próximo paciente.



5.6 Indicadores de Desempenho Associados

- Tempo médio de permanência na sala de observação;
- Taxa de transferência hospitalar a partir da observação;
- Índice de reinternação em 72h;
- Percentual de ocupação dos leitos de observação;
- Satisfação do usuário com a permanência.

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

A Sala de Observação Adulto desempenha papel central na resolutividade da UPA, permitindo acompanhamento intensivo sem, necessariamente, hospitalização. Sua estrutura física deve garantir conforto, vigilância e segurança clínica, e os fluxos devem ser rápidos, bem documentados e integrados à regulação e à atenção básica por meio de mecanismos de contrarreferência. O cuidado prestado nesta área exige capacitação contínua da equipe e padronização de processos.

6. Compatibilização da Proposta

6.1 Contextualização: Referenciais da SES-SE

A Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe reforçou o compromisso com a UPA de Tobias Barreto por meio de:

- Modernização tecnológica, com a implantação do sistema informatizado *Surgency*, que integra classificação de risco, recepção, médicos e leitos. (https://www.se.gov.br/noticias/saude/saude_amplia_atendimento_informatizado_para_garantir_mais_agilidade_no_atendimento_a_pacientes_do_sus).
- Capacitação padronizada em acolhimento e classificação de risco, replicando protocolo único para toda rede de urgência e emergência do estado.
- Investimento em infraestrutura e equipamentos, incluindo monitores Multiparâmetros, ventiladores e mobiliário adequado, garantindo ambiente resolutivo e humanizado.

(https://sergipe.se.gov.br/noticias/saude/governo_do_estado_fortalece_unidades_de_pronto_atendimento_do_interior?utm)

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Esses elementos são fundamentais para alinhar a atuação assistencial da organização social proponente aos padrões da SES-SE.

A gestão da UPA Tobias Barreto pela SBCD está alinhada com as diretrizes estabelecidas no **Plano Estadual de Saúde de Sergipe 2024–2027 (PES**), refletindo a convergência entre os objetivos estratégicos do Estado e os requisitos operacionais e assistenciais exigidos para a gestão da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) São Vicente de Paulo.

Um dos principais eixos do PES é o fortalecimento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, com vistas à ampliação do acesso, qualificação do atendimento e integração entre os pontos de atenção.

O objetivo de estabelecer a obrigatoriedade de funcionamento da UPA em regime ininterrupto (24h/dia), com implantação de fluxos assistenciais bem definidos, integração com a regulação estadual, e conexão entre a UPA, a Atenção Primária e os hospitais de referência**.**

A preocupação com a qualidade e a segurança do cuidado também é amplamente contemplada nos dois documentos. O PES propõe ações voltadas à adoção de protocolos clínicos, controle de infecções e práticas baseadas em evidência. De forma coerente, o Edital exige a implementação de comissões técnicas como o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, CIPA, entre outras, além da apresentação de protocolos clínicos de atendimento compatíveis com o perfil da unidade, incluindo os fluxos assistenciais de urgência, como os baseados nos protocolos ACLS e BLS.

A valorização dos trabalhadores e ao incentivo à educação permanente, presente como **eixo estratégico do PES**. Nesse sentido, o plano de capacitação e qualificação contínua da equipe, com ações de treinamento e atualização.

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

A proposta da SBCD prevê modernização da gestão e o uso de tecnologia da informação. A implantação de prontuário eletrônico, **integração com os sistemas** de informação do SUS (SIH e SIA), e indicadores de desempenho que favoreçam a gestão por resultados, em consonância com a diretriz do PES voltada à governança e informatização dos serviços de saúde.

Por fim, a humanização do atendimento e a escuta do usuário, aspectos destacados no PES, também estão contemplados na proposta. A proposta exige mecanismos de informação ao usuário, consentimento informado, pesquisa de satisfação e ações de melhoria contínua com base na percepção dos pacientes e familiares.

Dessa forma, nossa proposta de trabalho para a UPA de Tobias Barreto demonstram alinhamento e **aderência ao Plano Estadual de Saúde 2024–2027**, tanto em suas diretrizes estratégicas quanto nos dispositivos operacionais, reforçando o compromisso do Estado com uma atenção resolutiva, humanizada, segura e de qualidade.

6.2 Compatibilização Assistencial da SBCD para a UPA Tobias Barreto

Informática e Fluxo de Atendimento

- Integração completa com o *Surgency*, para registro eletrônico da jornada do paciente, classificação de risco e acompanhamento (recepção → triagem → consultório → observação)
- União do prontuário eletrônico da SBCD com o CNS, garantindo rastreabilidade e continuidade do atendimento.

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Acolhimento e Classificação de Risco

- Adaptação integral ao protocolo único da SES-SE para acolhimento e classificação de risco.
- Capacitação obrigatória inicial e continuada das equipes de enfermagem, com replicação dos treinamentos oferecidos pela SES (FUNESA).

Equipamentos e Infraestrutura

- Adesão ao padrão mínimo de equipamentos definido pela SES para UPAs: ventiladores, monitores Multiparâmetros, cardioversores, desfibriladores, entre outros
- Confirmação de conformidade com ocupação, climatização, segurança elétrica, prevenção de descargas (SPDA) e biossegurança.

Regulação e Transporte Inter-hospitalar

- Uso de ambulância fornecida pela SES para serviço inter-hospitalar, complementando o SAMU 192.
- Implantação de protocolo institucional de regulação alinhado à SES e regulação estadual (CRE).

Rede de Urgência e Emergência

- Participação ativa em colegiados da Rede de Atenção às Urgências (RAU-SE), conforme política estadual.
- Coordenação e articulação com APS, SAMU, hospitais regionais e estaduais para referência e contrarreferência integrada.

6.3 Plano de Compatibilização Assistencial

EIXO	AÇÃO DA OSS PARA ALINHAMENTO	PRAZO
Sistemas e TI	Integração com *Surgency*, CNS e PEP	1–2 meses
Capacitação	Treinamento de enfermagem em ACCR conforme SES	2–3 meses
Protocolo clínico	Implantação de fluxos do protocolo estadual	1–2 meses
Infraestrutura	Conferência e adequação física e de equipamentos	1–4 meses
Regulação e transporte	Implementação dos fluxos de regulação inter-hospitalar	2–3 meses
Governança e participação	Envolvimento nos colegiados da RAU e reuniões SES-SE	Contínuo

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

6.4 Resultados Esperados

- Atendimento uniforme e seguro, com classificação de risco e acolhimento agregado a sistemas digitais avançados.
- Fluxos resolutivos claros, promovendo alta ou estabilização com eficácia.
- Integração plena à RAU-SE, reduzindo reinternações inapropriadas e saturação hospitalar.
- Informação compartilhada com APS/localidade, fortalecendo o fluxo de contrarreferência e suporte territorial.

A SBCD, na assunção da gestão da UPA de Tobias Barreto deve estruturar sua proposta conforme as diretrizes da SES-SE em tecnologia, capacitação, infraestrutura e governança assistencial. Isso garante não só conformidade técnica, mas também promove segurança do paciente, celeridade e humanização no atendimento, fortalecendo o papel da UPA como elo resolutivo da Rede de Atenção às Urgências em Sergipe.

7. Descrição de Contra-Referência

A contrarreferência é um mecanismo essencial da atenção em rede no Sistema Único de Saúde (SUS), permitindo que o usuário que recebeu atendimento em nível secundário (UPA) ou terciário (hospital) tenha continuidade de cuidado em seu território de origem, principalmente junto à Atenção Primária à Saúde (APS). A SBCD como gestora de uma UPA deve desenvolver estratégias sistemáticas para viabilizar esse fluxo de retorno assistencial de forma segura, resolutiva e documentada.

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

7.1 Diretrizes Operacionais

- A contrarreferência deve estar formalizada por protocolo institucional com a Secretaria Municipal de Saúde.
- Deve ocorrer sempre que o paciente tiver alta após observação prolongada, estabilização clínica ou retorno de hospital terciário.
- Deve conter registro clínico mínimo padronizado, com identificação, diagnóstico, tratamento realizado e recomendações.

7.2 Etapas e cronograma de implantação

Etapa	Ação	Responsável	Prazo
a. Levantamento da rede APS e hospitais de referência	Mapeamento de unidades de saúde vinculadas à área de abrangência	Coordenação SBCD	Semana 1
b. Criação de protocolo de contrarreferência	Definir modelo de formulário, critérios de envio e modo de retorno	SBCD + SMS	Semanas 2 e 3
c. Pactuação de fluxo com a APS e hospitais	Reuniões técnicas com gestores e coordenações das redes assistenciais	SBCD + Diretoria Regional	Semana 4
d. Capacitação das equipes assistenciais	Treinamento da equipe multiprofissional da UPA e orientações à APS	Coordenação de Educação	Semana 5
e. Implantação do sistema de envio/retorno	Integração com prontuário eletrônico da APS	TI e Coordenação Técnica	Semanas 6 a 8
f. Início da operação assistencial	g. Implementação da contrarreferência na rotina diária da UPA	h. Coordenação Geral da UPA	i. Semana 9
g. Monitoramento dos fluxos e resultados	Reuniões mensais, indicadores e avaliação dos retornos	SBCD + SMS	Mensal (contínuo)

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

7.3 Meios e Instrumentos Utilizados

- Formulário de Contrarreferência Padronizado: contendo dados de identificação, diagnóstico, evolução clínica, exames relevantes, terapias instituídas, data de alta, prescrição de continuidade e necessidade de retorno programado à APS.
- Sistema de Informação Integrado: uso do e-SUS AB, Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), ou sistemas regionais disponíveis interligados, garantindo comunicação efetiva entre pontos da RAS.
- Comprovante de Encaminhamento ao Usuário: entregue ao paciente com instruções claras e endereço da UBS de referência.
- Contato direto com coordenação da APS local para pacientes vulneráveis (idosos, crônicos, sem vínculo territorial).

A SBCD busca constantemente aprimorar a continuidade do cuidado dos pacientes com condições crônicas atendidos na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), assegurando seu encaminhamento à Atenção Primária por meio da Unidade Básica de Saúde (UBS) e garantindo a realização da consulta de retorno em até 30 dias após o atendimento na UPA.

A justificativa para essa ação está centrada na melhoria da coordenação e continuidade do cuidado para pacientes com condições crônicas, que necessitam de acompanhamento regular para controle e gestão de sua saúde.

O processo de contrarreferência quando eficaz, garante a integralidade do tratamento, orientando a correlação entre os diversos diagnósticos do usuário. Este modelo deve construir ligações na avaliação a longo prazo e fortalecer a adesão ao tratamento recomendado.

O sistema de referência e contrarreferência em saúde existe para proporcionar a atenção integral ao paciente. Por meio de uma troca de informações eficaz entre os diferentes níveis de assistência, cria-se um ambiente propício à abordagem do indivíduo como um todo. Na regulação para a atenção hospitalar os dados dos pacientes em sua completude são transmitidos através

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

da plataforma SIRESP e da disponibilização dos dados de prontuário referente ao atendimento realizado na unidade de urgência e emergência.

Por outro lado, a alta referenciada oportuniza continuidade do acesso ao nível primário e especializado, reduzindo os desfechos negativos e garantindo melhor alocação de recursos do sistema. De forma geral, pacientes que forem admitidos em leitos de observação das unidades de urgência e emergência, ao receberem alta deverão ter seu agendamento de consulta na UBS intermediado pelo serviço social da UPA, garantindo assim a continuidade da assistência de forma integral.

A adoção dessas ações visa:

- Melhoria na comunicação entre a UPA e as UBS: Garantir que as informações clínicas e necessidades de continuidade de cuidados sejam transmitidas de forma ágil e precisa, evitando perda de dados relevantes sobre o paciente.
- Agilidade no acesso aos serviços da Atenção Primária: Esta ação evita a demora no início ou continuidade do tratamento, garantindo o vínculo do paciente na Atenção Primária.
- Continuidade do cuidado e acompanhamento do paciente: Garantir o atendimento e direcionamentos adequados para manutenção da saúde do paciente.
- Redução de reinternações e idas desnecessárias à UPA: Espera-se que os cuidados na UBS sejam efetivos e preventivos, tratando as condições antes que se agravem.
- Satisfação do paciente e da equipe de saúde: Um processo eficiente satisfaz o paciente, que tem sua saúde sendo priorizada, e a equipe, que atua de forma mais organizada e preventiva.

A implantação do sistema de contrarreferência representa uma das ferramentas mais eficazes para consolidar a integração entre os pontos da Rede de Atenção à Saúde. Ao ser executada pela SBCD em Unidade de Pronto Atendimento, exige comprometimento com a gestão compartilhada, planejamento intersetorial, qualificação das informações clínicas e fortalecimento do cuidado territorializado e longitudinal.

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

ORGANIZAÇÃO – SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS

A Sociedade Brasileira Caminho de Damasco (SBCD) propõe uma estrutura administrativa e operacional robusta, moderna e em conformidade com os princípios da eficiência, economicidade, transparência e humanização. A gestão administrativa, financeira e dos serviços gerais da UPA São Vicente de Paulo será realizada por equipe própria, com dedicação exclusiva e lotação integral na unidade, respeitando os padrões de qualidade exigidos pelo SUS e pela Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe.

1. **Funcionamento dos Serviços**

Os serviços administrativos, financeiros e gerais funcionarão de forma ininterrupta, 24 horas por dia, todos os dias da semana, garantindo suporte contínuo à atividade assistencial. Estão organizados nos seguintes núcleos funcionais:

- Administração geral: responsável por atendimento ao público, gestão documental, recepção e prontuário eletrônico;
- Financeiro local: execução orçamentária, controle de custeio, prestação de contas e apoio ao Comitê de Acompanhamento Contratual;
- Serviços gerais: equipes de limpeza, lavanderia, vigilância, manutenção predial, almoxarifado e apoio logístico;
- Tecnologia da informação: suporte técnico, gestão de prontuário eletrônico e painéis gerenciais de indicadores.

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

2. Horários de Trabalho

A jornada de trabalho dos profissionais está organizada por turnos:

Turno	Horário	Setores em Atividade
Manhã	07h às 13h	Administração, recepção, apoio técnico
Tarde	13h às 19h	Serviços gerais, gestão financeira e RH
Noite	19h às 07h	Cobertura de plantão administrativo, segurança e higienização

3. Estrutura de Chefia

A estrutura de liderança e supervisão é composta por:

- Coordenador Geral da UPA – responsável técnico e institucional;
- Supervisor Financeiro – responde pelo planejamento e execução financeira da unidade;
- Coordenador Administrativo Local – supervisiona os setores de RH, manutenção, contratos, apoio e logística;
- Gestor de Qualidade e Tecnologia – responsável pelos sistemas de informação e gestão à vista.

Essa estrutura garante fluxo ágil de decisões, comunicação direta com a SES e cumprimento rigoroso das obrigações contratuais.

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

4. Membros e Vínculo com a Unidade

A equipe administrativa e de apoio é composta por profissionais contratados diretamente pela SBCD, com vínculo celetista (CLT) ou como pessoa jurídica (quando aplicável) ou ainda através de terceirização, conforme descrito abaixo:

Cargo	Carga Horaria Semanal (h)	Período	Qtde
Gerente Administrativo	40	Diurno	1
Assistente de TI	40	Diurno	1
Assistente Administrativo	40	Diurno	5
Assistente Social	30	Diurno	2
Ouvidor	40	Diurno	1
Analista de Compras	40	Diurno	1
Auxiliar de Farmácia	36	Diurno	2
Auxiliar de Farmácia	36	Noturno	2
Almoxarife	40	Diurno	1
Supervisor de Enfermagem	40	Diurno	1
Enfermeiro	36	Diurno	14
Enfermeiro	36	Noturno	12
Enfermeiro Educação Permanente	40	Diurno	1
Enfermeiro SCIH	40	Diurno	1
Farmacêutico	40	Diurno	1
Farmacêutico	36	Diurno	3
Farmacêutico	36	Noturno	2
Oficial de Manutenção	40	Diurno	2
Auxiliar Administrativo	36	Diurno	5
Auxiliar Administrativo	36	Noturno	5
Supervisor Administrativo	40	Diurno	1
Plantonista Técnico Administrativo	36	Noturno	2
Tecnico de Enfermagem	36	Diurno	38
Tecnico de Enfermagem	36	Noturno	36
Nutricionista	40	Diurno	1
Coordenador Médico	30	Diurno	1
Médico Clínico Generalista (Plantão)	168	Diurno	-
Médico Clínico Generalista (Plantão)	168	Noturno	-
Médico Clínico Emergencista (Plantão)	84	Diurno	-
Médico Clínico Emergencista (Plantão)	84	Noturno	-

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Serviço	Cargos Envolvidos	Carga Horária do serviço	Regime de Trabalho do colaborador	Observações
3.1. Limpeza e asseio	Auxiliar de Limpeza (diurno e noturno), Líder de Limpeza	24h (escala D/N)	44h semanais	Serviço executado por empresa terceirizada, com dimensionamento por pacote;(pessoal e insumos) conforme necessidade da UPA. Os cargos poderão ser ajustados conforme a demanda do contrato.
3.2. Nutrição e dietética	Auxiliar de Cozinha (diurno e noturno), Cozinheiro, Técnico em Nutrição	24h (escala D/N)	44h semanais	Serviço realizado por equipe terceirizada (pessoal, entrega e insumos)dimensionada para garantir suporte integral às rotinas de preparo, distribuição e controle de dietas da UPA. Cargos podem variar conforme pactuação contratual.
3.3. Lavanderia	Auxiliar de rouparia (diuno), líder de rouparia	12 H (por demanda/quilo)	44h semanais	Serviço realizado por equipe terceirizada (pessoal, entrega e insumos) dimensionada para garantir suporte as necessidades de enxoval da UPA
8.2. Transporte de paciente	Motorista	24h (por chamada)	44h semanais / 12x36 semanais	Serviço de ambulância para assegurar o transporte seguro e contínuo de pacientes da UPA para outras unidades de saúde, exames externos, retorno regulado ou remoções intermunicipais, conforme protocolos da Central de Regulação de Urgência e Emergência.
8.11. Segurança e vigilância	Controlador de Acesso (diurno e noturno), Vigilante, Central de Monitoramento	24h (escala D/N)	44h semanais / 12x36 semanais	Serviço de vigilância armada ou desarmada conforme legislação e perfil da unidade com dimensionamento por pacote;(pessoal e insumos). Operação em regime contínuo, com empresa especializada, podendo incluir monitoramento eletrônico.

RESPONSABILIDADE SOCIAL

1: Ação Social: Laços de Saúde – UPA e Comunidade Unidas

A UPA de Tobias Barreto possui um papel estratégico na promoção da saúde comunitária, especialmente quando articuladas a ações de educação em saúde. A realização de campanhas educativas sobre doenças crônicas (como hipertensão e diabetes) e doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) tem potencial para impactar positivamente a saúde da população, reduzindo agravos e promovendo o autocuidado.

Essa ação está **alinhada ao Eixo I – Promoção da Saúde e Prevenção de Agravos do PES – Plano Estadual de Saúde**, ao incentivar o autocuidado e a educação em saúde, bem como ao **Eixo IV – Fortalecimento da Participação Social**, ao fomentar a integração da comunidade nas atividades da unidade.

2. Objetivo Geral

Promover campanha" **Laços de Saúde – UPA e Comunidade Unidas"** de educação em saúde dentro e fora da UPA, visando à prevenção de doenças e ao fortalecimento da cidadania e do engajamento comunitário na gestão da saúde.

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

3. Escopo da Ação

- ✓ Lançamento da Campanhas educativas mensais temáticas.
- ✓ Materiais informativos digitais e impressos.
- ✓ Oficinas com usuários e familiares na unidade.
- ✓ Atividades comunitárias em escolas, praças e associações.

3.1 Temas prioritários:

Hipertensão arterial, Diabetes mellitus, Prevenção de ISTs/DSTs (incluindo HIV e sífilis), Saúde mental e prevenção ao suicídio, Prevenção do uso de álcool e outras drogas.

4. Público-alvo: Usuários da UPA, acompanhantes, lideranças comunitárias, jovens em escolas públicas e agentes de saúde.

5. Etapas:

5.1 Levantamento de necessidades locais com base em dados epidemiológicos da região.

5.2 Alinhamento com diretrizes da SMS e SES e objetivos do PES.

5.3 Planejamento de abordagem com equipe da UPA de forma agregadora junto à comunidade.

5.4 Cronograma anual de campanhas.

5.4.1 Design de materiais educativos e estratégias de divulgação.

5.4.2 Definição de parcerias com organizações locais (ONGs, escolas, UBSs, conselhos locais).

6 Execução:

6.1 Realização das ações educativas (palestras, oficinas, rodas de conversa, distribuição de panfletos).

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

6.2 Envolvimento da equipe multiprofissional da UPA e convidados externos.

6.3 Cronograma (GANT)

Cronograma (GANT)	mês 1	mês 2	mês 3	mês 4	mês 5	mês 6	mês 7	mês 8
Iniciação								
Planejamento								
Execução das campanhas								
Monitoramento e Controle								
Encerramento e avaliação								

6.4 Pesquisas de satisfação com os usuários.

6.5 Indicadores de processo e resultado acompanhados mensalmente.

7 Encerramento:

7.1 Relatório anual consolidado e avaliação para novas abordagens cíclicas por meio de reunião de avaliação com a equipe e representantes da comunidade.

9. Indicadores de Desempenho

Indicador	Meta	Periodicidade
Nº de campanhas realizadas	≥ 1/mês	Mensal
Nº de participantes	≥ 100/mês	Mensal
Grau de satisfação (≥ 80%)	Alta	Trimestral
Redução de reinternações por agravamento evitável	≥ 10%/ano	Anual

10. Sustentabilidade e Legado Social

A ação promove a cultura de prevenção, qualifica o cuidado prestado e fortalece a relação da UPA com a população local. A inserção sistemática da

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

educação em saúde como prática institucional contribui para um legado de cidadania, corresponsabilidade e saúde pública efetiva.

ORGANIZAÇÃO – RECURSOS HUMANOS

Quadro Dimensionamento de Recursos Humanos

Cargo	Carga Horaria Semanal (h)	Período	Qtde	1.1.1 Ordenados	1.1. Encargos Sociais	1.2. Provisões	1.2.1 - Férias	1.2.2 - Faltas, licenças e aviso prévio	1.2.3 - 13º e adicional de férias	1.2.4 - Indenizações	1.2.5 - Reflexos dos encargos e provisões	1.3. Benefícios	1.4. Índice de Segurança Técnica	Remuneração Bruta Individual (por cargo)	1.5. Outras Formas de Contratação
Gerente Administrativo	40	Diurno	1	13.304,02	1.064,32	3.290,46	1.478,08		1.137,49	465,64	209,25	453,09		21.402,34	
Assistente de TI	40	Diurno	1	2.585,88	206,87	639,56	287,29		221,09	90,51	40,67	453,09		4.524,96	
Assistente Administrativo	40	Diurno	5	12.386,00	990,88	3.063,40	1.376,08		1.059,00	433,51	194,81	2.265,45		4.353,83	
Assistente Social	30	Diurno	2	6.693,28	535,46	1.655,44	743,62		572,28	234,26	105,27	906,18		5.722,90	
Ouvidor	40	Diurno	1	3.346,64	267,73	827,72	371,81		286,14	117,13	52,64	453,09		5.722,90	
Analista de Compras	40	Diurno	1	3.020,60	241,65	747,08	335,59		258,26	105,72	47,51	453,09		5.209,50	
Auxiliar de Farmácia	36	Diurno	2	4.519,68	361,57	1.117,84	502,14		386,43	158,19	71,09	906,18		4.011,56	
Auxiliar de Farmácia	36	Noturno	2	5.998,85	479,91	1.483,68	666,47		512,90	209,96	94,35	906,18		5.176,15	
Almoxarife	40	Diurno	1	2.477,20	198,18	612,68	275,22		211,80	86,70	38,96	453,09		4.353,83	
Supervisor de Enfermagem	40	Diurno	1	7.453,83	596,31	1.843,54	828,12		637,30	260,88	117,23	453,09		12.190,31	
Enfermeiro	36	Diurno	14	61.379,95	4.910,40	15.180,98	6.819,31		5.247,99	2.148,30	965,38	6.343,26		7.356,83	
Enfermeiro	36	Noturno	12	69.829,65	5.586,37	17.270,83	7.758,07		5.970,44	2.444,04	1.098,28	5.437,08		9.616,23	
Enfermeiro Educação Permanente	40	Diurno	1	5.581,38	446,51	1.380,43	620,09		477,21	195,35	87,78	453,09		9.241,84	
Enfermeiro SCIH	40	Diurno	1	5.581,38	446,51	1.380,43	620,09		477,21	195,35	87,78	453,09		9.241,84	
Farmacêutico	40	Diurno	1	5.533,00	442,64	1.368,47	614,72		473,07	193,66	87,02	453,09		9.165,66	
Farmacêutico	36	Diurno	3	15.030,18	1.202,41	3.717,38	1.669,85		1.285,08	526,06	236,39	1.359,27		8.342,21	
Farmacêutico	36	Noturno	2	13.299,43	1.063,95	3.289,32	1.477,57		1.137,10	465,48	209,17	906,18		10.924,11	
Oficial de Manutenção	40	Diurno	2	5.669,64	453,57	1.402,26	629,90		484,75	198,44	89,17	906,18		4.916,96	
Auxiliar Administrativo	36	Diurno	5	11.299,20	903,94	2.794,61	1.255,34		966,08	395,47	177,71	2.265,45		4.011,56	
Auxiliar Administrativo	36	Noturno	5	14.997,12	1.199,77	3.709,21	1.666,18		1.282,25	524,90	235,87	2.265,45		5.176,15	
Supervisor Administrativo	40	Diurno	1	4.678,60	374,29	1.157,15	519,79		400,02	163,75	73,59	453,09		7.820,28	
Plantonista Técnico Administrativo	36	Noturno	2	6.327,37	506,19	1.564,94	702,97		540,99	221,46	99,52	906,18		5.434,81	
Tecnico de Enfermagem	36	Diurno	38	120.082,93	9.606,63	29.699,87	13.341,21		10.267,09	4.202,90	1.888,66	17.217,42		5.429,12	
Tecnico de Enfermagem	36	Noturno	36	150.994,23	12.079,54	37.345,10	16.775,46		12.910,01	5.284,80	2.374,84	16.311,24		7.057,64	
Nutricionista	40	Diurno	1	4.367,49	349,40	1.080,20	485,23		373,42	152,86	68,69	453,09		7.330,38	
Coordenador Médico	30	Diurno	1												15.000,00
Médico Clínico Generalista (Plantão)	168	Diurno	-												105.850,00
Médico Clínico Generalista (Plantão)	168	Noturno	-												105.850,00
Médico Clínico Emergencista (Plantão)	84	Diurno	-												52.925,00
Médico Clínico Emergencista (Plantão)	84	Noturno	-												52.925,00
			142	556.437,54	44.515,00	137.622,58	61.820,21	0,00	47.575,41	19.475,31	8.751,65	63.885,69	0,00		332.550,00

Serviço	Cargos Envolvidos	Carga Horária do serviço	Regime de Trabalho do colaborador	Observações
3.1. Limpeza e asseio	Auxiliar de Limpeza (diurno e noturno), Líder de Limpeza	24h (escala D/N)	44h semanais	Serviço executado por empresa terceirizada, com dimensionamento por pacote;(pessoal e insumos) conforme necessidade da UPA. Os cargos poderão ser ajustados conforme a demanda do contrato.
3.2. Nutrição e dietética	Auxiliar de Cozinha (diurno e noturno), Cozinheiro, Técnico em Nutrição	24h (escala D/N)	44h semanais	Serviço realizado por equipe terceirizada (pessoal, entrega e insumos)dimensionada para garantir suporte integral às rotinas de preparo, distribuição e controle de dietas da UPA. Cargos podem variar conforme pactuação contratual.
3.3. Lavanderia	Auxiliar de rouparia (diuno), lider de rouparia	12 H (por demanda/quilo)	44h semanais	Serviço realizado por equipe terceirizada (pessoal, entrega e insumos) dimensionada para garantir suporte as necessidades de enxoval da UPA
8.2. Transporte de paciente	Motorista	24h (por chamada)	44h semanais / 12x36 semanais	Serviço de ambulância para assegurar o transporte seguro e contínuo de pacientes da UPA para outras unidades de saúde, exames externos, retorno regulado ou remoções intermunicipais, conforme protocolos da Central de Regulação de Urgência e Emergência.
8.11. Segurança e vigilância	Controlador de Acesso (diurno e noturno), Vigilante, Central de Monitoramento	24h (escala D/N)	44h semanais / 12x36 semanais	Serviço de vigilância armada ou desarmada conforme legislação e perfil da unidade com dimensionamento por pacote;(pessoal e insumos). Operação em regime contínuo, com empresa especializada, podendo incluir monitoramento eletrônico.

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Política de Gestão de Recursos Humanos na UPA São Vicente de Paulo: Promovendo Excelência e Humanização

A política de gestão de recursos humanos (RH) na Unidade de Pronto Atendimento (UPA – São Vicente de Paulo) é crucial para assegurar a qualidade do atendimento. Em um ambiente tão dinâmico e desafiador, caracterizado por alta demanda e rotatividade, é fundamental desenvolver uma política de RH que **valorize o profissional** e garanta a **eficiência dos serviços**.

Nossa política de RH vai além da simples normatização, exigindo um modelo de gestão focado nas pessoas. Ele busca garantir a sustentabilidade operacional, a qualidade do atendimento e o respeito aos profissionais. Trata-se de um processo contínuo e adaptável às realidades locais, que se integra à lógica de regionalização e hierarquização do sistema de saúde. Dessa forma, a gestão de RH na UPA é dinâmica e responsiva, longe de ser engessada. De forma orgânica e cíclica, ela aprende com a experiência, se ajusta às particularidades locais e se move em sincronia com as necessidades do sistema de saúde e da população que atende.

Objetivo Geral

Nosso objetivo é promover ações voltadas à **captação, aprimoramento e engajamento do potencial humano**, investindo em estratégias alicerçadas na responsabilidade social, qualidade de vida e respeito ao indivíduo. Buscamos identificar e absorver os melhores talentos para aumentar a qualidade e produtividade, atingir metas e fomentar um clima humanizado de valorização, alinhado ao propósito principal de oferecer um serviço de qualidade à população.

Princípios Norteadores

É essencial reconhecer o trabalhador da saúde como **peça-chave na entrega de serviços de qualidade**. Dada a complexidade das UPAs, a política de RH precisa ser **abrangente e sólida** o suficiente para garantir respostas rápidas, eficazes e qualificadas, mesmo diante de um cenário de pressão

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

assistencial e jornadas intensas. Além disso, temos como base os princípios de **equidade, universalidade e integralidade** do SUS.

A Gestão de RH da UPA necessita de flexibilidade para se ajustar às diversas situações e necessidades que surgem no dia a dia da Unidade de Pronto Atendimento. Essa adaptabilidade se manifesta em:

- **Variação de Demanda:** A UPA enfrenta picos de atendimento imprevisíveis. Uma gestão de RH adaptável consegue remanejar equipes, ajustar escalas ou acionar uma reserva de profissionais de forma ágil para garantir que a UPA nunca fique descoberta, mesmo em momentos de alta demanda por surtos de doenças, acidentes ou eventos inesperados.

- **Características Regionais:** Considerando o perfil epidemiológico e social da região, que influencia diretamente o tipo de atendimento e as competências necessárias na UPA, nossa política é adaptável aos tipos de procedimentos. A UPA atende mais traumas, pacientes idosos, crianças e possui uma comunidade com necessidades específicas de saúde, o que influencia desde o tipo de treinamento oferecido até a busca por profissionais com certas especialidades.

- **Recursos Disponíveis:** Nem sempre a UPA tem os recursos financeiros, tecnológicos ou humanos necessários. Por isso, nossa política precisa otimizar o uso do que está disponível, buscando soluções criativas para desenvolver e reter talentos, mesmo com orçamentos limitados ou escassez de certos profissionais no mercado.

- **Mudanças na Legislação e Protocolos:** As diretrizes do SUS e os protocolos clínicos podem ser atualizados. Nossa gestão de RH procura se adequar rapidamente a essas mudanças, garantindo que os profissionais sejam treinados e informados sobre as novas práticas e que os processos seletivos contemplem as competências exigidas.

- **Melhoria Contínua:** A capacidade de ouvir os profissionais, identificar pontos de melhoria na gestão e na rotina de trabalho, e implementar mudanças com base nesse feedback. Se a equipe está sobrecarregada, a gestão adaptável buscará soluções, seja por meio de

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

tecnologias, revisão de processos ou redimensionamento da força de trabalho.

Fatores Críticos de Sucesso e Abrangência

As premissas básicas para que a área de RH desempenhe e atinja patamares excelentes dentro da instituição são a **humanização e a qualidade**.

Nossa política de RH abrange: **Lideranças táticas da organização, sindicatos, Ministério do Trabalho, Escolas, Faculdades, sistema integrado do departamento pessoal e RH, sociedade, colaboradores e pacientes.**

Metodologia de Implantação: Eixos Integradores

A implementação de uma política de gestão de RH em uma UPA deve seguir uma abordagem estruturada, dividida em cinco eixos integradores:

✓ **Diagnóstico e Mapeamento de Competências**

O primeiro passo é entender a realidade da UPA. Isso inclui:

- Analisar o perfil assistencial: volume de atendimentos, tipos de casos mais comuns e fluxos de trabalho.
- Identificar o quadro de profissionais: quantitativo e perfil por categoria profissional.
- Avaliar as competências necessárias: mapear as habilidades técnicas e comportamentais essenciais para cada função.
- Detectar lacunas e fragilidades: identificar sobrecarga de trabalho, absenteísmo e carência de treinamentos.

✓ **Planejamento da Força de Trabalho**

Com base no diagnóstico, é preciso planejar a alocação de pessoal para garantir a cobertura adequada:

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

- Dimensionamento técnico: Definir o número ideal de profissionais, seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde (Portaria nº 2048/2002) e protocolos locais.

- Definição de escalas: Organizar plantões e garantir uma cobertura mínima segura.

- Criação de reserva técnica: Estabelecer um banco de talentos para cobrir ausências e imprevistos.

- Considerar aspectos regionais: Alinhar o planejamento com as diretrizes de regulação municipal e estadual.

✓ **Recrutamento, Integração e Capacitação Contínua**

Atrair e desenvolver talentos é fundamental:

- Padronização de processos seletivos: Focar na meritocracia, ética e alinhamento com os valores do serviço público **(metodologia detalhada abordada no item 4).**

- Programa de acolhimento e integração: Receber os novos profissionais, apresentando os valores do SUS, a importância da humanização e as rotinas da UPA.

- Plano de educação permanente: Oferecer treinamentos contínuos em urgência/emergência, classificação de risco, protocolos clínicos e segurança do paciente.

- Desenvolvimento de lideranças: Capacitar profissionais para atuar em cargos de liderança assistencial e gerencial.

✓ **Avaliação de Desempenho, Reconhecimento e Retenção**

Para manter os profissionais motivados e engajados, é necessário:

- Sistema de avaliação periódica: Avaliar o desempenho individual e coletivo, com base em metas e competências.

- Feedback estruturado: Oferecer retorno aos profissionais, auxiliando na criação de planos de desenvolvimento individuais (PDIs).

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

- Reconhecimento não financeiro: Valorizar os profissionais por meio de eventos, rodas de conversa e apoio psicossocial.

- Monitoramento de indicadores: Acompanhar a rotatividade (Turnover - taxa que mensura as entradas e saídas de funcionários da organização durante um período), as causas de saída de profissionais e o absenteísmo para agir preventivamente.

✓ **Governança e Gestão Participativa de Pessoas**

A gestão de RH deve ser um esforço coletivo:

- Núcleo de Gestão de Pessoas: Criação de um setor dedicado ao RH, vinculado à direção da UPA para aproximar e implantar uma política de Gestão Participativa de Pessoas.

- Estímulo à cogestão: Incentivar a participação dos trabalhadores em comissões (Humanização - tornar humano, ser benévolo, afável e tratável; Segurança do Paciente, Ética).

- Articulação com o controle social: Promover a interação com os conselhos de saúde.

- Monitoramento sistemático: Acompanhar indicadores de RH, como taxa de ocupação de vagas, adesão a treinamentos e satisfação dos colaboradores.

Instrumentos de Apoio e Avaliação Contínua

Para garantir a efetividade da política, é essencial utilizar ferramentas como:

- Regimento Interno de RH da UPA.

- Planilhas de dimensionamento funcional e escalas automatizadas.

- Relatórios periódicos de desempenho funcional.

- Sistema de notificações de eventos críticos (turnover, afastamentos, conflitos).

- Indicadores de RH integrados ao painel de gestão da unidade.

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

- Modelos disponíveis em nossa área virtual: https://sbcd.interact.com.br/sa/custom/webdocuments/anonymous/list.jsp?unit=DEFAULT

Resultados Esperados

Os resultados esperados na atuação de RH têm como foco principal **alavancar a qualidade do serviço prestado de forma sustentável para o desenvolvimento integral do indivíduo e da instituição**.

Resultados específicos:

- Soluções estratégicas com base na pesquisa de clima e avaliação de desempenho.
- Definição de boas práticas a partir de manuais de procedimentos do setor.
- Diminuição da rotatividade através das políticas de reconhecimento.
- Valorização do capital humano.
- Contribuição para previsão de gastos através do levantamento de necessidade e treinamento.
- Antecipação das demandas de novos profissionais, identificando perfis que precisam de acompanhamento próximo, porém que apresentam potencial de desenvolvimento.

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Proposta de Regulamento Próprio de Seleção e Contratação de Pessoal UPA Tobias Barreto

O Procedimento Operacional Padrão de Recrutamento & Seleção visa estabelecer diretrizes para os processos seletivos da SBCD - Sociedade Brasileira Caminho de Damasco.

Este documento está alicerçado nos valores institucionais e alinhado ao Regimento Institucional de Recursos Humanos e à **Política de Recursos Humanos (descrita no item acima de forma detalhada).** Estabelece as normas para seleção, recrutamento e contratação de profissionais, por meio de técnicas que buscam atrair candidatos com conhecimentos, habilidades, atitudes e valores compatíveis com a missão, visão e princípios da instituição, e adequados ao perfil técnico-comportamental requerido para o desempenho da função da vaga a ser preenchida.

Esta norma aplica-se a todos os colaboradores do setor de Recursos Humanos da Instituição, independentemente do local de trabalho.

Organização dos Recursos Humanos

Responsabilidade

A gestão e execução dos processos seletivos são de responsabilidade da Equipe Administrativa do RH Corporativo e das unidades operacionais.

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

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:**

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

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
RH5001	1.3	16.08.2023

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

	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:

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

	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.

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

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.

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

4.7 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.

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7



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.9005	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.

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

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 devera na fase de implantação da UPA ser atualizado conforme evolução das diretrizes institucionais, da Secretaria de Saúde e mudanças legais ou reestruturações organizacionais.

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

F5. ALOCAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Quadro Dimensionamento de Recursos Humanos

Cargo	Carga Horaria Semanal (h)	Período	Qtde	1.1.1 Ordenados	1.1. Encargos Sociais	1.2. Provisões	1.2.1 - Férias	1.2.2 - Faltas, licenças e aviso prévio	1.2.3 - 13º e adicional de férias	1.2.4 - Indenizações	1.2.5 - Reflexos dos encargos e provisões	1.3. Benefícios	1.4. Índice de Segurança Técnica	Remuneração Bruta Individual (por cargo)	1.5. Outras Formas de Contratação
Gerente Administrativo	40	Diurno	1	13.304,02	1.064,32	3.290,46	1.478,08		1.137,49	465,64	209,25	453,09		21.402,34	
Assistente de TI	40	Diurno	1	2.585,88	206,87	639,56	287,29		221,09	90,51	40,67	453,09		4.524,96	
Assistente Administrativo	40	Diurno	5	12.386,00	990,88	3.063,40	1.376,08		1.059,00	433,51	194,81	2.265,45		4.353,83	
Assistente Social	30	Diurno	2	6.693,28	535,46	1.655,44	743,62		572,28	234,26	105,27	906,18		5.722,90	
Ouvidor	40	Diurno	1	3.346,64	267,73	827,72	371,81		286,14	117,13	52,64	453,09		5.722,90	
Analista de Compras	40	Diurno	1	3.020,60	241,65	747,08	335,59		258,26	105,72	47,51	453,09		5.209,50	
Auxiliar de Farmácia	36	Diurno	2	4.519,68	361,57	1.117,84	502,14		386,43	158,19	71,09	906,18		4.011,56	
Auxiliar de Farmácia	36	Noturno	2	5.998,85	479,91	1.483,68	666,47		512,90	209,96	94,35	906,18		5.176,15	
Almoxarife	40	Diurno	1	2.477,20	198,18	612,68	275,22		211,80	86,70	38,96	453,09		4.353,83	
Supervisor de Enfermagem	40	Diurno	1	7.453,83	596,31	1.843,54	828,12		637,30	260,88	117,23	453,09		12.190,31	
Enfermeiro	36	Diurno	14	61.379,95	4.910,40	15.180,98	6.819,31		5.247,99	2.148,30	965,38	6.343,26		7.356,83	
Enfermeiro	36	Noturno	12	69.829,65	5.586,37	17.270,83	7.758,07		5.970,44	2.444,04	1.098,28	5.437,08		9.616,23	
Enfermeiro Educação Permanente	40	Diurno	1	5.581,38	446,51	1.380,43	620,09		477,21	195,35	87,78	453,09		9.241,84	
Enfermeiro SCIH	40	Diurno	1	5.581,38	446,51	1.380,43	620,09		477,21	195,35	87,78	453,09		9.241,84	
Farmacêutico	40	Diurno	1	5.533,00	442,64	1.368,47	614,72		473,07	193,66	87,02	453,09		9.165,66	
Farmacêutico	36	Diurno	3	15.030,18	1.202,41	3.717,38	1.669,85		1.285,08	526,06	236,39	1.359,27		8.342,21	
Farmacêutico	36	Noturno	2	13.299,43	1.063,95	3.289,32	1.477,57		1.137,10	465,48	209,17	906,18		10.924,11	
Oficial de Manutenção	40	Diurno	2	5.669,64	453,57	1.402,26	629,90		484,75	198,44	89,17	906,18		4.916,96	
Auxiliar Administrativo	36	Diurno	5	11.299,20	903,94	2.794,61	1.255,34		966,08	395,47	177,71	2.265,45		4.011,56	
Auxiliar Administrativo	36	Noturno	5	14.997,12	1.199,77	3.709,21	1.666,18		1.282,25	524,90	235,87	2.265,45		5.176,15	
Supervisor Administrativo	40	Diurno	1	4.678,60	374,29	1.157,15	519,79		400,02	163,75	73,59	453,09		7.820,28	
Plantonista Técnico Administrativo	36	Noturno	2	6.327,37	506,19	1.564,94	702,97		540,99	221,46	99,52	906,18		5.434,81	
Tecnico de Enfermagem	36	Diurno	38	120.082,93	9.606,63	29.699,87	13.341,21		10.267,09	4.202,90	1.888,66	17.217,42		5.429,12	
Tecnico de Enfermagem	36	Noturno	36	150.994,23	12.079,54	37.345,10	16.775,46		12.910,01	5.284,80	2.374,84	16.311,24		7.057,64	
Nutricionista	40	Diurno	1	4.367,49	349,40	1.080,20	485,23		373,42	152,86	68,69	453,09		7.330,38	
Coordenador Médico	30	Diurno	1												15.000,00
Médico Clínico Generalista (Plantão)	168	Diurno	-												105.850,00
Médico Clínico Generalista (Plantão)	168	Noturno	-												105.850,00
Médico Clínico Emergencista (Plantão)	84	Diurno	-												52.925,00
Médico Clínico Emergencista (Plantão)	84	Noturno	-												52.925,00
			142	**556.437,54**	**44.515,00**	**137.622,58**	**61.820,21**	**0,00**	**47.575,41**	**19.475,31**	**8.751,65**	**63.885,69**	**0,00**		**332.550,00**

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Serviço	Cargos Envolvidos	Carga Horária do serviço	Regime de Trabalho do colaborador	Observações
3.1. Limpeza e asseio	Auxiliar de Limpeza (diurno e noturno), Líder de Limpeza	24h (escala D/N)	44h semanais	Serviço executado por empresa terceirizada, com dimensionamento por pacote;(pessoal e insumos) conforme necessidade da UPA. Os cargos poderão ser ajustados conforme a demanda do contrato.
3.2. Nutrição e dietética	Auxiliar de Cozinha (diurno e noturno), Cozinheiro, Técnico em Nutrição	24h (escala D/N)	44h semanais	Serviço realizado por equipe terceirizada (pessoal, entrega e insumos)dimensionada para garantir suporte integral às rotinas de preparo, distribuição e controle de dietas da UPA. Cargos podem variar conforme pactuação contratual.
3.3. Lavanderia	Auxiliar de rouparia (diuno), lider de rouparia	12 H (por demanda/quilo)	44h semanais	Serviço realizado por equipe terceirizada (pessoal, entrega e insumos) dimensionada para garantir suporte as necessidades de enxoval da UPA
8.2. Transporte de paciente	Motorista	24h (por chamada)	44h semanais / 12x36 semanais	Serviço de ambulância para assegurar o transporte seguro e contínuo de pacientes da UPA para outras unidades de saúde, exames externos, retorno regulado ou remoções intermunicipais, conforme protocolos da Central de Regulação de Urgência e Emergência.
8.11. Segurança e vigilância	Controlador de Acesso (diurno e noturno), Vigilante, Central de Monitoramento	24h (escala D/N)	44h semanais / 12x36 semanais	Serviço de vigilância armada ou desarmada conforme legislação e perfil da unidade com dimensionamento por pacote;(pessoal e insumos). Operação em regime contínuo, com empresa especializada, podendo incluir monitoramento eletrônico.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

	MÊS												Valor Anual em R$
RECEITAS OPERACIONAIS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Repasse Contrato de Gestão (Fixo+Variável)	1.877.395,13	1.877.395,13	1.877.395,13	1.877.395,13	1.877.395,13	1.877.395,13	1.877.395,13	1.877.395,13	1.877.395,13	1.877.395,13	1.877.395,13	1.877.395,13	22.528.741,52
Repasse Programas Especiais	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Repasse para Investimentos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL DE REPASSES (a)	**1.877.395,13**	**1.877.395,13**	**1.877.395,13**	**1.877.395,13**	**1.877.395,13**	**1.877.395,13**	**1.877.395,13**	**1.877.395,13**	**1.877.395,13**	**1.877.395,13**	**1.877.395,13**	**1.877.395,13**	**22.528.741,52**
DESPESAS OPERACIONAIS													0,00
1. Pessoal	**1.135.010,82**	**1.135.010,82**	**1.135.010,82**	**1.135.010,82**	**1.135.010,82**	**1.135.010,82**	**1.135.010,82**	**1.135.010,82**	**1.135.010,82**	**1.135.010,82**	**1.135.010,82**	**1.135.010,82**	**13.620.129,83**
1.1. Ordenados	556.437,54	556.437,54	556.437,54	556.437,54	556.437,54	556.437,54	556.437,54	556.437,54	556.437,54	556.437,54	556.437,54	556.437,54	6.677.250,50
1.1. Encargos Sociais	44.515,00	44.515,00	44.515,00	44.515,00	44.515,00	44.515,00	44.515,00	44.515,00	44.515,00	44.515,00	44.515,00	44.515,00	534.180,04
1.2. Provisões	137.622,58	137.622,58	137.622,58	137.622,58	137.622,58	137.622,58	137.622,58	137.622,58	137.622,58	137.622,58	137.622,58	137.622,58	1.651.471,01
1.2.1 - Férias	61.820,21	61.820,21	61.820,21	61.820,21	61.820,21	61.820,21	61.820,21	61.820,21	61.820,21	61.820,21	61.820,21	61.820,21	741.842,53
1.2.2 - Faltas, licenças e aviso prévio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1.2.3 - 13º e adicional de férias	47.575,41	47.575,41	47.575,41	47.575,41	47.575,41	47.575,41	47.575,41	47.575,41	47.575,41	47.575,41	47.575,41	47.575,41	570.904,92
1.2.4 - Indenizações	19.475,31	19.475,31	19.475,31	19.475,31	19.475,31	19.475,31	19.475,31	19.475,31	19.475,31	19.475,31	19.475,31	19.475,31	233.703,77
1.2.5 - Reflexos dos encargos e provisões	8.751,65	8.751,65	8.751,65	8.751,65	8.751,65	8.751,65	8.751,65	8.751,65	8.751,65	8.751,65	8.751,65	8.751,65	105.019,80
1.3. Benefícios	63.885,69	63.885,69	63.885,69	63.885,69	63.885,69	63.885,69	63.885,69	63.885,69	63.885,69	63.885,69	63.885,69	63.885,69	766.628,28
1.4. Índice de Segurança Técnica	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1.6. Outras Formas de Contratação	332.550,00	332.550,00	332.550,00	332.550,00	332.550,00	332.550,00	332.550,00	332.550,00	332.550,00	332.550,00	332.550,00	332.550,00	3.990.600,00
2. Material/Medicamentos/Insumos	**177.578,90**	**177.578,90**	**177.578,90**	**177.578,90**	**177.578,90**	**177.578,90**	**177.578,90**	**177.578,90**	**177.578,90**	**177.578,90**	**177.578,90**	**177.578,90**	**2.130.946,80**
2.1. Materiais Médico Hospitalares	68.907,17	68.907,17	68.907,17	68.907,17	68.907,17	68.907,17	68.907,17	68.907,17	68.907,17	68.907,17	68.907,17	68.907,17	826.886,00
2.2. Medicamentos	93.516,21	93.516,21	93.516,21	93.516,21	93.516,21	93.516,21	93.516,21	93.516,21	93.516,21	93.516,21	93.516,21	93.516,21	1.122.194,46
2.3. Dietas enterais	4.260,50	4.260,50	4.260,50	4.260,50	4.260,50	4.260,50	4.260,50	4.260,50	4.260,50	4.260,50	4.260,50	4.260,50	51.126,00
2.4. Gases Medicinais	10.895,03	10.895,03	10.895,03	10.895,03	10.895,03	10.895,03	10.895,03	10.895,03	10.895,03	10.895,03	10.895,03	10.895,03	130.740,33
3. Serviços terceirizados	**94.890,02**	**94.890,02**	**94.890,02**	**94.890,02**	**94.890,02**	**94.890,02**	**94.890,02**	**94.890,02**	**94.890,02**	**94.890,02**	**94.890,02**	**94.890,02**	**1.138.680,26**
3.1. Limpeza e asseio	26.541,65	26.541,65	26.541,65	26.541,65	26.541,65	26.541,65	26.541,65	26.541,65	26.541,65	26.541,65	26.541,65	26.541,65	318.499,85
3.2. Nutrição e dietética	30.480,85	30.480,85	30.480,85	30.480,85	30.480,85	30.480,85	30.480,85	30.480,85	30.480,85	30.480,85	30.480,85	30.480,85	365.770,22
3.3. Lavanderia	12.171,82	12.171,82	12.171,82	12.171,82	12.171,82	12.171,82	12.171,82	12.171,82	12.171,82	12.171,82	12.171,82	12.171,82	146.061,84
3.4. CME	12.018,01	12.018,01	12.018,01	12.018,01	12.018,01	12.018,01	12.018,01	12.018,01	12.018,01	12.018,01	12.018,01	12.018,01	144.216,06
3.5. Manutenção de equipamentos	13.677,69	13.677,69	13.677,69	13.677,69	13.677,69	13.677,69	13.677,69	13.677,69	13.677,69	13.677,69	13.677,69	13.677,69	164.132,28
3.7. Outros (especificar)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4. Seguros/Impostos/Taxas	**8.000,00**	**8.000,00**	**8.000,00**	**8.000,00**	**8.000,00**	**8.000,00**	**8.000,00**	**8.000,00**	**8.000,00**	**8.000,00**	**8.000,00**	**8.000,00**	**96.000,00**
4.1. Seguros (Imóvel e automóvel)	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	36.000,00
4.2. Impostos/Taxas	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	60.000,00
5. Gerais	**86.700,00**	**86.700,00**	**86.700,00**	**86.700,00**	**86.700,00**	**86.700,00**	**86.700,00**	**86.700,00**	**86.700,00**	**86.700,00**	**86.700,00**	**86.700,00**	**1.040.400,00**
5.1. Telefonia/Internet	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00	18.000,00
5.3. Energia Elétrica	65.600,00	65.600,00	65.600,00	65.600,00	65.600,00	65.600,00	65.600,00	65.600,00	65.600,00	65.600,00	65.600,00	65.600,00	787.200,00
5.4.Água e esgoto	12.600,00	12.600,00	12.600,00	12.600,00	12.600,00	12.600,00	12.600,00	12.600,00	12.600,00	12.600,00	12.600,00	12.600,00	151.200,00
5.4. Locação de veículos (exceto ambulância)	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	60.000,00
5.5. Outras Despesas Gerais (fundo de reserva)	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	24.000,00
6. Depreciação	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**
7. Prestação de Serviços de Terceiros	**70.000,00**	**70.000,00**	**70.000,00**	**70.000,00**	**70.000,00**	**70.000,00**	**70.000,00**	**70.000,00**	**70.000,00**	**70.000,00**	**70.000,00**	**70.000,00**	**840.000,00**
7.1. Assistenciais	**70.000,00**	**70.000,00**	**70.000,00**	**70.000,00**	**70.000,00**	**70.000,00**	**70.000,00**	**70.000,00**	**70.000,00**	**70.000,00**	**70.000,00**	**70.000,00**	**840.000,00**
7.1.1. Pessoa Jurídica	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	120.000,00
7.1.2. Pessoa Física	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7.1.3. Cooperativa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7.1.4. SADT e gosometria	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	720.000,00

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

7.2. Administrativos	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**
7.2.1. Pessoa Jurídica	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7.2.2. Pessoa Física	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7.2.3. Cooperativa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
8. Custos indiretos	**279.215,39**	**279.215,39**	**279.215,39**	**279.215,39**	**279.215,39**	**279.215,39**	**279.215,39**	**279.215,39**	**279.215,39**	**279.215,39**	**279.215,39**	**279.215,39**	**3.350.584,64**
8.1. Material de expediente	2.982,35	2.982,35	2.982,35	2.982,35	2.982,35	2.982,35	2.982,35	2.982,35	2.982,35	2.982,35	2.982,35	2.982,35	35.788,20
8.2. Transporte de pacientes	8.947,05	8.947,05	8.947,05	8.947,05	8.947,05	8.947,05	8.947,05	8.947,05	8.947,05	8.947,05	8.947,05	8.947,05	107.364,60
8.3. Manutenção predial	21.813,76	21.813,76	21.813,76	21.813,76	21.813,76	21.813,76	21.813,76	21.813,76	21.813,76	21.813,76	21.813,76	21.813,76	261.765,12
8.4. Faturamento e auditoria	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	60.000,00
8.5. Gerador de energia elétrica exclusivo	8.521,00	8.521,00	8.521,00	8.521,00	8.521,00	8.521,00	8.521,00	8.521,00	8.521,00	8.521,00	8.521,00	8.521,00	102.252,00
8.6. TI	14.446,00	14.446,00	14.446,00	14.446,00	14.446,00	14.446,00	14.446,00	14.446,00	14.446,00	14.446,00	14.446,00	14.446,00	173.352,00
8.7. Jurídico	10.651,25	10.651,25	10.651,25	10.651,25	10.651,25	10.651,25	10.651,25	10.651,25	10.651,25	10.651,25	10.651,25	10.651,25	127.815,00
8.8. Educação Continuada	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	36.000,00
8.9. Assessoria de Comunicação	7.583,69	7.583,69	7.583,69	7.583,69	7.583,69	7.583,69	7.583,69	7.583,69	7.583,69	7.583,69	7.583,69	7.583,69	91.004,28
8.10. Contabilidade	10.225,20	10.225,20	10.225,20	10.225,20	10.225,20	10.225,20	10.225,20	10.225,20	10.225,20	10.225,20	10.225,20	10.225,20	122.702,40
8.11. Segurança e vigilância	47.691,18	47.691,18	47.691,18	47.691,18	47.691,18	47.691,18	47.691,18	47.691,18	47.691,18	47.691,18	47.691,18	47.691,18	572.294,16
8.12. SCIH	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	36.000,00
8.13. OPM não SUS	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	36.000,00
8.14. Locação de equipamento hospitalar/info/outros	32.945,50	32.945,50	32.945,50	32.945,50	32.945,50	32.945,50	32.945,50	32.945,50	32.945,50	32.945,50	32.945,50	32.945,50	395.346,00
8.13. Resíduos hospitalares	5.538,65	5.538,65	5.538,65	5.538,65	5.538,65	5.538,65	5.538,65	5.538,65	5.538,65	5.538,65	5.538,65	5.538,65	66.463,80
8.14. Outros	93.869,76	93.869,76	93.869,76	93.869,76	93.869,76	93.869,76	93.869,76	93.869,76	93.869,76	93.869,76	93.869,76	93.869,76	1.126.437,08
TOTAL DE DESPESAS OPERACIONAIS = (b)	**1.851.395,13**	**1.851.395,13**	**1.851.395,13**	**1.851.395,13**	**1.851.395,13**	**1.851.395,13**	**1.851.395,13**	**1.851.395,13**	**1.851.395,13**	**1.851.395,13**	**1.851.395,13**	**1.851.395,13**	**22.216.741,52**
DESPESAS NÃO OPERACIONAIS (c)	**26.000,00**	**26.000,00**	**26.000,00**	**26.000,00**	**26.000,00**	**26.000,00**	**26.000,00**	**26.000,00**	**26.000,00**	**26.000,00**	**26.000,00**	**26.000,00**	**312.000,00**
1. Reformas	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	144.000,00
2. Obras	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	144.000,00
3. Móveis	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	12.000,00
4. Equipamentos	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	12.000,00
TOTAL DE DESPESAS NÃO OPERACIONAIS = (c)	**26.000,00**	**26.000,00**	**26.000,00**	**26.000,00**	**26.000,00**	**26.000,00**	**26.000,00**	**26.000,00**	**26.000,00**	**26.000,00**	**26.000,00**	**26.000,00**	**312.000,00**
TOTAL DE DESPESAS = (b)+(c)	**1.877.395,13**	**1.877.395,13**	**1.877.395,13**	**1.877.395,13**	**1.877.395,13**	**1.877.395,13**	**1.877.395,13**	**1.877.395,13**	**1.877.395,13**	**1.877.395,13**	**1.877.395,13**	**1.877.395,13**	**22.528.741,52**
TOTAL DE RECEITAS = (a)	**1.877.395,13**	**1.877.395,13**	**1.877.395,13**	**1.877.395,13**	**1.877.395,13**	**1.877.395,13**	**1.877.395,13**	**1.877.395,13**	**1.877.395,13**	**1.877.395,13**	**1.877.395,13**	**1.877.395,13**	**22.528.741,52**
RESULTADO: DÉFICIT/SUPERÁVIT = (a)-(b)-(c)	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**

DocuSigned by:
Luis Antonio Picerni Herce
64F8CD58A0FC4C1...

Luis Antonio Picerni Herce

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

ALOCAÇÃO POR TIPO DE DESPESA

Detalhamento do custeio de gasto com pessoal e seus reflexos	Detalhado na proposta orçamentária, item 1 Pessoal e conforme **QUADRO DIMENSIONAMENTO DE RH.** Observamos que neste quadro os valores de todo o RH previsto em edital está composto como custeio de como contratação direta CLT e PJ (médicos), caso os funcionários concursados realizarem opção de continuarem na unidade após contratualização, conforme edital será abatido do repasse. Os valores dos serviços de zeladoria (limpeza, segurança, lavanderia) serão contratados por pacote, que cobrirão 24 horas de serviço a serem distribuídos na fase de implantação/assunção da unidade - **QUADRO DIMENSIONAMENTO DE RH – COMPLEMENTAR –** serviços de zeladoria no local
Detalhamento do custeio com os materiais de consumo necessários a manutenção dos serviços	Detalhado na proposta orçamentária, item 2 Material/Medicamentos/Insumos, nos seguintes subitens: 2.1. Materiais Médico Hospitalares / 2.2. Medicamentos / 2.3. Dietas enterais / 2.4. Gases Medicinais / 8.13. OPM não SUS
Detalhamento do custeio dos serviços prestados por terceiro	Detalhado na proposta orçamentária, os valores dos pacotes de prestação de serviço foram dimensionados para uma UPA 24H a fim de atender as diferentes necessidades conforme especificidade dos serviços a serem detalhados no TR - termo de referência e ETP - Estudo técnico preliminar na fase de implantação/assunção dos serviços: item 3. Serviços terceirizados nos seguintes subitens 3.1. Limpeza e asseio (pessoal, insumos e gerenciamento) /3.2. Nutrição e dietética (pessoal, insumos e entrega) /3.3 Lavanderia (pessoal, insumos e entregas) / 3.4. CME (equipamentos e estrutura local, logística e entrega de kits) / 3.5 Manutenção de equipamentos (por demanda de mão de obra, ferramentas e peças) item 5 Gerais, subitem 5.1 a 5.3 (concessionárias: água, energia elétrica e telefonia/internet) subitem 5.4 Locação de veículos (transporte de equipe para órgãos e unidades da rede: sus, prefeitura, estado, Anvisa e outros) item 7 prestações de serviços de terceiros. Subitem 7.1.1 Assistenciais PJ (certificações, apoio a gestão assistencial) 7.1.4. SADT e gasometria (serviços de exames, laudos com equipamento, pessoal e sistema TI). item8 Custos indireto subitem 8.2 Transporte de pacientes (ambulância conforme regulação da rede) 8.3. Manutenção predial (por demanda de mão de obra, ferramentas e insumos) / 8.3 Faturamento e auditoria (apoio operacional e sistemas).

DS

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

	8.5. Gerador de energia: manter funcionamento regular e manter a operação plena (equipe, peças) 8.6 TI: sustentação dos sistemas de TIC: API para SIGREG, PEP (prontuário) Sistemas de RH (Vialogin, Orion), Assistenciais, Compras e Contratos (BIOLAB, K Radar). 8.7 Jurídico (suporte legal, ações preventivas na elaboração e revisão de contratos, orientação normativa, apoio em processos judiciais e administrativos, assegurando a conformidade legal da instituição. 8.8. Educação Continuada (aporte as ações assistenciais, SAU, ONA, comissões, protocolos e qualidade a serem implantadas) 8.9. Assessoria de Comunicação (aporte as informações, SAU, comissões e relatórios conforme LGPD e LAI). 8.10. Contabilidade (Serviço obrigatório, para escrituração regular da instituição, com contador registrado no CRC, prestação de contas aos órgãos de controle social/auditoria previsto na legislação, voltado à garantia do uso adequado dos recursos, confiabilidade das informações e apoio à gestão). 8.11. Segurança e vigilância (equipe 24 H no local, gestão e sistemas via câmera) 8.13. Resíduos hospitalares (manejo e transporte conforme legislação ANVISA e CONAMA) 8.14. Locação de equipamento hospitalar/info /outros / (para viabilizar serviços assistenciais com agilidade, flexibilidade, manutenção e reposição facilitada): monitores, desfibriladores, bombas de seringa, autoclaves, seladoras, cama hospitalar, refrigeradores, impressoras térmicas, totens, computadores, sistema, voip telefonia
Consideração do percentual de até 5% da receita liquida com despesa compartilhada	Detalhado na proposta orçamentária de até 5%: item 8. Custos indiretos no subitem 8.14 Outros (despesas da sede administrativa – rateio proporcional à proposta da UPA: pessoal adm. (governança das ações assistenciais, TI, SAU, RH, Financeiro, Adm. – compras, Contratos, Qualidade), aluguel, concessionarias, apoio técnico e estratégico à administração, com foco em melhoria contínua, tomada de decisões para alcance de metas e eficiência organizacional, serviços de suporte)
Detalhamento do custeio das alterações contratuais em decorrência das datas bases das categorias e os aspectos macroeconômico do país.	Nos valores demonstrados na proposta orçamentária estão previstos em suas parcelas o reajuste escalonado mês a mês do item 1 – Pessoal e em PJ detalhados no subitem 3 Serviços de Terceiros, subitem 5 Gerais; item 7 prestações de serviços de terceiros – Assistenciais, item 8 Custos indiretos.

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

ALOCAÇÃO – ATIVIDADES DE SEGURANÇA

Detalhamento do custeio das ações da política de educação continuada	Os projetos e ações que envolvem educação continuada estão descritos na qualidade objetiva, qualidade subjetiva e modelo gerencial (implantação de gestão da qualidade, projetos/procedimentos assistenciais (RCP, AHA, fluxo das comissões) detalhados na proposta orçamentária item 8.8 Educação continuada, além de enfermeiro de Educação continuada no item 1 Pessoal e reflexos, subitem 8.14 Apoio da Gestão - governança no e item outros 7.1.1 Serviços PJ assistenciais e 8.12. SCIH
Detalhamento do custeio para o serviço de ouvidoria	O valor necessário para projetos e ações do SAU e ouvidoria estão detalhados na proposta parte qualidade subjetiva e no orçamento item 1 Pessoal e reflexos, item 8.8 Educação continuada, item outros 8.14 Apoio da Gestão - governança, item 8.6 Sustentação de TIC, item 8.9 Assessoria de comunicação
Detalhamento do custeio das comissões técnicas (revisão de prontuário, revisão de óbito, controle de infecção, segurança do paciente, ética de enfermagem, ética médica e CIDOTT)	Está incluso valor de implantação detalhado na proposta orçamentária item 8.8 Educação continuada, além de enfermeiro de educação continuada no item 1 Pessoal e reflexos e item 8.14 Outros - apoio da Gestão - governança no item 8.6 Sustentação de TIC, item 8.9 Assessoria de comunicação, item 8.12 SCIH e 8.4 Faturamento e auditoria, item 1 Pessoal e 8.11 Segurança e Vigilância, 7.1.1. Serviços de Terceiro Assistencial e item de serviços de terceiros – zeladoria, item 8.4 Faturamento e auditoria
Detalhamento do custeio da política de segurança dos processos de gerenciamentos de saúde	Está incluso valor de segurança detalhado na proposta orçamentária item 8.8 Educação continuada, no item outros 8.14 Apoio da Gestão, item 8.6 Sustentação de TIC, item 1 Pessoal, item 8.9 Assessoria de Comunicação, item 7.1.1. Serviços Terceiro Assistencial e item 1 Pessoal
Detalhamento do custeio das ações voltadas para acreditação pela ONA, até 24 meses da vigência do contrato, pelo menos do nível I	O valor necessário para projetos e ações ONA estão o detalhados na proposta orçamentária item 1 Pessoal e reflexos, item 8.8 Educação continuada, 7.1.1. Serv. Terceiro Assistencial, item outros 8.14 - Apoio da Gestão - governança, item 8.6 Sustentação de TIC., item 8.9 Assessoria de comunicação.

DS

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

F6. METODOLOGIA DA PROPOSTA

1. Atendimento aos Pontos do Roteiro

A presente proposta técnica, elaborada pela Sociedade Brasileira Caminho de Damasco (SBCD), atende integralmente aos itens estabelecidos no Roteiro para Elaboração da Proposta de Trabalho constante no Anexo V do Edital de Chamamento Público nº 004/2025, promovido pela Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe. A seguir, destacam-se os principais pontos de aderência:

1. Modelo Gerencial e Organização da Atividade Assistencial

A proposta apresenta com clareza o modelo gerencial a ser implantado, fundamentado em gestão por resultados, protocolos assistenciais baseados em evidências, planejamento estratégico, gestão de pessoas e qualidade institucional. São detalhadas as estratégias de implantação, incluindo fases, cronograma, capacitação de equipes e processos de adaptação cultural.

Estão definidos os indicadores de impacto assistencial, ferramentas de modernização gerencial (como BI, PEP, gestão à vista), bem como o modelo de relacionamento com a SES, com instâncias de governança mista e prestação de contas contínua.

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

2. Qualidade Objetiva e Subjetiva

O Plano contempla a criação de todas as comissões técnicas exigidas, com estrutura, objetivos, frequência de reuniões e controle institucional. Também prevê a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), protocolos clínicos conforme perfil da unidade, e protocolos para situações críticas (ACLS/BLS). No campo da qualidade subjetiva, foram incluídas diretrizes claras para informação aos usuários, mecanismos de pesquisa de satisfação e ações de humanização, alinhadas à Política Nacional de Humanização (PNH).

3. Qualidade Técnica e Estrutura Diretiva

A proposta comprova a experiência prévia da SBCD na gestão de UPAs, hospitais filantrópicos e unidades do SUS, além de apresentar organograma funcional completo, estrutura de chefias por clínicas e serviços, e titulação dos profissionais dirigentes conforme exigência editalícia.

4. Implantação dos Fluxos e da Gestão

Foram detalhados os fluxos operacionais, incluindo circulação entre áreas restritas e não restritas, fluxo unidirecional de materiais esterilizados, roupas e resíduos, em conformidade com RDCs da ANVISA e normas do Ministério da Saúde. Também estão inclusas propostas para Regimentos Internos, do Corpo Clínico e do Serviço de Enfermagem.

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

5. Implantação dos Processos e Manuais

A proposta inclui a integração gerencial das unidades e a elaboração de manuais operacionais: administrativos, financeiros, de almoxarifado e patrimônio. Estes manuais asseguram padronização de rotinas e conformidade regulatória.

6. Recursos Humanos e Política de RH

Foi apresentado o dimensionamento completo de RH, com quadro resumo por categoria, carga horária, regime de vínculo e turnos de trabalho. Também foram incluídas políticas de capacitação profissional, remuneração e bonificação por desempenho, identificação funcional e uniformização.

7. Alocação Orçamentária e Sustentabilidade Financeira

A proposta contempla a planilha de custos com detalhamento de despesas por tipo (pessoal, consumo, terceiros etc.), incluindo provisões legais, investimentos em qualificação, ouvidoria, comissões técnicas e ações para acreditação (ONA Nível 1), conforme requerido.

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Conclusão

A estruturação do Plano de Trabalho foi orientada por uma leitura atenta e integrada do edital e seus anexos, com ênfase no atendimento completo de todas as exigências técnicas, operacionais e metodológicas contidas no Anexo V – Roteiro e na Matriz de Avaliação. A proposta reflete o compromisso da SBCD com a excelência na gestão da UPA São Vicente de Paulo e com os princípios do Sistema Único de Saúde, demonstrando viabilidade técnica, sustentabilidade financeira e aderência plena ao modelo de contratualização pretendido pela Administração Pública Estadual.

2. Apresentação de Proposta Concisa e Objetiva

A presente proposta técnica foi elaborada com base nos princípios da objetividade, clareza e concisão, conforme diretriz expressa na matriz de avaliação do Anexo V – Roteiro para Elaboração da Proposta de Trabalho. Toda a estrutura do documento foi desenvolvida com o objetivo de facilitar a leitura, a compreensão e a avaliação por parte da Comissão Técnica da Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe, promovendo a transparência do conteúdo e a padronização exigida no processo de seleção.

A proposta foi organizada segundo os **eixos temáticos estabelecidos no edital**, com divisões claras por seções e subtítulos (modelo gerencial, qualidade assistencial, estrutura técnica, gestão de fluxos, processos, recursos humanos e alocação financeira), utilizando uma linguagem técnico-gerencial padronizada e alinhada à legislação vigente e às normativas do SUS.

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Cada item do roteiro foi abordado de maneira direta, evitando redundâncias e termos genéricos, com **descrições fundamentadas em evidências, dados atualizados, metodologias comprovadas e experiências previamente executadas pela proponente**. Foram priorizados quadros-resumo, tabelas, fluxogramas e painéis de indicadores, como instrumentos que conferem agilidade à leitura e maior objetividade na exposição das soluções propostas.

Adicionalmente, **os cronogramas, metas e compromissos contratuais foram apresentados em formato padronizado e sintético**, demonstrando a viabilidade técnica e financeira da proposta. As justificativas técnicas estão sustentadas por evidências epidemiológicas regionais, diretrizes nacionais de saúde pública e experiência acumulada da Organização Social proponente em unidades similares, o que permite ao avaliador identificar com clareza o grau de aderência da proposta ao objeto do Chamamento Público.

Por fim, a proposta reflete não apenas a capacidade técnica-operacional da SBCD, mas também sua habilidade em comunicar soluções com **eficiência, foco nos resultados e clareza gerencial**, em consonância com o compromisso institucional com a excelência, a legalidade e a efetividade no uso de recursos públicos.

3. Estratégias de Implantação e Implementação

Estratégia Geral

A gestão da UPA São Vicente de Paulo será estruturada com base em **gestão por resultados**, integrando pessoas, processos e tecnologias

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

A metodologia proposta para a gestão da UPA São Vicente de Paulo baseia-se em um modelo de gestão por resultados, com foco na eficiência assistencial, humanização do atendimento e cumprimento rigoroso das metas estabelecidas no edital. O foco está em garantir a **implantação rápida e segura**, atendimento humanizado e cumprimento das **metas contratuais** quantitativas e qualitativas, conforme exigido no edital e Anexos.

Etapas de Implantação / assunção da proposta:

Nos primeiros 15 dias, será realizada a mobilização da equipe técnica, o planejamento executivo e a avaliação da estrutura física da unidade. Em paralelo, serão iniciados os processos seletivos e contratações, com ênfase em profissionais com experiência em urgência e emergência. Do 10º ao 30º dia, todos os colaboradores participarão de capacitação técnica, com foco em Classificação de Risco, protocolos clínicos, segurança do paciente, regulação do acesso e fluxo de atendimento. Até o 30º dia, a UPA estará funcionando 24 horas, com todos os setores operacionais ativados e integrados ao sistema de monitoramento da SES/SE.

A implementação será sustentada por estratégias claras: metas mensais serão acompanhadas em tempo real por sistema informatizado, garantindo transparência e controle; serão implantados desde o início o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), o Núcleo Interno de Regulação (NIR), a Ouvidoria SUS, as comissões clínicas obrigatórias e o Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU). A gestão da qualidade será reforçada por um núcleo técnico que coordenará ações de capacitação contínua, avaliação de desempenho e pesquisa de satisfação com os usuários.

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

Como resultados factíveis para o primeiro trimestre, projeta-se a UPA em pleno funcionamento com classificação de risco ativa em até 30 dias, produção mensal, implantação funcional do NIR e do SAU, taxa de satisfação de usuários superior a 90% e cumprimento das metas estabelecidas, assegurando o atendimento da UPA.

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

ANEXO I – NORMATIVOS TÉCNICOS E GERENCIAIS

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. SBCD.ENF. 001**	**VERSÃO:** 2
ATENDIMENTO AOS PACIENTES VULNERÁVEIS E PACIENTES DE ALTO RISCO	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 3**

Elaborado por: Fabrício 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: FAEFCD486FD6449...
Aprovado por: Tassiana Pita	Data: 01/10/2022	Visto: Assinado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz CEC19F2097164E7...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
1	25/09/2022	Elaboração do procedimento
2	01/03/2024	Revisão

1- OBJETIVO

Utilizar a técnica de elevação do mento para permeabilizar as vias aéreas, da boca, faringe e laringe permitindo que o ar passe pelas cordas vocais e traquéia alcançando a via aérea baixa.

2 – ALCANCE

Unidades Média Complexidade: Pronto Socorro Santana, UPA Jaçanã, AMA Lauzane, AMA Jardim Joamar e AMA Wamberto Dias da Costa

3 – COMPETÊNCIA

- Técnico de Enfermagem
- Auxiliar de Enfermagem
- Enfermeiro
- Médico

4 – MATERIAL

- Equipamentos de proteção individual (EPI), como óculos, luvas e máscara facial.

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

- Utilizar os equipamentos de proteção individual;
- Posicionar uma das mãos na região frontal, sobre a testa, para fixar a cabeça da vítima (figura 1);
- Posicionar os dedos indicador e médio da outra mão sob o mento (figura 2);
- Tracionar suavemente o mento para cima e para frente, enquanto o polegar da mesma mão deprime o lábio inferior, para abrir a boca;
- Simultaneamente, efetuar uma leve extensão do pescoço;
- Verificar a necessidade de utilizar a cânula orofaríngea.



Fonte: Silva (2015)

6 – OBSERVAÇÕES

Indicada para usuários de agravos clínicos nas quais não há suspeita de lesão raquimedular ou história de trauma. Em casos de suspeita de trauma, mantenha sempre o pescoço em posição neutra, para evitar trauma secundário de coluna cervical, ou utilize a Anteriorização da Mandíbula, conforme procedimento operacional padrão.

7 – REGISTRO

Registrar a assistência prestada em ficha de atendimento de enfermagem com assinatura e carimbo constando número do Coren de quem realizou a técnica.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192: serviço de atendimento móvel de urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em:

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

- <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/outubro/26/livro-basico-2016.pdf>. Acesso em:15 mai 2019.
- COLÉGIO AMERICANO DE CIRURGIÕES. Comitê de Trauma. Suporte avançado de vida no trauma para médicos ATLS: manual do curso de alunos. 8. ed. Chicago: American College of Surgeons, 2008.
- PHTLS atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
- 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/>. Acesso em: 15 mai 2019.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP. SBCD.ENF 002	VERSÃO: 2
ABERTURA DE VIAS AÉREAS COM ANTERIORIZAÇÃO DA MANDÍBULA	**VALIDADE:01/03/2026**	**Pag. 1 de 4**

Elaborado por: Fabricio Lopes da Silva	Data: 25/09/2022	Visto: Assinado por: Fabricio Lopes da Silva 07704B2C355C4A3...
Revisado por: Carla Casaes	Data: 28/09/2022	Visto DocuSigned by: FAEFCD486FD6449...
Aprovado por: Tassiana Pita	Data: 01/10/2022	Visto: Assinado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz CEC19E2097164E7...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
1	25/09/2022	Elaboração do procedimento
2	01/03/2024	Revisão

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

1- OBJETIVO
Utilizar a técnica de anteriorização da mandíbula em usuários traumatizados para permeabilizar as vias aéreas, da boca, faringe e laringe permitindo que o ar passe pelas cordas vocais e traqueia alcançando a via aérea baixa.
2 – ALCANCE
Unidades Média Complexidade: Pronto Socorro Santana, UPA Jaçanã, AMA Lauzane, AMA Jardim Joamar e AMA Wamberto Dias da Costa
3 – COMPETÊNCIA
• Técnico de Enfermagem • Auxiliar de Enfermagem • Enfermeiro • Médico
4 – MATERIAL
• Equipamentos de proteção individual (EPI), como óculos, luvas e máscara facial.
5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

- Utilizar os equipamentos de proteção individual;
- Posicionar-se atrás da cabeça da vítima (figura 1);
- Posicionar as duas mãos espalmadas uma de cada lado da face da vítima mantendo o alinhamento da coluna cervical da mesma em posição neutra (figura 1);
- Posicionar os dedos médios e indicadores no ângulo da mandíbula;
- Projetar a mandíbula para frente enquanto os polegares deprimem o lábio inferior, abrindo a boca (figura 2);
- Pesquisar a presença de corpos estranhos, próteses dentárias ou sangramentos que possam obstruir as vias aéreas superiores;
- Após esta intervenção, caso necessário, proceda a aspiração de secreções orofaríngeas e instale a cânula orofaríngea;

Figura 1



Figura 2



Fonte: SAMU

6 – OBSERVAÇÕES

Mantenha o pescoço em posição neutra, para evitar trauma secundário de coluna cervical.

7 – REGISTRO

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Registrar a assistência prestada em ficha de atendimento de enfermagem com assinatura e carimbo constando número do COREN de quem realizou a técnica.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192: serviço de atendimento móvel de urgência. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/outubro/26/livro-basico-2016.pdf>. Acesso em: 15 mai 2019.
- COLÉGIO AMERICANO DE CIRURGIÕES. Comitê de Trauma. Suporte avançado de vida no trauma para medicos ATLS: manual do curso de alunos. 8. ed. Chicago: American College of Surgeons, 2008.
- PHTLS atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP. SBCD.ENF 003	VERSÃO: 2
ABORDAGEM CASOS SUSPEITOS DE COVID - 19	VALIDADE:01/03/2026	Pag. 1 de 5

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: FAEFCD486FD6449...
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

1- OBJETIVO

Padronizar o atendimento de casos suspeitos de Covid-19, de acordo com diretrizes de isolamento e normas do Ministério da Saúde

2 – ALCANCE

Unidades Média Complexidade: Pronto Socorro Santana, UPA Jaçanã, AMA Lauzane, AMA Jardim Joamar e AMA Wamberto Dias da Costa

3 – COMPETÊNCIA

- Técnico de Enfermagem
- Auxiliar de Enfermagem
- Enfermeiro
- Médico
- Dentista

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

4 – FLUXOGRAMA

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

FLUXOGRAMA PARA ATENDIMENTO DE SÍNDROME GRIPAL

TRIAGEM DA EQUIPE DE ENFERMAGEM PARA IDENTIFICAÇÃO DE SG

Definição de Síndrome Gripal (SG):

Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos 02 (dois) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos.

Em crianças: além dos itens anteriores, considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.

Em idosos: devem-se considerar também critérios específicos de agravamento, como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência. Na suspeita da covid-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes.

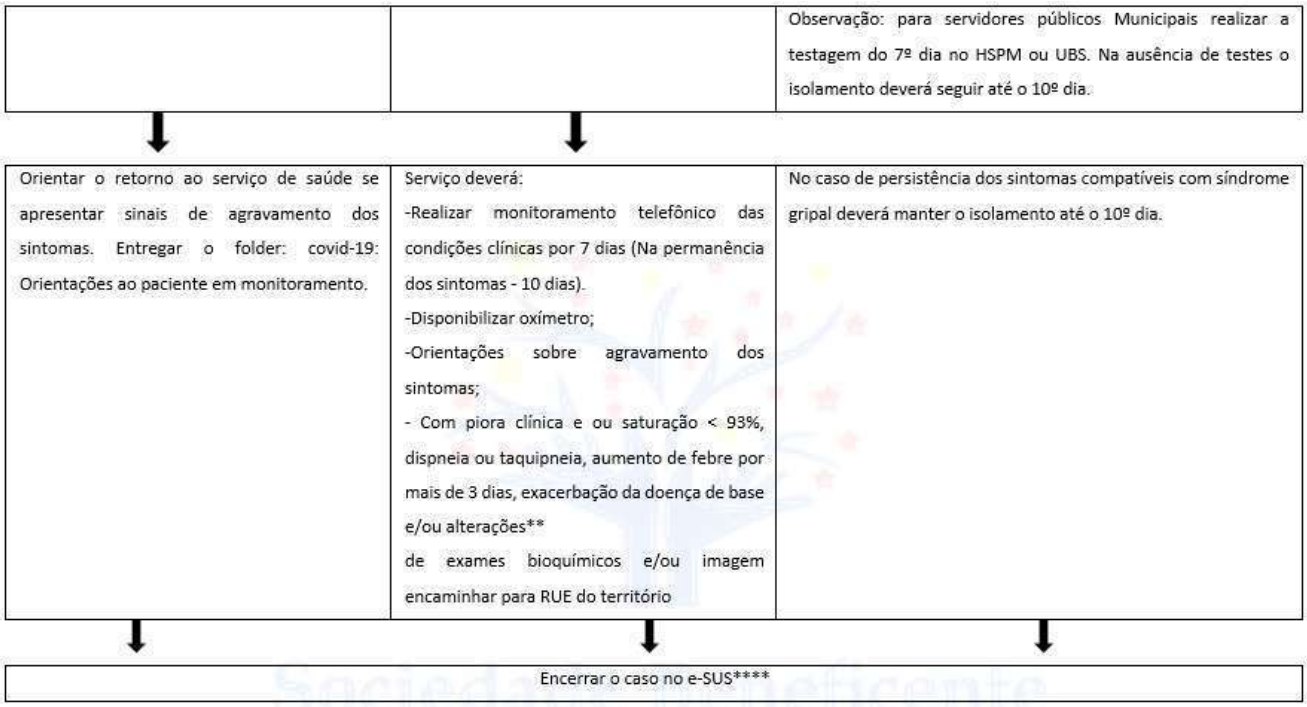
NOTIFICAR no e-SUS - https://notifica.saude.gov.br/

AVALIAÇÃO CLÍNICA REALIZADA PELO MÉDICO

Grupo 1- Público Geral com sintomas de SG	Grupo 2- Grupo Específico com sintomas de SG: - Pessoas não vacinadas ou com atraso da segunda ou terceira dose -Gestantes e Puérperas - Pessoas com comorbidades - a critério médico - Pessoas em situação de rua - Idosos que residam sozinhos	Grupo 3 - Profissionais de Saúde de serviços públicos e privados e servidores públicos municipais com sintomas de SG
Realização TR-Antígeno ou RT PCR (De acordo com a disponibilidade do insumo)	Realização de TR-Antígeno ou RT PCR (De acordo com a disponibilidade do insumo)	Realização de RT PCR ou TR - Antígeno (De acordo com a disponibilidade do insumo)
Em caso Positivo: Isolamento por 07 dias após o início dos sintomas No 7º dia, se o indivíduo não apresentar sintomas respiratórios e febre por um período de 24 horas, sem uso de antitérmico, será liberado do isolamento, mantendo as medidas não farmacológicas* No caso de persistência dos sintomas compatíveis com síndrome gripal deverá manter o isolamento até o 10º dia.	Em caso Positivo: Isolamento por 07 dias após o início dos sintomas. No 7º dia se o indivíduo não apresentar sintomas respiratórios e febre por um período de 24 horas, sem uso de antitérmico, será liberado do isolamento, mantendo as medidas não farmacológicas.* No caso de persistência dos sintomas compatíveis com síndrome gripal deverá manter isolamento até o 10° dia.	Em caso Positivo: Isolamento por 07 dias após o início dos sintomas. No 7º dia desde que permaneça sem febre, sem o uso de medicamentos antitérmicos há pelo menos 24 horas E com remissão dos sintomas respiratórios, Realizar novo RT PCR ou TR - Antígeno. **Positivo:** Isolamento até completar 10 dias do início dos sintomas. **Negativo:** Será liberado do isolamento no 7º dia, mantendo as medidas não farmacológicas adicionais*

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7



5 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Boletim Epidemiológico 01, 2020 - Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública | COE-nCoV - Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV). http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/janeiro/28/Boletimepidemiologico-SVS-28jan20.pdf

Alerta: Infecção pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV) – Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac", 2020. http://www.saude.sp.gov.br/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica-prof.-alexandrevranjac/homepage/destaques/alerta-infeccao-pelo-novo-coronavirus

- Novo coronavirus (2019-nCoV) Boletim Epidemiológico 04, vol 51, janeiro 2020, Secretaria Vigilância em Saúde/ Ministério da Saúde.
- http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/janeiro/23/Boletim_epidemiologic o_SVS_04.pdf WHO – Novel Coronavirus, situation report 7.

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

- https://www.who.int/docs/defaultsource/coronaviruse/situation-reports/20200127-sitrep-7-2019--ncov.pdf?sfvrsn=98ef79f5_2
- Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected.
- Interim guidance. January 2020 WHO/2019-nCoV/IPC/v2020.1 https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-healthcare-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected
- Infection prevention and control of epidemic- and pandemic-prone acute respiratory infections in health care WHO Guidelines, 2014 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112656/97892;jsessionid=B31F70149E04D8D54C59FFB19039CF2E?sequence=1
- 2019 – Novel Coronavirus – Interim Guidance for Professionals: Centers for Disease Control and Prevention, January 17, 2020 https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/clinical-criteria.html
- Novel coronavirus in China – Situation update 27 January, 2020: https://www.ecdc.europa.eu/en/novel-coronavirus-china
- Pour les professionnels de la santé: Noveau coronavirus de 2019 (Wuhan, Chine), 2020.01.26. https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveaucoronavirus/professionnels-sante.html#a3

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP.SBCD ENF 004**	**VERSÃO:** 2
ADMINISTRAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 26**

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: FAEFCD486FD6449...
Aprovado por: Tassiana Pita	Data: 01/10/2022	Visto: Assinado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz CEC19E2097164E7...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
1	25/09/2022	Elaboração do procedimento
2	01/03/2024	Revisão

DS

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

1- OBJETIVO

A reposição ou transfusão sanguínea é a administração endovenosa de sangue total ou de seus componentes, tal como o plasma, concentrado de hemácias ou plaquetas (POTTER, 2001).

2 – ALCANCE

Unidades Média Complexidade: Pronto Socorro Santana, UPA Jaçanã, AMA Lauzane, AMA Jardim Joamar e AMA Wamberto Dias da Costa

3 – COMPETÊNCIA

- Técnico de Enfermagem
- Auxiliar de Enfermagem
- Enfermeiro
- Médico

4 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

1. PRÉ TRANSFUSÃO:

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTE

Ao receber solicitação de hemocomponente registrada em prescrição médica o enfermeiro deverá checar se confere com o preenchimento da Requisição de Transfusão (RT), ANEXO 1, que deverá ter sido feita em 3 vias sendo: 1ª via – Agência Transfusional, 2ª e 3ª via – Prontuário do Paciente – o arquivo está disponível na pasta eletrônica – ENFERMEIROS/HEMODERIVADOS/REQUISIÇÃO; há formulário em papel na pasta física para uso de HEMODERIVADOS – SALA 13.

Obs.: O enfermeiro deverá checar se a requisição está preenchida corretamente, conforme modelo, e caso não esteja, devolver ao médico para finalizar o preenchimento. Importante: No campo REGISTRO, colocar o RG ou CPF do paciente. No formulário RT, o enfermeiro deve realizar a dupla checagem dos dados do paciente, utilizando 03 identificadores (nome completo, cartão do SUS e RG). Caso o paciente não possua documentos que permitam sua identificação, iremos registrá-lo por suas características físicas (ex.: homem adulto pardo) e complementar com o número da ficha de atendimento (FA) correspondente.

*O enfermeiro responsável pelo paciente que será transfundido deverá informa-lo sobre o procedimento e proceder com a entrega, leitura e esclarecimento sobre o TERMO DE CONSENTIMENTO (ANEXO 2) para que seja assinado pelo paciente e/ou responsável. Caso o termo não seja assinado por qualquer razão, discutir o caso com o médico solicitante;

TRANSPORTE

- **MATERIAL NECESSÁRIO**

Caixa térmica, gelox, papelão ou material semelhante perfurado para isolamento, termômetro digital, formulário de requisição e transfusão de hemocomponentes para transfusão (ANEXO 5), estante plástica.

- **DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES**

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Ação	Atribuição	Informações Complementares
Orientação	Enfermeiro	Orientar paciente e/ou familiares sobre o procedimento que será realizado.
Realizar procedimento	Enfermeiro / Técnico de enfermagem	- Preparar caixa térmica, de tamanho e termômetro adequados para a quantidade e temperatura de hemocomponentes a transportar (ANEXO); - Colocar gelox dependendo o tipo de hemocomponentes; - Colocar o isolador plástico revestido ou semelhante, conforme Tabela.
Realizar procedimento	Enfermeiro / Técnico de enfermagem	Aguardar a temperatura da caixa atingir a ideal para o transporte do hemocomponente;
Realizar procedimento	Enfermeiro / Técnico de enfermagem	Registrar a temperatura da caixa térmica no formulário específico (ANEXO 4) na hora da saída do Pronto Socorro;
Realizar procedimento	Enfermeiro / Técnico de enfermagem	Com a solicitação de hemocomponentes em mãos, solicitar transporte de ambulância para ida ao Hemocentro;
Realizar procedimento	Enfermeiro / Técnico de enfermagem	Armazenar os hemocomponentes na caixa térmica de acordo com a capacidade;
Realizar procedimento	Enfermeiro / Técnico de enfermagem	Registrar a temperatura da caixa na chegada ao Hemocentro (inspeção realizada pelo profissional dispensador no Hemocentro);
Realizar procedimento	Enfermeiro / Técnico de enfermagem	Retornar ao PS e seguir rotina de administração de hemocomponentes.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

PS

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Tabela 1 - Especificação das condições de transporte de cada tipo de hemocomponente quanto à temperatura interna e tamanho da caixa térmica utilizada, à quantidade de bolsas por caixa, ao número de gelox por hemocomponente e a disposição desse na caixa e ao tempo máximo de transporte de cada hemocomponente.

Tipo de Hemocomponente	Condições Iniciais	Quantidade de Bolsas	Quantidade de Gelox	Disposição do Gelox	Tipo de Caixa	Tempo Máximo de Transporte
CH	1 a 10°C	Até 8 unidades na caixa P; até 12 unidades na caixa M	2 gelox médios	Na parte inferior da caixa, abaixo do papelão perfurado	P/M	2 horas
PFC	- 20°C ou inferior	Até 8 unidades na caixa P; até 12 unidades na caixa M	2 gelox grandes	Na parte inferior da caixa, não necessita do papelão perfurado	P/M	1 hora
CP	Não necessita refrigerar	Até 20 unidades na caixa P	Não necessita de gelox	Não necessita de gelox	P	1 hora
CRIO	- 20°C ou inferior	Até 20 unidades na caixa P	2 gelox grandes	Na parte inferior da caixa, não necessita do papelão perfurado	P	30 minutos

* Após o prazo máximo de 03 horas, confirmada a disponibilização do hemocomponente, o técnico da ambulância se dirige à agência transfusional e retira as bolsas de hemocomponentes solicitadas. Antes de deixar o PS, este profissional deverá verificar se a caixa térmica já foi ambientada na temperatura condizente com o hemocomponente solicitado (anexo 02), e registrar tais controles na planilha de limpeza concorrente e temperatura das caixas (anexo 05). Após ser liberado pelo enfermeiro responsável do PS, dirigir-se **à Agência Transfusional (Hospital Mandaqui) levando: a caixa térmica, a 2ª via da RT, o livro de registro interno da unidade para transporte e o crachá de retirada de hemocomponentes fornecido pela Pró-Sangue.**

Observações:

1. Caso a pesquisa de anticorpos seja positiva, a agência transfusional entrará em contato com o PS solicitando a coleta de mais 2 tubos roxos (EDTA) e 1 tubo seco. Neste caso, será solicitado também o CPF do paciente e na sua indisponibilidade, o CPF do médico solicitante. Somente após o resultado destas coletas o

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

hemocomponente será liberado. Neste momento, levar para a agência os tubos na caixa térmica de isopor, certificando-se antes que a temperatura esteja entre 20ºC e 28ºC e que a caixa esteja higienizada para uso.

2. A agência transfusional também pode solicitar uma amostra de segurança. Nesses casos, será solicitado a coleta de mais 01 tubo roxo (EDTA), e esse resultado sairá rapidamente, portanto, o técnico de enfermagem deverá levar a via da RT de prontuário para retirada do hemocomponente e a caixa térmica concomitantemente ao tudo de EDTA extra solicitado.

Cuidados Especiais

- Atentar para os prazos de validade de cada tipo de hemocomponente e a forma de armazenamento;
- Evitar contato do Concentrado de Hemácias com o gelox;
- Evitar ausência de registro da temperatura da caixa térmica no formulário na saída da AT;

LIMPEZA DA CAIXA TÉRMICA PARA TRANSPORTE

Imediatamente antes ao uso da caixa térmica, assim como ao final do processo, a caixa térmica deve ser higienizada com álcool a 70% nas paredes internas e externas. Os dispositivos gelox devem ser protegidos com papel toalha. A evidência da realização do procedimento deve ser registrada em livro para rastreabilidade, disponível na pasta de hemoderivados.

COLETA DE AMOSTRAS PARA TESTES PRÉ TRANSFUSIONAIS

INFORMAÇÕES GERAIS

- A transfusão de sangue consiste na transferência de sangue total ou de um hemocomponente de um indivíduo (doador) a outro (receptor).
- Para a equipe de enfermagem, o procedimento de transfusão tem início a partir do recebimento da solicitação de hemocomponentes/hemoderivados e da prescrição médica. Após a conferência do correto preenchimento dos impressos e a confirmação dos dados do receptor, inicia-se a assistência de enfermagem.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

- O passo inicial dessa assistência consiste na coleta de amostra de sangue do receptor, etapa de suma importância para a garantia da segurança transfusional, pois estima-se que uma em cada seis reações de incompatibilidade seja causada por erro na identificação das amostras.

- As amostras utilizadas para a realização de testes pré-transfusionais deverão ser recentes (com menos de 48 horas de colhidas), coletadas somente para este fim, não se devendo aproveitar amostras que foram utilizadas para outros exames.

MATERIAL NECESSÁRIO

Caixa térmica de coleta pequena, gorro; máscara cirúrgica descartável; luvas de procedimento; jaleco; seringa, preferencialmente de 5cc; agulha, preferencialmente 30mm x 0,7mm; tubo à vácuo com anticoagulante EDTA (tampa roxa); tubo à vácuo sem anticoagulante (tampa vermelha); etiqueta identificadora da amostra; caneta; bandeja; esparadrapo; algodão; álcool a 70%; álcool em gel a 70%; garrote.

Ação	Atribuição	Informações complementares
Realizar o procedimento	Enfermeiro / Técnico de enfermagem	Conferir a identificação do paciente com o formulário de solicitação de hemocomponentes para transfusão;
Realizar o procedimento	Enfermeiro / Técnico de enfermagem	Realizar higienização das mãos com água e sabão;
Realizar o procedimento	Enfermeiro / Técnico de enfermagem	- Separar uma bandeja para o procedimento; -Fazer desinfecção da bandeja com algodão

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

		embebido em álcool a 70% e aguardar secagem espontânea, unidirecional, repetindo o movimento três vezes;
Realizar o procedimento	Enfermeiro / Técnico de enfermagem	Definir os tubos de exames necessários de acordo com o exame solicitado;
Realizar o procedimento	Enfermeiro / Técnico de enfermagem	Identificar a etiqueta autoadesiva com: nome completo do paciente sem abreviaturas, número de atendimento/prontuário, enfermaria e leito, data e hora da coleta e nome do responsável pela coleta e rotular os tubos;
Realizar o procedimento	Enfermeiro / Técnico de enfermagem	Confirmar os dados de identificação do paciente;
Realizar o procedimento	Enfermeiro / Técnico de enfermagem	Posicionar adequadamente o paciente para o procedimento, instruindo-o para que estenda o braço, que deve permanecer reto, ao nível do cotovelo;

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 63AF7610-B05A-4FA7-9CC8-2C001563C6F7

Realizar o procedimento	Enfermeiro / Técnico de enfermagem	Colocar o garrote acima da veia a ser puncionada, para produzir congestão venosa;
Realizar o procedimento	Enfermeiro / Técnico de enfermagem	.Colocar equipamentos de proteção individual: máscara, óculos de proteção e luvas de procedimentos;
Realizar o procedimento	Enfermeiro / Técnico de enfermagem	Conectar a agulha na seringa, sem retirar a capa protetora. Movimentar o êmbolo e pressionar para retirar o ar;
Realizar o procedimento	Enfermeiro / Técnico de enfermagem	Fazer antissepsia da área a ser puncionada seguindo o mesmo sentido, utilizando algodão com álcool a 70%. Aguardar a secagem. Não tocar mais no local que foi realizado a antissepsia;
Realizar o procedimento	Enfermeiro / Técnico de enfermagem	Retirar a capa da agulha e puncionar a veia de melhor acesso, com bisel da agulha voltado para cima;

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

Realizar o procedimento	Enfermeiro / Técnico de enfermagem	Coletar o sangue, observando o volume necessário para o exame solicitado;
Realizar o procedimento	Enfermeiro / Técnico de enfermagem	Retirar o garrote antes de remover a agulha do local de punção para evitar hematoma;
Realizar o procedimento	Enfermeiro / Técnico de enfermagem	Comprimir o local com algodão seco;
Realizar o procedimento	Enfermeiro / Técnico de enfermagem	Injetar o sangue coletado nos tubos adequados;
Realizar o procedimento	Enfermeiro / Técnico de enfermagem	Homogeneizar delicadamente o sangue no tubo coletor, com movimentos circulares;
Realizar o procedimento	Enfermeiro / Técnico de enfermagem	Desprezar a seringa com agulha não-encapada no coletor para perfuro-cortante. Caso não tenha o coletor próximo, colocar a seringa com agulha não-encapada na bandeja ou cuba rim e desprezar quando chegar próximo ao coletor perfuro-cortante;

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

Realizar o procedimento	Enfermeiro / Técnico de enfermagem	Fazer curativo compressivo com gaze e esparadrapo no local da punção, se necessário;
Realizar o procedimento	Enfermeiro / Técnico de enfermagem	Retirar as luvas de procedimento;
Realizar o procedimento	Enfermeiro / Técnico de enfermagem	Higienizar as mãos com álcool em gel a 70% ou Realizar higienização das mãos com água e sabão;
Realizar o procedimento	Enfermeiro / Técnico de enfermagem	Armazenar o material coletado dentro da caixa térmica para ser encaminhado à Agência Transfusional.

Cuidados Especiais:

- Determinar o tubo para coleta do sangue de acordo com exame, assim como o volume desejável a ser coletado.
- Tubos que não estejam corretamente identificados não serão aceitos pelo serviço de hemoterapia.
- As amostras usadas para os testes pré-transfusionais serão coletadas para este fim específico, tendo uma validade de até 72 horas.

DESCONGELAMENTO DO HEMOCOMPONENTE

MATERIAL NECESSÁRIO

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

Bolsa do hemocomponente, equipamentos de proteção individual (EPI's), saco plástico, bandeja inox, papel toalha, caneta, etiqueta de identificação de bolsa.

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

A) Descongelamento de CH:

1. Retirar a bolsa de CH da caixa térmica;

2. Manter a bolsa de CH à temperatura ambiente por, no máximo, 30 minutos antes da transfusão, em bandeja inox;

3. Seguir para transfusão com o CH identificado com etiqueta própria contendo os dados do paciente.

B) Descongelamento de PF:

1. Colocar EPI's;

2. Retirar a bolsa de PF da caixa térmica;

3. Descongelar a bolsa de PF a ser transfundido, envolvida em saco plástico transparente em banho-maria a 37°C;

4. Retirar a bolsa de PF do banho-maria após completo descongelamento;

5. Secar com papel toalha e colocar a bolsa em bandeja inox;

6. Identificar o PF com etiqueta de identificação própria de bolsa contendo os dados do paciente e do hemocomponente;

C) Descongelamento de CRIO:

1. Colocar EPI's;

2. Retirar a bolsa de CRIO da caixa térmica;

3. Descongelar a bolsa de CRIO a ser transfundido envolvida em saco plástico transparente em banho-maria a 37°C;

4. Retirar a bolsa de CRIO do banho-maria após completo descongelamento;

5. Secar com papel toalha e colocar a bolsa em bandeja inox;

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

6. Identificar o CRIO com etiqueta de identificação própria de bolsa contendo os dados do paciente e do hemocomponente.

Cuidados Especiais:

- Retornar a bolsa de CH para a caixa térmica caso a transfusão não seja realizada no momento;
- Caso o plasma fresco não possa ser transfundido logo após o descongelamento, colocar a bolsa na caixa térmica, colocar etiqueta adesiva na bolsa com horário e data do descongelamento e avisar de imediato à Agência Transfusional.
- O CRIO deve ser transfundido de imediato.

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES

INFORMAÇÕES GERAIS

A transfusão de sangue consiste na transferência do sangue total ou de hemocomponente de um indivíduo (doador) a outro (receptor). As transfusões são realizadas para suprir as necessidades orgânicas de transporte de oxigênio ou para corrigir distúrbios da coagulação.

Conforme a RDC 34/14, as transfusões são classificadas em: programada (dia e hora preestabelecidos), não urgente (dentro de 24 horas), urgente (até três horas após a solicitação) e de extrema urgência (liberação de hemocomponente sem prova de compatibilidade, mediante assinatura do Termo de Responsabilidade pelo médico).

Nesse contexto, a equipe de enfermagem tem a função de realizar as transfusões de hemocomponentes - concentrado de hemácias (CH), plasma fresco congelado (PF), concentrado de plaquetas (CP) e crioprecipitado (CRIO), priorizando a segurança do paciente.

Neste POP, há a descrição do ato transfusional, que envolve todas as atividades desenvolvidas pelo profissional que presta assistência direta ao paciente, no momento da instalação do hemocomponente.

- **Material necessário:**

Equipamentos de proteção individual (luvas de procedimento, gorro, máscara cirúrgica e jaleco); termômetro; estetoscópio; esfigmomanômetro (ou aparelho de pressão digital); bandeja; algodão/gaze; álcool a

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

70%; álcool em gel a 70%; garrote; cateter intravenoso periférico (jelco); esparadrapo; equipo de transfusão; suporte para soro; bolsa do hemocomponente (concentrado de hemácias, plasma fresco, crioprecipitado e/ou plaquetas) com etiqueta de identificação; Fichas de Acompanhamento Transfusional (ANEXO 1).

- **Descrição da Atividade:**

Ação	Atribuição	Informações complementares
Realizar o procedimento	Enfermeiro	Conferir a bolsa de hemocomponente em relação ao aspecto e integridade: inspeção macroscópica da bolsa na detecção de sinais de violação, deterioração, coloração anormal, turvação e bolhas de ar (crescimento bacteriano). No caso da bolsa de CH, observar se há presença de coágulos, sinais indicativos de hemólise. Nestes casos, NUNCA transfundir e devolver imediatamente a bolsa de hemocomponente para a Agência Transfusional;
Realizar o procedimento	Enfermeiro	Conferir dados da etiqueta da bolsa de hemocomponente: nome e número do prontuário do paciente (RG ou CPF ou etiqueta de identificação), numeração da bolsa, volume, classificação sanguínea, data do teste de compatibilidade e data da validade do hemocomponente;

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

Realizar o procedimento	Enfermeiro	Caso a transfusão seja de Plasma Fresco Congelado (PF) ou crioprecipitado, verificar sobre Descongelamento de Hemocomponentes;
Realizar o procedimento	Enfermeiro	No prontuário do paciente, conferir: nome e número do prontuário, número da enfermaria e leito;
Realizar o procedimento	Enfermeiro	Verificar se a transfusão do hemocomponente encontra-se prescrita pelo médico;
Realizar o procedimento	Enfermeiro	Observar se há prescrito algum medicamento endovenoso para aquele horário. Caso tenha, comunicar-se com o enfermeiro responsável pelo setor de internação do paciente sobre o melhor horário para a transfusão. Em caso de pacientes que requeiram a administração contínua de medicamentos, proceder a transfusão em via exclusiva;
Realizar o procedimento	Enfermeiro	Informar que irá iniciar a transfusão ao enfermeiro responsável pelo setor de internação do paciente;

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

Realizar o procedimento	Enfermeiro	Realizar a higienização das mãos com água e sabão;
Realizar o procedimento	Enfermeiro	Separar uma bandeja para o procedimento;
Realizar o procedimento	Enfermeiro	Realizar a desinfecção da bandeja com algodão ou gaze embebida em álcool a 70% em movimento unidirecional. Repetir o procedimento três vezes e aguardar a secagem espontânea;
Realizar o procedimento	Enfermeiro	Higienizar as mãos com álcool em gel a 70%;
Realizar o procedimento	Enfermeiro	Separar o material para o procedimento e colocá-lo na bandeja;
Realizar o procedimento	Enfermeiro	Levar a bandeja até o leito do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira do paciente;

Realizar o procedimento	Enfermeiro	Apresentar-se ao paciente e conferir os dados de identificação do mesmo;
Realizar o procedimento	Enfermeiro	Explicar ao paciente e acompanhante o procedimento a ser realizado;
Realizar o procedimento	Enfermeiro	Aferir os sinais vitais (SSVV) do paciente (frequência cardíaca, temperatura e pressão arterial);

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

Realizar o procedimento	Enfermeiro	Registrar na Ficha de Acompanhamento de Transfusão (ANEXO 1) o nome do hemocomponente, volume, número da bolsa (ou no do doador), grupo sanguíneo e fator Rh (GS/Rh), data e SSVV pré-transfusionais;
Realizar o procedimento	Enfermeiro	Avaliar as condições do acesso venoso do paciente a ser transfundido. Caso necessite de novo acesso, puncionar o paciente antes de montar o sistema de bolsa de hemocomponente e equipo; Atenção: A via de acesso deve ser exclusiva para transfusão.
Realizar o procedimento	Enfermeiro	Utilizar os equipamentos de proteção individual para a punção de acesso venoso e montagem do sistema de bolsa de hemocomponente e equipo. Se puncionar acesso venoso, realizar a desinfecção das mãos com álcool a 70% e colocar luvas de procedimento antes de iniciar a montagem da bolsa;
Realizar o procedimento	Enfermeiro	Durante a montagem, abrir o lacre da bolsa, conectá-la ao equipo padrão de transfusão fechado e colocar a bolsa no suporte para soro;

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

Realizar o procedimento	Enfermeiro	Pressionar levemente o filtro para retirada de ar e preenchimento de 1/3 da câmara de gotejamento e abrir o equipo, preenchendo-o com o hemocomponente até a extremidade que será conectada ao paciente;
Realizar o procedimento	Enfermeiro	Checar o horário de início da transfusão na prescrição médica do paciente;
Realizar o procedimento	Enfermeiro	Avaliar continuamente o paciente/receptor durante 15 minutos do início da transfusão e, caso não haja alteração, aumentar a velocidade de infusão; Atenção: Não permitir que a infusão ultrapasse 4 horas de duração.
Realizar o procedimento	Enfermeiro	. Registrar a realização da supervisão dos 15 minutos iniciais;

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

Realizar o procedimento	Enfermeiro	. Observar a presença de alterações durante todo o período transfusional. Na presença de um desses sinais ou sintomas – aumento de 1ºC de temperatura do início da transfusão, calafrio, prurido ou presença de pápula(s), dispneia, mudança na cor da urina, agitação do paciente – interromper a transfusão, manter acesso venoso com infusão de soro fisiológico e chamar o médico imediatamente. Tais sinais e sintomas sugerem reação transfusional. Preencher a folha de Evento Adverso (ANEXO);
Realizar o procedimento	Enfermeiro	Avaliar SSVV do paciente/receptor no final da transfusão;

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

Realizar o procedimento	Enfermeiro	Avaliar SSVV do paciente/receptor no final da transfusão;
Realizar o procedimento	Enfermeiro	Retirar a bolsa que foi totalmente utilizada e descartá-la em local apropriado;
Realizar o procedimento	Enfermeiro	Desprezar o material utilizado nos locais apropriados;
Realizar o procedimento	Enfermeiro	Registrar os SSVV pós-transfusionais e o horário de término da transfusão na Ficha de Acompanhamento Transfusional (ANEXO 1);

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

Realizar o procedimento	Enfermeiro	Rubricar e carimbar (ou assinar em letra legível e colocar o número do COREN) na Ficha de Acompanhamento Transfusional (ANEXO 1). Esta ficha será assinada e carimbada por 2 profissionais da enfermagem (dupla checagem);
Realizar o procedimento	Enfermeiro	Em pacientes avaliados por balanço hídrico, registrar o volume da bolsa do hemocomponente no prontuário do paciente, informando o horário de início da transfusão;
Realizar o procedimento	Enfermeiro	Manter avaliação do paciente, nas 24 horas após a transfusão, pela possibilidade de ocorrência de reações adversas nesse período.

Atenção: Quando existir alterações que contraindiquem temporariamente a transfusão, como febre e pressão arterial elevada, comunicar ao médico ou enfermeiro responsável pelo paciente, preencher o impresso de Evento Adverso (ANEXO 2) e devolver a bolsa do hemocomponente para a agência transfusional até estabilização do quadro do paciente e/ou autorização médica para continuar o procedimento. Caso o médico autorize a transfusão, solicitar que assine na Ficha de Acompanhamento Transfusional (ANEXO 1).

Cuidados Especiais

- Antes do início da transfusão, os componentes eritrocitários não permanecerão à temperatura ambiente por mais de 30 minutos;
- O PFC, uma vez descongelado, deve ser transfundido em até 24 horas, contadas após o descongelamento, se mantido em temperatura de 2 a 6ºC. Caso contrário, devem ser desprezados;
- Os componentes plaquetários devem ser transfundidos em até 24 horas depois de saírem do agitador contínuo de plaquetas, e agitados antes do uso;

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

- Medicamentos não devem ser introduzidos à bolsa do hemocomponente.

DEVOLUÇÃO DE HEMOCOMPONENTES

- **Material Necessário:**

Formulário de Devolução de Hemocomponentes (ANEXO), caneta, bolsa do hemocomponente, livro de registro Entrada de Hemocomponentes, caixa térmica, termômetro digital.

- **Descrição da Atividade:**

A) Devolução de CH:

Ação	Atribuição	Informações Complementares
Realizar o procedimento	Enfermeiro	Observar se o hemocomponente a ser devolvido, quando solicitado pelo Hemocentro está em boas condições;
Realizar o procedimento	Enfermeiro	Preencher o formulário de Devolução de Hemocomponentes e justificativa;

A) Devolução de CP:

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

Ação	Atribuição	Informações Complementares
Realizar o procedimento	Enfermeiro	Observar se o hemocomponente (CP) a ser devolvido, quando a transfusão for suspensa, está em boas condições;
Realizar o procedimento	Enfermeiro	Preencher o formulário de Devolução de Hemocomponentes relacionando os dados do hemocomponente, temperatura da caixa e justificativa;
Realizar o procedimento	Enfermeiro	Procurar o número de registro da entrada do hemocomponente na AT no livro de registro de Entrada de Hemocomponentes e anotar a devolução no item destino;
Realizar o procedimento	Enfermeiro	Colocar o(s) hemocomponente(s) na caixa térmica;
Realizar o procedimento	Enfermeiro	Arquivar o formulário de devolução na pasta própria.

DESCARTE DE HEMOCOMPONENTE

- **Material Necessário:**

Bolsa do hemocomponente a ser descartado, Livro de Registo de Descarte de Hemocomponentes, Livro de Registro de Entrada de hemocomponentes, caixa de perfuro cortante, saco de lixo para descarte de resíduo infectante branco.

- **Descrição de Atividade:**

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

Ação	Atribuição	Informações complementares
Realizar o procedimento	Enfermeiro	Registrar os dados da bolsa do hemocomponente no Livro de Passagem de Plantão, como: ordem, data do descarte, hemocomponente descartado, nº do doador, data da coleta, validade, origem, volume, motivo e técnico responsável pelo descarte;
Realizar o procedimento	Enfermeiro	Colocar a bolsa dentro da caixa de perfuro-cortante e realizar o fechamento
Realizar o procedimento	Enfermeiro	Colocar a caixa dentro do saco branco para resíduo infectante e amarrando a boca;
Realizar o procedimento	Enfermeiro	Registrar em prontuário qual o motivo do descarte

5 – PONTOS CRITICOS/RISCOS

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

Sinais e Sintomas: Aumento da temperatura corporal, calafrios, tremores, rush cutâneo, alterações respiratórias como dispnéia, taquipnéia, hipóxia, sibilos; taquicardia, mudança na pressão arterial, lesões de pele, prurido, dor torácica e abdominal, icterícia ou qualquer outra manifestação sistêmica, náuseas com ou sem vômito. Avaliar a possibilidade de reação hemolítica, lesão pulmonar aguda associada à hemotransfusão, anafilaxia e sepse relacionada à transfusão, situações nas quais são necessárias condutas de urgência.

Condutas na presença de reação transfusional:

- Interrompa imediatamente a administração.
- Comunique o médico.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

- Preencha o formulário de Notificação de Reação Transfusional.
- Colha amostra de sangue para prova cruzada (10 ml em tubo seco) e o coombs (5 ml em tubo roxo -com EDTA) do receptor de local (membro) diferente do utilizado para a infusão do hemocomponente.
- Devolva a bolsa (se não foi descartada) juntamente com o material coletado e o formulário de notificação de reação transfusional preenchido à Agência Transfusional.

6 - REGISTRO

Anotar no prontuário do serviço data e horário da administração. Anotar sinais vitais dos primeiros 15 minutos de infusão e se houver intercorrências durante o procedimento.

7 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- Nettina SM. Práticas de Enfermagem. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.
- Smeltzer SCO, Bare BG. Bruner & Suddarth Tratado de Enfermagem médico-cirúrgico. 10ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. vol. 1, pag. 978-87.
- http://www.anvisa.gov.br/sangue/hemovigilancia/boletim_hemo_2009.pdf
- http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/10_passos_seguranca_paciente.pdf
- http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_uso_hemocomponentes.pdf
- Resolução da Diretoria Colegiada - RDC 153 - Ministério da Saúde. 14 de junho de 2004.
- ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 306, de 07 de dezembro de 2004.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. D.O.U. - Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 10 de dezembro de 2004.

- Portaria MS nº 1.353,de 13 de junho de 2011.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Guia para o uso de hemocomponentes.
- Brasilia: Editora do Ministério da Saúde. 2010.
- ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 34, de 11 de junho de 2014. Dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue. D.O.U. - Diário Oficial da União; Poder Executivo, 16 de junho de 2014.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.SBCD. ENF 005	VERSÃO: 2
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR CNG E CNE	**VALIDADE:01/03/2026**	**Pag. 1 de 5**

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: FAEFCD486FD6449...
Aprovado por: Tassiana Pita	Data: 01/10/2022	Visto: Assinado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz CEC19E2097164E7...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
1	25/09/2022	Elaboração do procedimento
2	01/03/2024	Revisão

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

1- OBJETIVO

Garantir a administração de medicamentos adequadamente pela via gástrica e entérica a fim de proporcionar tratamento adequado de diversas patologias, em usuários impossibilitados de deglutição

2 – ALCANCE

Unidades Média Complexidade: Pronto Socorro Santana, UPA Jaçanã, AMA Lauzane, AMA Jardim Joamar e AMA Wamberto Dias da Costa

3 – COMPETÊNCIA

- Técnico de Enfermagem
- Auxiliar de Enfermagem
- Enfermeiro

4 - MATERIAL

- Prescrição médica
- Bandeja

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

- Medicamento
- Recipiente descartável
- 2 seringas 20mL
- Luvas de procedimentos
- Estetoscópio

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;
- Verificar a prescrição médica;
- Explicar o procedimento ao usuário;
- Preparar os medicamentos para um usuário de cada vez;
- Conferir o nome do usuário, data de validade, posologia, data da prescrição, carimbo e assinatura do prescritor;
- É recomendado abrir o medicamento diante do usuário ou acompanhante/cuidador;
- Retirar cada medicamento(s) da embalagem para preparar em um copo descartável; no caso de múltiplos medicamentos, triturá-los e diluí-los separadamente em água devido ao risco de incompatibilidade físico-química;
- Dissolver o medicamento em água, se necessário recomenda-se o uso de macerador de vidro ou cerâmica;
- Usar dispositivos adequados de medida ao entornar os líquidos e verificar a quantidade de medicamento ao nível dos olhos;

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

- Limpar a borda do frasco com toalha de papel após dispensação;
- Aspirar o medicamento em seringa;
- Calçar luvas de procedimentos;
- Verificar o posicionamento da SNG ou SNE conforme procedimento operacional padrão;
- Se estiver em infusão de dieta, antes de passar o medicamento, interromper a dieta;
- Lavar a sonda com 15 a 30 mL de água (caso não possua restrição hidrica);
- Conectar a seringa na ponta da sonda certificando que está realmente no local adequado; Administrar o medicamento lentamente;
- Administrar água 15 a 30mL para lavar a sonda após a administração do medicamento (caso não possua restrição hidrica);
- No caso de múltiplos medicamentos, entre um medicamento e outro deverá ser lavado com 5 a 15 mL de água (caso não possua restrição hidrica);
- Medicamentos líquidos mantidos em geladeira, verificar a data de abertura do frasco.
- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos;
- Registrar o procedimento.

6 - REGISTRO

Registrar o procedimento realizado, incluindo testes de verificação de posicionamento da sonda, aceitação ou recusa do usuário, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em prontuário ou Ficha de Atendimento.

7 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Luvas cirúrgicas e luvas de procedimentos: considerações sobre seu uso. BIT - Boletim Informativo de

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

Técnovigilância, Brasília, DF, n. 2, abr./maio/jun. 2011.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009.
- Estabelece diretrizes nacionais para atenção à saúde das pessoas ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.html.> Acesso em: 20 fev. 2018.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO-SP. Parecer COREN-SP 045/2012 – CT, de 31 de janeiro de 2013. Troca de sonda de gastrostomia, jejunostomia. Respaldo legal e competência do Enfermeiro. Disponível em: <https://portal.corensp.gov.br/sites/default/files/Parecer%20045-2012.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2018
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Parecer COREN-SP CAT nº 014/2010, de 18 de fevereiro de 2010. Uso de luvas de procedimento para a administração de medicamentos. Disponível em: <https://portal.corensp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2010_14.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2018.
- HOEFLER, R.; VIDAL, J. S.. Administração de medicamento por sonda.
- Farmacoterapêutica, Brasília, ano 14, n. 3-4, p. 1-4, mai./ago. 2009. Disponível em: <http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/122/063a068_farmacoterapeutica.pdf>. Acesso em: 15 mai 2019.
- POTTER, P. A. et al. Fundamentos de Enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP.SBCD. ENF 006**	**VERSÃO:** 2
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS TÓPICOS	**VALIDADE:01/03/2026**	**Pag. 1 de 4**

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: FAEFCD486FD6449...
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

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

1- OBJETIVO

Administrar medicamentos de ação local ou sistêmica absorvíveis pela pele.

2 – ALCANCE

Unidades Média Complexidade: Pronto Socorro Santana, UPA Jaçanã, AMA Lauzane, AMA Jardim Joamar e AMA Wamberto Dias da Costa

3 – COMPETÊNCIA

- Técnico de Enfermagem
- Auxiliar de Enfermagem
- Enfermeiro

4 - MATERIAL

- Bandeja
- Medicamento (pós, cremes, óleos, loções, adesivos transdérmicos)

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

- Luvas de procedimento

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Higienizar as mãos conforme procedimento de higienização das mãos;
- Verificar a prescrição;
- Apresentar-se ao usuário e explicar o procedimento;
- Avaliar o histórico de alergias a medicamentos;
- Preparar o medicamento para um usuário de cada vez;
- Realizar os 9 certos;
- Somente abrir o medicamento diante do usuário;
- Calçar luvas de procedimento;
- Verificar se o local de aplicação está limpo e proceder limpeza com Solução Fisiológica 0,9% ou água e sabão (se necessário);
- Proceder a aplicação do de uma fina camada do medicamento no local prescrito de maneira asséptica, espalhando-o uniformemente com auxílio de uma espátula, aplicador e/ou gaze; Quando se tratar de adesivos, proceder a aplicação conforme a orientação do fabricante;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos conforme procedimento de higienização das mãos;
- Checar o medicamento na prescrição médica

6 - OBSERVAÇÃO

- Avaliar a necessidade de oclusão local, com gaze e/ou faixa, a fim de evitar que o contato com roupas remova o medicamento;
- Em caso de loções e cremes espalhe-os suavemente, pois a fricção pode causar irritações;

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

- Em caso de adesivos transcutâneos, remover o anterior antes de aplicar o novo.

7 - REGISTRO

Registrar o procedimento realizado, aceitação ou recusa do usuário, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em prontuário ou Ficha de atendimento.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- TAYLOR, C. et al. Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP.SBCD. ENF 007**	**VERSÃO:** 2
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA AURICULAR	**VALIDADE:01/03/2026**	**Pag. 1 de 4**

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: FAEFCD486FD6449...
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

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

1- OBJETIVO

Garantir a administração de medicamentos adequadamente a fim de proporcionar tratamento adequado de diversas patologias.

2 – ALCANCE

Unidades Média Complexidade: Pronto Socorro Santana, UPA Jaçanã, AMA Lauzane, AMA Jardim Joamar e AMA Wamberto Dias da Costa

3 – COMPETÊNCIA

- Técnico de Enfermagem
- Auxiliar de Enfermagem
- Enfermeiro

4 - MATERIAL

- Bandeja
- Medicamento
- Luvas de procedimento (se necessário)
- Gaze estéril
- Solução Fisiológica 0,9% 10 mL

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Higienizar aas mãos conforme procedimento operacional de higienização das mãos;
- Verificar a prescrição;
- Apresentar-se ao usuário e explicar o procedimento;
- Avaliar o histórico de alergias a medicamentos;
- Preparar os medicamentos para um usuário de cada vez;
- Realizar os 9 certos;
- Somente abrir o medicamento diante do usuário ou acompanhante/cuidador, se possível;
- Colocar luvas de procedimento (se houver secreção), e limpar a orelha externa com gaze embebida com Solução Fisiológica 0,9%;
- Colocar o usuário deitado sobre o lado não afetado ou sentado com a cabeça bem inclinada para o lado, para que a orelha afetada fique em posição superior;
- Deixar reto o canal auditivo, puxando a porção cartilagínea do pavilhão auditivo para cima e para traz, no adulto, e para traz no caso de crianças em idade escolar. Puxar para baixo e para traz no caso de bebês e crianças menores de 3 anos;
- Instilar o medicamento sobre a lateral do canal auditivo, sem contaminar o contagotas/frasco (fica desconfortável para o usuário se o medicamento cair diretamente na membrana timpânica). Aguardar de dois a três minutos na posição para após realizar o procedimento na outra orelha, se prescrito;
- Com delicadeza, pressionar o trago (pequena saliência na entrada do ouvido externo), algumas vezes para ajudar a movimentação do medicamento;
- Se prescrito, inserir um chumaço de algodão na região mais externa do canal, sem comprimir, deixar por 15 minutos e após retirá-lo;
- Retirar as luvas;

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização das mãos;
- Checar o medicamento na prescrição médica.

7 - REGISTRO

Registrar o procedimento realizado, aceitação ou recusa do usuário, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em prontuário ou Ficha de atendimento

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- POTTER, P. A. et al. Fundamentos de Enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.
- TAYLOR, C. et al. Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP.SBCD. ENF 008**	**VERSÃO:** 2
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRADÉRMICA (ID)	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 6**

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: FAEFCD486FD6449...
Aprovado por: Tassiana Pita	Data: 01/10/2022	Visto: Assinado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz CEC19F2097164E7...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
1	25/09/2022	Elaboração do procedimento
2	01/03/2024	Revisão

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

1- OBJETIVO

Geralmente é utilizada para realizar teste de hipersensibilidade, PPD (Derivado Proteico Purificado), processo de dessensibilidade, imunização BCG e para administrações de anestésicos locais.

.

2 – ALCANCE

Unidades Média Complexidade: Pronto Socorro Santana, UPA Jaçanã, AMA Lauzane, AMA Jardim Joamar e AMA Wamberto Dias da Costa

3 – COMPETÊNCIA

- Técnico de Enfermagem
- Auxiliar de Enfermagem
- Enfermeiro

4 - MATERIAL

- Prescrição médica
- Bandeja
- Medicamento
- Recipiente de material perfurocortante
- Seringa 1mL

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

- Agulha 13x0,45mm
- Algodão
- Álcool a 70%
- Luvas de procedimento

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Higiene das mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos;
- Identificar o usuário, perguntando seu nome completo;
- Realizar os 9 certos;
- Questionar o usuário ou familiares sobre histórico de alergias;
- Preparar o medicamento para um usuário de cada vez, conferir a sua data de validade, identificar a seringa com o medicamento, organizar o material na bandeja e transportá-lo até o usuário;
- Apresentar-se ao usuário e explicar o procedimento. Nesse momento, quando possível, comunicar ao usuário qual o medicamento está sendo administrado e qual a sua ação. Somente preparar o medicamento diante o usuário;
- Escolher o local de aplicação preferencialmente na parte anterior do antebraço, que não seja pigmentado ou tenha muitos pelos;
- Calçar as luvas de procedimento e colocar óculos de proteção (para teste
- tuberculínico);
- Solicitar ao usuário que estenda o cotovelo e apoie o antebraço sobre uma superfície plana;
- Delimitar o local de acordo com o a finalidade do procedimento: três a quatro centímetros abaixo da fossa antecubital e um palmo acima do punho (terço médio da face anterior do antebraço) para testes de

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

sensibilidade, processo de dessensibilização e teste tuberculínico;

- Realizar antissepsia no local da injeção utilizando bola de algodão embebida em álcool 70%, com movimento circular, firme e único, de dentro pra fora. Após, deixar secar completamente (30 segundos);
- Abrir a embalagem da seringa e colocar a agulha, mantendo os princípios de assepsia;
- Aspirar o medicamento da ampola ou frasco-ampola conforme procedimento operacional; Tirar a proteção da agulha com a mão não dominante em um movimento direto;
- Usar a mão não dominante para esticar as dobras da pele no local da injeção;
- Colocar a agulha com bisel para cima formando com a pele um ângulo de 5 a 15°, colocando a agulha quase paralela à superfície da pele;
- Em seguida avance o bisel da agulha através da epiderme aproximadamente 3mm abaixo da superfície da pele. A extremidade da agulha poderá ser vista embaixo da pele;
- Injetar o líquido lentamente, ao mesmo tempo em que observa o surgimento de uma pápula pálida de aproximadamente 6mm. Normalmente a resistência é sentida. Quando não, a agulha está muito profunda; remova e recomece o procedimento;
- Retirar a agulha no mesmo ângulo da inserção e não fazer compressão no local. Caso seja necessário enxugar alguma gota de solução do local, utilizar gaze seca;
- Colocar o usuário em posição confortável;
- Recompor a unidade;
- Descartar os perfurocortantes em recipiente rígido e os demais materiais em local adequado;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos;
- Checar o medicamento administrado na prescrição médica;
- Registrar o procedimento.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

6 - OBSERVAÇÃO

- A via ID suporta um volume máximo de 0,5mL por injeção.
- Lembrar-se da importância de identificar os nove certos para administração de medicamentos: usuário certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa.
- Não administrar a injeção se a pele do usuário não estiver completamente seca, pois a presença de água, álcool ou umidade na pele pode inativar o antígeno. Não injetar a solução até que o bisel tenha sido introduzido completamente, evitando possível extravasamento.
- Não é necessária a troca de agulhas no momento da aplicação.
- A região superior do tórax, abaixo das escápulas, também pode ser utilizada como alternativa de aplicação.
- Para administração de imunobiológicos seguir orientações do protocolo do Programa de Imunização.

7 - REGISTRO

Registrar o procedimento realizado, aceitação ou recusa do usuário, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em prontuário ou Ficha de atendimento ambulatorial.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde. Brasília, DF: ANVISA, 2017. (Série segurança do usuário e qualidade em serviços de saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os protocolos básicos de segurança do paciente. Anexo 3: protocolo de segurança na prescrição, uso e administração

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

de medicamentos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 dez. 2013.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, Cadernos de Atenção Básica, n. 32).
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Uso seguro de
- medicamentos: guia para preparo, administração e monitoramento. São Paulo: CORENSP, 2017.
- ELLIOTT, M.; LIU, Y. The nine rights of medication administration: an overview. British Journal of Nursing, London, v. 19, n. 5, p. 300-305, 2010.
- POTTER, P. A. et al. Fundamentos de Enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.
- TAYLOR, C. et al. Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP.SBCD. ENF. 009**	**VERSÃO:** 2
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRAMUSCULAR – TÉCNICA EM Z	**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: FAEFCD486FD6449...
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

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

1- OBJETIVO

Garantir a administração de medicamentos pela via intramuscular, por meio da técnica em Z, com a finalidade de reduzir a dor e minimizar a irritação cutânea local pela vedação do medicamento no tecido muscular..

2 – ALCANCE

Unidades Média Complexidade: Pronto Socorro Santana, UPA Jaçanã, AMA Lauzane, AMA Jardim Joamar e AMA Wamberto Dias da Costa

3 – COMPETÊNCIA

- Técnico de Enfermagem
- Auxiliar de Enfermagem
- Enfermeiro

4 - MATERIAL

- Prescrição médica;
- Bandeja;
- Medicamento;

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

- Recipiente de material perfurocortante;
- Seringa;
- Agulha para aspiração (40x1,2 / 30x0,8 / 25x0,8mm);
- Agulha para aplicação (30x0,8 / 30x0,7 / 25x0,7 / 25x0,6 / 20x0,55mm);
- Algodão;
- Álcool a 70%;
- Luvas de procedimento;
- Recipiente descartável ou seringa.

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Acolher o usuário;
- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos;
- Realizar os 9 certos;
- Verificar a prescrição e certificar-se de que está completa: verificar o nome do usuário, o medicamento, a dose, a via e o horário;
- Questionar o usuário ou familiares sobre histórico de alergias;
- Reunir o material;
- Aspirar o medicamento da ampola ou frasco-ampola conforme procedimento
- operacional;
- Preparar o medicamento para um usuário de cada vez, conferir a sua data de validade;
- Trocar a agulha por uma compatível com o medicamento e as condições da musculatura do usuário;
- Organizar o material na bandeja e transportá-lo até o usuário;

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

- Apresentar-se ao usuário e explicar o procedimento. Nesse momento, quando possível, comunicar ao usuário qual o medicamento está sendo administrado e qual a sua ação;
- Evitar locais com equimose, inflamação, edema, endurecimento ou queixas de dor;
- Avaliar as condições do músculo para aplicação do medicamento e selecionar a região mais adequada, preferir um músculo grande e profundo (como o músculo ventroglúteo);
- Garantir a privacidade do usuário fechando cortinas, biombo, portas etc.
- Orientar o usuário sobre a melhor posição para receber o medicamento e ajudá-lo a ocupar a posição adequada;
- Posicionar o dedo médio da mão contrária ao lado selecionado (mão direita em região ventroglútea esquerda e mão esquerda em região ventroglútea direita) sobre a crista ilíaca, deixar a palma da mão cair naturalmente sobre o trocânter do fêmur, afastar o dedo indicador apontando-o para a espinha ilíaca anterossuperior e fazer a aplicação no centro do triângulo formado pelos dedos médio e indicador, com a agulha ligeiramente voltada à crista ilíaca – ângulo aproximado de 72° (Figura 1A).

Figura 1 - Localização da região ventroglútea (1A). Administrando a injeção intramuscular no músculo ventroglúteo usando o método do trajeto em Z (2A); (3A)

(1A) (2A) (3A)



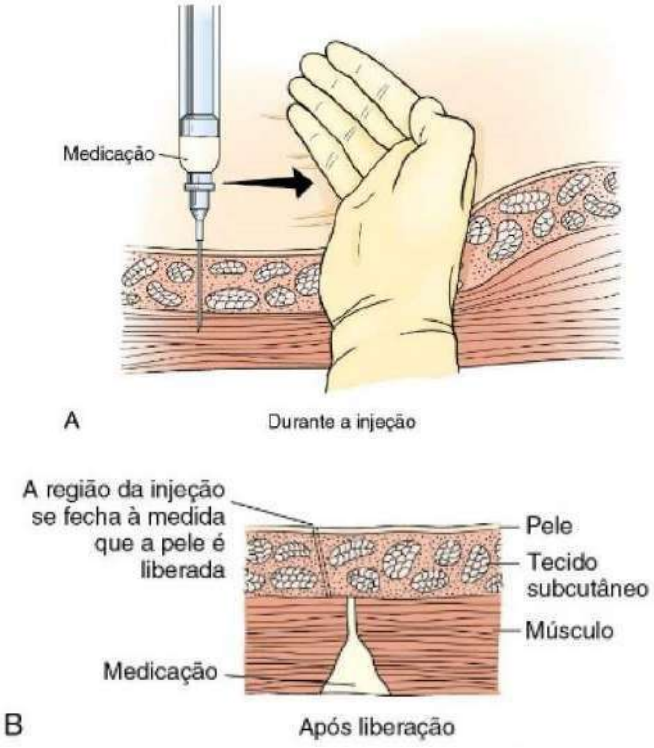
- Para utilizar o método do trajeto em Z, coloque a mão não dominante sobre o local e tracione a pele e os tecidos subcutâneos suprajacentes por aproximadamente 2 a 3 cm lateralmente ou para baixo (Figura 3A).

Figura 2 - Tracionar a pele suprajacente durante a injeção intramuscular move o tecido para evitar o trajeto

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

posterior. O método de injeção com trajeto em Z impede a deposição de medicamento no tecido sensível.



- Manter a pele nesta posição até administrar a injeção;
- Realizar a antissepsia do local com algodão embebido em álcool a 70%(swab), com movimento firme, único e centrífugo (circular do centro para fora) e deixar secar completamente;
- Segurar o algodão seco entre o terceiro e quarto dedo da mão não dominante;
- Retirar a capa protetora da agulha e segurar a seringa com a mão dominante, como se estivesse segurando um dardo;
- Introduzir a agulha profundamente no músculo;

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

- Com a mão não dominante, aspirar para verificar se a agulha está alcançando um vaso sanguíneo e em caso negativo, injetar lentamente o medicamento (1mL/10s). Caso retorne sangue, desprezar a seringa com o medicamento e recomeçar o procedimento;
- Esperar 10 segundos para a retirada da agulha, para possibilitar que o medicamento se disperse de modo uniforme em vez de percorrer o canal formado pelo trajeto da agulha;
- Colocar o algodão seco sobre o local e exercer uma pressão leve, retirando a agulha no mesmo ângulo em que foi introduzida, em um movimento firme, único e rápido, sem massagear;
- Soltar a pele ao retirar a agulha (isto deixa uma trajetória em zig-zag que veda o trajeto da agulha onde os planos teciduais deslizam um sobre o outro);
- Desprezar os perfurocortantes em recipiente rígido e os demais materiais em local adequado;
- Retirar as luvas, em recipiente e local adequados;
- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos;
- Checar medicamento e registrar o procedimento.

6 - OBSERVAÇÃO

O volume máximo a ser administrado na região ventroglútea é de 4mL.

7 - REGISTRO

Registrar o procedimento realizado, aceitação ou recusa do usuário, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em prontuário ou Ficha de atendimento ambulatorial.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Administração de medicamentos por via intramuscular. São Paulo: COREN, 2010.
- HOPKINS, U.; ARIAS, C. Large volume IM injections: a review of best practices. Oncology Nurse Advisor, New York, jan./feb., p. 32-37, 2013.
- NICOLL, L. H.; HESBY, A. Intramuscular injection: an integrative research review and guideline for evidence-based practice. Applied Nursing Research, Philadelphia, v. 15, n. 3, p. 149-162, 2002.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

- POTTER, P. A. et al. Fundamentos de Enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP.SBCD. ENF 010**	**VERSÃO:** 2
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRAMUSCULAR (IM)	**VALIDADE:01/03/2026**	**Pag. 1 de 10**

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: FAEFCD486FD6449...
Aprovado por: Tassiana Pita	Data: 01/10/2022	Visto: Assinado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz CEC19E2097164E7...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
1	25/09/2022	Elaboração do procedimento
2	01/03/2024	Revisão

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS LAPH

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

1- OBJETIVO

Garantir a técnica segura para a administração de medicamentos pela via intramuscular.

.

2 – ALCANCE

Unidades Média Complexidade: Pronto Socorro Santana, UPA Jaçanã, AMA Lauzane, AMA Jardim Joamar e AMA Wamberto Dias da Costa

3 – COMPETÊNCIA

- Técnico de Enfermagem
- Auxiliar de Enfermagem
- Enfermeiro

4 - MATERIAL

- Prescrição médica
- Álcool a 70%
- Bandeja
- Medicamento
- Curativo bandagem s/n
- Recipiente para descarte de material perfurocortante
- Algodão

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

- Seringa de 3 ou 5mL
- Agulha para aspiração (40x1,2 / 30x0,8 / 25x0,8mm)
- Agulha para aplicação (30x0,8 / 30x0,7 / 25x0,7 / 25x0,6 / 20x0,55mm)

Luvas de procedimento

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Acolher o usuário e se apresentar;
- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional higienização simples das mãos;
- Aplicar os 9 certos;
- Questionar o usuário e família sobre histórico de alergias;
- Preparar o medicamento para um usuário de cada vez, conferir sua data de validade;
- Abrir a embalagem da seringa e colocar a agulha, mantendo os princípios de assepsia;
- Aspirar o medicamento da ampola ou frasco-ampola conforme procedimento operacional;
- Trocar a agulha por uma compatível com o medicamento e as condições da musculatura do usuário;
- Organizar o material na bandeja e transportá-lo até o usuário;
- Explicar o procedimento ao usuário. Nesse momento, quando possível, comunicar ao usuário qual o medicamento está sendo administrado e qual a sua ação;
- Identificar o usuário (perguntando o nome completo), orientar o procedimento e comunicar o início do mesmo;
- Garantir a privacidade do usuário fechando cortinas, biombo, portas etc.
- Selecionar a região apropriada para a injeção;
- Inspecionar o local da pele avaliando existência de equimose, inflamação, edema entre outros; Observar a integridade e o tamanho do músculo;
- Posicionar o usuário dependendo da posição escolhida (ortostática, sentada, sims ou pronada);
- Calçar as luvas de procedimento;

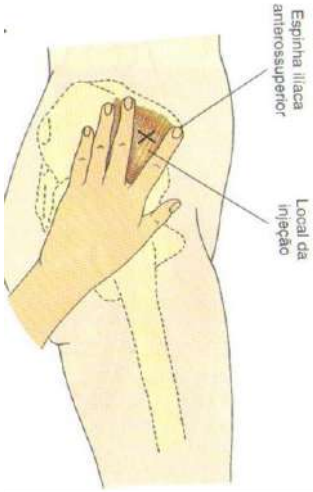
CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

- Delimitar a área intramuscular de escolha.

Região Ventroglútea:

Posicionar o dedo médio da mão contrária ao lado selecionado (mão direita em região ventroglútea esquerda e mão esquerda em região ventroglútea direita) sobre crista ilíaca, deixar a palma da mão cair naturalmente sobre o trocânter maior do fêmur, afastar o dedo indicador apontando-o para a espinha ilíaca anterossuperior e fazer a aplicação no centro do triângulo formado pelos dedos médio e indicador, com a agulha ligeiramente voltada à crista ilíaca em um ângulo aproximado de 90º (volume máximo 4mL).



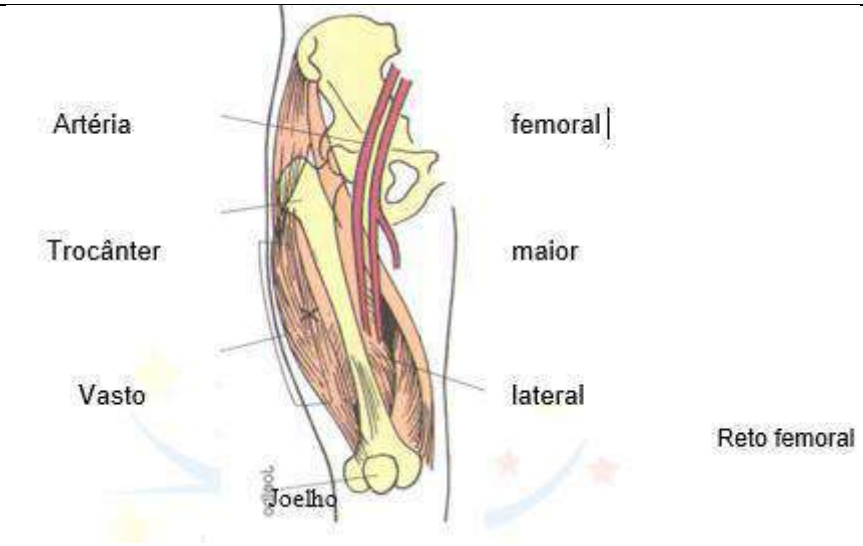
Fonte: Potter et al. (2018)

Região da face anterolateral da coxa (músculo vasto lateral):

Traçar uma linha média na parte anterior e uma linha média na parte lateral da coxa, dividir o espaço entre o trocânter e o joelho em três partes iguais e fazer a aplicação no terço médio, introduzindo a agulha na direção podálica num ângulo aproximado de 90º (volume máximo 4mL). Em RN (até 28 dias), lactente (de 28 dias até 24 meses) e crianças (de 24 meses a 10 anos), introduzir a agulha com ângulo de 45° a 60° e em adolescentes (11 a 17 anos), ângulo de 60° a 90º

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481



Região deltoidea (músculo deltoide):

Solicitar que o usuário relaxe o braço ao lado do corpo e flexione o cotovelo. Localizar o acrômio e traçar uma linha horizontal 3,5 a 5,0 cm abaixo do mesmo. Identificar a inserção inferior do deltoide e, a partir daí, traçar duas linhas diagonais formando um triângulo imaginário com a linha horizontal. Fazer a aplicação na região central do triângulo, introduzindo a agulha num ângulo de 90º (volume máximo 1mL).



Fonte: Potter et al. (2018)

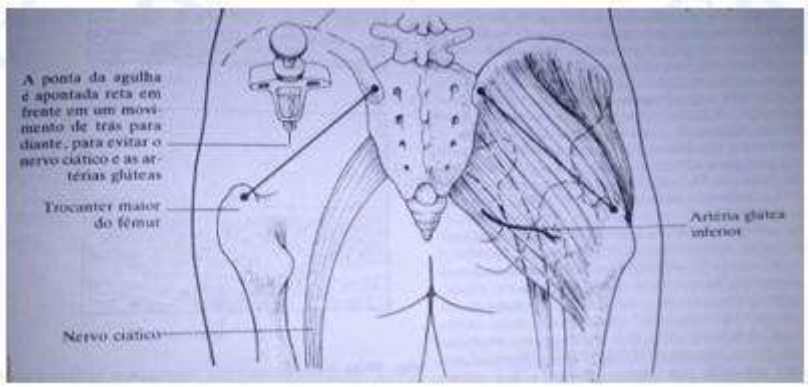
Região dorsoglútea:

Este local está associado a injeções inadvertidas, em muitas pessoas; injetar neste tecido altera a absorção do fármaco e causa irritação tissular. Mais importante ainda, o local está associado a lesão significativa, inclusive

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

dor e paralisia temporária ou permanente, causada por danos ao nervo ciático. Deverá ser usado como última escolha no adulto. Traçar uma linha imaginária da espinha ilíaca póstero-superior ao trocânter do fêmur e fazer a aplicação no ponto médio a 2,5 cm acima da linha imaginária, introduzindo a agulha com ângulo de 90º em relação à superfície em que o usuário estiver deitado (volume máximo 4mL).



Fonte: Atkinson e Murray (1989)

- Realizar a antissepsia do local com algodão embebido em álcool a 70%, com movimento firme, único e centrífugo (circular do centro para fora) e deixar secar completamente;
- Segurar o algodão seco entre o terceiro e quarto dedo da mão não dominante;
- Tirar a proteção da agulha com a mão não dominante em um movimento direto;
- Segurar a seringa, entre o polegar e o dedo indicador da mão dominante como um dardo com a palma da mão para baixo;
- Com a mão não dominante, estirar a pele e fixar o músculo;
- Introduzir rapidamente a agulha em ângulo adequado para o músculo selecionado;
- Com a mão não dominante, aspirar para verificar se a agulha está alcançando um vaso sanguíneo e em caso negativo, injetar lentamente o medicamento (1mL/10s). Caso retorne sangue, desprezar a seringa com o medicamento e recomeçar o procedimento;
- Colocar o algodão seco na pele próximo da inserção da agulha.
- Esperar 10 segundos e então retirar a agulha no mesmo ângulo que foi inserida em movimento rápido, único e firme e solte a pele;
- Aplicar algodão seco sobre a região e não massagear;
- Não reencapar a agulha - utilizar dispositivos de segurança;

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

- Desprezar os perfurocortantes em recipiente rígido e os demais materiais em local adequado;
- Avaliar necessidade de curativo bandagem;
- Retirar as luvas, em recipiente e local adequados;
- Higienizar as mãos conforme procedimento higienização simples das mãos;
- Checar o medicamento e registrar o procedimento.

6 - OBSERVAÇÃO

IDADE	DELTOIDE		VENTROGLÚTEO	DORSOGLÚTEO	VASTO LATERAL
Prematuros	-		-	-	0,5Ml
Neonatos	-		-	-	0,5Ml
Lactentes	-		-	-	1,0Ml
Crianças de 3 a 6 anos	-		1,5Ml	1,0Ml	1,5Ml
Crianças de 6 a 14 anos	0,5Ml		1,5 – 2,0Ml	1,5 – 2,0Ml	1,5Ml
Adolescentes	1,0Ml		2,0 – 2,5mL	2,0 – 2,5mL	1,5 - 2,0mL
Adultos	1,0mL		4,0mL	4,0mL	4,0mL

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

Fonte: Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (2010)

Calibre da agulha	Local	Características do usuário
30 x 0,8mm	Ventroglúteo Dorsoglúteo	Usuários adultos Homens com peso entre 60 e 118Kg Mulheres entre 60 a 90Kg
30 x 0,7mm	Ventroglúteo dorsoglúteo	Usuários adultos Homens com peso entre 60 e 118Kg Mulheres entre 60 a 90Kg
25 x 0,7mm	Deltoide Vasto Lateral	Usuários Adultos Mulheres com peso superior a 90Kg
25 x 0,6mm	Vasto lateral da coxa	Crianças - avaliação clínica é imprescindível para tomada de decisão
20 x 0,55mm	Vasto lateral da coxa	Crianças - avaliação clínica é imprescindível para tomada de decisão

Fonte: Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (2010)

- Quando a massa muscular do usuário é pequena, segure o corpo do músculo entre o polegar e os dedos (prega muscular).
- Para administração de imunobiológicos seguir orientações do protocolo do Programa de Imunização.
- Atenção: para os usuários que possuem implantação de prótese de silicone em glúteos e coxas, utilizar preferencialmente região ventroglútea. Se dúvida, consultar o enfermeiro.

7 - REGISTRO

Registrar o procedimento realizado, aceitação ou recusa do usuário, data e horário do procedimento,

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

local de aplicação, intercorrências (se houver), assinatura e horário de quem realizou a técnica em prontuário ou Ficha de atendimento ambulatorial.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- ATKINSON, L. D.; MURRAY, M. E. Fundamentos de Enfermagem: introdução ao processo de Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.
  -
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Guia de recomendações para registro de enfermagem no prontuário do usuário ou outros documentos de enfermagem. Brasília, DF: COFEN, 2015.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Administração de medicamentos por via intramuscular. São Paulo: COREN, 2010a.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Parecer COREN-SP CAT nº 014/2010, de 18 de fevereiro de 2010b. Uso de luvas de procedimento para a administração de medicamentos. Disponível em: <https://portal.corensp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2010_14.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2018.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Parecer COREN-SP 010/2009 – CT, de 10 de setembro de 2009. Troca de agulha para administração de medicamento por via intramuscular. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wpcontent/uploads/2015/10/Parecer%2010.2009.pdf>. Acesso em: 15 mai 2019.
- FURLAN, M. L. S. et al. Manual de procedimentos técnicos de Enfermagem. Ribeirão Preto: Centro Universitário Barão de Mauá, 2017.
- POTTER, P. A. et al. Fundamentos de Enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.
- SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica. Recomendações para uso de luvas em serviços de saúde. São Paulo: Secretaria da Saúde, 2016.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP.SBCD. ENF 010**	**VERSÃO:** 2
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRAMUSCULAR (IM)	**VALIDADE:01/03/2026**	**Pag. 10 de 10**

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 011**	**VERSÃO:** 2
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA OCULAR	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 4**

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: FAEFCD486FD6449...
Aprovado por: Tassiana Pita	Data: 01/10/2022	Visto: Assinado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz CEC19E2097164E7...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
1	25/09/2022	Elaboração do procedimento
2	01/03/2024	Revisão

DS

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

1- OBJETIVO

Garantir a administração de medicamentos adequadamente a fim de proporcionar tratamento adequado de diversas patologias através de aplicação de pomada ou colírio na conjuntiva ocular.

2 – ALCANCE

Unidades Média Complexidade: Pronto Socorro Santana, UPA Jaçanã, AMA Lauzane, AMA Jardim Joamar e AMA Wamberto Dias da Costa

3 – COMPETÊNCIA

- Técnico de Enfermagem
- Auxiliar de Enfermagem
- Enfermeiro

4 - MATERIAL

- Bandeja
- Medicamento
- Luva de procedimento (se necessário)
- Gaze estéril ou bola de algodão
- Solução Fisiológica 0,9% 10 mL
- Lenços de papel

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

- Higienizaras mãos conforme procedimento higienização simples das mãos;
- Verificar a prescrição;
- Realizar os 9 certos;
- Apresentar-se ao usuário e explicar o procedimento;
- Determinar se usuário tem alergia a algum medicamento;
- Preparar os medicamentos para um usuário de cada vez;
- Conferir o nome do usuário, data de validade, posologia, data da prescrição, carimbo e assinatura do prescritor;
- Somente abrir o medicamento diante do usuário ou acompanhante/cuidador;
- Ler o nome do medicamento três vezes: quando pegar, preparar e guardar o medicamento, confrontando a apresentação do medicamento com a posologia e via prescrita;
- Inclinar a cabeça do usuário um pouco para trás, se estiver sentado, ou colocar sua cabeça sobre um travesseiro, se estiver deitado;
- Oferecer lenço de papel para o usuário retirar o medicamento e as lágrimas que possam sair dos olhos durante o procedimento;
- Colocar luvas de procedimento;
- Limpar as pálpebras do usuário com gaze embebida em solução fisiológica 0,9%, em movimento único, da porção interna para o canto externo, evitando o transporte de resíduos para os dutos lacrimais;
- Descartar a gaze e usar uma para cada limpeza;
- Afastar a pálpebra inferior com o polegar, com o auxílio de uma gaze, apoiando a mão na face do usuário, solicitando ao usuário para olhar para o teto;
- Se medicamento em gotas, instilar o número de gotas no saco conjuntivo inferior, no canto externo; sem tocar o conta-gotas na conjuntiva;
- Se o medicamento for apresentado na forma de pomada, depositá-la ao longo de toda a extensão do saco conjuntivo inferior, sem tocar o aplicador da pomada na conjuntiva;
- Soltar a pálpebra inferior após a instilação/aplicação e solicitar que o usuário feche os olhos delicadamente;

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

- Orientar o usuário a não esfregar o olho;
- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional higienização simples das mãos;
- Checar o medicamento.

6 - OBSERVAÇÃO

A solução deve ser direcionada ao saco conjuntivo inferior porque a córnea é sensível e passível de lesão. Tal procedimento evita o reflexo de piscar.

7 - REGISTRO

Registrar o procedimento realizado, aceitação ou recusa do usuário, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em prontuário ou Ficha de atendimento.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- POTTER, P. A. et al. Fundamentos de Enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.
- TAYLOR, C. et al. Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 012**	**VERSÃO:** 2
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA RETAL	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 4**

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: FAEFCD486FD6449...
Aprovado por: Tassiana Pita	Data: 01/10/2022	Visto: Assinado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz CEC19E2097164E7...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
1	25/09/2022	Elaboração do procedimento
2	01/03/2024	Revisão

DS

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

1- OBJETIVO

Garantir a administração de medicamentos adequadamente a fim de proporcionar tratamento adequado de diversas patologias.

2 – ALCANCE

Unidades Média Complexidade: Pronto Socorro Santana, UPA Jaçanã, AMA Lauzane, AMA Jardim Joamar e AMA Wamberto Dias da Costa

3 – COMPETÊNCIA

- Técnico de Enfermagem
- Auxiliar de Enfermagem
- Enfermeiro

4 - MATERIAL

- Bandeja
- Supositório
- Luva de procedimento
- Gaze estéril

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Higienizar as mãos conforme procedimento higienização simples das mãos;
- Realizar os 9 certos;
- Apresentar-se ao usuário. Explique o procedimento em relação ao posicionamento e às sensações a

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

esperar, como a de defecação;

- Determinar se o usuário tem alergia a algum medicamento;
- Preparar os medicamentos para um usuário de cada vez;
- Conferir o nome do usuário, data de validade, posologia, data da prescrição, carimbo e assinatura do prescritor;
- Ler o nome do medicamento três vezes: quando pegar, preparar e guardar o medicamento, confrontando a apresentação do medicamento com a posologia e via prescrita;
- Cercar o leito com biombos, e fechar a porta quando possível, a fim de garantir a privacidade;
- Colocar luvas de procedimento. Caso o usuário informe alergia ao látex, utilize luvas sem látex;
- Colocar o usuário na posição de decúbito lateral (Sims)*, mantendo-o coberto, apenas com a região anal exposta;
- Solicitar ao usuário para realizar respirações lentas e profundas pela boca, e relaxar o esfíncter anal;
- Afastar os glúteos com auxílio de uma gaze, com a mão não dominante;
- Introduzir o supositório, gentilmente pelo ânus até o esfincter interno e contra a parede do reto, 10cm no adulto e 5 cm na criança e bebê, solicitando ao usuário que não tente fazer força de evacuar;
- Aplicar uma pressão suave para segurar as nádegas e manter a medicação na posição;
- Descartar os materiais, remover as luvas e higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;
- O usuário deverá permanecer na mesma posição por 5 minutos, para evitar a expulsão do supositório;
- Checar o medicamento.

6 - OBSERVAÇÃO

Posição Sims:

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481





Fonte: https://enfermagemonline.com/posicoes-para-exames-e-procedimentos/

- O enfermeiro deverá avaliar o histórico do usuário em relação à hemorroidas, fissuras anais, cirurgia retal ou sangramentos.
- O enfermeiro poderá avaliar, quando necessário, as condições do ânus externamente, palpando as paredes retais, antes de administrar o medicamento.

7 - REGISTRO

Registrar o procedimento realizado, aceitação ou recusa do usuário, data e horário do procedimento, resultado da evacuação (quantidade, aspecto e consistência das fezes), carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em prontuário ou Ficha de atendimento.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- POTTER, P. A. et al. Fundamentos de Enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.
- TAYLOR, C. et al. Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 013**	**VERSÃO:** 2
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA SUBCUTÂNEA	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 6**

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: FAEFCD486FD6449...
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

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

1- OBJETIVO

Garantir a administração de medicamentos adequadamente a fim de proporcionar tratamento de diversas patologias, pela via subcutânea.

2 – ALCANCE

Unidades Média Complexidade: Pronto Socorro Santana, UPA Jaçanã, AMA Lauzane, AMA Jardim Joamar e AMA Wamberto Dias da Costa

3 – COMPETÊNCIA

- Técnico de Enfermagem
- Auxiliar de Enfermagem
- Enfermeiro

4 - MATERIAL

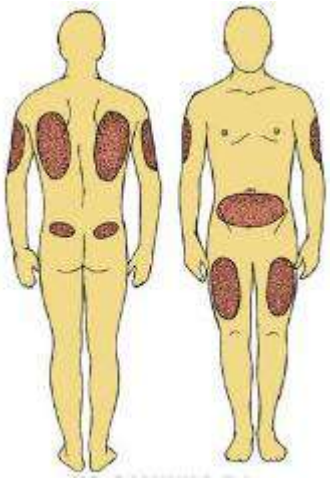
- Agulhas (13x0,45mm / 8x0,30mm)
- Álcool a 70%
- Bandeja S/N
- Curativo bandagem
- Medicamento
- Seringa 1mL
- Algodão

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

- Luvas de procedimento
- Prescrição do medicamento
- Recipiente para descarte de material perfurocortante.

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Acolher o usuário;
- Higienizar as mãos conforme procedimento higienização simples das mãos;
- Realizar os 9 certos;
- Aspirar o medicamento da ampola ou frasco-ampola;
- Identificar o usuário, orientar o procedimento e comunicar o início do mesmo;
- Atentar-se para a privacidade do usuário fechando cortinas, colocando biombos e fechando portas etc;
- Escolher o local de aplicação realizando rodízio dos locais frequentemente;



Fonte: https://www.facebook.com/NoCaminhoDaEnfermagem/posts/1437048253114075/?locale=pt_BR

- Escolher o local de aplicação, verificando se o local escolhido está limpo, palpar o local em busca de nódulos, rubor ou dor. Inspecione a superfície da pele verificando a existência de equimose, inflamação ou edema. Evitar estes locais;

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

- Posicionar o usuário de acordo com a área selecionada para aplicação;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Realizar antissepsia da região com algodão embebido em álcool 70%. Posicionar o chumaço no centro da região a ser limpa e faça movimento circular do centro para bordas aproximadamente 5 cm;
- Segurar a bola de algodão entre o terceiro e quarto dedos da mão não dominante;
- Tirar a proteção da agulha com a mão não dominante em um movimento direto;
- Pinçar a pele com os dedos polegar e indicador da mão não dominante, mantendo até o fim da aplicação;
- Segurar a seringa (como um dardo) entre o polegar e indicador da mão dominante;
- Inserir a agulha no ângulo de 45 a 90º; para usuário obeso ângulo de 90º;
- Injetar o medicamento de forma lenta (1mL/10s);
- Soltar a pele e colocar algodão seco na pele próximo da inserção da agulha;
- Retirar a agulha no mesmo ângulo da inserção, aplicando algodão seco;
- Não reencapar a agulha; colocar a seringa na bandeja ou acionar dispositivos especiais de segurança que protegem a agulha;
- Colocar curativo bandagem, se necessário;
- Descartar a seringa na caixa de perfurocortante;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos conforme procedimento higienização simples das mãos;
- Registrar o procedimento.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

6 - OBSERVAÇÃO

- Volume máximo para essa via: 1,5mL;
- Medicamentos anticoagulantes somente devem ser aplicados na região dos flancos;
- Evitar região peri umbilical;
- Para insulina diária alterne os locais de aplicação;
- Perfurar um vaso sanguíneo nesta via é muito raro, por isso aspiração não é necessária.
- Para administração de imunobiológicos seguir orientações do protocolo do Programa de Imunização;

Tabela 2. Recomendações sobre o uso apropriado de agulhas para aplicação de insulina por via SC.

Agulha (comprimento em mm)	Indicação	Prega subcutânea	Ângulo de inserção da agulha	Observações importantes
4 mm	Todos os indivíduos	Dispensável, exceto para crianças com menos de 6 anos	90°	Realizar prega subcutânea em indivíduos com escassez de tecido subcutâneo nos locais de aplicação
5 mm	Todos os indivíduos	Dispensável, exceto para crianças com menos de 6 anos	90°	Realizar prega subcutânea em indivíduos com escassez de tecido subcutâneo nos locais de aplicação
6 mm	Todos os indivíduos	Indispensável	90° para adultos e 45° para crianças e adolescentes	Estabelecer ângulo de 45° em adultos com escassez de tecido subcutâneo nos locais de aplicação, para evitar aplicação IM
8 mm	Não indicada para crianças e adolescentes. Risco de aplicação IM.	Indispensável	90° para adultos e 45° para crianças e adolescentes	Estabelecer ângulo de 45° em adultos com escassez de tecido subcutâneo nos locais de aplicação, para evitar aplicação IM
12 a 13 mm	Risco de aplicação IM em todos os indivíduos	Indispensável	45°	Alto risco de aplicação IM em todos os indivíduos

IM: intramuscular.

Fonte: Oliveira, Montenegro Junior e Venâncio (2017)

7 - REGISTRO

Registrar o procedimento realizado, aceitação ou recusa do usuário, local de aplicação, intercorrências e providências tomadas, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em prontuário ou Ficha de atendimento.

No caso de não administrar o medicamento, anotar o motivo.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Guia de recomendações para registro de enfermagem no prontuário do usuário ou outros documentos de enfermagem. Brasília, DF: COFEN, 2015.

- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Parecer COREN-SP CAT nº 014/2010, de 18 de fevereiro de 2010. Uso de luvas de procedimento para a administração de medicamentos. Disponível em: <https://portal.corensp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2010_14.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2018.

- OLIVEIRA, J. E. P.; MONTENEGRO JUNIOR, R. M.; VENANCIO, S. (Org.). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. São Paulo: Clannad, 2017.

- POTTER, P. A. et al. Fundamentos de Enfermagem. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

- POTTER, P. A. et al. Fundamentos de Enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

- SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica. Recomendações para uso de luvas em serviços de saúde. São Paulo: Secretaria da Saúde, 2016

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 014**	**VERSÃO:** 2
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA SUBLINGUAL	**VALIDADE:01/03/2026**	**Pag. 1 de 4**

Elaborado por: Fabricio Lopes da Silva	Data: 25/09/2022	Visto: Assinado por: Fabricio Lopes da Silva 07794B2C355C4A3...
Revisado por: Carla Casaes	Data: 28/09/2022	Visto: DocuSigned by: FAEFCD486FD6449...
Aprovado por: Tassiana Pita	Data: 01/10/2022	Visto: Assinado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz CEC19E2097164E7...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
1	25/09/2022	Elaboração do procedimento
2	01/03/2024	Revisão

DS

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

1- OBJETIVO

Garantir a administração de medicamentos adequadamente a fim de proporcionar tratamento de diversas patologias, pela via sublingual.

2 – ALCANCE

Unidades Média Complexidade: Pronto Socorro Santana, UPA Jaçanã, AMA Lauzane, AMA Jardim Joamar e AMA Wamberto Dias da Costa

3 – COMPETÊNCIA

- Técnico de Enfermagem
- Auxiliar de Enfermagem
- Enfermeiro

4 - MATERIAL

- Bandeja
- Medicamento
- Recipiente descartável
- Espátula de madeira
- Água
- Luvas de Procedimento

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional higienização simples das mãos.
- Verificar a prescrição.
- Realizar os 9 certos;
- Avaliar o histórico de alergias a medicamentos.
- Explicar o procedimento ao usuário.
- Preparar os medicamentos para um usuário de cada vez.
- Conferir o nome do usuário, data de validade, posologia, data da prescrição, carimbo e assinatura do prescritor.
- Ler o nome do medicamento três vezes: quando pegar, preparar e guardar o medicamento, confrontando a apresentação do medicamento com a posologia e via prescrita.
- Somente abrir o medicamento diante o usuário ou acompanhante/cuidador.
- Colocar o(s) medicamento(s) embalado(s) em um copo descartável.
- Calçar luvas de procedimento se necessário.
- Colocar o medicamento sob a língua do usuário (com a mão enluvada ou com a utilização de copo descartável). Se necessário, elevar a língua com auxílio da espátula, caso necessário.
- Orientar o usuário para que aguarde a absorção sem conversar, e sem deglutir a saliva até dissolver o medicamento.
- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional higienização simples das mãos;
- Checar o medicamento.

6 - OBSERVAÇÃO

- Oferecer os medicamentos em separado quando forem mais que um.
- Para administração de imunobiológicos seguir orientações do protocolo do Programa de Imunização.

7 - REGISTRO

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

Registrar o procedimento realizado, aceitação ou recusa do usuário, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em prontuário ou Ficha de atendimento.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- TAYLOR, C. et al. Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 015**	**VERSÃO:** 2
AFERIÇÃO DE OXIMETRIA - SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 4**

Elaborado por: Fabricio Lopes da Silva	Data: 25/09/2022	Visto: Assinado por: Fabricio Lopes da Silva 07704B2C355C4A3...
Revisado por: Carla Casaes	Data: 28/09/2022	Visto: DocuSigned by: FAEFCD486FD6449...
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

DS

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

1- OBJETIVO

Verificar a saturação parcial de oxigênio nos tecidos através de uma monitorização não invasiva, obtendo valores fidedignos para embasamento das ações de enfermagem e condutas médicas.

2 – ALCANCE

Unidades Média Complexidade: Pronto Socorro Santana, UPA Jaçanã, AMA Lauzane, AMA Jardim Joamar e AMA Wamberto Dias da Costa

3 – COMPETÊNCIA

- Técnico de Enfermagem
- Auxiliar de Enfermagem
- Enfermeiro

4 - MATERIAL

- Luvas de procedimento não estéril se necessário;
- Bandeja;
- Biombo;
- Algodão;
- Alcool a 70%;
- Oxímetro de pulso.

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional higienização simples das mãos;
- Reunir o material;
- Identificar o usuário;
- Explicar ao usuário sobre o procedimento;
- Colocar o usuário sentado ou em decúbito dorsal, de forma confortável;
- Promover privacidade do usuário;
- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional higienização simples das mãos;
- Realizar a desinfecção do sensor do pulso oxímetro com algodão embebido em alcool a 70%;
- Instalar pulso oxímetro em extremidades (quirodáctilos, pododáctilos ou lóbulos auriculares);
- Realizar a leitura da saturação periférica de oxigênio;
- Realizar a desinfecção do sensor do pulso oxímetro com algodão embebido em alcool a 70% e guardá-lo em local adequado;
- Comunicar o enfermeiro ou o médico em caso de eventuais anormalidades, tais como: saturação periférica de oxigênio inferior a 90%, cianose ou frialdade em extremidades entre outras anormalidades relacionadas à saturação periférica de oxigênio.

6 - OBSERVAÇÃO

A saturação de oxigênio aceitável varia de 95% a 100%; um valor de menos que 90% é considerável hipoxemia; entretanto, os valores abaixo de 90% podem ser aceitáveis para certas doenças crônicas.

7 - REGISTRO

Registrar o procedimento realizado, os resultados apresentados; data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em ficha de atendimento e/ou prontuário.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

- OLIVEIRA, R. G. Blackbook Enfermagem. Belo Horizonte: Blackbook, 2016.
- POTTER, P. A. et al. Fundamentos de Enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.
- TAYLOR, C. et al. Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 016**	**VERSÃO:** 2
AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL	**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 07704B2C355C4A3...
Revisado por: Carla Casaes	Data: 28/09/2022	Visto: DocuSigned by: FAEFCD486FD6449...
Aprovado por: Tassiana Pita	Data: 01/10/2022	Visto: Assinado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz CEC19E2097164E7...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
1	25/09/2022	Elaboração do procedimento
2	01/03/2024	Revisão

DS

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

1- OBJETIVO

Obter o valor fidedigno da pressão arterial para subsidiar as ações de enfermagem e as condutas médicas.

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

- Luvas de procedimento não estéril se indicado;
- Bandeja;
- Biombo;
- Esfigmomanômetro;
- Estetoscópio;
- Algodão;
- Alcool a 70%;

DS LAPH

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

- Equipamentos de Proteção Individual.

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional padrão;
- Identificar o usuário;
- Explicar o procedimento ao usuário;
- Certificar-se de que o usuário não: está com a bexiga cheia, praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos, ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos, fumou nos 30 minutos anteriores;
- Deixá-lo em repouso por, no mínimo, 5 minutos em ambiente calmo, se possível;
- Instruir o usuário a não conversar durante a medida;
- Calçar luvas, se necessário;
- Posicionar o usuário corretamente: posição sentada, se possível, pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado e relaxado. O braço deve estar na altura do coração (nível médio do esterno ou 4º espaço intercostal), livre de roupas, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e cotovelo ligeiramente fletido;
- Expor o local onde se encontra a artéria braquial;
- Obter a circunferência aproximadamente no meio do braço;
- Selecionar o manguito segundo o quadro abaixo ou seguindo a regra: A largura da bolsa de borracha deve corresponder a 40% da circunferência do braço e o seu comprimento, envolver pelo menos 80%;

Circunferência do braço (cm)	Denominação do manguito	Largura do manguito (cm)	Comprimento da bolsa (cm)

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

≤ 6	Recém-nascido	3	6
6-15	Criança	5	15
16-21	Infantil	8	21
22-26	Adulto pequeno	10	24
27-34	Adulto	13	30
35-44	Adulto grande	16	38
45-52	Coxa	20	42

Fonte: 7ª Diretriz... (2016)

- Colocar o manguito, sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital;
- Conferir se a agulha do manômetro aneroide está na marca zero da escala;
- Apertar a válvula aparafusada na bomba de ar;
- Assumir uma posição em que você esteja além de 90 cm em relação ao manômetro;
- Colocar as peças auriculares do estetoscópio nas orelhas. Direcioná-las para o interior do canal e não para o ouvido em si;
- Palpar o pulso da artéria radial e braquial;
- Inflar o manguito ao mesmo tempo em que continua a palpar a artéria radial com os dedos indicador e médio e observar o ponto na escala do manômetro em que desaparece o pulso;
- Situar a campânula ou o diafragma do estetoscópio, com firmeza, embora com o mínimo possível de pressão, sobre a artéria braquial. Não deixe que o estetoscópio toque as roupas ou o manguito;
- Bombear a pressão 30mmHg acima do ponto em que a pressão sistólica foi palpada e estimada. Abrir a válvula no manômetro e deixar o ar sair devagar (possibilitando que o medidor caia 2-3 mm por segundo);
- Registrar o ponto no medidor em que o primeiro som, ainda que fraco, mas claro pareça lentamente aumentar de intensidade. Registrar esse número como a pressão sistólica. Ler a pressão mais próxima do intervalo de 2mmHg;
- Não reinflar o manguito assim que o ar estiver sendo liberado para novamente verificar os dados da pressão sistólica;

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

- Determinar a pressão diastólica no desaparecimento dos sons;
- Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons e anotar valores da sistólica/diastólica/zero;
- Realizar pelo menos 2 medidas com intervalo de 1 minuto e considerar a média das duas aferições;
- No primeiro atendimento do usuário na Atenção Primária, realizar esse procedimento nos dois braços e considerar o valor mais alto. Nas vezes subsequentes verificar apenas em um dos braços;
- Informar os valores de pressões arteriais obtidos para o usuário;
- Higienizar as mãos;
- Realizar desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em alcool a 70%.

6 - OBSERVAÇÃO

Classificação	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Normal	≤ 120	≤ 80
Pré-hipertensão	121 - 139	81 - 89
Hipertensão estágio 1	140 - 159	90 - 99
Hipertensão estágio 2	160 - 179	100 - 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

Quando a PAS e a PAD situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da PA. Considera-se hipertensão sistólica isolada se PAS ≥ 140 mm Hg e PAD < 90 mm Hg, devendo a mesma ser classificada em estágios 1, 2 e 3.

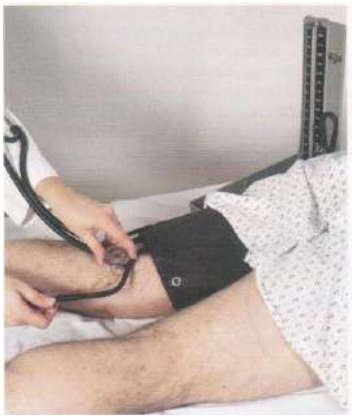
Fonte: 7ª Diretriz... (2016) - https://www.scielo.br/j/abc/a/FhvxcKzNy5BDDbd55FgRw6P/?lang=pt

- Em usuários obesos, manguitos mais longos e largos são necessários para não haver superestimação da pressão arterial. Em braços com circunferência superior a 50 cm, onde não houver manguito disponível, pode-se fazer a medição no antebraço, devendo o pulso auscultado ser o radial. Há,

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

entretanto, restrições quanto a essa prática. Especial dificuldade ocorre em braços largos e curtos, em forma de cone, onde manguitos de grandes dimensões não se adaptam.

- Em gestantes, a pressão arterial deve ser obtida com a mesma metodologia recomendada para adultos, reforçando-se que ela também pode ser medida no braço esquerdo na posição de decúbito lateral esquerdo em repouso, não devendo diferir da obtida na posição sentada.
- Coxa: Colocar o usuário em decúbito ventral, se possível. Se essa posição não for possível, optar por decúbito dorsal, com o joelho levemente flexionado. Usar um manguito que seja grande o suficiente para que se faça uma verificação precisa. Colocar o manguito 2,5 cm acima da artéria poplítea com a bolsa de borracha acima da porção posterior da parte média da coxa. Seguir o mesmo procedimento de ausculta recomendado para a artéria braquial. Procurar manter-se relaxado, decúbito ventral ou dorsal, perna ao nível do coração. A escala do manômetro deve manterse visível aos olhos. Local com luminosidade adequada localizar a artéria poplítea e aferir colocando a campânula ou membrana sobre a artéria poplítea.



Fonte: Jarvis (2002)

7 - REGISTRO

Registrar o procedimento realizado, os resultados apresentados sem arredondamentos, incluindo o membro utilizado para aferição; data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em ficha de atendimento e/ou prontuário.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

- BARROS, A. L. B. L. et al. (Org.). Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.
- JARVIS, C. Exame físico e avaliação de saúde. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- POTTER, P. A. et al. Fundamentos de Enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.
- 7ª DIRETRIZ brasileira de hipertensão arterial. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, Rio de Janeiro, v. 107, n. 3, set. 2016. Suplemento 3.
- TAYLOR, C. et al. Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 017**	**VERSÃO:** 2
AFERIÇÃO DE PULSO	**VALIDADE:01/03/2026**	**Pag. 1 de 5**

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: FAEFCD486FD6449...
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

DS

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

1- OBJETIVO

Avaliar e monitorar as condições hemodinâmicas do usuário; detectar e monitorar arritmias cardíacas; avaliar efeitos de medicamentos que alterem a frequência cardíaca e; verificar a frequência, ritmo e amplitude do pulso, obtendo valores fidedignos para embasamento das ações de enfermagem e condutas médicas.

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

- Luvas de procedimento não estéril se necessário;
- Bandeja;
- Biombo;
- Estetoscópio;
- Relógio com segundos;

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

- Algodão;
- Produto padronizado pela UNIDADE

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

AFERIÇÃO DO PULSO PERIFÉRICO

- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional higienização simples das mãos;
- Reunir o material;
- Identificar o usuário;
- Explicar ao usuário sobre o procedimento;
- Colocar o usuário sentado ou em decúbito dorsal, de forma confortável;
- Promover privacidade do usuário;
- Higienizar as mãos;
- Realizar desinfecção das olivas e do diafragma do estetoscópio com algodão embebido em produto padronizado;
- Identificar o usuário;
- Colocar o usuário sentado ou em decúbito dorsal, de forma confortável;
- Promover privacidade do usuário;
- Calçar luvas se for o caso;
- Colocar seu primeiro, segundo e terceiro dedos sobre uma artéria superficial, comprimindo-a levemente. Geralmente as artérias escolhidas são (radial, braquial, carótida, femoral, poplítea e pediosa);
- Contar os batimentos arteriais durante 30 segundos e multiplicar esse número por 2 para calcular a frequência durante 1 minuto, mas se a frequência, ritmo ou amplitude estiver anormal, palpar e contar por 1 minuto.
- Determinar frequência, ritmo e amplitude do pulso.
- Comunicar o enfermeiro em caso de eventuais anormalidades, tais como: arritmias, taquicardias, bradicardias entre outras anormalidades relacionadas ao pulso;

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional higienização simples das mãos;

AFERIÇÃO DO PULSO APICAL

- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional higienização simples das mãos;
- Reunir o material;
- Identificar o usuário;
- Explicar ao usuário sobre o procedimento;
- Colocar o usuário sentado ou em decúbito dorsal, de forma confortável;
- Promover privacidade do usuário;
- Realizar desinfecção das olivas e do diafragma do estetoscópio com algodão embebido em produto padronizado pela unidade;
- Segurar o diafragma contra as mãos durante alguns segundos para aquecer;
- Palpar o espaço entre a 5º e 6º costelas (quinto espaço intercostal) e chegar a linha clavicular média esquerda;
- Colocar o diafragma sobre o ápice cardíaco;
- Contar os batimentos cardíacos durante 1 minuto;
- Determinar frequência, ritmo e amplitude do pulso.
- Cobrir o usuário e deixa-lo em posição confortável;
- Comunicar o enfermeiro ou o médico em caso de eventuais anormalidades, tais como: arritmias, taquicardias, bradicardias entre outras anormalidades relacionadas ao pulso.
- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional higienização simples das mãos;
- Realizar desinfecção das olivas e do diafragma do estetoscópio com algodão embebido em produto padronizado pela unidade e guardá-lo em local adequado;

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

6 - OBSERVAÇÃO

Valores de referência (repouso sem febre)

Faixa Etária	Limites Normais	Média	Limites de Alerta
Recém-nascidos	100 a 150 bpm	140	< 80 e > 170
Lactentes	80 a 140 bpm	120	< 70 e > 160
Crianças de 1-2 anos	80 a 130 bpm	110	< 60 e > 140
Pré-Escolares	70 a 120 bpm	100	< 60 e > 140
Escolares	70 a 110 bpm	95	< 60 e > 130
Adolescentes	60 a 90 bpm	80	< 55 e > 120
Adultos	60 a 100 bpm	80	< 50 e > 120

Fonte: Oliveira (2016)

7 - REGISTRO

Registrar o procedimento realizado, os resultados apresentados sem arredondamentos, incluindo o membro utilizado para aferição; respectivas características, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em ficha de atendimento e/ou prontuário e lançar procedimento no sistema.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- OLIVEIRA, R. G. Blackbook Enfermagem. Belo Horizonte: Blackbook, 2016.
- POTTER, P. A. et al. Fundamentos de Enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.
- TAYLOR, C. et al. Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 017**	**VERSÃO:** 2
AFERIÇÃO DE TEMPERATURA	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 6**

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: FAEFCD486FD6449...
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

DS

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

1- OBJETIVO

Realizar avaliação física do sistema termorregulador, obtendo valores fidedignos para embasamento das ações de enfermagem e condutas médicas.

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

- Luvas de procedimento não estéril se necessário
- Bandeja
- Biombo
- Termômetro digital ou termômetro de infra vermelho
- Algodão
- Alcool a 70%

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

- Papel toalha
- Hastes flexíveis

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

AFERIÇÃO DA TEMPERATURA

- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional higienização simples das mãos;
- Reunir o material;
- Identificar o usuário;
- Explicar ao usuário sobre o procedimento;
- Colocar o usuário sentado ou em decúbito dorsal, de forma confortável;
- Promover privacidade do usuário;
- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional higienização simples das mãos;
- Para termômetro digital: realizar a desinfecção do termômetro com algodão embebido em alcool a 70% no sentido da haste para o bulbo;
- Para termômetro de infra vermelho: limpar o termômetro usando uma haste flexível com álcool a 70% para limpar o sensor. O restante do termômetro deve ser limpo

  com algodão umedecido com álcool a 70% e manter em contato por pelo menos um minuto. Assegurar-se de que não entre qualquer líquido no interior do aparelho. Não utilizar produtos de limpeza abrasivos ou diluentes para limpar o termômetro e nunca o mergulhe em água ou em qualquer outro líquido.

TEMPERATURA AXILAR

- Secar a região axilar do usuário se necessário, utilizando papel toalha;
- Colocar o bulbo do termômetro na região axilar do usuário, dobrando seu braço sobre o peito;
- Aguardar o termômetro digital emitir o sinal sonoro, retirar o termômetro e realizar a leitura;
- Realizar a desinfecção do termômetro com alcool a 70% da haste para o bulbo e guardá-lo em local adequado;
- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional higienização simples das mãos;
- Comunicar o enfermeiro ou o médico em caso de eventuais anormalidades, tais como:

  hipotermia e hipertermia.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

TEMPERATURA ORAL

- Conferir se o usuário não utilizou alimentos quentes ou frios;
- Colocar bulbo do termômetro sob a língua ou no espaço entre os dentes e a bochecha;
- Solicitar ao usuário que feche a boca, mas que não morda o termômetro;
- Aguardar o termômetro digital emitir o sinal sonoro, retirar o termômetro e realizar a leitura;
- Realizar a desinfecção do termômetro com alcool a 70% da haste para o bulbo e guardá-lo em local adequado.
- Higienizar as mãos.
- Comunicar o enfermeiro ou o médico em caso de eventuais anormalidades, tais como: hipotermia e hipertermia.

TEMPERATURA TEMPORAL

- Verificar se a lente ou o sensor de infravermelho estão livres de detritos, sujeira ou condensação que possam afetar a precisão da leitura. Usar haste flexível e álcool à 70% para limpá-lo com cuidado, se necessário. Evitar arranhar a lente ou o sensor;
- Realizar a aferição nas condições ambientes (temperatura e umidade) especificadas pelo fabricante;
- Certificar que o usuário não fez ingestão de alimentos ou bebidas e nem realizou esforço físico. Caso tenha feito, deve-se aguardar no mínimo 5 minutos para que o usuário possa repousar;
- Ligar o termômetro pressionando o botão Liga/Desliga;
- Certificar que no visor que a aferição da temperatura esteja em <°C>;
- Certificar que o usuário não esteja com a cabelo na testa e que a pele não esteja úmida;
- Posicionar o sensor conforme orientação do fabricante;
- Certificar para distância conforme orientação do fabricante;

- Assegurar de que a lente ou sensor de infravermelho estejam a um ângulo reto (90°) da superfície, ou seja, perpendicular à testa. Quando a aferição estiver concluída, um sinal sonoro será emitido;
- Registrar a temperatura que aparece no visor e informe o resultado ao usuário;
- Caso o termômetro não desligue automaticamente, desligar o termômetro pressionando ligeiramente o botão Liga/Desliga;
- Aguardar por pelo menos dois minutos para nova mensuração (obrigatoriamente o termômetro deve ser desligado e ligado novamente entre medições consecutivas);
- Limpar o termômetro usando uma haste flexível com álcool a 70% para limpar o sensor. O restante do termômetro deve ser limpo com algodão umedecido com álcool a 70% e manter em contato por pelo menos um minuto. Remover a bateria, caso não vá utilizá-lo por longo período;

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

- Armazenar o termômetro em lugar protegido de temperaturas altas e baixas, umidade, luz direta e poeira.

TEMPERATURA ANAL

- Calçar luvas de procedimento;
- Lubrificar a ponta do termômetro que será inserida no reto;
- Colocar o usuário deitado em decúbito lateral e com as pernas fletidas ou em posição de Sims, expondo apenas o sulco interglúteo;
- Lubrificar a ponta do termômetro;
- Entreabrir o sulco interglúteo com a mão esquerda;
- Introduzir o bulbo no ânus com a mão direita, cerca de 2,5 cm, cuidadosamente;
- Aguardar o termômetro digital emitir o sinal sonoro;
- Entreabrir o sulco interglúteo, removendo o termômetro;
- Cobrir a área exposta do usuário;
- Realizar a leitura;

- Colocar o termômetro na cuba-rim;
- Colocar o usuário em posição confortável;
- Recompor a unidade;
- Lavar o termômetro com água e sabão;
- Realizar a desinfecção do termômetro com produto padronizado pela unidade;
- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional higienização simples das mãos;
- Comunicar o enfermeiro ou o médico em caso de eventuais anormalidades, tais como: hipotermia e hipertermia.
- Não usar temperatura retal em recém-nascidos ou em usuários submetidos a intervenções cirúrgicas no reto e períneo, ou com processos inflamatórios presentes no reto e períneo.

6 - OBSERVAÇÃO

Na aferiação de temperatura temporal, seguir os mesmos valores de referência de temperatura axilar.

Medida	Normal	Maior que a axilar	Subfebril	Febril

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

Axilar	35,5 a 36,9 C		37,0 a 37,7 C	Acima de 37,8 C
Oral	36,0 a 37,3 C	0,5 a 0,6 C	37,4 a 37,7 C	Acima de 38,0 C
Retal	36,0 a 37,5 C	0,5 a 0,8	37,6 a 37,9	Acima de 38,0 C

Fonte: Oliveira (2016)

O idoso por conta da perda de massa, diminuição de metabolismo e de células sudoríparas pode apresentar uma variação de 0,5 a 1°C menos que o adulto jovem e estar normotérmico ou afebril.

7 - REGISTRO

Registrar o procedimento realizado, os resultados apresentados sem arredondamentos; respectivas características, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em ficha de atendimento e/ou prontuário e lançar procedimento no sistema.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- BARROS, A. L. B. L. et al. (Org.). Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.
- OLIVEIRA, R. G. Blackbook Enfermagem. Belo Horizonte: Blackbook, 2016.
- POTTER, P. A. et al. Fundamentos de Enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 019**	**VERSÃO:** 2
AFERIÇÃO DO PESO	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 8**

Elaborado por: Fabricio Lopes da Silva	Data: 25/09/2022	Visto: Assinado por: Fabricio Lopes da Silva 07704B2C355C4A3...
Revisado por: Carla Casaes	Data: 28/09/2022	Visto: DocuSigned by: FAEFCD486FD6449...
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

DS

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

1- OBJETIVO
Verificar a medida do peso corporal.
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
4 - MATERIAL
• Balança antropométrica • Produto padronizado pela unidade • Papel lençol ou papel toalha.
5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

AFERIÇÃO DE PESO DE CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS, UTILIZANDO BALANÇA ELETRÔNICA (DIGITAL)

- Acolher a criança e mãe/responsável;
- Realizar higiene das mãos conforme procedimento operacional higienização simples das mãos;
- Certificar que a balança esteja apoiada sobre uma superfície plana, lisa e firme;
- Cobrir o prato da balança com papel lençol;
- Ligar a balança e esperar que a balança chegue ao zero;
- Orientar a mãe/responsável sobre o procedimento;
- Retirar roupas, adereços e sapatos da criança com o auxílio da mãe/responsável;
- Colocar a criança sentada ou deitada no centro do prato da balança, de forma que o peso fique distribuído. Manter a criança parada (o máximo possível) nessa posição.
- Orientar a mãe/responsável a manter-se próximo, sem tocar na criança, nem no equipamento;
- Aguardar que o valor do peso esteja fixado no visor e realizar a leitura;
- Retirar a criança da balança e solicitar que a mãe/responsável coloque as roupas e os sapatos na criança;
- Anotar o peso e registrar o procedimento no Sistema. Anotar o peso na Caderneta de Saúde da Criança;
- Retirar e desprezar o papel lençol no lixo apropriado;
- Realizar a limpeza da balança, com produto padronizado pela unidade;

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481



Fonte: Brasil, 2011

AFERIÇÃO DO PESO DE CRIANÇAS MAIORES DE 2 ANOS, ADOLESCENTES E ADULTOS, UTILIZANDO BALANÇA ELETRÔNICA (DIGITAL)

- Acolher o usuário e/ou mãe/responsável;
- Realizar higiene das mãos conforme procedimento higienização simples das mãos;
- Cobrir o prato da balança com papel lençol;
- Ligar a balança e esperar que a balança chegue ao zero;
- Orientar o usuário e a mãe/responsável sobre o procedimento;
- Solicitar que a criança, adolescente ou adulto retire os sapatos e objetos pesados tais como chaves, cintos, óculos, telefones celulares e quaisquer outros objetos que possam interferir no peso total;
- Solicitar que a criança, adolescente ou adulto, suba no centro da balança, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo. Mantê-lo parado nessa posição;
- Realizar a leitura após o valor de o peso estar fixado no visor;
- Solicitar que a criança, o adolescente ou adulto desça da balança;
- Anotar o peso e registrar o procedimento no Sistema. Para crianças, anotar o peso na Caderneta de Saúde da Criança;

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

- Retirar e desprezar o papel lençol no lixo apropriado;
- Realizar a limpeza da balança com produto padronizado pela unidade.

AFERIÇÃO DE PESO DE CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS, UTILIZANDO BALANÇA MECÂNICA

- Acolher a criança e mãe/responsável;
- Realizar higiene das mãos conforme procedimento operacional higienização simples das mãos;
- Orientar o usuário e a mãe/responsável sobre o procedimento;
- Cobrir o prato da balança com papel lençol;
- Destravar a balança;
- Verificar se a balança está calibrada, observando se a agulha do braço e o fiel estão na mesma linha horizontal. Caso seja necessário calibrar a balança, girar lentamente o calibrador e até que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados;
- Travar a balança;
- Retirar roupas, adereços e sapatos da criança com o auxílio da mãe ou responsável;
- Colocar a criança sentada ou deitada no centro do prato, de modo a distribuir o peso igualmente;
- Destravar a balança, mantendo a criança parada o máximo possível nessa posição. Orientar a mãe/responsável a manter-se próximo, sem tocar na criança, nem na balança;
- Mover o cursor maior sobre a escala numérica para marcar os quilos;
- Mover o cursor menor para marcar os gramas e esperar até que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados;
- Travar a balança, evitando, assim, que sua mola desgaste, assegurando o bom funcionamento do equipamento;
- Realizar a leitura de frente para o equipamento com os olhos no mesmo nível da escala para visualizar melhor os valores apontados pelos cursores;
- Anotar o peso e registrar o procedimento no Sistema. Anotar o peso também na Caderneta de Saúde da Criança;
- Retirar a criança e retornar os cursores ao zero na escala numérica;

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

- Retirar e desprezar o papel lençol no lixo apropriado;

AFERIÇÃO DO PESO DE CRIANÇAS MAIORES DE 2 ANOS, ADOLESCENTES E ADULTOS, UTILIZANDO BALANÇA MECÂNICA

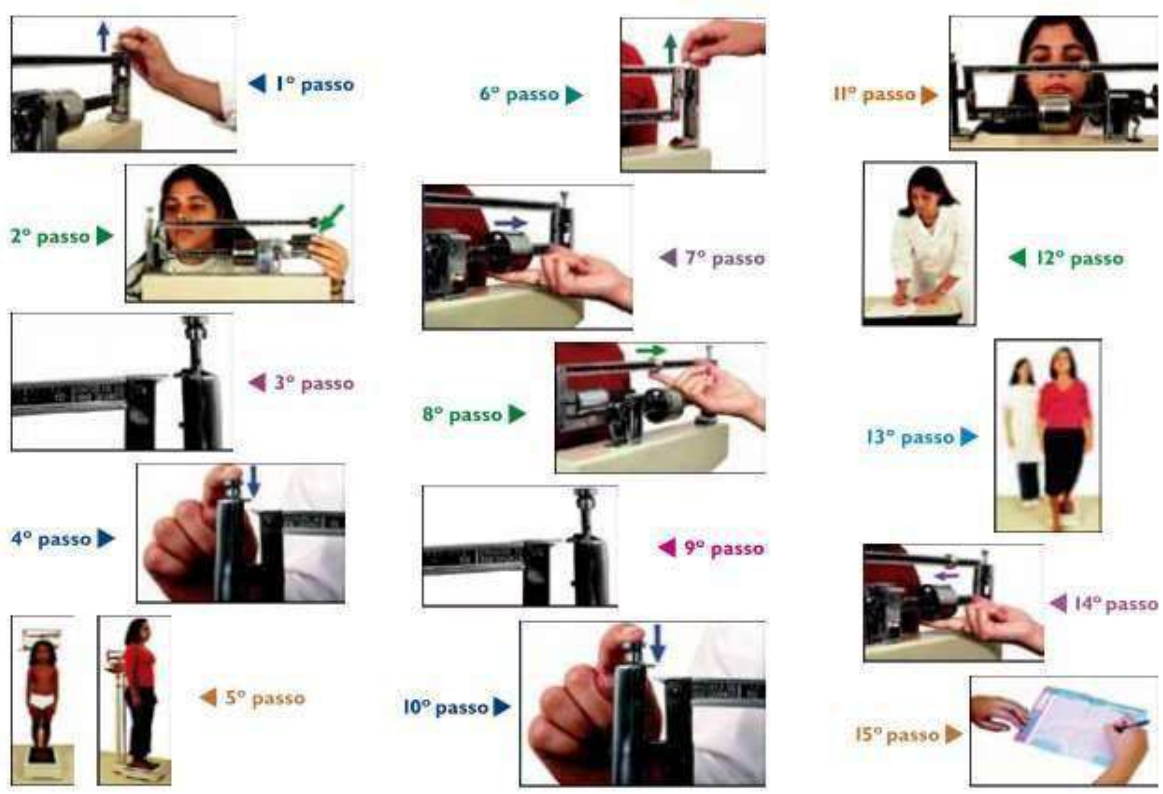
- Acolher o usuário e a mãe/responsável;
- Realizar higiene das mãos conforme procedimento operacional higienização simples das mãos;
- Orientar o usuário e a mãe/responsável sobre o procedimento;
- Certificar que a balança plataforma está afastada da parede;
- Destravar a balança;
- Verificar se a balança está calibrada (a agulha do braço e o fiel devem estar na mesma linha horizontal). Se houver necessidade, calibrar a balança, girando lentamente o calibrador até que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados.
- Travar a balança;
- Cobrir a plataforma da balança com papel toalha;
- Solicitar que o usuário suba na plataforma da balança para ser pesado;
- Posicionar o usuário de costas para a balança, descalço, com o mínimo de roupa possível, no centro do equipamento, ereto, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo. Mantê-lo parado nessa posição;
- Destravar a balança;
- Mover o cursor maior sobre a escala numérica, para marcar os quilos;
- Mover o cursor menor para marcar os gramas;
- Esperar até que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados;
- Travar a balança, evitando, assim que sua mola desgaste, assegurando o bom funcionamento do equipamento;
- Realizar a leitura de frente para o equipamento, para visualizar melhor os valores apontados pelos cursores;
- Anotar o peso e registrar o procedimento no Sistema e também anotar o peso na Caderneta de Saúde

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

da Criança;

- Retirar a criança, adolescente ou adulto;
- Retornar os cursores ao zero na escala numérica;
- Retirar e desprezar o papel toalha no lixo apropriado;



Fonte: Brasil, 2011

6 - OBSERVAÇÃO

- As crianças menores de 2 anos devem ser pesadas sempre completamente despidas e na presença da mãe/responsável, que deverá auxiliar na retirada da roupa da criança e na verificação da medida.
- Uma fralda molhada pode representar até 20% do peso de uma criança.
- As crianças maiores de 2 anos devem ser pesadas descalças e com roupas bem leves, idealmente, usando apenas calcinha, short ou cueca, na presença da mãe ou do responsável.
- Os adultos e adolescentes devem ser pesados descalços e usando roupas leves, sem adereços ou

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

objetos que possam interferir no peso total.

7 - REGISTRO

Registrar: data e hora da realização do procedimento e intercorrências e providências adotadas; orientações efetuadas; nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: norma técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

- POTTER, P. A. et al. Fundamentos de Enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 020**	**VERSÃO:** 2
ALINHAMENTO E ESTABILIZAÇÃO DA COLUNA CERVICAL	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 6**

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: FAEFCD486FD6449...
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

DS

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

1- OBJETIVO

Manter a coluna cervical alinhada em posição anatômica (neutra) sem a utilização de equipamentos e materiais.

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

Nenhum material em específico faz se necessário para a execução deste procedimento, apenas a utilização do equipamento de proteção individual.

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

Esse procedimento pode ser realizado em diversas abordagens pela frente do paciente (figura 1), por trás (figura 2), pela lateral (figura 3) ou em posição supina (decúbito dorsal horizontal – figura 4) e deve ser mantido até instalação do colar cervical em caso de trauma.

Figura 1 - Abordagem pela frente do paciente

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481



Fonte: PHTLS (2014)

- O profissional posiciona-se em pé, a frente do paciente, orientando os pacientes conscientes sobre a técnica e sua finalidade;
- Utilizando as duas mãos para segurar a cabeça, posicione-as em ambos os lados, na face do paciente, de forma que os dedos mínimos apoiem a parte posterior da cabeça, os outros deverão estar posicionados ao longo da superfície da cabeça, enquanto que a face hipotênar das mãos fique a frente e na altura das orelhas;
- Exerça uma leve tensão no sentido axial e execute o alinhamento em posição neutra;
- Mantenha o posicionamento da cabeça exercendo uma pressão que garanta sua estabilidade;
- Apoie seus braços (região do cotovelo) sob o tórax do paciente para obter apoio adicional;
- Mantenha a posição até que ocorra a instalação do colar cervical se indicado e disponível.

Figura 2 - Abordagem por trás do paciente



Fonte: PHTLS (2014)

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

- O profissional aproxima-se em pé, por trás do paciente, orientando os pacientes conscientes sobre a técnica e sua finalidade;
- Utilizando as duas mãos, posicione-as em ambos os lados, na face do paciente, de forma que os polegares fiquem apoiados na parte posterior do crânio (em nível da região occipital), os dedos indicadores e médios pressionando a mandíbula, enquanto que os dois mínimos estejam abaixo do ângulo da mandíbula sem exercer força de compressão;
- Após o posicionamento das mãos realize uma leve tração longitudinal e o alinhamento (anteroposterior e lateral) em posição neutra utilizando movimentos suaves;
- Mantenha o posicionamento da cabeça exercendo uma pressão que garanta sua estabilidade;
- Mantenha a posição até que ocorra a instalação do colar cervical se indicado e disponível.

Figura 3 - Abordagem pela lateral do paciente



Fonte: PHTLS (2014)

- O profissional aproxima-se do paciente, posicionando ao seu lado, orientando os pacientes conscientes sobre a técnica e sua finalidade;
- Passe um dos seus braços por cima do ombro e por trás da cabeça do paciente apoiando a parte posterior da cabeça com sua mão, evitando movimentos adicionais;
- Coloque a outra mão na parte anterior da face, abaixo da boca, de forma que o polegar e o dedo indicador fiquem posicionados na chanfradura da face, onde se juntam os dentes e a mandíbula;
- Exerça uma leve pressão apenas para sustentar e estabilizar a cabeça do paciente, alinhando-a em posição neutra se não houver restrições;
- Mantenha a posição até que ocorra a instalação do colar cervical se indicado e disponível.

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

Figura 4 - Abordagem do paciente em posição supina (decúbito dorsal horizontal)



Fonte: PHTLS (2014)

- O profissional posiciona-se atrás e acima da cabeça do paciente, fletindo os membros inferiores, ajoelhando- se e orientando os pacientes conscientes sobre a técnica e sua finalidade;
- Posicionem as mãos em ambos os lados da cabeça, com a face hipotênar cobrindo as orelhas;
- Coloquem os dedos na face do paciente de forma que promova a estabilização da cabeça, posicionando os polegares na região frontal, os indicadores sob o maxilar, o dedo médio logo abaixo da mandíbula e o quarto e quinto dedo deverão envolver a parte posterior do crânio do paciente;
- Com movimentos leves alinhe a cabeça ao longo do corpo em posição neutra;
- Apoiem os antebraços e cotovelos no chão para melhor sustentação;
- Mantenha a posição até que ocorra a instalação do colar cervical se indicado e disponível.

6 - OBSERVAÇÃO

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

Lembre-se de que para iniciar qualquer procedimento é necessário ter certeza que a cena (local da ocorrência) está segura.

Em casos suspeitos de traumatismo cervical estar atento, quando possível, aos seguintes fatos relatados pelo paciente:

- Formigamento, paralisia ou perda de sensibilidade dos membros;
- Dor espontânea e/ou a palpação local com resistência ao procedimento;
- Presença de traumatismos graves acima da clavícula;
- Inconsciência pós-trauma;
- Piora das condições ventilatórias;
- Ocorrência de espasmos musculares no pescoço.

Na presença de um desses sinais o socorrista deve manter o paciente na posição inicial, evitando ou interrompendo o procedimento e relatando os achados na ficha de registro da assistência executada.

7 - REGISTRO

Registrar a assistência prestada em ficha de atendimento do paciente com assinatura e carimbo constando nome e registro do conselho de classe de quem realizou a técnica.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- MARIANI, P. P.; PARANHOS, W. Y. Traumatismo cranioencefálico. In: ATUAÇÃO no trauma: uma abordagem para enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2009.
- PHTLS atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 021**	**VERSÃO:** 2
ARMAZENAMENTO E DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAIS	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 4**

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: FAEFCD486FD6449...
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

DS

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

1- OBJETIVO
Armazenar materiais na Central de Material e Esterilização e distribuí-los para os devidos setores na Unidade.
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
4 - MATERIAL
• Materiais reprocessados • Caixas rígidas para armazenamento de materiais (Bins) ou caixas organizadoras com tampa • Caixas rígidas para transporte
5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE
• Higienizar as mãos conforme procedimento operacional higienização simples das mãos; • Após a esterilização, inspecionar todos os pacotes para avaliar a integridade das embalagens, indicador de esterilização e datas de validade; • Armazenar os pacotes com artigos estéreis nas caixas rígidas (bins) ou organizadoras com tampa de modo a não comprimi-los, não torcê-los, não perfurálos para não comprometer sua esterilidade;

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

- Manter os materiais longe da umidade, a uma distância de 25 cm do piso, 45 cm do teto e 5 cm das paredes;
- Efetuar a inspeção periódica dos itens estocados para verificação de qualquer degradação, devendo ser considerados contaminados e reprocessados para posterior utilização. Não utilizar artigos que apresentam as seguintes condições:
    a. papel grau cirúrgico amassado ou rompidos;
    b. umidade ou manchas;
    c. desprendimento de partículas;
    d. presença de sujidade;
    e. suspeita de abertura do pacote.
    f. O prazo de validade dentro das condições adequadas descritas acima é de 1 mês para papel grau cirúrgico;
- Revisar o estoque, colocando o pacote que estiver próximo ao vencimento na frente dos recém esterilizados, seguindo uma ordem pela data de validade.
- Realizar a dispensação dos itens, protegendo os artigos da contaminação, de danos físicos e perda durante o transporte, utilizando-se de recipiente rígido destinado exclusivamente a este fim.

6 - OBSERVAÇÃO

- A CME normalmente é responsável pelo armazenamento, transporte e distribuição dos pacotes estéreis aos diversos setores da Unidade, porém cada uma tem sua peculiaridade, devendo-se adequar a realidade. O mais importante é o método utilizado para garantir a integridade e esterilidade do artigo.
- A estocagem deve ser feita de preferência em armário ou prateleira fechados para maior segurança, os materiais com data de esterilização mais antiga devem ser armazenados na frente dos demais. A Central de Materiais Esterilizado (CME) deve ser utilizada para estocagem, porém os diferentes setores, devem ser abastecidos diariamente com número de pacotes que permita novo reabastecimento no próximo turno;
- Prateleiras abertas podem ser utilizadas, devendo apenas merecer maior atenção ao controle de fluxo de pessoal, à limpeza e ventilação.
- Manusear os pacotes quando estiverem completamente frios antes de estocá-los.
- O número de vezes que o pacote foi manuseado, prateleiras abertas ou fechadas, condições da área de estocagem, podem interferir na continuidade da esterilidade dos artigos.
- Artigos estéreis não devem ser transportados junto com artigos contaminados ou sujos;

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

- Realizar limpeza semanal da área de estoque e das caixas de transporte.

7 - REGISTRO

Qualquer intercorrência durante o processo deve ser registrada em livro ata de registro.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR. Limpeza, desinfecção e esterilização de artigos em serviços de saúde. São Paulo: APECIH, 2010.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRURGICO. Práticas recomendadas. 4. ed. São Paulo: SOBEC, 2007.

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.SBCD.ASS.083	VERSÃO: 02
ASPIRAÇÃO DE VIAS AEREAS	VALIDADE: 10/2025	Pag. 1 de 5

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 o procedimento junto a equipe assistencial;
- Estimular expectoração;
- Manter a permeabilidade das vias aéreas;
- Aumentar eficiência ventilatória;
- Evitar complicações respiratórias: infecções, atelectasias, insuficiência respiratória, etc.

2 – ALCANCE

Unidades de saúde sob gestão da Sociedade Brasileira Caminho de Damasco.

3 – COMPETÊNCIA

- Enfermeiros;
- Técnicos de Enfermagem.

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

ASPIRAÇÃO DE VIAS AEREAS é a introdução de um dispositivo (cateter de aspiração) conectado ao sistema de vácuo para remoção de secreção nas vias aéreas e manutenção da ventilação, em pacientes submetido ou não à ventilação mecânica.

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

PROCEDIMENTOS:

EPIs:

- 01 par de luvas estéreis;
- 01 par de luvas de procedimentos;
- 01 máscara descartável;
- 01 óculos protetor;
- Avental descartável;
- Touca descartável;

MATERIAIS:

- Bandeja;
- 01 Sonda de aspiração (calibre adequado ao paciente);
- Aspirador portátil ou frasco de aspiração fonte de vácuo e oxigênio (rede de vácuo, manômetro com frasco);
- Oxímetro de pulso;
- Extensão de látex;
- Compressas de gazes estéril;
- Cuba Rim ou Redonda;
- Solução fisiológica 0,9% ou água destilada;
- Cadarço (para troca se necessário);
- Álcool 70%;
- Toalha de rosto ou papel toalha;

TÉCNICA

- Higienizar as mãos;
- Preparar a materiais de aspiração;
- Orientar o paciente e acompanhante sobre o procedimento;
- Garantir privacidade ao paciente;
- Higienizar o local (mesa auxiliar ou bancadas);
- Montar o aspirador preferencialmente a vácuo;
- Testar rede de vácuo;
- Posicionar adequadamente o paciente (Fowler ou semi-fowler se consciente ou lateralizado se inconsciente);

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

- Proceder ausculta pulmonar;
- Higienizar as mãos;
- Monitorar a oximetria;
- Mensurar e registrar a frequência cardíaca antes de iniciar o procedimento;
- Higienizar as mãos e vestir os EPIs;
- Abrir o pacote da sonda em sua porção distal e adaptá-la ao intermediário, mantendo-a protegida dentro do invólucro;
- Abrir o pacote de gaze de forma estéril;
- Mensurar o tamanho da sonda para realização da aspiração nasofaríngea da ponta do lóbulo da orelha a ponta do nariz;
- Conectar a sonda ao sistema de aspiração;
- Abrir a fonte de vácuo ou ligar o aparelho portátil de aspiração;
- Irrigar a sonda e o circuito com 20 ml de água destilada para evitar aderência de secreção;
- Iniciar a aspiração com a introdução da sonda na cavidade nasal, com a extensão (borracha) de aspiração pinçada na conexão com a sonda a fim de evitar trauma, seguindo o curso natural das narinas, inclinando ligeiramente a sonda para baixo e avançando para a parte posterior da laringe;
- Manter durante a aspiração uma pressão entre 80 e 120mmHg (para não provocar traumas);
- Despinçar a extensão e realizar a aspiração na cavidade nasal em movimentos suaves, regulares e circulares. Não permanecer com a sonda dentro da cavidade nasal por mais de 10 a 15 segundos (avaliar a saturação e frequência cardíaca);
- Irrigar a sonda e o circuito com 20 ml de água destilada para limpeza da mesma;
- Continuar com a aspiração seguindo para a cavidade oral, introduzindo a sonda com o sistema de aspiração pinçado;
- Realizar a aspiração da cavidade oral, em movimentos suaves, regulares e não superiores a 30 segundos;
- Manter durante a aspiração uma pressão entre 80 e 120mmHg (para não provocar traumas);
- Cada manobra de aspiração deve durar de 10 a 15 segundos;
- Deve-se deixar o paciente descansar por 20 a 30 segundos entre as aspirações;
- Manter o frasco de aspiração limpo conforme rotina do setor;
- Desprezar sondas e gazes utilizados na aspiração em saco de lixo branco;
- Fechar a válvula de aspiração;
- Deixar o paciente confortável;
- Desparamentar se;
- Lavar as mãos;
- Repor o material que foi utilizado;
- Realizar as anotações necessárias em prontuário (horário, quantidade e aspecto da eliminação);
- Assinar e carimbar os respectivos registros;

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

OBSERVAÇÃO 1:

Resolução COFEN 557/2017

Art. 1º Aprovar, no âmbito da Equipe de Enfermagem, o procedimento de Aspiração de Vias Aéreas, conforme o descrito na presente norma.

Art. 2º Os pacientes graves, submetidos a intubação orotraqueal ou traqueostomia, em unidades de emergência, de internação intensiva, semi intensivas ou intermediárias, **ou demais unidades da assistência, deverão ter suas vias aéreas privativamente aspiradas por profissional Enfermeiro**, conforme dispõe a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem;

Art. 3º Os pacientes atendidos em Unidades de Emergência, Salas de Estabilização de Emergência, ou demais unidades da assistência, considerados graves, **mesmo que não estando em respiração artificial, deverão ser aspirados pelo profissional Enfermeiro,** exceto em situação de emergência, conforme dispõe a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem e Código de Ética do Profissional de Enfermagem – CEPE.

Art. 4º Os pacientes em unidades de repouso/observação, unidades de internação e **em atendimento domiciliar, considerados não graves, poderão ter esse procedimento realizado por Técnico de Enfermagem, desde que avaliado e prescrito pelo Enfermeiro,** como parte integrante do Processo de Enfermagem.

Art. 5º Os pacientes crônicos, em uso de traqueostomia de longa permanência ou definitiva em ambiente hospitalar, de forma ambulatorial ou atendimento domiciliar, poderão ter suas vias aéreas aspirada pelo Técnico de Enfermagem, **desde que devidamente avaliado e prescrito pelo Enfermeiro**, como parte integrante do Processo de Enfermagem.

6 – RESULTADO ESPERADO

- Manter padrão ventilatório satisfatório ao paciente;

7 – AÇÕES CORRETIVAS

- Realização das manobras de aspiração com duração máxima 15 segundos;
- Promover o intervalo de descanso ao paciente conforme estabelecido (de 20 a 30 segundos entre as aspirações);

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

- Assegurar o controle de saturação e frequência cardíaca durante o procedimento;
- Iniciar o procedimento com a extensão pinçada;

8 – RISCOS DO PROCESSO

- Hipoxemia;
- Bradicardia (Frequência cardíaca 5% do valor mensurado anteriormente)
- Trauma da mucosa;

9 – INDICADORES

Não se aplica

10 – ANEXOS

Não se aplica

11 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 557/2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no05572017_54939.html

2. BRUNNER, L. S.; SUDARTH, D. S. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgico. 15ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2023.

3. Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos nas de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde / Secretária da Saúde, Coordenação da Atenção Básica. 2ª edição – São Paulo: SMS, 2015.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 023**	**VERSÃO:** 2
ASPIRAÇÃO ENDOTRAQUEAL SISTEMA FECHADO – TRACH CARE	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 6**

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: FAEFCD486FD6449...
Aprovado por: Tassiana Pita	Data: 01/10/2022	Visto: Assinado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz CEC19E2097164E7...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
1	25/09/2022	Elaboração do procedimento
2	01/03/2024	Revisão

DS

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

1- OBJETIVO

Remover secreções traqueais de usuários mecanicamente ventilados que não devem ser desconectados do Ventilador Mecânico - VM, com precaução por aerossóis (COVID-19, tuberculose, varicela, sarampo; pacientes soropositivos para HIV e hepatite por vírus C), usuários com sangramento pulmonar ativo e excesso de secreções nas vias aéreas, através da introdução de um dispositivo (cateter de aspiração próprio para sistema fechado - Trach Care) conectado ao sistema de vácuo.

2 – ALCANCE

Unidades Média Complexidade: Pronto Socorro Santana, UPA Jaçanã, AMA Lauzane, AMA Jardim Joamar e AMA Wamberto Dias da Costa

3 – COMPETÊNCIA

- Técnico de enfermagem, de acordo com resolução COFEN Nº 0557/2017
- Enfermeiro
- Médico

4 - MATERIAL

- Equipamentos de proteção individual (luvas de procedimento, máscara facial – N95 ou PFF2, óculos de proteção biológica, gorro, avental)
- Fonte de vácuo
- 2 ampolas de 10 mL de Solução Fisiológica 0,9%
- 1 seringa de 20 mL de bico Luer Slip;
- 1 agulha 40x12 para aspirar o Solução Fisiológica 0,9%
- Recipiente para descarte de materiais

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

- Oxímetro de pulso
- Estetoscópio
- Sonda de aspiração sistema fechada (Trach Care) no número compatível com a sonda endotraqueal (Fig. 1)



Fig. 1 – Sonda de aspiração Trach Care

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos;
- Reunir o material e disponibilizá-los à beira leito do usuário;
- Utilizar equipamentos de proteção individual conforme procedimento operacional de precauções padrão. Realizar paramentação na seguinte sequência: avental, máscara N95, óculos ou protetor facial, gorro, luvas de procedimentos;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Posicionar o usuário com cabeceira elevada à 30º - 45º;
- Explicar o procedimento ao usuário e ao acompanhante, se possível;
- Aspirar Solução Fisiológica 0,9% em uma seringa de 20 ml;

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

- Abrir e testar o funcionamento do sistema de aspiração;
- Conectar a ponta do sistema de aspiração fechado ao sistema de aspiração a vácuo;
- Girar a trava de segurança do sistema de aspiração fechado para abrir o sistema de vácuo;
- Introduzir a sonda do sistema de aspiração no tubo orotraqueal ou nasotraqueal ou traqueostomia, com auxílio da bainha plástica de proteção, quando perceber uma resistência (carina) elevá-la 1 ou 2 cm e então liberar o vácuo de aspiração apertando o clamp do sistema, realizar movimentos lentos circulares e retirar lentamente a sonda, embutindo na bainha de proteção novamente. Não ultrapassar 10 segundos devido ao risco de hipoxemia;
- Adaptar a seringa de 20 ml (solução fisiológica) no injetor;
- Lavar a sonda do sistema injetando a solução fisiológica e sugando ao mesmo tempo, entre as aspirações e ao final do procedimento. Realizar o procedimento, quantas vezes for necessário;
- Desconectar a seringa;
- Travar a válvula de segurança do sistema de aspiração fechado;
- Desconectar o vácuo do sistema de aspiração fechado;
- Colocar a tampa protetora do sistema de aspiração fechado;
- Desligar o sistema de vácuo e proteger sua ponta;
- Avaliar saturação de O_2 e realizar ausculta pulmonar;
- Organizar o leito do usuário, descartar todo o material no recipiente para descarte de resíduos apropriado;
- Retirar as luvas e jogá-las no recipiente para descarte de resíduos apropriado;
- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos;
- Registrar o procedimento.

6 - OBSERVAÇÃO

- Instalar o sistema de aspiração fechado e filtro HEPA, HMEF ou HME com especificação de filtragem de vírus acoplado ao ventilador mecânico pulmonar, realizando o pinçamento ou oclusão do TOT antes da

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

desconexão e conexão aos dispositivos de ventilação e antes de desconectar realizar a pausa no ventilador mecânico;

- Cateteres de Aspiração ou Sistema fechado de aspiração (Trach Care) dispensam a utilização de luvas estéreis;

- O sistema de aspiração fechado deverá ser trocado a cada 72 horas ou antes se apresentar sujidade, a fim de evitar a contaminação do ambiente e dos profissionais de saúde devido à desconexão do circuito, SEMPRE promovendo o clampeamento do tubo com uma pinça para que não haja aerossolização do ambiente;

7 - REGISTRO

Registrar o procedimento realizado, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em prontuário ou Ficha de Atendimento Ambulatorial.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+4+-+Medidas+de+Preven%C3%A7%C3%A3o+de+Infec%C3%A7%C3%A3o+Relacionada+%C3%A0+Assist%C3%AAncia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/a3f23dfb-2c54-4e64-881cfccf9220c373> Acesso em: 02 jun 2020.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Guia para a Rede Laboratorial de Vigilância de Influenza no Brasil [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Protocolo de Tratamento do Novo Coronavírus (2019-nCoV). Disponível em:
- https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/05/Protocolo-demanejoclinico-para-o-novo-coronavirus-2019-ncov.pdf Acesso em 21/08/2020. Acesso em: 02 jun 2020.

DS

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Protocolo de manejo clínico do coronavírus (covid-19) na atenção primária à saúde. Disponível em <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/24/20200323-ProtocoloManejover05.pdf> Acesso em: 31 ago. 2020.

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 0557/2017, de 23 de agosto de 2017. Normatiza a atuação da equipe de enfermagem no procedimento de aspiração de vias aéreas. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no- 05572017_54939.html>. Acesso em: 31 ago. 2020.

- EBSERH. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares EBSERH – Ministério da Educação POP: Fisioterapia Hospitalar no Paciente Adulto – Condutas para Reabilitação Respiratória – Unidade de Reabilitação do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian / UFMS – Campo Grande/MS: 2017. 53p.

- HCFMB. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu. Tutorial O procedimento de aspiração em sistema fechado, como orientação para atendimento de pacientes suspeitos ou confirmados de COVID-19. CCIRAS: Disciplina de Pneumologia do Departamento de Clínica Médica da FMB; Equipe de Fisioterapia - UTI Adulto; Função Pulmonar; Pronto-Socorro Referenciado; Seção Técnica de Reabilitação. Produção Geral: Núcleo de Comunicação, Imprensa e Marketing HCFMB - Bruna Carla Fioruci, Guto Albano, João Lucas, Maíra Masiero, Renato Maia e Vivian Abílio. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=A4oQmOyLllY.> Acesso em: 04 set. 2020.

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 024**	**VERSÃO:** 2
AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO PERIFÉRICA - ENCHIMENTO CAPILAR	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 3**

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: FAEFCD486FD6449...
Aprovado por: Tassiana Pita	Data: 01/10/2022	Visto: Assinado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz CEC10F2007164F7...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
1	25/09/2022	Elaboração do procedimento
2	01/03/2024	Revisão

DS

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

1- OBJETIVO

Avaliar a perfusão periférica, sendo esta técnica um requisito da condição hemodinâmica do usuário.

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 de procedimento, máscara facial, óculos de proteção biológica).

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Utilizar os equipamentos de proteção individual (EPI);
- Se possível, explicar o procedimento ao usuário;
- Pressionar o leito ungueal do usuário por aproximadamente 20 segundos (figura 1) e soltar (figura 2);
- Mensurar em quantos segundos, a região pressionada retorna à coloração inicial.

Figura 1 - Pressão no leito ungueal Figura 2 - Retorno de sangue

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481





Fonte: Olson (1988)

6 - OBSERVAÇÃO

- . O tempo em segundos, para que o leito ungueal ou lábios retorne a coloração inicial, é considerado o tempo de enchimento capilar.
- Tempo de enchimento maior que 2 segundos é um sinal de perfusão inadequada

7 - REGISTRO

Registrar devidamente a assistência prestada na ficha de atendimento de enfermagem com assinatura e carimbo constando o número do Coren.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- OLSON, T. R. A.D.A.M. Atlas de Anatomia. São Paulo: Guanabara Koogan, 1988.
- PHTLS atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
- SOUSA, R. M. C. et al. Atuação no trauma: uma abordagem para a enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2009.

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 025**	**VERSÃO:** 2
AVALIAÇÃO PUPILAR	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 5**

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: EAEECD486ED6449...
Aprovado por: Tassiana Pita	Data: 01/10/2022	Visto: Assinado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz CEC19F2997164F7...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
1	25/09/2022	Elaboração do procedimento
2	01/03/2024	Revisão

DS

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

1- OBJETIVO

Avaliar a reatividade pupilar. Observar o diâmetro, a simetria, o reflexo ao estímulo luminoso e a velocidade da resposta do estímulo a luz.

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 Intervencionista

4 - MATERIAL

- Equipamentos de proteção individual (óculos, luvas e máscara facial)
- Lanterna

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Utilizar os equipamentos de proteção individual;
- Fechar o olho do usuário ou, se possível, pedir para que o usuário feche;
- Aguardar alguns segundos;
- Levantar rapidamente a pálpebra ou pedir para que abra os olhos, dirigindo o foco de luz diretamente sobre a área da pupila;

DS

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

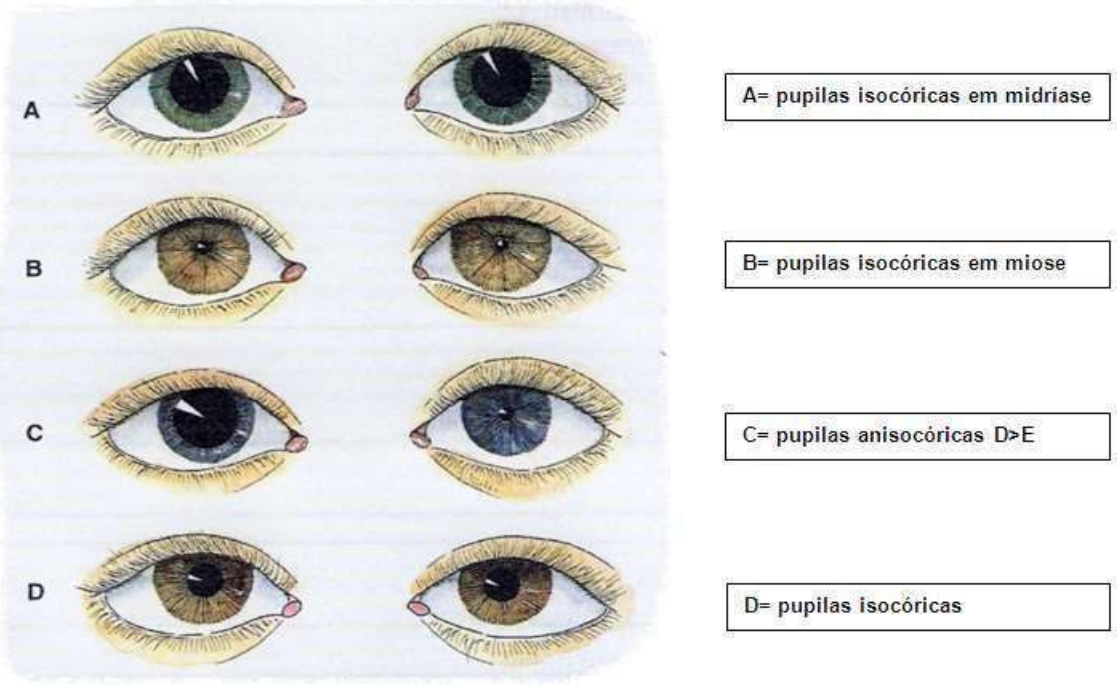
- Repetir no outro olho o mesmo procedimento;
- Avaliar as pupilas quanto à simetria, diâmetro, fotorreatividade e velocidade da resposta ao estímulo luminoso.

6 - OBSERVAÇÃO

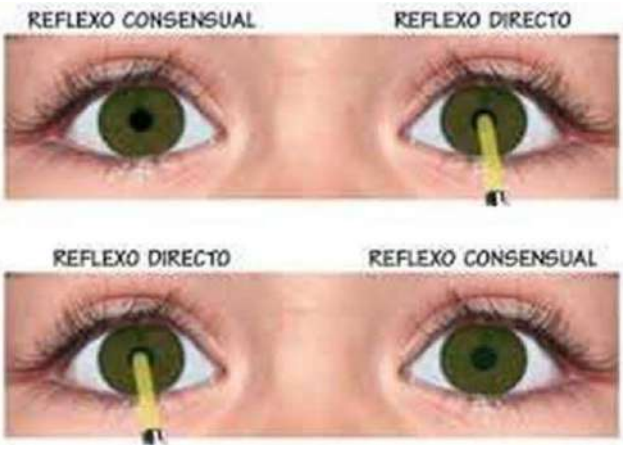
- Na incidência da luz espera-se que a pupila apresente constricção e na retirada do foco luminoso retorno à dilatação.
- Quanto a velocidade da reação a luz devemos considerar constrição rápida como normal (fotorreagente), a constrição lenta (bradirreagente) e arreativa ou fixa como dados de avaliação de anormalidade.
- Avalie as pupilas quanto à simetria, diâmetro, fotorreatividade e velocidade da resposta ao estímulo luminoso – PERRL: Pupilas estão Equivalentes, Redondas e Reativas à Luz?
- Ainda quanto à reação ao estímulo luminoso pupilar espera-se que ao incidir a luz em uma das pupilas a outra produza um reflexo consensual àquela que recebe o foco de luz direto. O diâmetro da pupila varia de 1 a 9 mm, sendo considerada uma variação normal de 2 a 6 mm, com um diâmetro médio em torno de 3,5 mm.
- Quanto à simetria elas serão isocóricas quando possuírem o mesmo diâmetro e anisocóricas quando uma pupila for maior que a outra.
- OBS: Quando anisocóricas, sempre anotar a pupila maior em relação à menor - pupilas anisocóricas Ex. D>E.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481



Fonte: acervo do autor



Fonte: acervo do autor

- Para realização das intervenções utilize sempre equipamentos de proteção individual (EPI), como óculos, luvas e máscara facial.
- Uma alteração pupilar significa uma situação de gravidade neurológica e, portanto o médico regulador ou assistencialista deve ser comunicado imediatamente.

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

7 - REGISTRO

Registrar a assistência prestada em ficha de atendimento de enfermagem com assinatura e carimbo constando número do Coren de quem realizou a técnica.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- MARIANI, P. P., PARANHOS, W. Y. Traumatismo cranioencefálico. In: ATUAÇÃO no trauma: uma abordagem para enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2009.

- PHTLS atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 026**	**VERSÃO:** 2
CALÇAR E RETIRAR LUVA ESTERIL	**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: FAEFCD486FD6449...
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

DS

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

1- OBJETIVO

Prevenir a contaminação e transmissão de infecções ao usuário durante a utilização de materiais estéreis e realização de procedimentos invasivos.
Reduzir o risco de contaminação das mãos dos profissionais de saúde com sangue e outros fluidos corporais.
Reduzir o risco de disseminação de germes para o ambiente e de transmissão do profissional de saúde para o usuário e vice-versa, bem como de um usuário para o outro.

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
- Dentista

4 - MATERIAL

- Embalagem de luva estéril com numeração adequada.

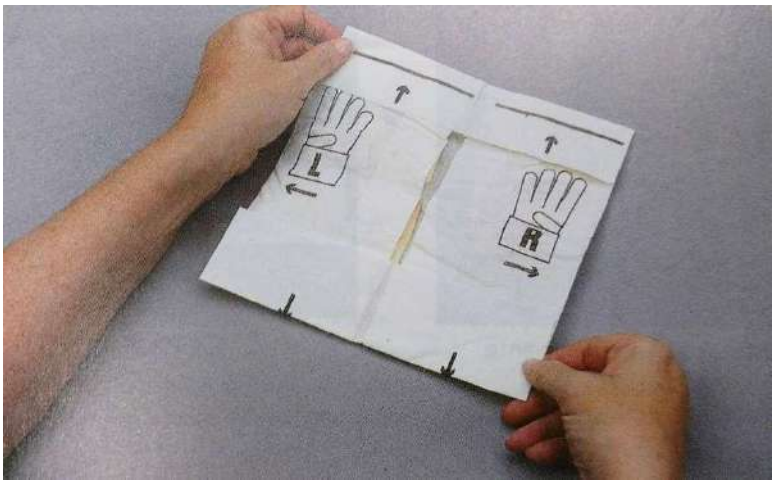
5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos.
- Apoiar embalagem da luva sobre uma superfície limpa.

DS

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

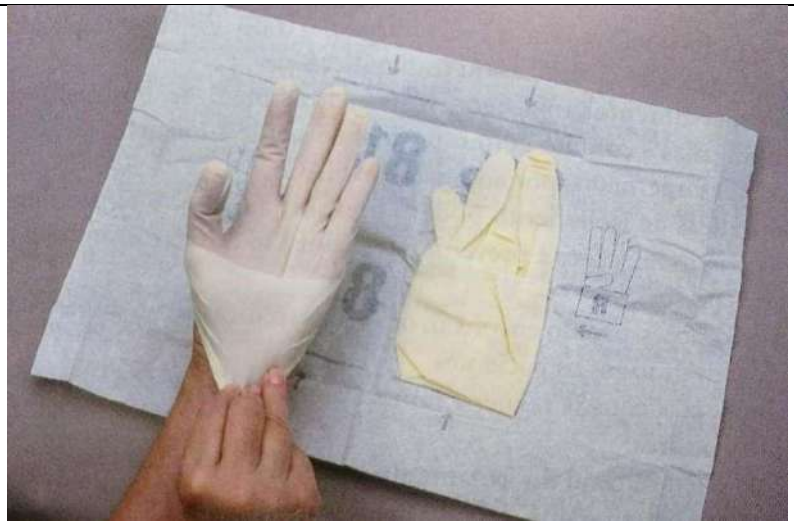
- Abrir a embalagem de forma correta conforme indicado pelo fabricante verificando data de validade da esterilização.
- Pegar a embalagem interna e colocá-la sobre a superfície limpa, seca e plana, ao nível dos punhos. Abrir a embalagem, mantendo as luvas na superfície interna do invólucro.



Fonte: Potter et al. (2018)

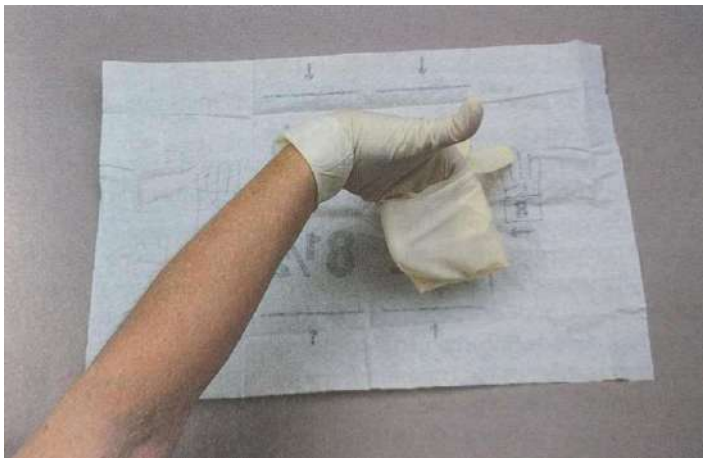
- Identificar a luva direita e a esquerda. Cada luva tem um punho com cerca de 5cm de largura. Calçar primeiro a luva da mão dominante.
- Com o polegar e os dois primeiros dedos da mão não dominante, segurar a margem do punho da luva para a mão dominante.
- Puxar a luva sobre a mão dominante, deixando o punho e certificando-se de que ele não enrole até o seu pulso. Assegurar que o polegar e os dedos estejam nos espaços adequados.

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481



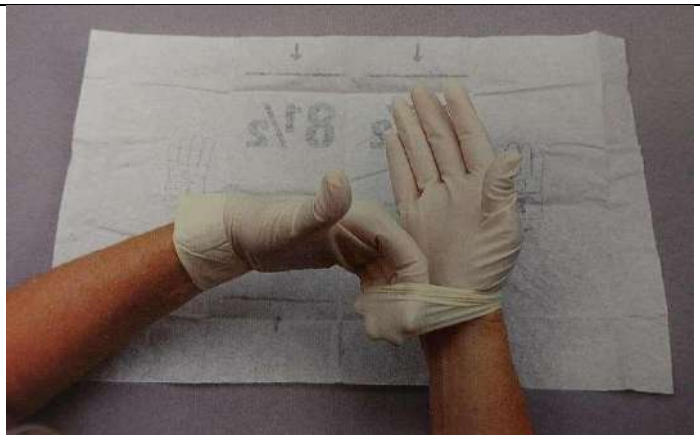
Fonte: Potter et al. (2018)

- Com a mão dominante enluvada, deslizar os dedos sob o punho da segunda luva e puxar cuidadosamente sobre a mão não dominante.



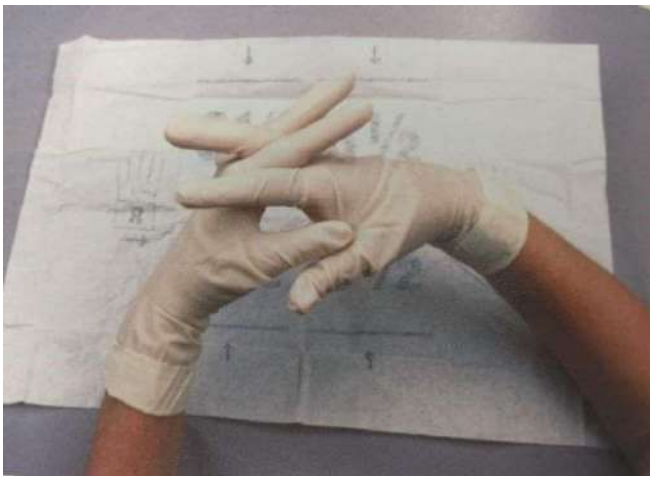
Fonte: Potter et al. (2018)

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481



Fonte: Potter et al. (2018)

- Após a colocação da segunda luva, entrelaçar as mãos acima do nível do punho. Os punhos da luva costumam descer após a aplicação. Certificar se de tocar somente os lados estéreis.



Fonte: Potter et al. (2018)

- Retirar as luvas após o procedimento.
- Pegar a parte externa de um punho com a outra mão enluvada e puxar. Evitar tocar no punho.
- Puxar a luva para fora, virando a de dentro para fora e colocando-a na mão enluvada.
- Colocar os dedos da mão sem luva dentro do punho da luva de dentro para fora e sobre a luva anteriormente removida.

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481



Fonte: Potter et al. (2018)

- Descartar as luvas em recipiente adequado de material contaminado.

6 - OBSERVAÇÃO

. Luvas de procedimentos devem ser utilizadas para:

- proteção individual, nos casos de contato com sangue e líquidos corporais e contato com mucosas e pele não íntegra de todos os usuários;
- reduzir a possibilidade de transmissão de microrganismos de um usuário para outro nas situações de precaução de contato;

Devem ser trocadas:

- durante o contato com um mesmo usuário ao mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo;
- quando estiverem danificadas;
- sempre que o profissional entrar em contato com outro usuário;
- O profissional, quando com luvas, não deve tocar desnecessariamente superfícies e materiais (tais como telefones, maçanetas, portas);
- O uso de luvas não substitui a higienização das mãos.

7 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Luvas cirúrgicas e luvas de procedimentos: considerações sobre seu uso. BIT - Boletim Informativo de
- Técnovigilância, Brasília, DF, n. 2, abr./maio/jun. 2011.
- OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. Higienização das mãos. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5077:higieniz acao-correta-das-maos-e-fundamental-para-garantir-seguranca-dopaciente&Itemid=812>. Acesso em: 20 fev. 2018.
- POTTER, P. A. et al. Fundamentos de Enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 027**	**VERSÃO:** 2
CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO FEMININO	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 5**

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: FAEFCD486FD6449...
Aprovado por: Tassiana Pita	Data: 01/10/2022	Visto: Assinado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz CEC19F2097164E7...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
1	25/09/2022	Elaboração do procedimento
2	01/03/2024	Revisão

DS

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

1- OBJETIVO

Promover o esvaziamento da bexiga impedindo a distensão abdominal e coleta de exames livres de contaminação.

2 – ALCANCE

Unidades Média Complexidade: Pronto Socorro Santana, UPA Jaçanã, AMA Lauzane, AMA Jardim Joamar e AMA Wamberto Dias da Costa

3 – COMPETÊNCIA

- Enfermeiro
- Médico

4 - MATERIAL

- Bandeja
- Cateter uretral de calibre compatível;
- Gel hidrossolúvel lubrificante ou anestésico gel a 2%;
- Kit de cateterismo vesical estéril contendo 1 cuba rim, 1 cuba redonda, 1 pinça;
- Pacote de gaze estéril;
- Solução antisséptica aquosa de clorexidina a 0,2%;
- Comadre;
- Sabonete neutro;

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

- Luvas de procedimento;
- Luvas estéreis;
- Bacia com água;
- Duas compressas ou toalha;
- Campo fenestrado;
- Biombo;
- Equipamentos de Proteção Individual.

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos;
- Preparar o material;
- Reunir todo o material necessário;
- Separar o material necessário para higienização do períneo;
- Avaliar as condições da usuária, mobilidade, limitações físicas, nível de consciência, capacidade de compreensão e cooperação, padrão e última eliminação urinária, alterações geniturinárias, intercorrências ou alergias;
- Conferir o nome completo da usuária, data de nascimento, número do prontuário;
- Orientar a usuária quanto ao procedimento a ser realizado;
- Fechar a porta do local e/ou colocar biombo para manter a privacidade da usuária;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Higienizar a região perineal e genital da usuária, caso necessário, utilizando a bacia com água, as compressas ou toalha e o sabonete neutro;
- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos, após higiene perineal;
- Separar o material necessário para o cateterismo vesical;

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

- Posicionar a usuária em decúbito dorsal supina com joelhos flexionados e afastados. Posição feminina alternativa: decúbito lateral (de Sims), com a parte superior da perna flexionada no joelho e no quadril;
- Abrir o pacote estéril de cateterismo, com cuidado para não contaminar;
- Abrir o pacote de gaze estéril dentro da cuba redonda;
- Umedecer as gazes com solução aquosa;
- Posicionar a cuba rim próxima à região perineal da usuária, em cima do campo estéril;
- Abrir o cateter uretral em cima do campo/embalagem estéril;
- Despejar o gel hidrossolúvel lubrificante ou anestésico gel a 2% na cuba rim;
- Calçar a luva estéril em cima de uma superfície plana próxima ao campo conforme procedimento operacional;
- Dobrar as gazes embebidas em solução aquosa, uma a uma e mantê-las dentro da cuba redonda;
- Separar cuidadosamente os lábios vaginais com a mão não dominante (agora contaminada) para expor totalmente o meato urinário, manter a posição da mão não dominante durante todo o restante do procedimento;
- Com auxílio da pinça limpar os lábios e o meato urinário do clitóris para o ânus. Usar uma gaze para cada área que limpar;



Fonte: Potter et al. (2018)

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

- Limpar a prega labial mais distante, a prega labial mais próxima e diretamente sobre o centro do meato uretral;
- Lubrificar o cateter uretral cerca de 2 a 5cm no gel hidrossolúvel lubrificante ou anestésico gel a 2%;
- Pedir à usuária para fazer força para baixo de leve e introduzir lentamente o cateter lubrificado no meato uretral da usuária até a saída da urina;
- Liberar os lábios vaginais, mas manter o cateter seguro;
- Verificar a saída de urina pelo cateter, deixando-a cair na cuba rim;
- Realizar movimento de compressão da bexiga para auxiliar na saída da urina;
- Após a saída completa da urina, clampar o cateter com a pinça e removê-lo da uretra;
- Recolher todo o material;
- Recompor a unidade;
- Colocar a usuária em posição confortável;
- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos.

6 - OBSERVAÇÃO

. Se disponível, pode ser colocado o campo fenestrado estéril ao redor da região genital da usuária para manter a área mais protegida. O campo fenestrado será removido após a finalização do procedimento.

7 - REGISTRO

Registrar o procedimento realizado, número do cateter, características da diurese e quantidade, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em prontuário.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- POTTER, P. A. et al. Fundamentos de Enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.
- TAYLOR, C. et al. Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 028**	**VERSÃO:** 2
CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO MASCULINO	**VALIDADE:01/03/2026**	**Pag. 1 de 5**

Elaborado por: Fabricio Lopes da Silva	Data: 25/09/2022	Visto: Assinado por: Fabricio Lopes da Silva 07704B2C355C4A3...
Revisado por: Carla Casaes	Data: 28/09/2022	Visto: DocuSigned by: FAEFCD486FD6449...
Aprovado por: Tassiana Pita	Data: 01/10/2022	Visto: Assinado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz CEC19E2097164E7...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
1	25/09/2022	Elaboração do procedimento
2	01/03/2024	Revisão

DS

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

1- OBJETIVO

Promover o esvaziamento da bexiga impedindo a distensão abdominal e coleta de exames livres de contaminação.

2 – ALCANCE

Unidades Média Complexidade: Pronto Socorro Santana, UPA Jaçanã, AMA Lauzane, AMA Jardim Joamar e AMA Wamberto Dias da Costa

3 – COMPETÊNCIA

- Enfermeiro
- Médico

4 - MATERIAL

- Bandeja
- Cateter uretral de calibre compatível;
- Gel hidrossolúvel lubrificante ou anestésico gel a 2%;
- Kit de cateterismo vesical estéril contendo 1 cuba rim, 1 cuba redonda, 1 pinça;
- Pacote de gaze estéril;
- Solução antisséptica aquosa de clorexidina a 0,2%;
- Uma seringa de 20 mL;
- Comadre;

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

- Sabonete neutro;
- Luvas de procedimento;
- Luvas estéreis;
- Bacia com água;
- Duas compressas ou toalha;
- Campo fenestrado (vide observação);
- Biombo;
- Equipamentos de Proteção Individual.

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos;
- Preparar o material;
- Reunir todo o material necessário;
- Separar o material necessário para higienização do períneo;
- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos;
- Orientar o usuário quanto ao procedimento a ser realizado;
- Fechar a porta ou colocar biombo para manter a privacidade do usuário;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Higienizar a região perineal e genital do usuário utilizando a bacia com água, as compressas ou toalha e o sabonete neutro;
- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos, após procedimento;
- Separar o material necessário para o cateterismo vesical;
- Posicionar o usuário em decúbito dorsal com as pernas estendidas e afastadas;

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

- Abrir o pacote estéril de cateterismo, com cuidado para não contaminar;
- Abrir o pacote de gaze estéril dentro da cuba redonda;
- Umedecer as gazes com solução aquosa de clorexidina a 2%;
- Posicionar a cuba rim próxima à região perineal do usuário, em cima do campo estéril;
- Abrir o cateter uretral, a seringa de 20 mL e colocar no pacote estéril de cateterismo;
- Calçar a luva estéril em cima de uma superfície plana próxima ao campo; conforme procedimento operacional;
- Desconectar o êmbolo da seringa;
- Preencher o interior do corpo da seringa com 10 mL de gel lubrificante com auxílio de gazes estéreis;
- Conectar novamente o êmbolo da seringa com cuidado para que o gel lubrificante não extravase;
- Dobrar as gazes embebidas em solução aquosa de clorexidina a 2%, uma a uma e mantê-las dentro da cuba redonda;
- Segurar o pênis do usuário com a mão não dominante (essa mão não deverá ser removida dessa posição até o final da introdução da sonda);
- Com a outra mão pegar a pinça e iniciar a antissepsia da região genital;
- Realizar a antissepsia do meato uretral com uma gaze em movimento circular único;



Fonte: Potter et al. (2018)

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

- Realizar a antissepsia da glande com outra gaze em movimento circular único;
- Pegar a seringa com gel lubrificante;
- Introduzir a seringa com gel lubrificante na uretra do usuário;
- Introduzir o cateter na uretra do usuário até a saída de urina;
- Verificar a saída de diurese pelo cateter, deixando-a cair na cuba rim;
- Realizar movimento de compressão da bexiga para auxiliar na saída da diurese;
- Após a saída completa da diurese, clampar o cateter com a pinça e removê-lo da uretra;
- Recolher todo o material;
- Recompor a unidade;
- Colocar o usuário em posição confortável;
- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos.

6 - OBSERVAÇÃO

. Se disponível, pode ser colocado o campo fenestrado estéril ao redor da região genital do usuário para manter a área mais protegida. O campo fenestrado será removido após a finalização do procedimento.

7 - REGISTRO

Registrar o procedimento realizado, número do cateter, características e quantidade da diurese, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em prontuário ou Ficha de atendimento ambulatorial.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- POTTER, P. A. et al. Fundamentos de Enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier 2018.
- TAYLOR, C. et al. Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 029**	**VERSÃO:** 2
CATETERISMO VESICAL DE DEMORA FEMININO	**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 07704B2C355C4A3...
Revisado por: Carla Casaes	Data: 28/09/2022	Visto: DocuSigned by: FAEFCD486FD6449...
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

DS

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

1- OBJETIVO

Realizar técnica asséptica de forma segura para a usuária e profissional, evitando contaminações e prevenindo infecções urinárias. Tendo como finalidades, promover o esvaziamento da bexiga, monitorar o débito urinário, preparar para cirurgias, realizar irrigação vesical, tratar incontinências urinárias, retenções urinárias, distúrbios obstrutivos, entre outras causas.

2 – ALCANCE

Unidades Média Complexidade: Pronto Socorro Santana, UPA Jaçanã, AMA Lauzane, AMA Jardim Joamar e AMA Wamberto Dias da Costa

3 – COMPETÊNCIA

- Enfermeiro
- Médico

4 - MATERIAL

- Bandeja
- Cateter uretral tipo Foley de 2 ou 3 vias, conforme prescrição médica
- Bolsa coletora
- Kit de cateterismo vesical estéril contendo: 1 cuba rim, 1 cuba redonda, 1 pinça pean
- Pacote de gaze estéril
- Solução antisséptica aquosa de clorexidina a 0,2%;
- Gel hidrossolúvel lubrificante ou anestésico gel a 2%;

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

- 02 seringas de 20 mL com bico Luer Slip
- 01 Agulha 40x 1,2 mm
- Uma ou mais ampolas de água destilada frasco de 10 mL, usar a quantidade indicada no cateter
- Fita adesiva hipoalérgica
- Luvas de procedimento
- Luvas estéreis
- Campo fenestrado estéril com fenda (opcional)
- Biombo
- Equipamentos de Proteção Individual.

MATERIAL PARA HIGIENE DO PERÍNEO

- Comadre
- Sabonete líquido
- Luvas de procedimento
- Bacia com água
- Duas compressas ou toalha

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Revisar os registros da usuária, buscando a indicação do procedimento e a prescrição médica;
- Avaliar as condições da usuária, mobilidade, limitações físicas, nível de consciência, capacidade de compreensão e cooperação, padrão e última eliminação urinária, alterações geniturinárias, intercorrências ou alergias;
- Quando possível use um cateter de menor calibre para reduzir ao máximo o trauma e o desconforto (cateter de grosso calibre pode danificar a uretra e o meato uretral, aumentar a irritabilidade da bexiga e fazer a urina vazar em torno do cateter devido a um espasmo);
- Conferir o nome completo da usuária data de nascimento, número do prontuário;

DS
LAPH

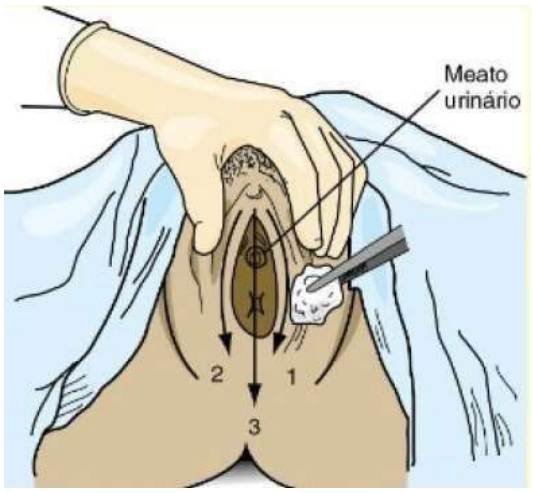
Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

- Checar a prescrição médica, indicação para o cateterismo, calibre do cateter tipo foley;
- Reunir todo o material necessário;
- Explicar o procedimento e a finalidade do mesmo a usuária e ou acompanhante;
- Promover ambiente iluminado e privativo; utilize o biombo ou foco de luz extra, se necessário;
- Obter ajuda para posicionar usuárias frágeis, debilitadas, mentalmente confusas;
- Realizar a higiene perineal, caso necessário, utilizando luvas de procedimento, recipiente com água e sabonete líquido, comadre, toalha ou compressas;
- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos;
- Posicionar a usuária em decúbito dorsal, joelhos flexionados e afastados, deixando somente a genitália exposta;
- Colocar uma toalha, lençol abaixo das nádegas e coxas da usuária;
- Posição feminina alternativa: decúbito lateral (de Sims), com a parte superior da perna flexionada no joelho e no quadril.
- Assegurar que a área retal seja coberta para reduzir o risco de contaminação;
- Abrir o pacote estéril de cateterismo, utilizando técnica asséptica, entre as pernas da usuária, próximo à genitália, tomando o cuidado para não contaminar o material;
- Abrir o pacote de gazes estéril dentro da cuba redonda;
- Umedecer as gazes com solução aquosa de clorexedina a 2%;
- Abrir todo o material estéril colocando em cima do campo do pacote de cateterismo: o cateter (mantê-lo na embalagem plástica), a bolsa coletora, o campo fenestrado (se disponível), as seringas, a agulha;
- Despejar o gel hidrossolúvel lubrificante ou anestésico gel a 2% na cuba rim;
- Realizar a desinfecção da ampola de água destilada com álcool a 70% e a abri-la posicionando-a próxima para a aspiração da mesma;
- Calçar a luva estéril em cima de uma superfície plana próxima ao campo, conforme procedimento operacional;
- Conectar a agulha na seringa;

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

- Aspirar o conteúdo da ampola de água destilada em quantidade indicada pelo fabricante do cateter uretral tipo foley (vide observação);
- Retirar o ar da seringa, desconectar a agulha e conectar a seringa à via do balonete do cateter;
- Efetuar o teste do balonete do cateter, injetando o volume de água destilada;
- Desinsuflar o balonete após teste, mantendo a seringa conectada ao cateter;
- Conectar o cateter à bolsa coletora, mantendo o sistema de drenagem fechado;
- Verificar o clamp da extensão que deve permanecer aberto e o clamp da bolsa coletora deve permanecer fechado;
- Posicionar o campo fenestrado com a fenda para baixo sobre o períneo da usuária, expondo a genitália;
- Separar os lábios vaginais com a mão não dominante, expondo o meato urinário;
- Manter a posição da mão não dominante até terminar o procedimento;
- Com auxílio da pinça inicie utilizando as gazes umedecidas na solução aquosa de clorexidina a 2% e limpe os lábios e o meato uretral em direção ao ânus. Usar uma gaze para cada área que você limpar, começando pelos grandes lábios, pequenos lábios e meato uretral;



Fonte: POTTER et al. (2018)

- Pegar e segurar o cateter uretral de 7,5 a 10 cm pela extremidade, com o cateter frouxamente enrolado na palma da mão;
- Lubrificar o cateter uretral (cerca de 2,5 a 5cm) no gel hidrossolúvel lubrificante ou anestésico gel a 2%;
- Pedir para a usuária fazer força para baixo (se possível), introduzir o cateter lentamente pelo meato

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

uretral, de 5 a 7,5 cm num adulto ou até a urina fluir, não forçar caso encontre resistência;

- Liberar os lábios vaginais, mas manter o cateter seguro na mão não dominante;
- Injetar a água destilada que está na seringa na via do balonete;
- Tracionar o cateter delicadamente até obter resistência;
- Fixar o cateter com a fita hipoalergênica (de preferência), no nível da bifurcação do mesmo na face interna da coxa, deixando uma folga permitindo livre movimentação da perna e evitar tração do cateter;
- Colocar a bolsa coletora na parte inferior da cama da usuária, do mesmo lado em que foi fixado o cateter, sempre abaixo do nível da bexiga,
- Observar o volume drenado e as características da urina;
- Recolher todo material usado e colocá-lo na bandeja;
- Retirar as luvas;
- Identificar a bolsa coletora com data, número da sonda, volume injetado no balonete, nome do executor da técnica;
- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos;
- Registrar a anotação de enfermagem.

6 - OBSERVAÇÃO

Troca Imediata: Obstrução do cateter ou tubo coletor, sempre que houver violação do sistema fechado, mal funcionamento do cateter, extravasamentos e presença de febre de origem indeterminada.
Os cateteres de demora vêm em diversos tamanhos de balão, de 3 mL (para crianças) a 30 mL (para adultos). O tamanho do balão está geralmente impresso na escotilha do cateter. O tamanho de balão recomendado para um adulto é 10 mL (o balão tem 5 mL e requer 10 mL para se encher totalmente). O uso prolongado de balões maiores (30 mL) foi associado a um maior desconforto do paciente, à irritação e ao trauma à uretra, a um risco aumentado de expulsão do cateter e ao esvaziamento incompleto da bexiga.

7 - REGISTRO

Registrar em prontuário o procedimento realizado anotando as características da diurese, data e horário do procedimento, tamanho do cateter utilizado, volume injetado no balonete, colocando o carimbo e assinatura de quem realizou a técnica. Lançar o procedimento no sistema Hygia.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 450/2013, 11 de dezembro 2013. Normatiza o procedimento de sondagem vesical no âmbito do sistema
- Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04502013-4_23266.html>. Acesso em: 15 mai 2019.
- POTTER, P. A. et al. Fundamentos de Enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.
- TAYLOR, C. et al. Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 030**	**VERSÃO:** 2
CATETERISMO VESICAL DE DEMORA MASCULINO	**VALIDADE 01/03/2026**	**Pag. 1 de 6**

Elaborado por: Fabricio Lopes da Silva	Data: 25/09/2022	Visto: Assinado por: Fabricio Lopes da Silva 07704B2C355C4A3...
Revisado por: Carla Casaes	Data: 28/09/2022	Visto: DocuSigned by: FAEFCD486FD6449...
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

DS

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

1- OBJETIVO

Realizar técnica asséptica de forma segura para o usuário e profissional, evitando contaminações e prevenindo infecções urinárias. Tendo como finalidades, promover o esvaziamento da bexiga, monitorar o débito urinário, preparar para cirurgias, realizar irrigação vesical, tratar incontinências urinárias, retenções urinárias, distúrbios obstrutivos, entre outras causas.

2 – ALCANCE

Unidades Média Complexidade: Pronto Socorro Santana, UPA Jaçanã, AMA Lauzane, AMA Jardim Joamar e AMA Wamberto Dias da Costa

3 – COMPETÊNCIA

- Enfermeiro
- Médico

4 - MATERIAL

- Bandeja
- Cateter uretral tipo Foley de 2 ou 3 vias, conforme prescrição
- Bolsa coletora sistema fechado
- Kit de cateterismo vesical estéril contendo: 1 cuba rim, 1 cuba redonda, 1 pinça pean
- Pacote de gaze estéril
- Solução antisséptica aquosa de clorexidina a 0,2%
- Gel hidrossolúvel lubrificante ou anestésico gel a 2%
- 02 seringas de 20 mL com bico Luer Slip

DS

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

- 01 Agulha 40x 1,2 mm
- Ampola de água destilada frasco de 10 mL, usar a quantidade indicada no cateter;
- Fita adesiva hipoalergênica
- Luvas estéreis
- Biombo
- Equipamentos de Proteção Individual

MATERIAL PARA HIGIENE DO PERÍNEO

- Comadre
- Sabonete líquido
- Luvas de procedimento
- Bacia com água
- Duas compressas ou toalha

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Revisar os registros do usuário, buscando a indicação do procedimento, a prescrição médica;
- Avaliar as condições do usuário, mobilidade, limitações físicas, nível de consciência, capacidade de compreensão e cooperação, padrão urinário, alterações geniturinárias, intercorrências ou alergias;
- Conferir o nome completo do usuário, data de nascimento, número do prontuário;
- Checar o calibre do cateter. Quando possível, usar um cateter de menor calibre para reduzir ao máximo o trauma e o desconforto. Cateter de maior calibre pode danificar a uretra e o meato uretral, aumentar a irritabilidade da bexiga e fazer a urina vazar em torno do cateter devido a um espasmo;
- Promover ambiente iluminado e privativo. Utilizar o biombo e foco de luz extra, se necessário;
- Explicar o procedimento e a finalidade do mesmo ao usuário e/ou acompanhante;
- Reunir todo o material necessário;
- Obter ajuda de outro profissional para posicionar usuários frágeis, mentalmente confusos, debilitados;

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

- Realizar a higiene intima prévia, utilizando luvas de procedimento, recipiente com água e sabonete líquido, comadre, toalha ou compressas;
- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos;
- Posicionar o usuário em decúbito dorsal, com as pernas estendidas e ligeiramente afastadas;
- Colocar uma toalha ou lençol embaixo das nádegas e coxas do usuário;
- Utilizar técnica asséptica para abrir o pacote estéril de cateterismo, preferencialmente entre as pernas, próximo à genitália do usuário;
- Abrir o pacote de gazes estéril dentro da cuba redonda;
- Umedecer as gazes na cuba redonda com a solução tópica antisséptica;
- Abrir todo o material estéril colocando em cima do campo do pacote de cateterismo: o cateter (mantê-lo na embalagem plástica), a bolsa coletora, as seringas e a agulha;
- Calçar as luvas estéreis conforme procedimento operacional padrão;
- Conectar a agulha à seringa;
- Solicitar que o auxiliar que proceda com a desinfecção da ampola de água destilada com álcool a 70% e a abra posicionando-a para a aspiração da mesma;
- Retirar o ar da seringa, desconectar a agulha e conectar a seringa à via do balonete do cateter;
- Efetuar o teste do balonete do cateter, injetando o volume de água destilada indicada pelo fabricante;
- Desinsuflar o balonete após teste, mantendo a seringa conectada ao cateter;
- Com a outra seringa de 20mL, retirar o êmbolo e solicitar que o auxiliar despeje cerca de 10 a 15mL do gel hidrossolúvel lubrificante ou gel anestésico à 2% dentro da mesma, desprezando a primeira gota, recolocar o êmbolo e retirar o ar da mesma, reservar deixando em cima do campo;
- Conectar o cateter à bolsa coletora, mantendo o sistema de drenagem fechado;
- Verificar o clamp da extensão que deve permanecer aberto e o clamp da bolsa coletora deve permanecer fechado;
- Com a mão não dominante expor o prepúcio (caso não circuncidado) e segurar cuidadosamente o pênis pelo eixo imediatamente abaixo da glande. Manter o eixo do pênis em ângulo reto com o corpo. Esta mão permanece nesta posição pelo restante do procedimento;

DS

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

- Usando uma pinça estéril na mão dominante, pegar uma gaze umedecida com solução antisséptica e proceder à antissepsia do meato uretral em movimento circular em direção externa num movimento em espiral. Repetir 3 vezes usando uma gaze de cada vez;
- Após a antissepsia, manter a pinça fora do campo estéril;
- Pegar a seringa com gel hidrossolúvel lubrificante ou gel anestésico a 2%, injetando lentamente 10 a 15 mL pelo meato uretral;
- Manter o pênis posicionado a 90º; pedir para o usuário fazer força para baixo como se fosse para urinar e introduzir o cateter lentamente pelo meato uretral;
- Avançar com o cateter até sua bifurcação ou até que a urina flua pela extremidade do cateter. Se houver resistência, não forçar, pedir para o usuário respirar fundo e lentamente para promover um relaxamento do esfíncter e facilitar a entrada do cateter;
- Abaixar o pênis e segurar firmemente o cateter com a mão não dominante;
- Injetar a água destilada que está na seringa na via do balonete;
- Se o usuário se queixar de dor no momento da insuflação do balonete, desinsuflar o balão, avançar um pouco mais com o cateter e reinflar o balão;
- Tracionar o cateter delicadamente até obter resistência;
- Reposicionar o prepúcio;
- Fixar o cateter com a fita hipoalergênica, ao nível da bifurcação do cateter na região suprapúbica, ou na face anterior da coxa, deixando uma folga, permitindo livre movimentação dos membros inferiores;
- Colocar a bolsa coletora na parte inferior da cama do usuário, do mesmo lado em que foi fixado o cateter, sempre abaixo do nível da bexiga;
- Observar o volume drenado e as características da urina;
- Recolher todo o material usado e colocá-lo na bandeja;
- Retirar as luvas;
- Identificar a bolsa coletora com data, hora, volume injetado no balonete, número da sonda, nome do executor da técnica;
- Encaminhar o material para desprezo adequado;

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos.
- Registrar a anotação de enfermagem.

6 - OBSERVAÇÃO

Troca Imediata: Obstrução do cateter ou tubo coletor, sempre que houver violação do sistema fechado, mal funcionamento do cateter, extravasamentos e presença de febre de origem indeterminada.
Os cateteres de demora vêm em diversos tamanhos de balão, de 3 mL (para crianças) a 30 mL (para adultos). O tamanho do balão está geralmente impresso na escotilha do cateter. O tamanho de balão recomendado para um adulto é 10 mL (o balão tem 5 mL e requer 10 mL para se encher totalmente). O uso prolongado de balões maiores (30 mL) foi associado a um maior desconforto do paciente, à irritação e ao trauma à uretra, a um risco aumentado de expulsão do cateter e ao esvaziamento incompleto da bexiga.

7 - REGISTRO

Registrar o procedimento realizado em prontuário, anotando as características da diurese, data e horário do procedimento, nº do cateter utilizado, quantidade de água destilada colocada no balonete, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica. Lançar o procedimento no prontuário

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 450/2013, 11 de dezembro 2013. Normatiza o procedimento de sondagem vesical no âmbito do sistema
- Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04502013-4_23266.html>. Acesso em: 15 mai 2019.
- POTTER, P. A. et al. Fundamentos de Enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.
- TAYLOR, C. et al. Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 031**	**VERSÃO:** 2
CATETERISMO VESICAL DE DEMORA POR CICTOSTOMIA	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 6**

Elaborado por: Fabricio Lopes da Silva	Data: 25/09/2022	Visto: Assinado por: Fabricio Lopes da Silva 07704B2C355C4A3...
Revisado por: Carla Casaes	Data: 28/09/2022	Visto: DocuSigned by: FAEFCD486FD6449...
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

DS

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

1- OBJETIVO
Realizar cateterismo vesical de demora por cistostomia.
2 – ALCANCE
Unidades Média Complexidade: Pronto Socorro Santana, UPA Jaçanã, AMA Lauzane, AMA Jardim Joamar e AMA Wamberto Dias da Costa
3 – COMPETÊNCIA
• Enfermeiro • Médico
4 - MATERIAL
• Bandeja • Sonda foley ou de silicone de duas vias com calibre adequado, conforme prescrição • Bolsa coletora sistema fechado • Kit de cateterismo estéril contendo 01 cuba rim, 1 cuba redonda, 1 pinça (se for coletar urina para exames) • Pacotes de gaze estéril • Sabonete neutro líquido/ álcool gel • Solução fisiológica a 0,9% • Solução aquosa clorexidina 0,2%

Docusign Envelope ID: 708833F8-3896-4DCE-A893-E58E64705481

- Duas seringas de 20 mL
- Agulha 25x0,8 mm
- Água destilada estéril – frasco de 20 mL
- Fita hipoalergênica (micropore)
- Luvas de procedimentos (1 par)
- Luvas estéreis (1 par)
- Equipamento proteção individual (avental, máscara cirúrgica, óculos de proteção)

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos;
- Explicar o procedimento para o usuário e cuidador;
- Paramentar-se com os EPIs;
- Preparar o material necessário;
- Promover a privacidade do usuário;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Posicionar o usuário;
- Iniciar o procedimento em duas pessoas, sendo que uma fica paramentada e realiza o procedimento e a outra auxilia;
- Higienizar a região da estomia, utilizando as gazes, sabonete neutro líquido, enxaguar com gaze e Solução Fisiológica 0,9% e secar
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos conforme o procedimento operacional de higienização simples das mãos, após procedimento;
- Abrir o pacote estéril para cateterismo;
- Abrir o pacote de gaze estéril dentro da cuba redonda;

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

- Umedecer as gazes com solução aquosa de clorexidina 0,2%;
- Abrir a sonda e a bolsa coletora em cima do campo;
- Abrir a seringa de 20 mL e a agulha de 25x0,8 mm em cima do campo;
- Calçar a luva estéril conforme o procedimento operacional padrão;
- Conectar a agulha na seringa;
- Abrir a água destilada e oferecê-la para aspirar (auxiliar);
- Aspirar água destilada, 10-30 mL, conforme fabricante da sonda;
- Desconectar a agulha da seringa;
- Testar o balonete da sonda insuflando-o com água destilada;
- Desinsuflar o balonete da sonda;
- Conectar a sonda à bolsa coletora;
- Verificar o clampe da extensão que deve permanecer aberto e o clampe da bolsa coletora que deve permanecer fechado;
- Realizar a antissepsia do estoma com solução aquosa clorexidina 0,2%;
- Conectar a seringa, desinsuflar o balonete e retirar a sonda, desprezando-a (auxiliar);
- Introduzir cerca de 10 a 20 cm da sonda na cistostomia;
- Insuflar o balonete com água destilada, 10-20 mL, conforme fabricante;
- Tracionar lentamente a sonda até sentir resistência;
- Verificar a drenagem espontânea e as características da urina;
- Fixar a sonda, proteger o estoma e a base da sonda com gaze estéril e ocluir com fita hipoalergênica;
- Prender a bolsa coletora na parte inferior da cama após colocar a data, hora e nome do executante;
- Deixar o usuário confortável;
- Retirar os EPIs;

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

- Desprezar o material no lixo adequado e recompor a unidade;
- Higienizar as mãos conforme o procedimento operacional de higienização simples das mãos;
- Orientar o usuário e o cuidador sobre os cuidados com a cistostomia;
- Agendar retorno;
- Registrar o procedimento no prontuário do usuário e no prontuário domiciliar.

6 - OBSERVAÇÃO

. Cateterismo vesical por cistostomia: drenar urina da bexiga urinária em indivíduos com obstrução do fluxo urinário normal. Cistostomia suprapúbica ou vesicostomia é uma abertura cirúrgica feita acima do osso púbico até a bexiga urinária. Um cateter urinário é introduzido na bexiga e mantido no lugar com um balão e/ou suturas;
Técnica estéril;

Respeitar a privacidade do usuário, mesmo que este esteja inconsciente;

Trocar a sonda a cada 30 dias, ou de acordo com orientação médica ou característica da sonda ou do sistema fechado;
Existem sondas de calibre (6 a 12FR) para crianças e (14 a 24FR) para adultos;

Realizar o curativo do estoma a cada 24 horas;

Atentar aos cuidados preventivos de complicações, hidratação, estoma, dermatites;
Cuidados com o resíduo de saúde.

7 - REGISTRO

Registrar o procedimento realizado, aceitação ou recusa do usuário, data e horário do procedimento, número da sonda, volume insuflado no balonete, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em prontuário

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- ASSIS, G. M; FARO, A. C. M. Clean intermittent self catheterizationin spinal cord injury. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 282- 286, 2011.
- CAMPOS, C. V. S.; SILVA, K. L. Cateterismo vesical intermitente realizado pelos cuidadores domiciliares

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

em um serviço de atenção domiciliar. Revista Mineira de Enfermagem, Belo Horizonte, v. 17, n. 4, 2013. Disponível em:

- <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20130056>. Acesso em: 15 mai 2019.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 032**	**VERSÃO:** 2
COLETA DE ESCARRO PARA TESTE	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 4**

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: FAEFCD486FD6449...
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

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

1- OBJETIVO

Realizar coleta adequada de material para exame de TMR, para diagnóstico da tuberculose.

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: coleta e encaminhamento do exame, registro e notificação.
- Técnico em Enfermagem: coleta encaminhamento do exame, registro e notificação.
- Enfermeiro: Solicitação, coleta, encaminhamento do exame, registro e notificação.

4 - MATERIAL

- Solicitação de exame – SADT – preenchida pelo médico ou enfermeiro;
- Pote de escarro
- Luvas descartáveis
- Lenço de papel ou papel toalha
- Geladeira ou caixa de térmica para material biológico
- Etiqueta com identificação

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos;

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

- Reunir o material;
- Identificar o pote coletor com etiqueta na parte externa do lado oposto à graduação, contendo às seguintes informações: nome completo e data da coleta;
- Identificar e acolher o usuário;
- Explicar ao usuário sobre o procedimento:
- Antes de iniciar, pedir que higienize a cavidade oral com água (não usar creme dental ou solução anti-séptica) e que lave as mãos; caso use prótese dentária deve removê-la antes da coleta, entregar o pote identificado e fechado.
- Orientações para coleta: Inspirar profundamente pelo nariz, reter o ar por alguns instantes e expirar, repetir o procedimento três vezes, inspirar profundamente e expirar com esforço de tosse, após tossir, abrir o pote e expectorar a secreção dentro dele, sem encostar os lábios no pote, repetir o procedimento até que o volume mínimo seja alcançado, o volume ideal é de 5 a 10 mL de escarro;
- Informar que o pote deve ser tampado e colocado em um saco plástico com a tampa para cima, cuidando para que permaneça nessa posição;
- Orientar o usuário a lavar as mãos após o procedimento;
- As amostras devem ser coletadas em local aberto de preferência ao ar livre ou em sala bem arejada;
- Orientar o usuário sintomático respiratório a fazer uso de máscara cirúrgica.

6 - OBSERVAÇÃO

- . Preferencialmente, as amostras devem ser enviadas ao laboratório imediatamente após a coleta, em caixas térmicas com gelo reciclável;
- Para aquelas amostras coletadas fora da rotina do transporte, conservá-la sob refrigeração (geladeira ou caixa térmica com gelo) até que seja providenciado o transporte. O material pode ficar acondicionado em geladeira por até 4 dias.
- Para o transporte de amostras, deve-se considerar o acondicionamento adequado para evitar derramamento. Nunca colocar a requisição de exame juntamente com o pote, anexá-las fora da caixa térmica.

7 - REGISTRO

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

Registrar o procedimento no prontuário.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 033**	**VERSÃO:** 2
COLETA DE SWAB PARA IDENTIFICAÇÃO DE SARS-COVID2 OU H1N1	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 5**

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: FAEFCD486FD6449...
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

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

1- OBJETIVO

Realizar coleta de swab naso-orofaríngeo para identificação de SARS-CoV 2 ou H1N1.

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, se capacitado
- Técnico de enfermagem, se capacitado
- Enfermeiro
- Médico

4 - MATERIAL

- 2 unidades de Swabs estéreis, com haste de plástico, do tipo Rayon (1 para nasofaringe direita e esquerda e 1 para orofaringe)
- 1 Tubo Falcon
- Solução Fisiológica 0,9% (1 mL ou 3mL, a depender do laboratório)
- Equipamentos de Proteção Individual (avental, máscara N95, óculos ou protetor facial, gorro, luvas de procedimentos)
- Etiqueta para identificação do tubo

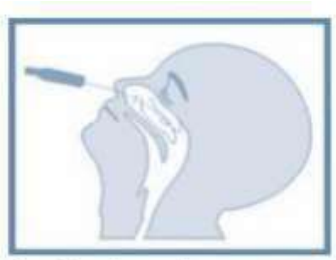
DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

- Tesoura, se necessário

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos;
- Reunir o material;
- Realizar identificação do tubo Falcon;
- Realizar paramentação na seguinte sequência: avental, máscara N95, óculos ou protetor facial, gorro, luvas de procedimentos; Identificar o usuário, perguntando seu nome completo;
- Confirmar se o usuário atende aos critérios para coleta de material para identificação de SARS CoV-2 ou H1N1;
- Explicar o procedimento ao usuário;
- Posicionar o usuário (deitado ou sentado com a cabeça levemente inclinada para trás);
- Introduzir o swab de Rayon na narina (cerca de 5 cm), direcionando para cima (direção dos olhos), com uma angulação de 30 a 45°em relação ao lábio superior). A coleta deve ser realizada com a fricção do swab na região posterior do meato nasal tentando obter um pouco das células da mucosa;



A – *Swab* nasal.

Fonte: BRASIL, 2016

- Remover o swab do nariz do usuário, repetir o procedimento com o mesmo swab na outra narina
- Introduzir o swab imediatamente no tubo Falcon;
- Utilizar o segundo swab para coleta na área posterior da faringe e tonsilas, evitando tocar na língua;

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A



B – *Swab* oral.

Fonte: BRASIL, 2016

- Remover o swab da cavidade oral do usuário e introduzi-lo imediatamente no tubo Falcon;
- Se necessário, utilize a tesoura para aparar as hastes dos swabs;
- Lacrar o tubo Falcon;
- Realizar desparamentação na seguinte sequência: luvas, avental, higienizar as mãos, gorro, óculos ou protetor facial, higienizar as mãos, máscara, higienizar as mãos.
- Enviar para laboratório o material coletado e identificado ;
- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos;
- Registrar o procedimento.

6 - OBSERVAÇÃO

A coleta deve ser realizada do 3° ao 7º dia de início dos sintomas.

7 - REGISTRO

Registrar o procedimento realizado, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em prontuário ou Ficha de Atendimento Ambulatorial.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Guia para a Rede Laboratorial de Vigilância de Influenza no Brasil [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Coordenação-Geral de Saúde Bucal. Nota técnica nº 16/2020-CGSB/DESF/SAPS/MS. Assunto - covid-19 e atendimento odontológico no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 034**	**VERSÃO:** 2
COMBINAÇÃO DE INSULINA	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 3**

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: FAEFCD486FD6449...
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

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

1- OBJETIVO

Reduzir o número de aplicações, procedimentos invasivos e lipodistrofia.

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
- Enfermeiro
- Médico

4 - MATERIAL

- Frascos de insulinas
- Seringa de insulina
- Álcool a 70%
- Algodão

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Verificar a prescrição médica;
- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos;
- Reunir as insulinas prescritas, a seringa, o algodão e álcool 70%;

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

- Homogeneizar a insulina NPH, realizando 20 movimentos circulares suaves no frasco. Se a insulina NPH estiver na geladeira, recomenda-se retirá-la de 15 a 20 minutos antes da aplicação, pois quando gelada a homogeneização é comprometida;
- Proceder à desinfecção das borrachas dos frascos de insulinas com álcool 70%;
- Aspirar ar até a graduação correspondente à dose de insulina NPH prescrita;
- Injetar o ar no frasco de insulina NPH e retirar a agulha do frasco sem aspirar a insulina NPH, reservar;
- Aspirar ar até a graduação correspondente à dose de insulina Regular;
- Injetar o ar no frasco de insulina Regular, virar o frasco e aspirar a insulina Regular correspondente à dose prescrita;
- Eliminar bolhas se houver;
- Retornar o frasco de insulina Regular à posição inicial e retirar a agulha;
- Posicionar de cabeça para baixo o frasco de insulina NPH, introduzir a agulha da seringa que já está com a insulina Regular, e aspirar a dose correspondente à insulina NPH;
- Retornar o frasco para a posição inicial e remover a agulha protegendo-a até o momento da aplicação.

6 - OBSERVAÇÃO

. Se após aspirar as duas insulinas houver bolhas de ar ou a dose aspirada for maior que a soma das doses prescritas, descartar a seringa com a insulina e reiniciar o procedimento com uma nova seringa.

7 - REGISTRO

Registrar o procedimento realizado, as doses administradas de cada insulina, o local, se ocorreram intercorrências durante o procedimento, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em prontuário

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. São Paulo: Clannad, 2017.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 035**	**VERSÃO:** 2
COMPRESSÃO DIGITAL DE PULSO	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 4**

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: FAEFCD486FD6449...
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

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

1- OBJETIVO
Promover a interrupção de fluxo sanguíneo para contenção de hemorragia.
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
• Gaze ou curativo cirúrgico; • Bandagem ou faixa crepe.
5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE
Figura 1

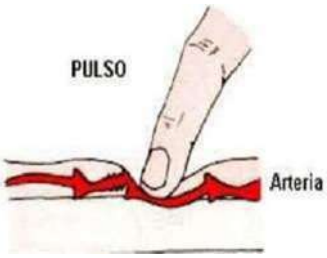
DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A



- Realize a compressão digital dos seguintes pontos arteriais: artéria braquial para sangramento de membros superiores; artéria femoral para hemorragia de membros inferiores; artéria temporal para sangramento do couro cabeludo e artéria radial para sangramento da mão.
- Realize a compressão continuamente até chegada ao serviço de saúde orientado pela Central de Regulação Médica.

Figura 2



Fonte: http://www.bombeirosemergencia.com

Figura 3



DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

Fonte: http://www.isaudebahia.com.br

6 - OBSERVAÇÃO

. Quando se cuida de um ferimento com um objeto empalado, a pressão deve ser aplicada em ambos os lados do objeto, e não sobre o objeto. Nunca remover o objeto;

Caso as mãos estejam realizando atividades vitais, pode ser criado um curativo de compressão usando chumaços de gaze e uma bandagem elástica ou com a utilização do manguito do aparelho de pressão, inflando-o até que a hemorragia pare. O curativo compressivo deve ser identificado com o horário de instalação, sendo seu tempo limite de 10 minutos. O torniquete também deve ter o horário de instalação identificado e seu tempo limite é de 120 a 150 minutos. Não descomprimir em nenhum momento depois de instalado seja o curativo compressivo, seja o torniquete, por isso o transporte para tratamento definitivo é imprescindível (PHTLS, 2014).

A aplicação de compressão direta em uma hemorragia de vulto é prioritária com relação à realização de acessos venosos e reanimação circulatória, por meio de soroterapia (PHTLS, 2014).

Para realização das intervenções utilize sempre equipamentos de proteção individual (EPI), como óculos, luvas e máscara facial.

7 - REGISTRO

Registrar a assistência prestada em ficha de atendimento de do usuário com assinatura e carimbo constando número do registro de classe de quem realizou a técnica.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- OLIVEIRA, B. M. Hemorragia e choque. In: TRAUMA: atendimento pré-hospitalar. São Paulo: Atheneu, 2001.
- PHTLS atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 036**	**VERSÃO:** 2
CONFERÊNCIA CARRO DE EMERGÊNCIA	**VALIDADE:01/03/2026**	**Pag. 1 de 6**

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: FAEFCD486FD6449...
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

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

1- OBJETIVO

1. Padronizar os medicamentos, materiais e equipamentos constituintes do carro de emergência;
2. Padronizar rotinas de organização, checagem, testagem e limpeza do carro de emergência e de seus componentes acessórios (desfibrilador, laringoscópios e outros);
3. Padronizar o prazo de substituição de medicamentos, atentando norma interna da Divisão de Assistência Farmacêutica;
4. Controlar as ocorrências por meio de impresso próprio, visando o registro do teste do desfibrilador e a manutenção do carro;
5. Definir responsabilidades;
6. Oferecer assistência segura, eficiente e de qualidade aos clientes atendidos

2 – ALCANCE

Unidades Média Complexidade: Pronto Socorro Santana, UPA Jaçanã, AMA Lauzane, AMA Jardim Joamar e AMA Wamberto Dias da Costa

3 – COMPETÊNCIA

- **Médico;**
- Prescrever a medicação ao paciente, para a reposição do Carro de Emergência;
- Fazer notificação de qualquer evento adverso ou *near miss* (quase erro) no link de notificações.
- **Enfermeiro;**
- Controlar e repor o carro de emergência;
- Realizar a testagem funcional do laringoscópio e do desfibrilador diariamente, no momento de início do plantão;
- Conferir os lacres do carro de emergência diariamente, no momento de início do plantão;
- Registrar em Formulário de Conferência do lacre e Testagem – Carro de Emergência

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

- Listar, quantificar e repor os medicamentos e materiais do carro de emergência e que foram utilizados;
- Controlar os materiais contidos no carro quanto a sua presença, quantidade e validade;
- Registrar em Formulário de Controle de Conferência do Carro de Emergência;
- Elaborar escala de serviço para limpeza do carro de emergência e de seus componentes acessórios, delegando e supervisionando o Técnico de Enfermagem escalado;
- Monitorar o cumprimento das atividades do Técnico de Enfermagem, conforme escala de serviço;
- Fazer notificação de qualquer evento adverso ou *near miss* (quase erro) no link de notificações.
- **Técnico de enfermagem;**
- Realizar a limpeza do carro de emergência e do desfibrilador (monitor, cabos e acessórios), conforme escala de serviço e/ou após o atendimento emergencial;
- Auxiliar o enfermeiro na organização do carro de emergência;
- Fazer notificação de qualquer evento adverso ou *near miss* (quase erro) no link de notificações.
- **Farmacêutico;**
- Realizar a conferencia e reposição do carro de emergência (mensal e após abertura);
- Dispensar os medicamentos padronizados para reposição do carro, mediante prescrição médica;
- Realizar a conferência de Auditoria;
- Registrar em Formulário de Controle de Conferência do Carro de Emergência
- Fazer notificação de qualquer evento adverso ou *near miss* (quase erro) no link de notificações.

4 - MATERIAL

- Check list
- Caneta
- Lacre
- Pasta

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

CONFERÊNCIA CARRO DE EMERGÊNCIA

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

1. O enfermeiro deve conferir o funcionamento de desfibrilador e laringoscópio diariamente, no momento que iniciar o plantão.

- O modo de teste funcional do desfibrilador deverá seguir as recomendações do fabricante. O desfibrilador deverá estar conectado à rede elétrica, continuamente. Se houver algum erro no teste, informar supervisor/enfermeiro RT para abertura de chamado para Engenharia Clinica.
- O teste funcional do laringoscópio deverá considerar: lâmpada com boa iluminação; ajuste perfeito do cabo e da lâmina e limpeza. Caso seja detectado falhas, verificar se a causa está relacionada ao ajuste do cabo com a lâmina; à pilha ou à lâmpada (queimada ou mau ajustada). Os laringoscópios com mau funcionamento estrutural e lâmpada queimada devem informar supervisor/enfermeiro RT para abertura de chamado para Engenharia Clinica.

2. O teste funcional do torpedo de oxigênio deverá considerar quantidade de gás e a data de validade do cilindro verificado a cada plantão.

- Deve-se abrir lentamente a válvula do cilindro no sentido anti-horário, verificar se existe vazamento aparente. Caso exista, fechar novamente a válvula do cilindro e comunicar imediatamente supervisor/enfermeiro RT;
- Verificar o valor indicado no manômetro da válvula reguladora de pressão. A pressão indicada do manômetro deve ser minimamente de 20 bar (kgf/cm2);
- Solicitar recerga/substituição do cilindro quando a pressão indicada no manômetro estiver próxima a 20 bar (kgf/cm2);
- Após a conferência do manômetro, abrir o fluxômetro, para testar saída de gás;
- Após os testes, fechar o fluxômetro e a válvula do cilindro.

3. O enfermeiro deve conferir, no momento que iniciar o plantão, o número do lacre do carrinho;
4. Se o lacre não foi rompido ou não for data para conferência do carrinho, anotar o lacre atual, assinar e carimbar no formulário Controle De Conferência e Testagem Do Carro De Emergência.
5. Conferir materiais e medicamentos do carro de emergência sempre que houver rompimento do lacre.
6. Em caso de rompimento do lacre, registrar o motivo, o número do lacre novo, assinar/carimbar no Formulário de Controle rompimento de lacre do Carro de Emergência.

- **Conferência mensal** - O carro de Emergência deverá ser deslacrado e conferido pelo enfermeiro e farmacêutico do plantão, na última semana do mês (facilitando o controle e retirada dos materiais com

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

vencimento no mês vigente), registrado em Formulário de Controle de Conferência do Carro de Emergência;

- Conforme a Listagem Padrão dos Materiais e Medicações do Carro de Emergência padronizada conferir presença ou não, quantidade (de acordo ou não), data de validade dos medicamentos e lote dos medicamentos. Proceder à retirada de medicamentos vencidos e a vencer nos próximos 90 dias, e seguir fluxo de reposição de medicamentos

ORGANIZAÇÃO DO CARRO DE EMERGÊNCIA

- Após limpeza interna do carro de emergência, organizar medicamentos e materiais nas gavetas, nas devidas demarcações, facilitando seu uso. Esses itens devem estar dispostos de acordo com seu nível de prioridade no atendimento da emergência.
- Lacrar o carro de emergência com novo lacre, após as devidas reposições e substituições de materiais e medicamentos, e após limpar e testar os equipamentos.
- Registrar o número do novo lacre no impresso Rompimento de Lacre Do Carro De Emergência.

6 - OBSERVAÇÃO

- Os registros de controle e testagem do carro de emergência e de seus componentes acessórios deverão ser feitos em impressos específicos;
- A listagem dos itens (descrição e quantidade dos medicamentos e materiais) presentes no carro de emergência, assim como os impressos de controle e testagem, deverá estar em uma pasta/caderno, localizada em sua base superior.

7 - REGISTRO

- Realizar todas as anotações das intercorrências no prontuário e fichas de conferências.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÂO PAULO. Parecer COREN-SP CT 037/2013. PRCI nº 100.547, de 10 de julho de 2013. Ementa: carro de emergência: composição, responsabilidade pela montagem, conferência e reposição. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2013_37.pdf>. Acesso em : 10 ago. 2015.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília: Anvisa, 2017.

- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (COREN). Parecer COREN-PE Ementa: Carro de Emergência: Composição, responsabilidade pela montagem, conferência e reposição. COREN, São Paulo, 2013

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 037**	**VERSÃO:** 2
CUIDADO COM O CORPO PÓS-MORTE	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 5**

Elaborado por: Fabricio Lopes da Silva	Data: 25/09/2022	Visto: Assinado por: Fabricio Lopes da Silva 07704B2C355C4A3...
Revisado por: Carla Casaes	Data: 28/09/2022	Visto: DocuSigned by: FAEFCD486FD6449...
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

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

1- OBJETIVO

- Padronizar as condutas para cuidados do corpo pós-morte, a partir da constatação médica do óbito, mantendo o corpo identificado, limpo, evitando perda de secreções e excreções, posicionando o corpo em posição adequada antes da rigidez.

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

4 - MATERIAL

- Equipamentos de Proteção Individual – EPI (avental não estéril, luvas de procedimento, máscara cirúrgica, máscara N95 e óculos protetor);
- Biombo;
- Bandeja;
- Sistema de aspiração montado (cateter de aspiração de 10 a 14 French, extensões de silicone, frasco redutor de pressão mais coletor intermediário e rede de vácuo), se necessário;
- Seringa de 10ml;
- Tesoura ou bisturi, se necessário;
- Algodão e/ou gaze não esterilizada;
- Atadura de 10 ou 20cm;

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

- Etiqueta de identificação, contendo os dados de identificação do cliente, como: nome completo, registro geral, data de nascimento, data e horário do óbito, número da declaração de óbito, nome da mãe do paciente, setor e número do leito, nome do responsável pelos cuidados;
- Compressa de banho, se necessário;
- Bacia com água, se necessário;
- Papel-toalha, se necessário;
- Sabonete líquido, se necessário;
- Recipiente para o descarte de materiais;
- Saco cobre corpo;
- Lençol;
- Hamper;
- Maca sem colchão.

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Explicar o procedimento a família do paciente, após o médico comunicar a família sobre o óbito;
- Realizar higienização das mãos conforme protocolo – Higienização das mãos;
- Realizar a sequência de paramentação correta com os EPI;
- Reunir o material e encaminhá-lo ao leito, colocando a bandeja com os materiais sobre a mesa de cabeceira do paciente;
- Providenciar privacidade para o corpo, colocando o biombo;
- Posicionar a cama na horizontal com a cabeceira levemente elevada;
- Alinhar o corpo em decúbito dorsal, fechar os olhos pressionando gradualmente as pálpebras quando houver necessidade;
- Desligar e retirar a aparelhagem, como: oxímetro de pulso, monitor cardíaco multiparâmetro, ventilador mecânico, dentre outros;
- Retirar todos os dispositivos, como: sondas, sistemas de infusão venosa e soluções medicamentosas, cateteres, drenos e demais dispositivos;
- Realizar curativo oclusivo nos sítios de inserções de dispositivos que estiverem drenando secreções, utilizando gazes e fita adesiva branca;

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

- Aspirar secreções de naso e orofaringe, quando necessário;
- Tamponar os orifícios naturais do corpo com o auxílio das pinças, introduzir bolas de algodão seco em orifícios nasais, ouvidos, boca e ânus, exceto para o corpo que for para o Instituto Médico Legal – IML;
- Remover os curativos e refazê-los, quando houver necessidade;
- Realizar a higienização do corpo com compressas umidecidas com água e sabonete líquido, deixando o corpo limpo e seco;
- Remover os lençóis sujos e molhados;
- Aproximar as mãos sobre a região epigástrica e firmar com uma atadura crepe;
- Unir os pés e imobilizá-los com atadura crepe;
- Colocar a primeira etiqueta de identificação no corpo no tórax (nome completo, número do prontuário, número do leito, clínica, data, horário do óbito, número da declaração de óbito, nome da mãe do paciente e a assinatura de quem preparou o corpo);
- Cobrir o corpo com a saco cobre leito;
- Fixar segunda etiqueta de identificação no saco cobre leito, dispondo dos mesmos dados da primeira etiqueta;
- Desprezar o material descartável utilizado para a preparação do corpo em local adequado;
- Retirar os EPI ao término do procedimento;
- Realizar higienização das mãos conforme protocolo – Higienização das mãos;
- Solicitar desinfecção terminal do leito e, após desinfecção terminal, disponibilizar o leito para nova admissão;
- Proceder com os registros no prontuário do paciente dos cuidados realizados;
- Comunicar o óbito ao serviço de nutrição e ao serviço social, se necessário;
- Em casos especiais em que se achar necessário, solicitar o serviço de psicologia para atender a família;
- Manter o ambiente organizado.

6 - OBSERVAÇÃO

- Liberar o corpo para o necrotério mediante atestado de óbito preenchido corretamente
- O corpo não deverá ser tamponado nos seguintes casos: restrição religiosa (judaica), embalsamamento ou necrópsia.

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

- Oferecer ao acompanhante a opção de ver o corpo e despedir se do paciente

7 - REGISTRO

- Anotar na prescrição médica e/ou enfermagem, registrar a ocorrência do óbito no prontuário do paciente. Comunicar e entregar aviso de óbito aos familiares.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- Carmagnani MIS, et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009
- Guerrero GP, Beccaria LM, Trevizan MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2012 agt 22]; 16(6).
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.
- Joana Lech (org.) Manual de procedimentos de enfermagem. Martinari. Hospital Alemão Oswaldo Cruz., 2006.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSERH. Protocolos Operacionais Padrão HU UNIVASF/EBSERH: **Procedimentos técnicos multiprofissionais e de enfermagem**. Petrolina: HEWAB, 2016. Acesso em 16 de dezembro de 2022. Disponível em: http://www.univasf.edu.br/~tcc/000007/0000076b.pdf

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 038**	**VERSÃO:** 2
CURATIVO COM TERAPIA COMPRESSIVA INELÁSTICA – BOTA DE UNNA	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 5**

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

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

1- OBJETIVO

Realizar técnica de curativo associando a terapia compressiva inelástica.

2 – ALCANCE

Unidades Média Complexidade: Pronto Socorro Santana, UPA Jaçanã, AMA Lauzane, AMA Jardim Joamar e AMA Wamberto Dias da Costa

3 – COMPETÊNCIA

- Auxiliares e Técnicos de enfermagem podem auxiliar no procedimento de retirada da bota de Unna e realização do curativo colocando a cobertura primária após a avaliação e prescrição da cobertura primária.
- Enfermeiro.
- Médico.

4 - MATERIAL

- Biombo;
- Material para curativos;
- Sabonete e papel toalha;
- Tesoura ponta arredondada (retirada de gesso);
- Pasta de Unna;
- Recipiente em alumínio para banho-maria, identificado para bota de Unna;
- Espátulas estéreis;

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

- Faixas elástica e crepom;
- Compressa algodonada;
- Pincel comum largo;
- Fita crepe;
- Luvas de procedimentos;
- Equipamentos de Proteção Individual.

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Reunir todo o material necessário;
- Acolher e orientar o usuário quanto ao procedimento a ser realizado;
- Utilizar o recipiente de alumínio para derreter a pasta de Unna, com pote semiaberto, em banho-maria, até diluição total do produto, ou em forno micro-ondas a cada 30 segundos para total diluição sem transbordar o frasco;
- Manter a privacidade do usuário, colocar biombo se necessário;
- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos;
- Calçar as luvas de procedimentos e outros EPI´s;
- Remover o curativo anterior, utilizando tesoura de ponta arredondada, em posição contralateral à localização da ferida;
- Realizar curativo, conforme procedimento operacional padrão; com higienização da perna a partir da região infra patelar até a base dos dedos, interdigítos e região plantar; seguindo sempre a cobertura primária;
- Posicionar o usuário deitado, preferencialmente, com pé em posição anatômica a 90 graus;
- Iniciar o enfaixamento com faixa elástica desde a base dos dedos até região do maléolo e calcâneo, com proteção desta região, com enfaixamento reforçado e manter após esta região o enfaixamento a 50%, do dorso do pé até 3 cm abaixo do joelho. Não deixar dobras na atadura ao enfaixar;
- Testar temperatura da pasta de Unna diluída na face anterior do antebraço do profissional. Se temperatura tolerável, iniciar a aplicação a partir do dorso do pé, evitando a região plantar, até 3 cm do joelho, acompanhando o enfaixamento;

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

- Aplicar o produto, observando o preenchimento dos poros da faixa, em camadas finas; reforçando a área da ferida;
- Após aplicação da pasta de Unna, usar faixa de crepom para finalizar;
- Em feridas exsudativas, utilizar compressa algodonada e outra faixa de crepom; orientando que esta última cobertura o paciente/cuidador poderá trocar, se necessário;
- Colocar o usuário sentado;
- Após, observar marcha e se necessário orientá-lo a caminhar com a planta do pé inteira no chão;
- Orientar sobre cuidados diários, sinais de complicação, retirada emergencial do curativo e avaliação por profissional habilitado;
- Recolher todo o material;
- Deixar a unidade/domicílio do usuário em ordem;
- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos;

6 - OBSERVAÇÃO

A compressão obtida pela aplicação de bandagem rígida, chamada de Bota de Unna, constitui uma das formas de terapia compressiva inelástica, utilizada há mais de 300 anos, eficiente para a melhoria do retorno venoso. Durante a deambulação, ocorre aumento da pressão contra os músculos da panturrilha, auxiliando o retorno venoso. Portanto, não deve ser indicada a pacientes que não deambulam.

Este tratamento é absolutamente contraindicado nas patologias arteriais, onde a compressão agravaria o quadro de isquemia. Necessita de prescrição médica, de preferência após criteriosa avaliação, cabendo ao enfermeiro a responsabilidade da execução e acompanhamento de todo o tratamento. O enfermeiro poderá indicar a aplicação da bota de Unna desde que, na anamnese e exame físico seja identificado o diagnóstico de insuficiência venosa crônica- IVC, assim como avaliando as características da úlcera, além da realização do ITB/Doppler.

Não colocar a bota em presença de infecção;

A periodicidade de troca da bota de Unna deverá ser semanal, no entanto, nas primeiras aplicações a troca deverá ter intervalo de três dias, aproximadamente.

Após cicatrização da ferida, o paciente deverá ser monitorado e estimulado ao autocuidado para as medidas de reabilitação e prevenção. Há indicação do uso das meias elásticas, sob prescrição médica;

7 - REGISTRO

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

Registrar o procedimento realizado, aceitação ou recusa do paciente, data e horário do procedimento carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em prontuário ou Ficha de Atendimento.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

RIBEIRÃO PRETO (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Manual de assistência integral às pessoas com feridas. Ribeirão Preto: SMS, 2011.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 039**	**VERSÃO:** 2
CURATIVO	**VALIDADE:01/03/2026**	**Pag. 1 de 5**

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: FAEFCD486FD6449...
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

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

1- OBJETIVO

Realizar técnica de curativo correta, evitando contaminação da lesão.

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

- Bandeja
- Kit para curativo estéril, composto por 3 pinças (hemostática, dente de rato e anatômica);
- Frasco de solução fisiológica 0,9% de 250mL ou 500 mL em temperatura ambiente;
- Agulha 25 x 0,8 mm ou 40 x 1,6 mm;
- Pacotes de gaze estéril;
- Faixa crepe (10 ou 15 cm, conforme necessidade);

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

- Esparadrapo, fita microporosa, fita crepe;
- Luvas de procedimentos e estéreis;
- Réguas de papel para realizar medida da lesão;
- Espátula;
- Lâmina de bisturi (se necessário);
- Tesoura;
- Papel toalha;
- Equipamentos de Proteção Individual (avental, máscara cirúrgica, óculos de proteção, gorro)

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Reunir todo o material necessário em uma bandeja;
- Orientar o usuário quanto ao procedimento a ser realizado;
- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos;
- Abrir o pacote de curativos ou instrumentais (pinças) com técnica estéril;
- Calçar a luva de procedimento e utilizar instrumentais;
- Colocar o usuário em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada;
- Remover cuidadosamente o curativo anterior com pinça, caso haja aderência aos tecidos recém-formados, umedeça-o com solução fisiológica a 0,9% até que se desprenda. Este cuidado reduz as chances de traumatizar o tecido de granulação no leito da ferida;
- Observar o curativo anterior, quanto às características da secreção;
- Realizar a limpeza do membro e das adjacências da ferida, com clorexidina degermante;
- Realizar a limpeza da ferida com jatos de solução fisiológica a 0,9%, mediante a uma única perfuração no frasco com uma agulha de calibre 30x0,8 ou 40x1,6 preferencialmente morno ou em temperatura ambiente.
- Secar a pele peri-lesão com gaze

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

- Remover tecido desvitalizado solto com lâmina (tamanho) e com cuidado para não provocar sangramento, se necessário (procedimento privativo do enfermeiro);
- Realizar a mensuração com a régua de papel e registro fotográfico (esse último sempre que possível), dependendo do tamanho da ferida, pode ser mensurada a cada 15 dias ou semanal;
- Realizar avaliação da fase da ferida e o tipo de tecido presente no leito da ferida, e escolher a cobertura mais indicada;
- Aplicar a cobertura escolhida;
- Ocluir o curativo, conforme necessidade (cobertura secundária, gazes, compressas algodoada, ataduras e bota de Unna);
- Reposicionar o usuário confortavelmente;
- Remover todo o material usado e dispense-o em local específico;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário.

6 - OBSERVAÇÃO

. Para a realização de curativos, há a possibilidade de escolher a técnica estéril ou limpa considerando características da ferida, riscos de contaminação da lesão, características do usuário e local da realização do curativo.
Quando é necessário o uso de instrumentos de corte, como tesouras e bisturi, a remoção mecânica assume características de desbridamento instrumental, tornando-se um procedimento especializado cabível ao enfermeiro com treinamento específico (Resolução COFEN n. 501/2015) ou estomaterapeuta e aos médicos.

7 - REGISTRO

Registrar o procedimento realizado, aceitação ou recusa do usuário, data e horário do procedimento carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em prontuário ou Ficha de atendimento ambulatorial.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BRASIL. Ministério da Saúde. Hospital alemão Oswaldo Cruz. Orientações para o cuidado do usuário no ambiente domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_cuidado_paciente_ambiente_dom

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

iciliar.pdf>. Acesso em: 19 mai 2019.

PAULA, M. A. B.; PAULA, P. R.; CESARETI, I. U. R. (Org.).
Estomaterapia em foco e o cuidado especializado. São Caetano do Sul: Yendis, 2014.

POTTER, P. A. et al. Fundamentos de Enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

RIBEIRÃO PRETO (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Manual de assistência integral às pessoas com feridas. Ribeirão Preto: SMS, 2011.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 040**	**VERSÃO:** 2
DESINFECÇAO DOS CONJUNTOS DE NEBULIZADORES E MATERIAIS	**VALIDADE:01/03/2026**	**Pag. 1 de 3**

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: FAEFCD486FD6449...
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

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

1- OBJETIVO

Promover a limpeza e desinfecção de máscaras e nebulizadores após utilização ou sempre que necessário, e demais materiais plásticos, polímeros, acrílicos.

2 – ALCANCE

Unidades Média Complexidade: Pronto Socorro Santana, UPA Jaçanã, AMA Lauzane, AMA Jardim Joamar e AMA Wamberto Dias da Costa

3 – COMPETÊNCIA

- Equipe técnica de enfermagem

4 - MATERIAL

- Equipamentos de Proteção Individual (EPI's): gorro, óculos de proteção, máscara cirúrgica, avental impermeável, luvas de borracha, luva de procedimento e calçado fechado;
- Detergente e água corrente;
- Dois panos limpos e secos;
- Solução padronizado pela Unidade;
- Saco plástico transparente e etiqueta de identificação.

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos;
- Reunir material;
- Paramentar-se com os EPIs Indicados;

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

- Lavar o conjunto completo dos nebulizadores/entre outros utensílios minuciosamente com água corrente e detergente até que não se observe material orgânico conforme;
- Enxaguar várias vezes em água corrente;
- Retirar luvas de borracha e proceder higiene das mãos conforme procedimento operacional padrão;
- Calçar luvas de procedimento:
- Secar com pano limpo e seco;
- Mergulhar em solução preparada e validada, por 10 minutos ou conforme indicação do fabricante;
- Enxaguar em água corrente;
- Secar novamente com pano limpo e seco;
- Retirar o EPI e higienizar as mãos;
- Acondicionar os utensílios em sacos plásticos transparentes com identificação e data da desinfecção em etiqueta adesiva, com validade de 1mês.

6 - OBSERVAÇÃO

O conjunto corresponde à máscara/copo para medicação/extensão, USO ÚNICO PARA CADA USUÁRIO. A extensão NÃO deve ser deixada pendurada ao fluxômetro.

7 - REGISTRO

Proceder à identificação do saco plástico com data e nome do responsável pela desinfecção e acondicionamento.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR. Limpeza, desinfecção e esterilização de artigos em serviços de saúde. São Paulo: APECIH, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO. Práticas recomendadas. 4. ed. São Paulo: SOBEC, 2007

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 041**	**VERSÃO:** 2
ELETROCARDIOGRAMA - ECG	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 6**

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: FAEFCD486FD6449...
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

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

1- OBJETIVO

Avaliar a atividade elétrica cardíaca e a condução dos impulsos elétricos, registradas em gráficos que indicam as condições de normalidade ou de possíveis alterações.

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

- Aparelho de ECG;
- Eletrodos reutilizáveis com ventosas e clamps plásticos reguláveis e, ou eletrodos descartáveis;
- Papel toalha, papel lençol e gaze;
- Material para tricotomia (aparelho de barbear);
- Gel para ECG;
- Papel registro

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

- Certificar-se de que o aparelho está ligado na tomada na voltagem indicada e, que o fio terra está conectado ao aparelho e posicionado corretamente;
- Ligar o aparelho e ajustar conforme instruções de funcionamento do mesmo, afixada na sala;
- Receber o usuário na sala, conferir o nome e a requisição do exame;
- Explicar o procedimento ao usuário, considerando queixa relacionada a sintomas e motivo de solicitação de exame;
- Solicitar que o usuário retire objetos de metal (brincos, relógios, pulseiras, entre outros). Instrua-o a relaxar, deitar-se mantendo decúbito dorsal, manter pernas descruzadas e braços lateralizados em relação ao corpo, respirar normalmente, não falar e nem se mexer durante o procedimento;
- Manter o usuário em decúbito dorsal. Se ele não puder suportar essa posição, ajudeo a ficar na posição semisentada. Orientar o usuário a retirar as vestimentas de modo a expor o tórax, ambos os tornozelos e pulsos para a colocação dos eletrodos.
- Proteja o usuário cobrindo-o com o papel lençol até que sejam posicionados todos os eletrodos e aplicadas as derivações;
- Realizar quando necessário, a tricotomia nas áreas com maior concentração de pelos;
- Se a pele do cliente for excessivamente oleosa ou escamosa, limpe com compressa de gaze seca, antes de aplicar o eletrodo, ajudando a reduzir a interferência do sinal;
- Aplicar o gel para ECG e colocar os 4 clamps + ventosas ou eletrodos descartáveis (4 derivações periféricas), sendo um em cada face ventral ou face medial dos pulsos e na face ventral ou medial das pernas, evitando as proeminências ósseas.
- Atenção: geralmente os equipamentos possuem coloração padronizada para os 4 fios que correspondem a cada uma das derivações: amarelo (acima e à esquerda), vermelho (acima e à direita), verde (abaixo e à esquerda) e preto (abaixo e à direita). Vide figura 1.
- Posiocionar os clamps + ventosas ou eletrodos descartáveis nas derivações apicais no tórax, conforme a sequência:

  V1: Quarto espaço intercostal na borda esternal direita – ligado ao cabo vermelho;

  V2: Quarto espaço intercostal na borda esternal esquerda – ligado ao cabo amarelo;

  V3: metade da distância entre V2 e V4 – ligado ao cabo verde;

  V4: Quinto espaço intercostal na linha hemiclavicular – ligado ao cabo marrom;

  V5: Quinto espaço intercostal na linha axilar anterior (1/2 a distância entre V4 e V6) – ligado ao cabo

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

preto;

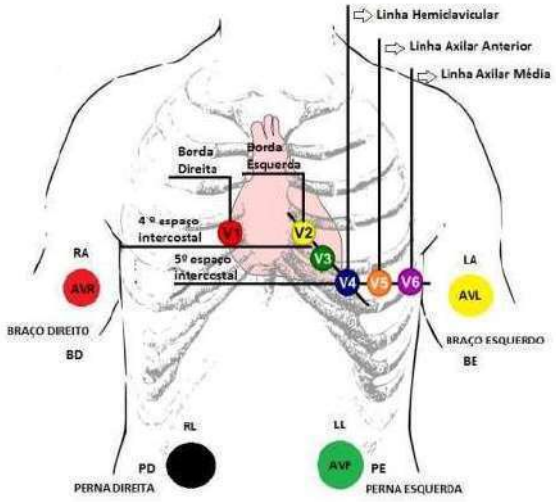
V6: Quinto espaço intercostal na linha média, nivelado com V4 – ligado ao cabo roxo;

- Observar se o aparelho automático esta captando os sinais de todas as derivações;
- Acompanhar o registro de todas as derivações certificando-se de que estejam representadas na impressão;
- Observar se caso alguma das derivações não esteja corretamente representada ou apareçam artefatos (traçados irregulares que poluem visualmente o traçado de ECG), neste caso reposicione-se, coloque o fio terra em outro local e recomece. Atenção: Nos aparelhos operam no modo manual, o profissional deverá selecionar as derivações e registrá-las uma a uma. Nestes aparelhos, imprimir um D2 longo: com o eletrodo nessa posição, registrar o traçado por cerca de 4 a 5 segundos;
- Se o usuário for portador de marcapasso definitivo ou em situação de urgência com marcapasso temporário, anote a presença do mesmo;
- Ao término, retirar os eletrodos do usuário, promovendo a limpeza de todo o gel residual das extremidades reutilizáveis;
- Recomponha o usuário e o local da unidade;
- Realizar a limpeza do aparelho ao final de todos os procedimentos.
- Desligar sempre o equipamento, recolher a extensão do fio terra e e desconectá-lo da tomada de energia antes de iniciar a limpeza.
- Guardar os cabos de modo organizado e preferencialmente alinhados em 2 feixes, um para derivações apicais e outro para as derivações periféricas, para facilitar o uso em uma situação de emergência.

Figura 1 - Posicionamento dos eletrodos para o traçado de ECG

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A



Fonte: Como realizar um exame com o Sistema TEB – ECGPC. Disponível em: http://www.callecg.com.br/wp-content/uploads/2015/04/Como-realizar-um-exame-com-o-sistema-TEBECGPC.pdf

6 - OBSERVAÇÃO

. Uma vez por semana lavar os eletrodos utilizando-se água e sabão neutro com uma escova.

Com a utilização contínua os eletrodos tendem a escurecer. Não utilize abrasivos ou objetos pontiagudos para limpá-los.

Quando necessário, os cabos poderão ser limpos com água e sabão neutro (ou solução padronizada da unidade), tomando-se sempre o cuidado de não molhar os conectores.

Quando o equipamento não estiver sendo utilizado, mantenha-o coberto, evitando acúmulo de poeira em seu interior.

Se o equipamento for ficar inativo por um período superior a 30 dias, retirar as pilhas ou baterias.

Não utilize produtos químicos como derivados da benzina para limpar os acessórios.

7 - REGISTRO

Anotar na folha do traçado de ECG: Nome do cliente, idade, número do prontuário e nome do profissional que realizou o procedimento; anotar no prontuário ou em ficha de atendimento a data da realização do exame e horário, nome do profissional que realizou o procedimento, assinar e carimbar.

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas unidades básicas de saúde. 2. ed. São Paulo: SMS, 2012. (Série Enfermagem).

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 042**	**VERSÃO:** 2
EXAME CLINICO DAS MAMAS GRAVÍDICA E PUERPERA	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 6**

Elaborado por: Fabricio Lopes da Silva	Data: 25/09/2022	Visto: Assinado por: Fabricio Lopes da Silva 07704B2C355C4A3...
Revisado por: Carla Casaes	Data: 28/09/2022	Visto: DocuSigned by: FAEFCD486FD6449...
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

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

1- OBJETIVO

Fazer inspeção das mamas e mamilos no início da gravidez e no puerpério imediato;

Identificar anormalidades e alterações nas mamas;

Verificar o tipo de mamilo (bico) e indicar técnicas para melhorar a protratilidade mamilar; avaliar, observar os sinais de risco para possíveis dificuldades na amamentação: mamilos mal formados, cirurgias da mama (mamoplastia reducional, prótese mamária);
Prevenir / diminuir intercorrências mamárias como ingurgitamento mamário, traumas mamilares e mastite, Identificar o tipo de trauma mamilar quando este ocorrer.

2 – ALCANCE

Unidades Média Complexidade: Pronto Socorro Santana, UPA Jaçanã, AMA Lauzane, AMA Jardim Joamar e AMA Wamberto Dias da Costa

3 – COMPETÊNCIA

- Técnico em Enfermagem
- Enfermeiro

4 - MATERIAL

- Biombo ou ambiente privativo;
- Luvas de procedimento;
- Maca ou divã.

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

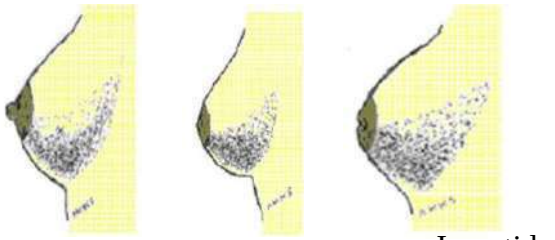
- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos;

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

- Explicar o procedimento à usuário;
- Atender a usuário em ambiente privativo, caso necessário utilizar biombo;
- Realizar anamnese e registrar em prontuário eletrônico;
- Ouvir as experiências anteriores, medos, dúvidas e expectativas com relação amamentaçã;
- Solicitar à usuário que sente na maca / divã;
- Realizar a inspeção estática das mamas: observar volume (pequenas, médias, grandes ou volumosas), forma (firmes, flácidas, túrgidas), simetria (simétricas ou assimétricas), pele (lesões, alterações na pele, cicatrizes, retrações, edemas, hiperemia, abaulamentos), tipo de mamilo (protruso, semi-protruso ou plano, pseudoinvertido, invertido, hipertrófico - Figura 1), integridade aréolo-mamilar (no caso de puérperas), presença de mamilo supranumerário ou glândula mamária extranumerária;

Figura 1 – Tipos de Mamilo

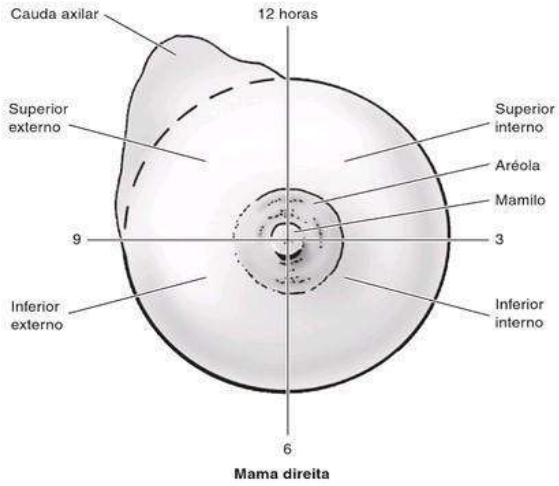


Fonte: Palma (1997)

- Realizar a inspeção dinâmica das mamas: Solicitar à usuário que abra os braços paralelos ao corpo e os levante até a cabeça, e com as mãos na cintura contraia a musculatura peitoral;
- Realizar palpação das axilas, identificando glândula mamária supranumerária (puérperas); palpação dos linfonodos axilares e supraclaviculares (gestantes) ainda com a usuário sentada;
- Solicitar à usuário que deite na maca e coloque os braços atrás da cabeça;
- Realizar palpação das mamas, uma de cada vez, com atenção em cada quadrante mamário (Figura 2), caso haja alguma alteração, descrever e registrar localizando o quadrante correspondente.

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

Figura 2 – Quadrantes da mama direita



Fonte: Moore (2001)

Utilizar as polpas digitais do 2º, 3º e 4º dedos para examinar todo o tecido mamário de forma circular da área distal para proximal do mamilo (Figura 3);

Figura 3 – Palpação com as polpas digitais



Fonte: Rocco (2010)

- A região da aréola e do mamilo deve ser palpada e não pressionada (comprimida) a menos que haja descarga papilar espontânea;
- Realizar estímulo tátil em região aréolo-mamilar para melhor identificar o tipo de mamilo; Orientar a

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

usuário sobre os achados;

- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, registrar em prontuário eletrônico;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

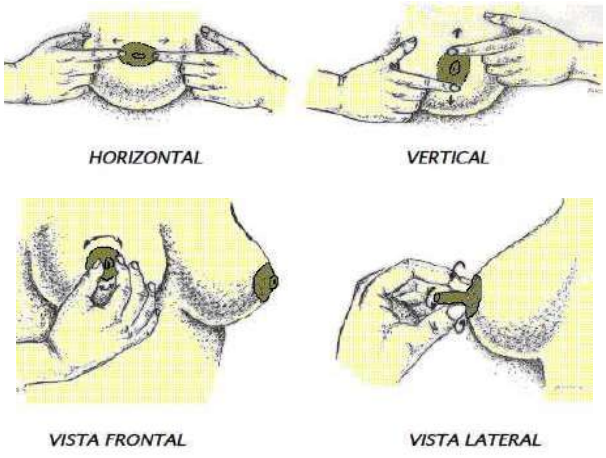
6 - OBSERVAÇÃO

Na anamnese, investigar histórico anterior de procedimento nas mamas;

A expressão aréolo-mamilar não deve ser realizada rotineiramente e, no caso de gestantes, deve ser realizada a partir do 2º trimestre;

No caso das gestantes com mamilos pseudo-invertidos ou invertidos, o profissional poderá orientar o exercício de Hoffman (a partir do 2º trimestre), que consiste em manobras para exteriorização do mamilo. A mulher deve posicionar o polegar e o dedo indicador em lados opostos da base do mamilo e apertar para dentro e puxar suavemente para fora. Em seguida, traciona-se a pele da aréola, puxando-a para os lados e, depois, para cima e para baixo (Figura 4);

Figura 4 – Exercícios de Hoffman

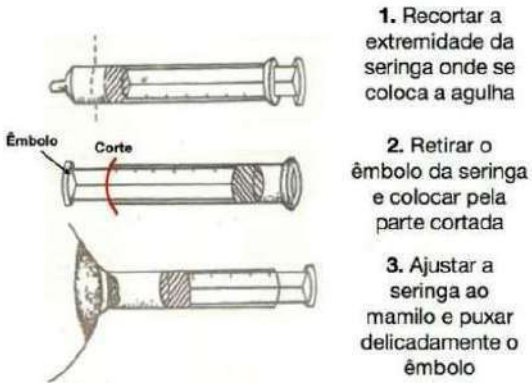


Fonte: Palma (1997)

Outra possibilidade para gestantes com mamilos semi-protruso, pseudo-invertidos ou invertidos é o uso de uma seringa descartável para exteriorização. Recomenda-se o uso de seringa de 20ml, conforme o passo-a-passo da Figura 5.

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

Figura 5 – Uso da seringa para exteriorização dos mamilos



Fonte: Imagem do Google

Os exercícios supracitados não garantem o sucesso na amamentação, porém são válidos para melhoria anatômica do mamilo e para o autoconhecimento da gestante;

Orientar gestante e puérpera quanto à importância da exposição das mamas ao sol (período, tempo, cuidados);

Contraindicar uso de pomadas (exceto a lanolina purificada, indicada para tratamento de traumas mamilares), buchas, toalhas, óleos, cremes e compressas quentes ou frias nos mamilos na gestação e puerpério;

No caso de ingurgitamento mamário, realizar e / ou orientar puérpera quanto à Ordenha

7 - REGISTRO

Registrar o procedimento realizado, aceitação ou recusa do usuário, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em prontuário ou ficha de atendimento.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

MOORE, K. L. Anatomia orientada para a prática clínica. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

PALMA Programa de Aleitamento Materno. Álbum seriado sobre cuidados na amamentação. Ribeirão Preto: Secretaria da Saúde, 1997.

ROCCO, J. R. Semiologia médica. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 043**	**VERSÃO:** 2
EXAME FÍSICO ABDOME	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 6**

Elaborado por: Fabricio Lopes da Silva	Data: 25/09/2022	Visto: Assinado por: Fabricio Lopes da Silva 07704B2C355C4A3...
Revisado por: Carla Casaes	Data: 28/09/2022	Visto: DocuSigned by: FAEFCD486FD6449...
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

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

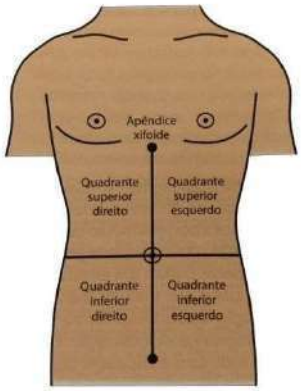
1- OBJETIVO
Obter dados anatomofisiológicos do aparelho digestório.
2 – ALCANCE
Unidades Média Complexidade: Pronto Socorro Santana, UPA Jaçanã, AMA Lauzane, AMA Jardim Joamar e AMA Wamberto Dias da Costa
3 – COMPETÊNCIA
• Enfermeiro • Médico
4 - MATERIAL
• Estetoscópio • Fita métrica • Luva de procedimento (se necessário) • Algodão seco • Álcool a 70% • Biombos (se necessário)
5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE
• Higiene das mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos; • Reunir o material

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

- Explicar o procedimento e finalidade para o usuário
- Manter a privacidade do usuário
- Posicionar-se do lado direito do usuário
- Posicionar o usuário em decúbito dorsal com os braços estendidos ao longo do corpo, pode-se usar travesseiros sob a cabeça e joelhos para permitir o relaxamento da musculatura abdominal.
- Realizar Inspeção: Neste momento o enfermeiro pode posicionar-se a direita do usuário, no entanto para melhor visualização do abdômen o enfermeiro pode baixarse, sentando ao lado do usuário ou permanecer em pé tangencialmente ao usuário.
- Localizar:

Os quadrantes conforme figura:

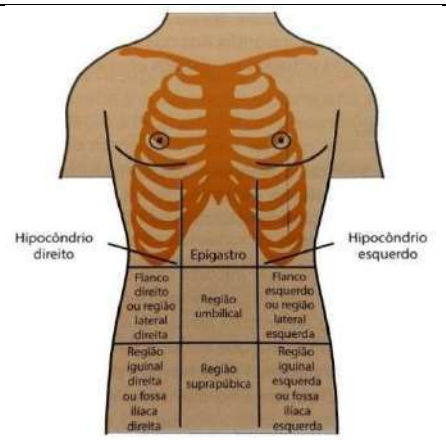


Fonte: Barros (2016)

As regiões abdominais conforme figura:

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A



Fonte: Barros (2016)

- Avaliar a pele quanto a: coloração, continuidade ou integridade, simetria, manchas, estrias (mensurar tamanho), verrugas, regiões circunscritas maculares ou papulares acastanhadas são comuns no abdômen, outros dados normais e anormais;
- Avaliar o abdome quanto ao: formato (plano, globoso, pendular ou avental, ventre de batráquio - quando o abdome permanece com flacidez muscular fazendo com que este se projete para ambos os lados e escavado); pulsações, abaulamentos, retrações, cicatriz umbilical (normalmente invertido e central), circulação colateral, movimentos visíveis na parede, circunferência abdominal.
- Realizar Ausculta: os sons normais são os Ruídos hidroaéreos (RHA); auscultar 1 minuto em cada quadrante, iniciando pelo QID, em sentido horário. Em caso de ausência de RHA, auscultar por 5 minutos contínuos, de preferência em QID.
- Realizar Percussão
- Realizar a técnica Digito-digital ou direta:
- Iniciar a percussão pelo QID em sentido horário.
- Sons normais: timpânico; maciço e submaciço.

Hepatimetria por percussão (em torno de 6 a 12 cm no adulto normal)

- Borda inferior: percutir da crista ilíaca para cima até encontrar som maciço (geralmente na borda costal direita)

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

- Borda superior: percutir da linha hemiclavicular em sentido descendente (5º, 6º ou 7º EIC), até encontra som maciço.

Rim: sinal de Giordano (punho percussão direta ou em flanco posterior)

Baço: som maciço (no diagnóstico de esplenomegalia)

Ascite: macicez de decúbito ou Sinal de Piparote positivo

Bexiga: som timpânico e na presença de retenção urinária som maciço

Sinal de Jobert: percussão da linha média axilar sobre a área hepática produz sons timpânicos ao invés de maciços, indica ar livre na cavidade abdominal por perfuração de víscera oca.

- Realizar Palpação

Palpar a pele e avaliar: umidade, temperatura, sensibilidade

Palpação superficial

Palpar delicadamente com a mão dominante mantendo os dedos estendidos e fechados e palma da mão no plano horizontal no abdome com movimentos suaves no sentido horário iniciando no QID.

Palpação Profunda

Aumentar a profundidade da parede abdominal usando a mão dominante ou as mãos sobrepostas
Avaliar: sensibilidade, resistência da parede, continuidade da parede, pulsações; Fígado - Normal – não palpável ou palpável até 1 a 2 cm abaixo do rebordo costal direito
Baço – normal não palpável

Descompressão brusca dolorosa:

Sinal de Rosving – peritonite – contralateral

Sinal Murphy – dor á palpação em hipocôndrio D – vesícula biliar - colecistite
Sinal de Blumberg – dor á palpação no ponto de Mc Burney – terço médio entre espinha ilíaca D e cicatriz umbilical – apendicite

- Reunir material.
- Retirar luvas quando utilizadas.
- Reposicionar o usuário em posição confortável.

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

- Recompor a unidade.
- Descartar o material em local apropriado, utilizando as luvas de procedimento se forem necessárias.
- Higiene das mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos;
- Anotar procedimento, ressaltando os achados anormais.

6 - OBSERVAÇÃO

Os sons normais são os Ruídos Hidroaéreos (RHA):

- Normoativos: 5 a 35 ruídos/min

- Hipoativos: menor que 5 ruídos/min

- Hiperativos: maior que 35 ruídos/min

7 - REGISTRO

Registrar o procedimento realizado (avaliação da pele, formato do abdome, ausculta e palpação), aceitação ou recusa do usuário, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em prontuário.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BARROS, A. L. B. L. et al. (Org.). Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

JARVIS, C. Exame físico e avaliação de saúde. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 044**	**VERSÃO:** 2
EXAME FÍSICO DO PÉ DIABÉTICO	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 5**

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: FAEFCD486FD6449...
Aprovado por: Tassiana Pita	Data: 01/10/2022	Visto: Assinado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz CEC19E2097164E7...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
1	25/09/2022	Elaboração do procedimento
2	01/03/2024	Revisão

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

1- OBJETIVO

Identificar precocemente alterações para prevenir complicações como traumas, lesões e amputações de membros inferiores.

2 – ALCANCE

Unidades Média Complexidade: Pronto Socorro Santana, UPA Jaçanã, AMA Lauzane, AMA Jardim Joamar e AMA Wamberto Dias da Costa

3 – COMPETÊNCIA

- Enfermeiro
- Médico

4 - MATERIAL

- Luvas de procedimento;
- Sabão líquido/Clorexidina Degermante.

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

Exame da sensibilidade dos pés, medida com um Monofilamento Semmes-Weinstein de 10g

- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos;
- Preparar o material;
- Levar o material próximo ao usuário;
- Explicar o procedimento ao usuário;
- Fechar a porta ou colocar biombo para garantir a privacidade do usuário;

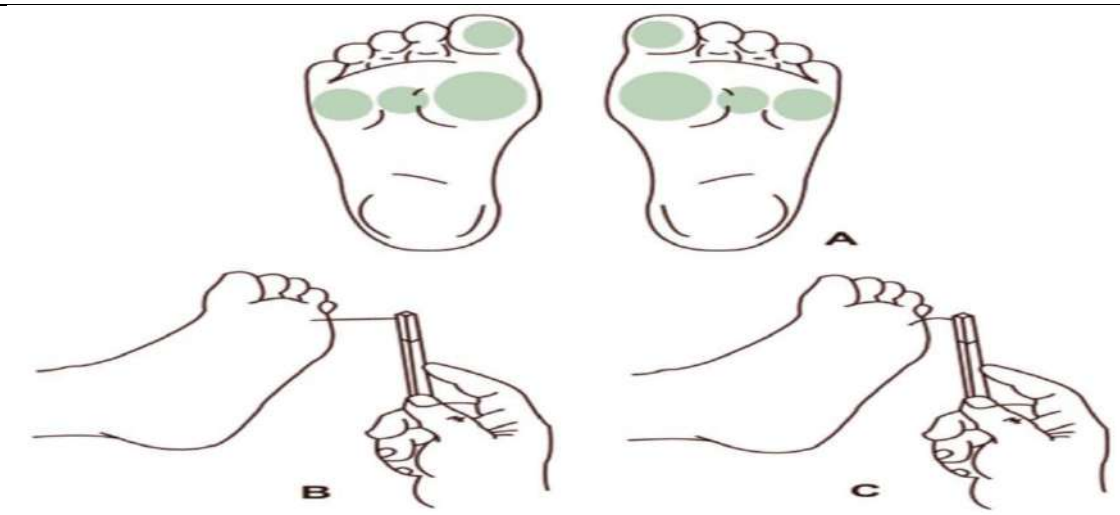
DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

- Posicionar o usuário em decúbito dorsal;
- Mostrar o filamento ao usuário e aplique-o em sua mão para que ele reconheça o tipo de estímulo;
- Solicitar ao usuário para manter os olhos fechados durante o teste e responda sim ou não;
- Ao aplicar o monofilamento, mantenha-o perpendicularmente à superfície testada, a uma distância de 1-2 cm; com um movimento suave, faça-o curvar-se sobre a pele e retire-o. A duração total do procedimento, do contato com a pele e da remoção do monofilamento, não deve exceder dois segundos;
- Testar 4 pontos na região plantar: hálux (região plantar da falange distal) e 1ª, 3ª e 5ª cabeças de metatarsos;
- Pressionar o monofilamento sobre a pele (quatro pontos padronizados) e pergunte ao usuário se ele sente a pressão aplicada (sim/não) e onde está sendo aplicada (pé direito/esquerdo). Repita a aplicação duas vezes no mesmo local e alterne com uma aplicação simulada, na qual o monofilamento não é aplicado; faça três perguntas por local de aplicação, sendo 8 efetivas (aplicação do monofilamento duas vezes em cada um dos quatro pontos) e 4 aleatórias (uma pergunta sem aplicação do monofilamento);
- A incapacidade do usuário de sentir o filamento de 10g em um ou mais pontos, entre os quatro pontos testados, indica Perda da Sensibilidade Protetora (PSP).
- Se o usuário não responder à aplicação do filamento em determinado local, continue a sequência randômica e volte àquele local para confirmar. Duas respostas corretas por local testado descartam PSP;
- Se o monofilamento escorregar pelo lado, desconsidere a eventual resposta do usuário e teste o mesmo local novamente mais tarde;
- Use uma sequência ao acaso nos locais de teste;
- Havendo áreas ulceradas, necróticas, cicatriciais ou hiperceratóticas, calos/calosidades, avaliar a região circundante, pois os usuários provavelmente não sentirão o monofilamento nestas regiões;
- Avaliar temperatura e coloração da pele, aspecto da pele, distribuição de pelos, unhas, calosidades, ulcerações ou macerações, deformidades, pulsos pediosos e tibiais posteriores;
- Orientar o usuário sobre uso de calçados adequados, não caminhar descalço; inspeção diária dos pés, corte reto das unhas, não cortar ou usar produtos químicos em calos, lavar e secar bem os pés e usar creme hidratante (uréia 10% ou padronizada pela instituição) exceto entre dedos.

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A



Fonte: Ribeirão Preto (2018)

6 - OBSERVAÇÃO

Recomenda-se que seja realizada a limpeza do monofilamento com uma solução de sabão líquido e água morna após cada uso ou solução padronizada da unidade.
Não há necessidade de o produto passar por processo de esterilização em autoclave.

O uso repetitivo do monofilamento pode ocasionar a perda de sua calibração.

Não se deve usar o monofilamento em mais de 10 usuários ao dia; ademais, um “repouso” de 24 horas é requerido para assegurar as 500 horas de meia-vida do instrumento em boas condições.
Para confirmação do diagnóstico de PSP plantar é recomendado a realização do teste com monofilamento de 10g e um ou mais testes, podendo ser: avaliação da sensibilidade vibratória (diapasão), reflexos (martelo) ou dor (pino ou palito).

7 - REGISTRO

Registrar o procedimento realizado, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em prontuário.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Caderno de Atenção Básica, n. 36)

RIBEIRÃO PRETO (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Protocolo de hipertensão e diabetes. Programa de atenção às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. Ribeirão Preto: SMS, 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. São Paulo: Clannad, 2017.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 045**	**VERSÃO:** 2
EXAME FÍSICO TÓRAX - CORAÇÃO	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 6**

Elaborado por: Fabricio Lopes da Silva	Data: 25/09/2022	Visto: Assinado por: Fabricio Lopes da Silva 07704B2C355C4A3...
Revisado por: Carla Casaes	Data: 28/09/2022	Visto: DocuSigned by: FAEFCD486FD6449...
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

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

1- OBJETIVO

Obter dados anatomofisiológicos do aparelho circulatório

2 – ALCANCE

Unidades Média Complexidade: Pronto Socorro Santana, UPA Jaçanã, AMA Lauzane, AMA Jardim Joamar e AMA Wamberto Dias da Costa

3 – COMPETÊNCIA

- Enfermeiro
- Médico

4 - MATERIAL

- Estetoscópio
- Luva de procedimento (se necessário)
- Algodão seco
- Álcool 70%
- Biombos (se necessário)
- Agulha ponta romba

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos.
- Reunir o material

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

- Explicar o procedimento e finalidade para o usuário
- Manter a privacidade do usuário
- Posicionar-se do lado direito do usuário
- Posicionar o usuário em decúbito dorsal ou sentado
- Realizar Inspeção
- Avaliar pele quanto a:
  - Coloração
  - Continuidade ou integridade
  - Distribuição de pelos
  - Simetria
  - Manchas
  - Outros danos normais e anormais
  - Abaulamentos (Ex: cardiomegalia)
  - ÍctusCordis (depende do biótipo, pode ser visível entre 4º a 5º Espaço Intercostal a E na linha hemiclavicular)
  - Análise de batimentos ou movimentos visíveis

- Realizar palpação:

  Palpar a pele e avaliar:

  - Umidade
  - Temperatura
  - Textura

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

- Turgescência
- Sensibilidades térmica, dolorosa e tátil
- Palpar o Ictus Córdis (depende do biótipo, pode ser visível entre 4º a 5º Espaço Intercostal a E na linha hemiclavicular) Observar:
- Localização: o impulso deve ocupar apenas uma espação intercostal e estar imediatamente o sob a linha Hemiclavicular.
- Tamanho: normal um centímetro ou dois
- Amplitude: normalmente uma sensação curta e suave
- Duração: curta, normalmente ocupada somente a primeira metade da sístole Observação: A posição lateral esquerda também pode ser usada, pois permite que o coração se desloque para mais próximo da parede torácica.
- O impulso apical é palpável em cerca de metade dos adultos. Ele não é palpável nas pessoas obesas ou nas pessoas com paredes torácicas espessas. O impulso apical aumenta de amplitude e duração em estados de débito cardíaco elevado (ansiedade, febre, hipertireoidismo, anemia)



Fonte: Jarvis (2002)

Palpar o Frêmito precordial

- Posicionar a mão espalmada sobre a região precordial usando preferencialmente a palma da mão.

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A



Fonte: Jarvis (2002)

- Realizar Ausculta
- Frequência Cardíaca
- Auscultar bulhas cardíacas

Localizar os focos

- Mitral: 4º ou 5º EIC Na linha hemiclavicular a E (coincide com a região do ictus cordis).
- Tricúspide: 4º ou 5º EIC na linha paraesternal a E (base do processo xifoide).
- Aórtico: 2º EIC na linha paraesternal a D.
- Pulmonar: 2º EIC na linha paraesternal a E.

- Reunir material.
- Retirar luvas quando utilizadas.
- Reposicionar o usuário em posição confortável.
- Recompor a unidade.
- Descartar o material em local apropriado, utilizando as luvas de procedimento se forem necessárias.
- Higienizar as mãos de acordo com procedimento operacional de higienização simples das mãos;

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

- Anotar procedimento, ressaltando os achados anormais.

6 - OBSERVAÇÃO

A presença de frêmito precordial pode significar fluxo turbulento de sangue nas valvas cardíacas (sopro), contudo sua ausência não afasta necessariamente a presença do sopro. Os frêmitos são percebidos como vibrações finas, semelhantes as vibrações observadas na garganta de um gato miando.
Foneticamente as bulhas cardíacas foram consideradas como TUM - TÁ.

Os focos Mitral e Tricúspide correspondem a 1º bulha cardíaca (TUM - fechamento das valvas atrioventriculares).
Os focos Aórtico e Pulmonar correspondem a 2º bulha cardíaca (TÁ - fechamento das valvas semilunares: aórtica e pulmonar).
Identificar a presença de sopros (o terceiro tempo nas bulhas).

Em cada foco avaliar a intensidade dos sons (bulhas normofonéticas, hipofonéticas ou hiperfonéticas) e a presença de 2 tempos (corresponde aos sons TUM e TÁ).

7 - REGISTRO

Registrar o procedimento realizado (avaliação da pele, ausculta e palpação), aceitação ou recusa do usuário, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em prontuário.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BARROS, A. L. B. L. et al. (Org.). Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

JARVIS, C. Exame físico e avaliação de saúde. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 046**	**VERSÃO:** 2
EXAME FÍSICO TÓRAX - PULMÃO	**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: FAEFCD486FD6449...
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

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

1- OBJETIVO

Obter dados anatomofisiológicos do aparelho respiratório.

2 – ALCANCE

Unidades Média Complexidade: Pronto Socorro Santana, UPA Jaçanã, AMA Lauzane, AMA Jardim Joamar e AMA Wamberto Dias da Costa

3 – COMPETÊNCIA

- Enfermeiro
- Médico

4 - MATERIAL

- Estetoscópio
- Luva de procedimento (se necessário)
- Algodão seco
- Álcool a 70%
- Biombos (se necessário)

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

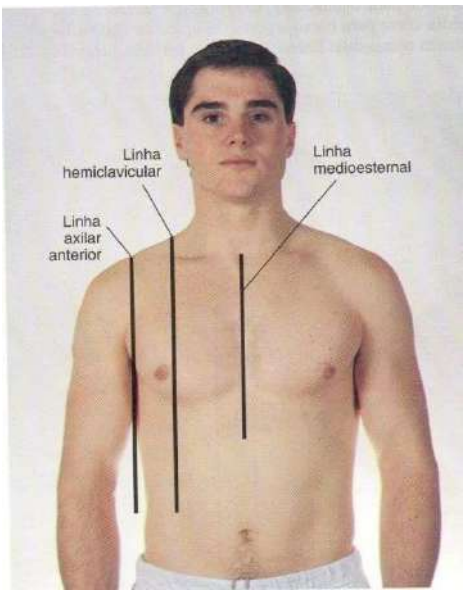
- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos;
- Reunir o material;
- Explicar o procedimento e finalidade para o usuário;

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

- Manter a privacidade do usuário;
- Posicionar-se do lado direito do usuário;
- Posicionar o usuário sentado ou na impossibilidade desta posição, o usuário deverá permanecer em decúbito dorsal para o exame do tórax anterior e em decúbito lateral para tórax posterior;
- Realizar inspeção estática. Identificar os marcos anatômicos das regiões anterior, lateral e posterior do tórax. Localizar linhas torácicas:

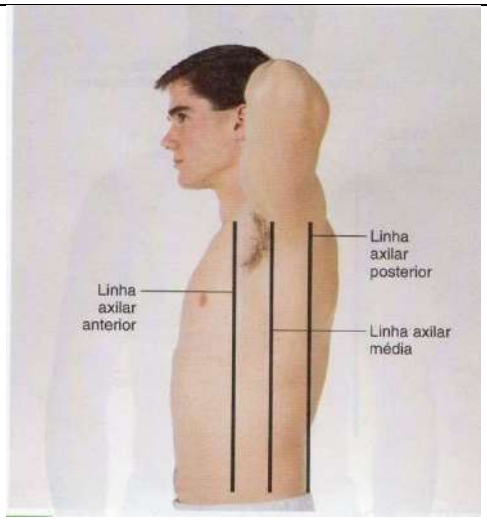
  linhas divisórias da face anterior: medioesternal e hemiclavicular



Fonte: Jarvis (2002)

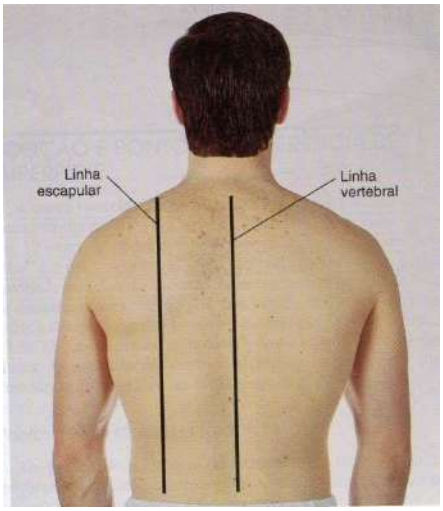
- linhas divisórias da face lateral (levante o braço em 90º e divida o tórax lateral em 3 linhas): axilar anterior, axilar média e axilar posterior.

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A



Fonte: Jarvis (2002)

- linhas divisórias da face posterior do tórax: vertebral e linha escapular.



Fonte: Jarvis (2002)

- Localizar regiões torácicas: infraclavicular, supraclavicular, precardíaca, traqueal, interescapular, supraescapular e infraescapular;
- Avaliar pele quanto a: coloração, continuidade ou integridade (cicatrizes e lesões), distribuição de pelos, simetria, manchas, abaulamentos e retrações;

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

- Avaliar o formato do tórax (normal, tonel/barril/globoso, funil, pombo ou cifoescoliótico);
- Realizar a inspeção dinâmica. Avaliar: tipo de respiração (abdominal ou diafragmática, toracoabdominal ou torácica), expansibilidade torácica simétrica ou assimétrica; amplitude (normal, superficial ou profunda); ritmo (normal ou regular, irregular, dispneia, ortopneia, hiperpneia, trepopneia, platipneia, Cheyne-Stokes ou dispneia periódica, Kussmaul e Biot); frequência respiratória (eupneia, taquipneia, bradipneia e apneia); musculatura acessória, retrações, simetria;
- Realizar palpação. Palpar a pele e avaliar: umidade, temperatura e sensibilidade;
- Avaliar padrão respiratório em relação à expansibilidade torácica (simétrica ou assimétrica). Para face posterior do tórax: colocar as mãos aquecidas na parede torácica póstero-lateral, com os polegares aos níveis de T9 OU T10. Deslizar as mãos medialmente para apertar para cima uma pequena dobra de pele entre os polegares;

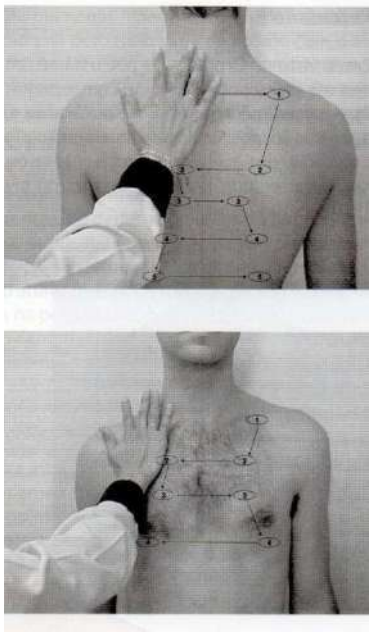


Fonte: Jarvis (2002)

- Avaliar sensibilidade ou dor;
- Avaliar frêmito tóracovocal (transmissão da vibração do movimento do ar através da parede torácica durante a fonação). Usar a base palmar dos dedos ou a face ulnar de uma das mãos para tocar o tórax do usuário enquanto ele repete palavras ressonantes (como por exemplo: 33) que causam vibrações fortes.
- Avaliar frêmito brônquico. Provocado pela vibração das secreções nos brônquicos de médio e grosso calibre durante a respiração (fases inspiratória e expiratória). Pode desaparecer, diminuir ou mudar de localização com a mobilização das secreções (tosse, mudança de decúbito). As regiões para localização posterior e anterior do tórax são demonstradas nas figuras a seguir.

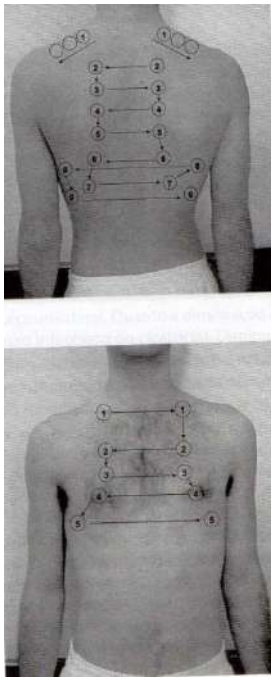
DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A



Fonte: Barros (2002)

- Realizar percussão digito digital nas regiões demonstradas nas figuras a seguir:



Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

Fonte: Barros (2002)

- Realizar ausculta nas mesmas regiões demostradas na percussão;
- Reunir material;
- Retirar luvas quando utilizadas;
- Reposicionar o usuário em posição confortável;
- Descartar o material em local apropriado;
- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos;
- Anotar procedimento.

6 - OBSERVAÇÃO

Não se aplica.

7 - REGISTRO

Registrar o procedimento realizado (avaliação da pele, formato do tórax, inspeção dinâmica, expansibilidade torácica, ritmo, amplitude, frequência respiratória, uso de musculatura acessória, percussão e ausculta), aceitação ou recusa do usuário, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em prontuário.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BARROS, A. L. B. L. et al. (Org.). Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

JARVIS, C. Exame físico e avaliação de saúde. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 047**	**VERSÃO:** 2
EXAMES CLÍNICOS DAS MAMAS	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 4**

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: FAEFCD486FD6449...
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

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

1- OBJETIVO

Identificar alterações que necessitem de investigação diagnóstica, condutas e encaminhamentos.

2 – ALCANCE

Unidades Média Complexidade: Pronto Socorro Santana, UPA Jaçanã, AMA Lauzane, AMA Jardim Joamar e AMA Wamberto Dias da Costa

3 – COMPETÊNCIA

- Enfermeiro
- Médico

4 - MATERIAL

- Ambiente privativo
- Mesa ginecológica ou divã
- 01 pacote de gaze

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Realizar a higiene das mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos;
- Apresentar-se a mulher e explicar o procedimento;
- Fazer a anamnese: queixa principal, levantar fatores endócrinos/historia reprodutiva, fatores comportamentais, risco de câncer de mama devido à radiação inonizante, fatores genéticos/hereditários, antecedentes cirúrgicos nas mamas, investigar se tiveram as mamas avaliadas por um profissional de saúde e mamografias anteriores (rastreamento ou diagnóstica);

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

- Realizar a inspeção estática e dinâmica. As mamas devem ser inspecionadas com a usuária sentada, com os braços pendentes ao lado do corpo (inspeção estática) e com a usuária realizando os seguintes movimentos (inspeção dinâmica): elevação dos membros superiores acima da cabeça, pressão sobre os quadris, inclinação do tronco para frente com os membros superiores acima da cabeça.
- Observar se as mamas são simétricas, se a circulação venosa superficial é normal e simétrica, se existem abaulamentos, retrações ou alterações de pele (hiperemia, edema, ulceração, descamação ou erosão, tecido com aspectos de “casca de laranja” e pele grossa);
- Identificar alterações na aréola (tamanho, forma, simetria e coloração “vermelhidão”); alterações na orientação dos mamilos (desvio da direção em que os mamilos apontam), achatamento ou inversão; ou evidência de secreção mamilar, como crostas em torno do mamilo;
- Deve verificar a presença de cicatrizes cirúrgicas prévias, nevos cutâneos, marcas congênitas e tatuagens;
- Realizar a palpação de todas as áreas do tecido mamário e linfonodos axilares e supraclaviculares, em busca de nódulos, espessamentos, modificações na textura e temperatura da pele;
- Ao examinar a axila, é importante que os músculos peitorais fiquem relaxados para que seja feito um exame completo da axila. Músculos contraídos podem obscurecer discretamente linfonodos aumentados de volume;
- Para examinar os linfonodos axilares direitos o examinador deve suspender o braço direito da usuária, utilizando o seu braço direito; deve então fazer uma concha com os dedos da mão esquerda, penetrando o mais alto possível em direção ao ápice da axila. A seguir, trazer os dedos para baixo pressionando contra a parede torácica. O mesmo procedimento deve ser realizado na axila contralateral. O examinador deve observar o número de linfonodos palpados, bem como seu tamanho, consistência e mobilidade.
- As fossas supraclaviculares são examinadas pela frente da usuária ou por abordagem posterior.
- Iniciar a palpação da mama com a usuária sentada, entretanto a melhor posição para examinar as mamas é com a usuária em decúbito dorsal, em mesa firme. Pede-se para a usuária elevar o membro superior isolateral acima da cabeça para tensionar os músculos peitorais e fornecer uma superfície mais plana para o exame. O examinador deve colocar-se no lado a ser palpado. Inicia-se o exame com uma palpação mais superficial, utilizando as polpas digitais em movimentos circulares no sentido horário, abrangendo todos os quadrantes mamários. Repete-se a mesma manobra, porém com maior pressão (não se esquecer de palpar o prolongamento axilar mamário e a região areolar).
- Expressão: deve ser realizada somente se houver queixa de saída de líquido pelo mamilo. Fazer a expressão suave da mama, desde a base até o complexo aréolopapilar. Ocorrendo a saída de fluxo,

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

observar se é uni ou bilateral e monoductal ou poliductal. Para verificar adequadamente a cor do fluxo, deve ser absorvido em uma gaze.

- Ajudar a mulher levantar-se Recompor a unidade.
- Realizar a higiene das mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos;
- Registrar o procedimento.

6 - OBSERVAÇÃO

Realizar orientações para promoção da saúde e prevenção do câncer de mama

Orientar sobre as alterações encontradas e encaminhamentos se necessários. Durante o exame sinais como: assimetria, abaulamentos, retrações, eczemas, ulcerações, gânglios linfáticos e nódulos, os casos com suspeita de câncer devem ser referenciados para investigação diagnóstica definitiva.

7 - REGISTRO

Registrar o procedimento realizado no sistema, aceitação ou recusa da usuária, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BEREK, J. S. Berek & Novak: tratado de Ginecologia. 15. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Falando sobre câncer de mama. Rio de Janeiro: MS: INCA, 2002.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 048**	**VERSÃO:** 2
GLICEMIA CAPILAR	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 4**

Elaborado por: Fabricio Lopes da Silva	Data: 25/09/2022	Visto: Assinado por: Fabricio Lopes da Silva 07704B2C355C4A3...
Revisado por: Carla Casaes	Data: 28/09/2022	Visto: DocuSigned by: FAEFCD486FD6449...
Aprovado por: Tassiana Pita	Data: 01/10/2022	Visto: Assinado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz CEC19F2097164E7...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
1	25/09/2022	Elaboração do procedimento
2	01/03/2024	Revisão

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

1- OBJETIVO

Obter amostra de sangue capilar para a mensuração dos níveis de glicose sanguíneos através do uso de glicosímetro.

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

- Bandeja S/N
- Gaze ou algodão
- Álcool a 70%
- Lanceta ou agulha 13X4,5
- Glicosímetro
- Fitas reagentes para glicose, específica ao aparelho utilizado no momento

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

- Luvas de procedimento
- Recipiente para descarte de material perfurocortante

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Acolher o usuário;
- Realizar higiene das mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos;
- Reunir o material necessário e certificar-se de que a fita reagente está na validade;
- Verificar se existe risco para perfuração da pele em usuários com baixa contagem de plaquetas, em terapia anticoagulante e distúrbios hemorrágicos;
- Avaliar a área da pele que será usada como local de punção;
- Orientar o usuário sobre o procedimento;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Ligar o aparelho e observar a compatibilidade da fita reagente com o número do código, conforme orientação do fabricante do glicosímetro;
- Posicionar a fita reagente, conforme orientação do fabricante;
- Fazer uma leve pressão na ponta do dedo escolhido de modo a favorecer o seu enchimento capilar;
- Com a outra mão limpar a área com algodão embebido em álcool a 70%, aguardar secagem natural (deixá-lo secar completamente);
- Com a lanceta ou agulha estéril, em posição perpendicular ao local, fazer uma punção na ponta do dedo escolhido, preferencialmente na lateral do dedo, onde a dor é minimizada;
- Pressionar levemente o dedo e obter uma gota suficiente para preencher o campo reagente;
- Pressionar o local da punção com algodão seco até hemostasia e avaliar novamente o local;
- Atentar para usuários em uso de anticoagulantes;
- Informar o resultado obtido ao usuário;
- Desprezar a fita reagente e a lanceta na caixa específica para material perfurocortante;

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

- Retirar as luvas;
- Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha;
- Realizar a higienização das mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos;
- Registrar o valor obtido no prontuário do usuário ou na ficha de controle de glicemia;
- Registrar o procedimento.

6 - OBSERVAÇÃO

Se o usuário apresentar nível glicêmico abaixo de 70 mg/dl comunicar o médico.

7 - REGISTRO

Registrar: data e hora da realização do exame; condição do usuário (jejum, alimentado); aspecto da polpa digital; desconforto decorrente da perfuração necessária para obter a gota de sangue; local da punção; valores da glicemia capilar (Mg/dl); intercorrências e providências adotadas; orientações efetuadas; nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Parecer COREN-SP CAT nº 002/2010, de 28 de janeiro de 2010. Antissepsia da pele com álcool 70% e a realização do teste de glicemia capilar. Disponível em: <https://portal.corensp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2010_2_0.pdf>. Acesso em: 19 mai 2019.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Parecer COREN-SP CAT nº 014/2010, de 18 de fevereiro de 2010. Uso de luvas de procedimento para a administração de medicamentos. Disponível em: <https://portal.corensp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2010_14.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2018.

POTTER, P. A. et al. Fundamentos de Enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica. Recomendações para uso de luvas em serviços de saúde. São Paulo: Secretaria da Saúde, 2016.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 049**	**VERSÃO:** 2
HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 8**

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: FAEFCD486FD6449...
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

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

1- OBJETIVO

Remover os microrganismos que colonizam as camadas superficiais da pele, assim como o suor, a oleosidade e as células mortas, retirando a sujidade propícia à permanência e à proliferação de microrganismos (BRASIL, 2013).

2 – ALCANCE

Unidades Média Complexidade: Pronto Socorro Santana, UPA Jaçanã, AMA Lauzane, AMA Jardim Joamar e AMA Wamberto Dias da Costa

3 – COMPETÊNCIA

- Todos os profissionais envolvidos no cuidado ao usuário das unidades de saúde.

4 - MATERIAL

- Pia apropriada para higienização das mãos;
- Dispensador com sabonete líquido;
- Papel toalha;
- Lixeira com tampa para resíduos comuns.

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

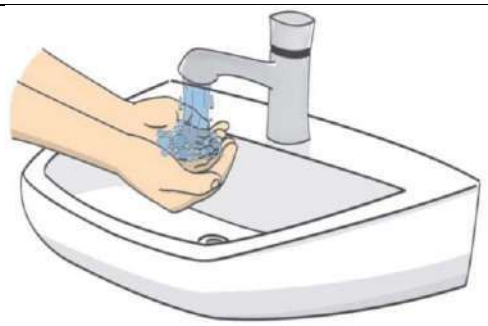
- Abrir a torneira:

Se usar torneira manual, ensaboar e fechar o volante da torneira;

Se usar torneira que possui alavanca ou temporizador, acioná-los com o cotovelo;

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A



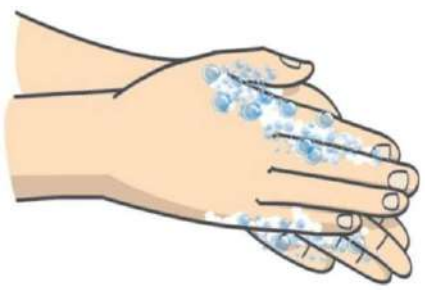
Fonte: Brasil, 2013

- Molhar as mãos, sem encostar-se na pia;
- Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir toda a superfície das mãos;



Fonte: Brasil, 2013

- Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as, com movimentos circulares e os dedos fechados;

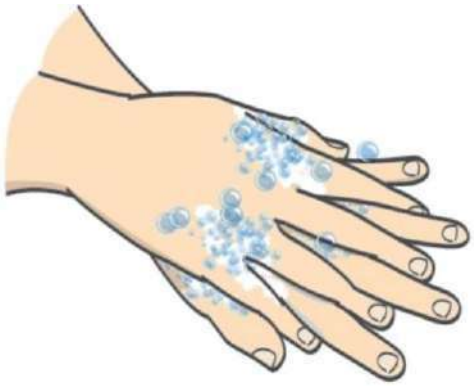


DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

Fonte: Brasil, 2013

- Esfregar o dorso da mão com a palma da outra mão, entrelaçando os dedos e viceversa;



Fonte: Brasil, 2013

- Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais;



Fonte: Brasil, 2013

- Esfregar o dorso dos dedos com a palma da mão oposta e vice-versa, com movimento de vai e vem;

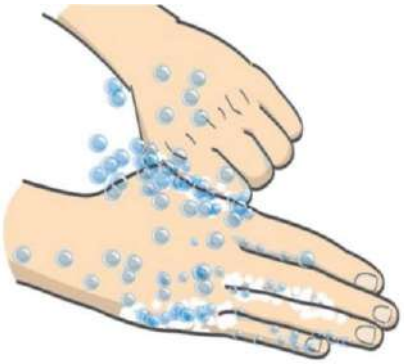
DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A



Fonte: Brasil, 2013

- Esfregar cada polegar com a palma da mão oposta em movimentos circulares, em sentido proximal-distal;



Fonte: Brasil, 2013

- Friccionar as polpas digitais e as unhas de cada mão na palma da outra, com a mão fechada, em concha, com movimentos circulares;



Fonte: Brasil, 2013

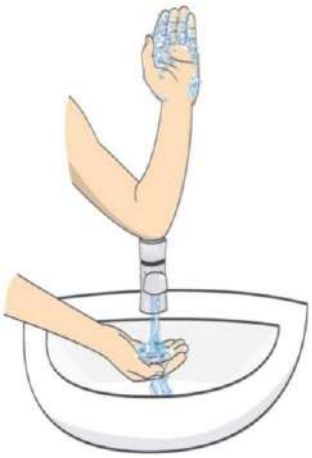
DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

- Abrir/acionar a torneira:

- Se usar torneira manual, enxaguar o sabonete ou solução antisséptica do volante;

- Se usar torneira com temporizador ou alavanca, acioná-los com o cotovelo;



Fonte: Brasil, 2013

- Enxaguar as mãos retirando totalmente o resíduo do sabonete;
- Se usar torneira manual, fechar a torneira, utilizando papel toalha.
- Secar as mãos com papel toalha;



Fonte: Brasil, 2013

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

- Desprezar o papel toalha na lixeira para resíduos comuns.

6 - OBSERVAÇÃO

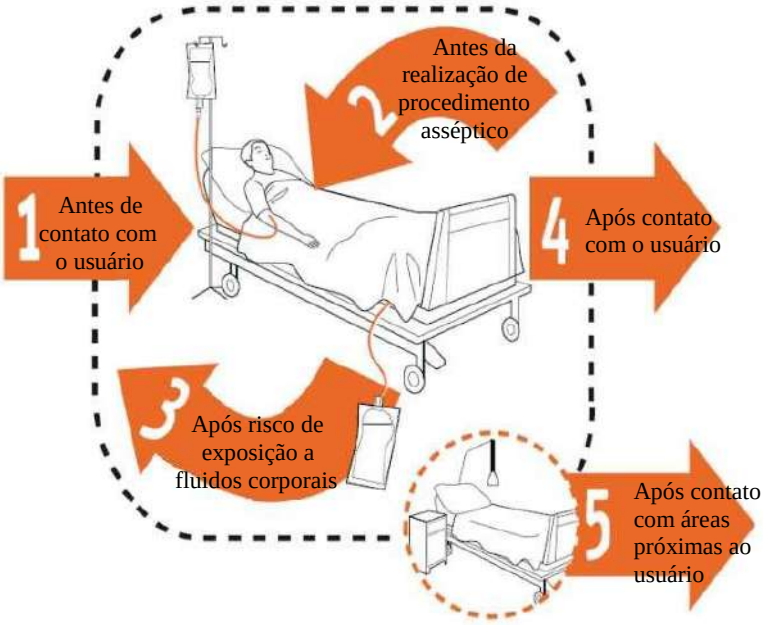
. A higienização simples das mãos deve ter duração mínima de 40 a 60 segundos.

Momentos em que o procedimento deve ser realizado:

- Antes e após o contato com o usuário;
- Antes e após manipular dispositivos invasivos;
- Antes de calçar luvas para procedimentos;
- Após retirar as luvas;
- Após risco de exposição a fluidos corporais ou excreções;
- Durante o cuidado com o mesmo usuário, ao mudar de um local contaminado para outro local;
- Após contato com superfícies próximas ao usuário;
- Quando as mãos estiverem visivelmente sujas;
- Ao iniciar e terminar o turno de trabalho;
- Antes de manipulação e preparo de medicamentos e alimentos.

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

Seguir o esquema abaixo: Os cinco momentos para higienização das mãos



Fonte: Brasil (2013)

7 - REGISTRO

Não se aplica.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Fiocruz. Programa Nacional de Segurança do Paciente. Anexo 1: protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente em serviços de saúde: higienização das mãos. Brasília, DF: Anvisa, 2009.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 050**	**VERSÃO:** 2
HIPODERMÓCLISE	**VALIDADE:01/03/2026**	**Pag. 1 de 8**

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: FAEFCD480FD0449...
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

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

1- OBJETIVO
Realizar técnica de hipodermóclise, podendo ser definida basicamente como a administração lenta de medicamentos e ou soluções isotônicas no tecido subcutâneo.

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
• 01 par de luvas de procedimento • 01 microfusor (scalp ou jelco); • 01 equipo de microgotas • 01 cobertura estéril transparente ou micropore • Álcool a 70% • Algodão

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

- Solução fisiológica 0,9% 10 mL
- Agilha para aspiração 40X12.

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Explicar o procedimento ao usuário e seus familiares/cuidador;
- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional higienização simples das mãos;
- Confrontar a prescrição médica com o medicamento, verificando também dose, via, volume, tempo/gotejamento, período de tratamento;
- Reunir todo o material;
- Realizar o preparo da medicação conforme prescrição médica;
- Preencher o lúmen do microfusor com solução fisiológica 0,9%;
- Colocar todo material que vai utilizar ao alcance das mãos;
- Avaliar as regiões anatômicas e escolha o local da punção. Se necessário, realizar tricotomia com tricótomo ou tesoura. Não usar lâminas de barbear, pois elas provocam escarificação da pele, o que pode comprometer a avaliação da integridade do sítio de punção, além de aumentar o risco de infecção local;
- Calçar luvas de procedimento e fazer a antissepsia da pele com álcool 70%;
- Faça uma prega cutânea e introduza o catéter na prega, em um ângulo de 45º com bisel voltado para cima, em direção centrípeta e voltada para a rede ganglionar local. Usuários emagrecidos devem ser puncionados com angulação de 30º, observando se há retorno de sangue no cateter por punção equivocada de algum capilar.
- Aspirar para certificar-se de não ter puncionado um vaso. Se houver retorno sanguíneo, retirar o cateter e repetir a punção a uma distância de pelo menos 5cm da punção original.
- Enrolar o intermediário e realizar a fixação do cateter com cobertura estéril, preferencialmente transparente. Caso não esteja disponível, a fixação poderá ser realizada com fita micropore ou esparadrapo. Identificar o curativo com data, horário e nome do profissional responsável.
- Administrar o medicamento em bolus ou conectar o cateter ao equipo da solução. Após a administração de cada medicamento, injetar 1 mL de Solução Fisiológica 0,9% para garantir que todo o conteúdo do

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

medicamento do circuito do catéter ou do intermediário tenha sido administrado.

- Sinalizar sítio de punção exclusivo: por exemplo, dexametasona é um glicocorticóide e inativa outros medicamentos na infusão por via subcutânea;
- Desprezar todo o material em destino correto, lixo comum, lixo infectante e caixa de perfurocortantes;
- Higienizar das mãos conforme procedimento operacional higienização simples das mãos;
- Realizar anotação de enfermagem sobre a realização do procedimento: local da punção,
- catéter utilizado, aspecto de todo o sítio da punção e após, assinar e carimbar.

6 - CONTRAINDICAÇÕES

Absolutas	Relativas
Recusa do paciente Anasarca Trombocitopenia grave Necessidade de reposição grave de volume (desidratação grave ou choque).	Caquexia Síndrome da veia cava superior Ascite Proeminências ósseas

Situações a serem observadas e avaliadas individualmente;

Área com circulação linfática reduzida (após cirurgia ou radioterapia)

Área de infecção, inflamação ou ulceração cutânea; Proximidades de articulação.

7 - OBSERVAÇÕES

7.1 Sítios e volume de punção

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

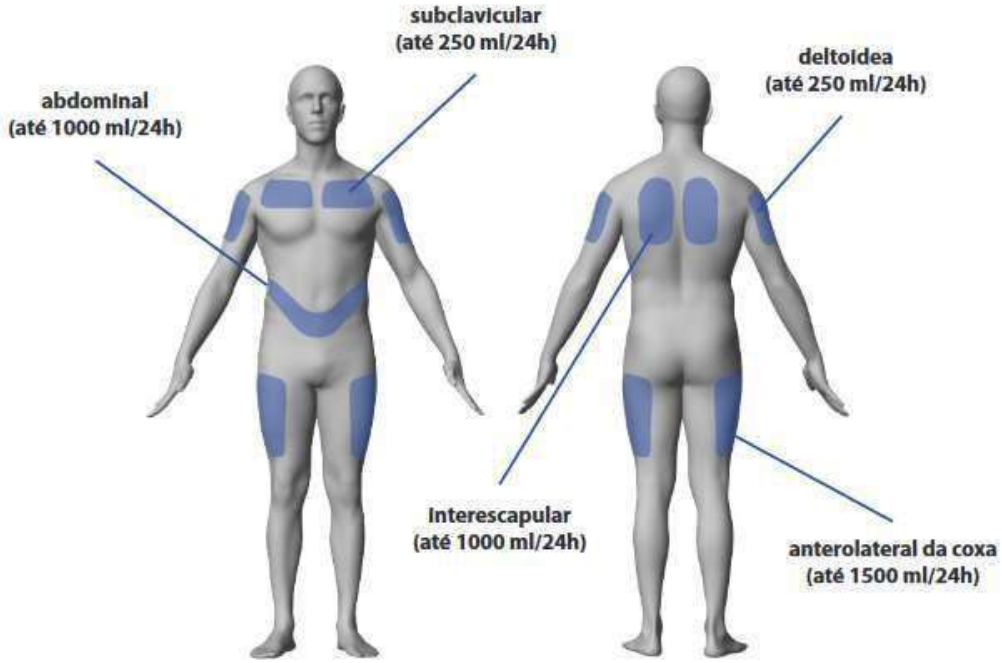


Figura1. Regiões para punção subcutânea. Fonte: SBGG, 2016.

Não puncionar regiões próximas a articulações.

Avaliar a espessura do tecido subcutâneo que é recomendável que seja de no mínimo 1,0 a 2,5cm.
O catéter deve ser inserido considerando a direção da drenagem linfática para reduzir o risco de edemas, por isso a inserção deve ser centrípeta, ou seja, no sentido do coração.
Deve-se fazer o rodízio de punção respeitando 5 cm do local da punção anterior.

Diluir sempre o medicamento em solução fisiológica 0,9% em volume igual ou maior que 100%. Exemplo: morfina de 10 mg/mL (ampola de 1 mL) – diluir uma ampola em, no mínimo, 1 mL de Solução Fisiológica 0,9%. Medicamentos irritantes são indicados diluição em 100mL de Solução Fisiológica 0,9%.

A compatibilidade entre os medicamentos deve ser rigorosamente observada.

Em caso de incompatibilidade os medicamentos devem ser administrados em sítio de punção distintos e distantes uns dos outros, o que por vezes requer duas ou mais punções. Recomenda-se, ainda, que cada sítio deva receber no máximo três medicamentos compatíveis entre si.
A incompatibilidade entre medicamentos pode fazer com que, na interação, suas características possam ser modificadas, causando desde precipitações (que podem ser invisíveis à olho nu) até alteração de sua eficiência.

8 – CUIDADOS DE ENFERMAGEM APÓS PUNÇÃO

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

- Cuidados gerais

Higienizar as mãos antes e após cada manuseio do cateter para prevenir infecção;

Fazer assepsia da via de acesso sempre que abrir o sistema, friccionando gaze embebida em álcool a 70% no óstio do lúmen de acesso;
Orientar usuário, familiares e equipe sobre a possibilidade de discreta hiperemia e edema no local de inserção do cateter logo após a administração de medicamentos ou soluções; Protejer a punção com plástico durante o banho para manter a área seca.

- Velocidade de infusão

Os medicamentos podem ser administrados em bolus ou em infusão contínua, conforme a necessidade.
Caso os volumes prescritos sejam superiores a 1500 mL por dia, será necessário um segundo acesso no lado oposto à primeira instalação (obervar a figura dos possíveis sítios de infusão e capacidade de volume permitida).
A infusão em bolus deve ser lenta. Para o gotejamento das infusões contínuas por ação gravitacional, recomenda-se o uso de equipos de microgotas.
Sugere-se velocidade entre 60 e 125 mL/h para a infusão de soluções.

- Tempo de permanência do cateter

Agulhado: até 5 dias

Não agulhado: até 11 dias

Na suspeita de alguma complicação o catéter deverá ser retirado.

A troca do dispositivo vai variar conforme a cobertura utilizada: filme transparente, fita micropore ou esparadrapo. No geral, a cobertura estéril transparente pode permanecer por até sete dias. As demais deverão ser trocadas diariamente, e essa manipulação acarreta diminuição da vida útil da punção pelo aumento do risco de contaminação e possibilidade de tração do cateter.
No ambiente hospitalar é preconizada a troca do sítio de punção a cada 72 horas (ANVISA).

- Observação de complicações

Monitorar sinais de irritação local lembrando que a hiperemia é normal no sítio de punção nas primeiras 4 horas.
Verificar presença de sinais flogísticos: celulite, edema, calor, rubor e dor e também endurecimento e hematoma local.
Observar relato de cefaléia e ansiedade do usuário;

Observar sinais de sobrecarga cardíaca (taquicardia e turgência jugular); Na presença de sinais flogísticos, o cateter deve ser retirado e aquele sítio estará contraindicado para novas punções por, no mínimo, dez dias.
Na presença de edema no local da infusão, reduzir a velocidade e se melhora, manter o acesso.
A celulite é a complicação mais grave descrita, tem baixa incidência e pode requerer antibioticoterapia.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

9 - REGISTRO

Registrar o procedimento realizado, aceitação ou recusa do usuário, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em prontuário ou ficha de atendimento.

10- ANEXO

ANEXO 2

Tabela de compatibilidade entre medicamento

MEDICAMENTOS	Cefepime	Ceftriaxona	Clorpromazina	Dexametasona	Dipirona	Escopolamina	Fenobarbital	Furosemida	Haloperidol	Levomepromazina	Metoclopramida	Midazolam	Morfina	Octreotida	Ondansetrona	Ranitidina	Tramadol
Cefepime		NT	NT	I	I	C	I	C	C	C	C	I	C	C	C	I	C
Ceftriaxona	NT		I	I	I	NT	I	C	I	NT	C	C	C	C	I	I	NT
Clorpromazina	NT	I		I	I	NT	I	I	C	NT	C	C	C	C	NT	C	NT
Dexametasona	I	I	I		I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
Dipirona	I	I	I	I		I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
Escopolamina	C	NT	NT	I	I		I	NT	C	NT	C	C	C	C	C	NT	C
Fenobarbital	I	I	I	I	I	I		I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
Furosemida	C	C	I	I	I	NT	I		I	NT	I	I	I	NT	I	NT	NT
Haloperidol	C	I	C	I	I	C	I	I		C	C	C	C	NT	NT	I	C
Levomepromazina	C	NT	NT	I	I	NT	I	NT	C		C	C	C	NT	NT	I	NT
Metoclopramida	C	C	C	I	I	C	I	I	C	C		C	C	C	C	C	C
Midazolam	I	C	C	I	I	C	I	I	C	C	C		C	NT	C	I	I
Morfina	C	C	C	I	I	C	I	I	C	C	C	C		C	C	C	I
Octreotida	C	C	C	I	I	C	I	NT	NT	NT	C	NT	C		C	NT	NT
Ondansetrona	C	I	NT	I	I	C	I	I	NT	NT	C	C	C	C		NT	NT
Ranitidina	I	I	C	I	I	NT	I	NT	I	I	C	I	C	NT	NT		NT
Tramadol	C	NT	NT	I	I	C	I	NT	C	NT	C	I	I	NT	NT	NT	

NT: Não testado , I: Incompatível, C: Compatível

Adaptado de Micromedex®, Stabilis®, Bruno, 2015.

11- REFERÊNCIAS

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

AZEVEDO, D.L. Organização. O uso da via subcutânea em geriatria e cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), 2017.2ª ed. 56p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Terapia subcutânea no câncer avançado. Rio de Janeiro: INCA; 2009. (Série cuidados paliativos).

BRUNO, V.G. Hipodermóclise: revisão de literatura para auxiliar a prática clínica Hypodermoclysis: a literature review to assist in clinical practice. Einstein: v. 13, n. 1, p.122-82, 2015.

CAMPINAS (Cidade). Prefeitura Municipal. Serviço de Atenção Domiciliar. Protocolo da assistência de Enfermagem. Campinas: Prefeitura Municipal, 2015.

JAIN, S.; MANSFIELD, M.; WILCOX, M. H. Subcutaneous fluid administration – better than the intravenous approach? The Journal of Hospital Infection, London, v. 41, n. 4, p. 269272, 1999.

PEREIRA I. Hipodermóclise. In: CUIDADO paliativo. São Paulo: CREMESP; 2008. p. 259272.

QUAGLIO, R.C.; VARALLO, F.R.; LIMA, N.K.C.; JUNQUEIRA, A.F.; IANHEZ JÚNIOR, E.; MATUMOTO, S.; FORTUNA, C.M. Medicamentos passíveis de infusão por hipodermóclise. Medicina (Ribeirão Preto, Online.) 2018;51(1):55-68. Disponível em: http://revista.fmrp.usp.br Acesso em: 25 Nov. 2020.

QUÁGLIO, R. C. Hipodermóclise: aula [fev. 2016]. Aula ministrada na EERP-USP.

SASSON, M.; SHVARTZMAN, P. Hypodermoclysis: an alternative infusion technique. American Family Physician, Kansas City, v. 64, n. 9, p. 1575-1579, 2001.

YAP, L. K.; TAN, S.H.; KOO, W. H. Hypodermoclysis or subcutaneous infusion revisited. Singapore Medical Journal, Singapore, v. 42, n. 11, p. 526-529, 2001

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 051**	**VERSÃO:** 2
IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS COM TALA METÁLICA	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 4**

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: FAEFCD486FD6449...
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

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

1- OBJETIVO

Promover a estabilidade de lesões ortopédicas através do uso de talas maleáveis em membros inferiores e superiores.

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 de procedimento, máscara facial, óculos de proteção);
- Talas maleáveis em tamanhos PP, P, M e G;



Fonte: Arquivos SAMU

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

- Faixa crepe;
- Tesoura.

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Utilizar os equipamentos de proteção individual;
- Abrir ou cortar a vestimenta da vítima de modo a poder visualizar o membro afetado;
- Remover os anéis e pulseiras, que podem comprometer a vascularização da extremidade. Cortar anéis que estejam em extremidades edemaciadas;
- Caso identifique uma lesão aberta, proceder a limpeza e proteger com gaze estéril ou compressa de gaze e algodão antes da imobilização;
- Colocar a extremidade em posição anatômica e alinhada, com uma tração delicada para restaurar seu comprimento normal (caso não apresente resistência). NÃO reduzir fraturas ou luxações no Atendimento Pré Hospitalar;
- Imobilizar a extremidade uma articulação acima e outra abaixo da lesão, para garantia de estabilização do seguimento do membro;
- Colocar a tala moldável em baixo do membro e, duas outras, distribuídas lateralmente à área lesada;
- Antes e depois do alinhamento e imobilização, verificar pulsos distais, enchimento capilar, sensibilidade e motilidade da área distal do membro;
- Promover o enfaixamento da parte mais distal da fratura para área mais proximal, ou seja, no sentido dos pés para a cabeça;
- Em caso de luxação ou fratura de articulação, imobilizar a extremidade na posição em que foi encontrada.

6 - OBSERVAÇÃO

Efetuar a imobilização de todas as lesões suspeitas de extremidades em usuários estáveis, antes do transporte. Em usuários que apresentam critérios de instabilidade, a imobilização deve ser feita apenas em imobilizador de corpo inteiro (prancha longa).
Não perder tempo imobilizando uma fratura quando a vida da vítima está em risco.

7 - REGISTRO

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

Registrar a assistência prestada em ficha de atendimento de enfermagem com assinatura e carimbo constando número do Coren de quem realizou a técnica.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

PHTLS atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 052**	**VERSÃO:** 2
ISOLAMENTO	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 19**

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: FAEFCD486FD6449...
Aprovado por: Tassiana Pita	Data: 01/10/2022	Visto: Assinado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz CEC19E2097164E7...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
1	25/09/2022	Elaboração do procedimento
2	01/03/2024	Revisão

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

1- OBJETIVO

Precauções baseadas na via de transmissão são usadas quando a transmissão não pode ser completamente interrompida usando as precauções padrão isoladamente.
Para maioria das doenças é suficiente a aplicação de um tipo de precaução, porém para outras, que podem ser transmitidas por várias vias, há necessidade da combinação de 2 ou mais tipos de precauções.

2 – ALCANCE

Unidades Média Complexidade: Pronto Socorro Santana, UPA Jaçanã, AMA Lauzane, AMA Jardim Joamar e AMA Wamberto Dias da Costa

3 – PRECAUÇÕES

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

PRECAUÇÕES DE CONTATO

- Usar Precauções de Contato para usuários com infecção suspeita ou conhecida ou evidência de situações, que representem um risco aumentado para transmissão por contato.
- Sempre que possível colocar o usuário que requer Precauções de Contato em ambiente privativo ou comum para o mesmo microrganismo.
- Evitar sua acomodação em local de trânsito ou próximo a usuários imunodeprimidos, neonatos e usuários críticos.
- Quando houver pequena disponibilidade de ambiente privativo priorizar usuários com condições que possam facilitar a transmissão (ex: drenagem não contida, incontinência fecal) para uso de ambiente privativo.
- Se for necessário colocar um usuário que requeira precauções de Contato em um ambiente com outro usuário que não é colonizado ou infectado pelo mesmo patôgeno, os usuários devem estar acomodados com distância mínima de 1 metro um do outro.
- Trocar o EPI e fazer a higienização das mãos entre contato com usuários no mesmo quarto.
- Quando o transporte for necessário, as áreas infectadas/colonizadas do corpo do usuário deverão estar contidas e cobertas com curativo, avental ou lençol.
- Remover e descartar os EPIs contaminados e realizar higienização das mãos antes de transportar usuários sob Precauções de Contato.
- Usar EPI limpo para transportar o usuário
- Utilização do Equipamento de Proteção Individual (EPI):

✓ Luvas e avental

✓ Deverão ser utilizados ao contato com usuário ou material infectante.

✓ Calçar as luvas e vestir o avental ao entrar no local de isolamento.

✓ O avental não deverá ser utilizado pelo profissional/visitante/acompanhante ao deixar o ambiente de isolamento, ou seja, o mesmo avental não deve ser utilizado em outras áreas da unidade.

✓ Seguir a técnica para retirar o avental e fazer a higienização das mãos antes de deixar o ambiente onde está o usuário.

✓ Após a remoção do avental a pele e roupas não devem entrar em contato com as superfícies potencialmente contaminadas.

PRECAUÇÕES RESPIRATÓRIAS COM GOTÍCULAS

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

- Indicadas para o contato próximo (1 metro) com usuários em suspeita ou confirmação de doenças com transmissão por gotículas (partículas > 5 micra de diâmetro) eliminadas pelas vias aéreas durante tosse, espirro, fala, e realização de procedimentos com a aspiração de secreções.
- Ambiente privativo ou compartilhado com usuários infectados pelo mesmo microrganismo, mantendo a porta fechada. Instruir o usuário a seguir recomendações de higiene respiratória ao tossir;
- Evitar a saída do usuário da sala de isolamento, quando necessário o usuário deverá sair do quarto/sala utilizando máscara comum (cirúrgica).
- Não é necessário que o profissional de saúde use máscara para transportar os usuários sob precauções com gotículas, se o usuário estiver usando máscara.
- Utilização de equipamento de proteção individual:

✓ Máscara

- É obrigatório o uso de máscara comum, durante o período de transmissibilidade de cada doença, para todas as pessoas que entrarem no quarto/sala em uma distância menor que 1 metro.
- A máscara deverá ser desprezada na saída do quarto.

 PRECAUÇÕES RESPIRATÓRIAS COM AEROSSÓIS

- Indicadas para contato com usuários em suspeita ou confirmação de doenças com transmissão através de aerossóis (partículas < 5 micra de diâmetro) eliminados pelas vias aéreas durante tosse, espirro ou fala.
- Quarto privativo obrigatório, mantendo sempre a porta fechada.
- Após identificação da necessidade de isolamento, deverá ser colocada uma máscara comum (cirúrgica) no usuário, acomodá-lo em uma sala privativa até sua transferência para um serviço que disponha de quarto adequado para este tipo de isolamento: sistema de ventilação com pressão negativa de 6 trocas de ar por hora, com uso de filtro HEPA.
- Após a transferência do usuário a sala deverá ficar aberta pelo período mínimo de 1 hora, para permitir uma completa troca de ar.
- Orientar todos os usuários com suspeita ou confirmação de doenças transmitidas por aerossóis a usar máscara cirúrgica e adotar as medidas de Higiene respiratória ao tossir;
- Evitar a saída do usuário da unidade de isolamento, quando necessário sair do quarto o usuário deverá utilizar máscara cirúrgica.

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

- Utilização de equipamento de proteção individual:

✓ Máscara

- É obrigatório o uso de máscara tipo N95 com capacidade de filtrar partículas < 5 micrômetros de diâmetro, por todo o profissional que prestar assistência a usuários com suspeita ou confirmação de doença infecto-contagiosa transmissível por aerossóis.
- A máscara deverá ser colocada antes de entrar na sala e retirada somente após a saída da mesma.
- A máscara não tem uma vida útil pré-estabelecida, podendo ser usada muitas vezes pelo mesmo profissional. Descartar quando estiver suja, úmida, com deformações na estrutura física que possam prejudicar a vedação facial, elásticos danificados.

 PRECAUÇÕES EMPÍRICAS

- Constituem o uso de precauções apropriadas baseadas no potencial modo de transmissão, logo no momento em que o usuário desenvolve sinais ou sintomas que sugerem algum tipo de infecção transmissível. Algumas condições clínicas determinam um alto risco para justificar o uso empírico das precauções até que possa ser confirmado ou não a presença de determinada patologia. Ver Quadro II - Situações Clínicas que requerem precauções empíricas.

4 - OBSERVAÇÕES

Estender a duração das Precauções para usuários imunossuprimidos com infecções virais devido ao prolongado período de eliminação dos vírus.
Artigos e equipamentos deverão ser de uso exclusivo de cada usuário, para reutilização em outro usuário, quando permitido o reprocessamento, deverão seguir os protocolos de desinfecção/esterilização conforme protocolo estabelecido.
Higiene respiratória consiste em orientar o usuário a cobrir a boca e o nariz com um lenço ao tossir, desprezando adequadamente e higienizando as mãos.
A aplicação de qualquer uma destas precauções implica no uso associado das Precauções Padrão
Ver Quadro I – Precauções recomendadas segundo a infecção ou agente etiológico, tipo e duração.

5 – RESPONSABILIDADE

- Equipe técnica de enfermagem
- Equipe técnica de odontologia

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

- Equipe médica

6 - REGISTRO

Colocar identificação (cartaz, placa) conforme o tipo de precaução na porta do quarto.

Colocar identificação conforme o tipo de precaução na ficha de atendimento do usuário. Registros de avaliação, procedimentos e resultados em ficha do usuário com carimbo e assinatura do responsável.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR. Precauções e Isolamento. 2. ed. São Paulo: APECIH; 2006.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Curso básico de controle de infecção hospitalar. Brasília, DF: Anvisa, 2000. (Caderno C. Métodos de proteção anti-infecciosa).

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Precaução padrão, precaução de contato, precauções para gotículas e precauções para aerossóis. Brasília, DF: Anvisa, [2019]. Cartaz. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/controle/precaucoes_a3.pdf>. Acesso em: 15 mai 2019.

PERRY, A. G.; POTTER, P. A. Guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIANGULO MINEIRO. Hospital de Clínicas. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. Protocolos de controle de infecção. Precauções padrão. Uberaba, UFTM: 2015.

Quadro I - Precauções recomendadas segundo a infecção ou agente etiológico, tipo e duração

Infecção/Agente Etiológico	Precauções	
	Tipo	Duração
Abscesso		
Com grande drenagem	C	DD
Com pouca drenagem ou contido2	P	
AIDS 3	P	

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

Actinomicose	P	
Adenovirose em lactente e pré-escolar	GC	DD
Amebíase	P	
Ancilostomíase e necatoríase	P	
Angina de Vincent	P	
Antrax cutâneo ou pulmonar	P	
Arbovirose (encefalite, dengue, febre amarela)	P4	
Ascaridíase	P	
Aspergilose	P	
Babesiose	P	
Blastomicose norte-americana e sul-americana	P	
Botulismo	P	
Bronquiolite (ver Infecções respiratórias na criança)		
Brucelose	P	
Candidíase	P	
Cancro mole	P	
Caxumba	G	F15
Celulite (extensa, secreção incontida)	C	DD
Cisticercose	P	
Citomegalovirose	P	
Clostridium perfringens ou Clostridium botulinum	P	
Clostridium difficile	C	DH
Clamydia trachomatis (todas as formas)	P	
Coccidioidomicose	P	
Conjuntivite	P	
Conjuntivite hemorrágica aguda	C	DD

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

Infecção/Agente Etiológico	Precauções	
	Tipo	Duração
Coqueluche	G	F17
Coriomeningite linfocitária	P	
Coxsackie (ver Enterovirose)		
Criptococose	P	
Criptosporidíose (ver Diarréia)		
"Crupe" (ver Doenças respiratórias a infância)		
Dengue	P4	
Dermatomicoses	P	
Diarréia		
Campilobacter sp.	P9	
Cólera	P9	
Colite associada a antibiótico (ver C. difficile)		
Criptosporidiose	P9	
E. coli êntero-hemorrágica O157:H7	P9	
E. coli com incontinência	C	DD
E. coli – outras situações	P9	
Giardíase	P9	
Rotavírus	P9	
Rotavírus – incontinente	C	DD
Salmonelose	P9	
Shiguelose	P9	
Shiguelose – incontinente	C	DD
Vibrio parahemolyticus	P9	
Viral	P9	
Yersinia enterocolitica	P9	

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

Difteria		
Cutânea	C	CN8
Faríngea	G	CN8
Doença da arranhadura do gato	P	
Doença de Creutzfeldt-Jacob	P7	
Doença de Kawasaki	P	
Doença de Lyme	P	

Infecção/Agente Etiológico	Precauções	
	Tipo	Duração
Encefalite (ver Agentes específicos)		
Endometrite	P	
Enterovirose		
Adultos	P	
Crianças	C	DD
Enterobíase	P	
Enterococcus sp. (se multirresistente – ver Organismos multirresistentes)14		
Enterocolite necrotizante	P	
Epiglotite por H. influenzae	G	DD
Equinococose	P	
Eritemia infeccioso	P	
Escabiose	C	T24H
Esquistossomose	P	
Esporotricose	P	

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

Estafilococcias		
Diarréia	P	
Enterocolite	P	
Furunculose em crianças	C	DD
Pele		
ferida extensa1 e grande queimado	C	T24H
ferida pequena2 e queimados	P	
Pneumonia	P	
Síndrome do choque tóxico	P	
Síndrome da pele escaldada	C20	DD
Resistente a múltiplos antimicrobianos (ver Organismos multi-Resistentes)14		
Estreptococcias		
Endometrite (febre puerperal)	P	
Furunculose em crianças	C	DD
Pele		
ferida extensa1 e grande queimado	C	T24H

Infecção/Agente Etiológico	Precauções	
	Tipo	Duração
ferida pequena2 e queimados	P	
Pneumonia, faringite ou escarlatina em crianças	G	T24H
sépsis neonatal . S. agalactiae	P	
Estrongiloidíase	P	
Exantema súbito	P	
Febre amarela (ver arbovirose)		
Febre hemorrágica (Lassa, Sabiá, Boliviana, Argentina, Venezuelana, Ebola, marburg)	A23/C	DD

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

Febre de mordedura de rato	P	
Febre Q	P	
Febre recorrente	P	
Febre reumática	P	
Gangrena gasosa	P	
Giardíase (ver Diarréia)		
Gonococo (inclusive oftalmia neonatal)	P	
Granuloma venéreo/donovanose	P	
Hanseníase	P	
Hantavirose	A,C	DD
Hepatite viral		
tipo A	P	
tipo A, usuário incontinente	C	F10
tipo B, C e demais, incluindo não especificada	P	
Herpangina (ver Enterovirose)		
Herpes simplex		
Mucocutâneo recorrente ou encefalite	P	
Mucocutâneo disseminado ou primário extenso11	C	DD
Neonatal	C	DD
Herpes zoster		
Localizado, em usuário imunocompetente	P	
Localizado, em usuário imunocomprometido/disseminado	A,C	F5
Histoplasmose	P	
Impetigo	C	T24H

Infecção/Agente Etiológico	Precauções	
	Tipo	Duração
Infecção em cavidade fechada (com ou sem drenagem)	P	
Infecção de ferida		

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

Extensa1	C	DD
Pequena ou limitada2	P	
Infecção pelo HIV	P	
Infecção respiratória aguda (se não abordada em outro item)		
Adulto	P	
Criança3	C	DD
Infecção urinária, com ou sem sonda	P	
Influenza (gripe)	G12	DD
Infecção alimentar (botulismo, C. perfringers ou welchii, estafilocóccica)	P	
Legionelose	P	
Leptospirose	P	
Listeriose	P	
Linfogranuloma venéreo	P	
Malária	P	
Micoplasma (pneumonia)	G12	DD
Micobactériose atípica	P	
Mieloidose	P	
Meningite		
Asséptica	P	
Bacteriana (Gram-negativos, em neonatos)	P	
por H. influenzae (comprovada ou suspeita)	G	T24H
por Listeria	P	
por meningococo (comprovada ou suspeita)	G	T24H
por pneumococo	P	
tuberculosa	P	
outras bactérias	P	
Fúngica	P	

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

Meningococcemia	G	T24H
Molusco contagiosos	P	

Infecção/Agente Etiológico	Precauções	
	Tipo	Duração
Mononucleose (e outras infecções pelo Epstein-Barr vírus)	P	
Murcomicose	P	
Organismos multirresistentes14 (infecção ou colonização)		
trato gastrintestinal	C	CN
trato respiratório	C	CN
Pneumococo	G	CN
pele ou solução de continuidade	C	CN
Nocardiose	P	
Parainfluenza (em crianças)	C	DD
Parvovírus B19	G	F16
Pertussis	G	F17
Pediculose	C	T24H
Peste		
Bubônica	P	
Pneumônica	G	T72H
Pleurodínia (ver Enteroviroses)		
Pneumonia		
Adenovírus	G,C	DD
outras bactérias	P	
Clamídia	P	
Fúngica	P	
H. influenzae		

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

Adultos	P	
Crianças	G	T24H
Legionela	P	
Meningococo	G	T24H
Micoplasma	G	DD
Pneumocócica	P	
Pneumocystis carinii	P18	
Burkholderia cepacia em usuários com fibrose cística (incluindo colonização do trato respiratório)	C19	DH
Stahylococcus aureus	P	

Infecção/Agente Etiológico	Precauções	
	Tipo	Duração
Estreptocócica (grupo A)		
Adultos	P	
Crianças	G	T24H
Viral		
Adultos	P	
Crianças (ver doenças respiratórias da infância)		
Poliomielite	P	
Psitacose (ornitose)	P	
Raiva	P	
Riquetsiose (forma vesicular inclusive)	P	
Rotavírus (ver Diarréias)		
Rubéola		
Congênita	C	F6
outras formas	G	F21

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

Salmonelose (ver Diarréias)		
Sarampo (todas as apresentações)	A	DD21
SARS	C,G	DD
Síndrome do choque tóxico	P	
Síndrome de Guilain-Barré	P	
Síndrome mão-pé-boca (ver Enteroviroses)		
Síndrome de Reye	P	
Sífilis (qualquer forma)	P	
Tétano	P	
Tifo (endêmico ou epidêmico)	P	
Tínea	P	
Toxoplasmose	P	
Tracoma	P	
Tricomoníase	P	
Tuberculose		
Extrapulmonar (com ou sem drenagem)	P13	
Pulmonar	A	F22
PPD reator sem doença pulmonar ou laríngea	P	
Infecção/Agente Etiológico	Precauções	
	Tipo	Duração
Tularemia	P	
Úlcera de decúbito		
extensa, com secreção não contida	C	DD
pequena ou com secreção contida	P	
Varicela	A,C	F5
Verminoses	P	
Vírus marburg	A23/C	DD

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

Vírus sincicial (crianças e usuários imunocomprometidos)	C	DD
Zigomicose (murcomicose, fucomicose)	P	

Tipos de precauções:

P: Precauções padrão

G: Precauções com gotículas (devem ser somadas às precauções padrão).

C: Precauções de contato (devem ser somadas às precauções padrão).

A: Precauções com aerossóis (devem ser somadas às precauções padrão).

Duração das precauções:

DD: Durante toda a duração da doença (em feridas, até o desaparecimento da secreção).

F: Ver notas adicionais.

T: Até o tempo especificado, após início da terapêutica apropriada.

CN: Até que a cultura seja negativa.

DH: Durante todo o período de hospitalização.

Notas adicionais:

- Sem curativo ou curativo que não contém a drenagem.
- Curativos que adequadamente contêm a drenagem.
- Associar outras medidas de precauções caso co-morbidades que justifiquem estiverem presentes. Instalar telas em portas e janelas em áreas endêmicas.
- Manter precauções até que todas as lesões estejam na fase de crosta. Usar imunoglobulina (VZIG) quando apropriado e procurar dar alta hospitalar para expostos suscetíveis antes do 10º dia e até 21 dias após o contato, sendo prorrogado até 28 dias em caso de VZIG. Pessoas suscetíveis não devem entrar em quarto de contatantes.
- Aplicar precauções em lactentes de um ano de idade, a não ser que a cultura viral seja negativa aos três meses de idade.

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

- Precauções adicionais são necessárias para manipulação e descontaminação de sangue, líquidos corporais, tecidos e itens contaminados. Utilizar preferencialmente artigos e instrumentais descartáveis, na impossibilidade de proceder lavagem em lavadora automatizada e esterilizar em autoclave a 132ºC por 1 hora.
- Até que duas culturas coletadas com intervalo de 24 horas se mostrem negativas.
- Usar precauções de contato para usuários cujas excreções não possam ser contidas ou crianças incontinentes com idade inferior a seis anos durante toda a duração da doença.
- Manter precauções para crianças menores de três anos durante a hospitalização. Em crianças de 3-14 anos, até 14 dias após início dos sintomas. Para os demais, até sete dias após.
- Para recém-nascidos de parto normal ou cesárea, esta última no caso de ruptura prematura de membrana por período superior a 4-6 horas.
- Esta recomendação possui dificuldades práticas para aplicação, especialmente em épocas de epidemia. Coorte nestas situações deve ser preferida, e contato com usuários de alto risco evitado. | Tuberculose pulmonar deve ser pesquisada. Se presente, precauções adicionais são necessárias.
- Patógenos multirresistentes devem ser definidos de acordo com critérios epidemiológicos de cada região ou hospital.
- Até nove dias após o início da parotidite.
- Manter precauções durante toda a hospitalização quando doença crônica em usuário imunocomprometido.
- Manter por cinco dias após o início de terapêutica adequada.
- Evitar compartilhar quarto com imunocomprometido.
- Evitar coorte ou internação em mesmo quarto que usuário portador de fibrose cística não colonozado ou infectado por P. cepacea.
- Bolhas são causadas por toxinas, e não pela bactéria. No entanto, muitas vezes o usuário é maciçamente colonizado por S. aureus.
- Até sete dias após início do exantema.
- Suspender precauções quando o usuário estiver recebendo terapêutica adequada, com melhora clínica e com três baciloscopias negativas, desde que coletadas em dias consecutivos, ou se tuberculose for excluída do diagnóstico.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

- Precauções com aerossóis são recomendadas até que se afaste com segurança esta via de transmissão.
- Hantavirose: P, C e A.

Quadro II – Situações Clínicas que requerem precauções empíricas (APECIH, 2006)

Categoria de Precaução	Condição Clínica
Precauções para aerossóis	Exantema Vesicular*
	Exantema maculopapular com febre e coriza.
	Tosse, febre, infiltrado pulmonar em qualquer localização em usuário infectado pelo HIV (ou com suspeita de HIV positivo).
Precauções para gotículas	Meningite.
	Exantema patequial e febre.
	Tosse persistente paroxística ou severa durante períodos de ocorrência de coqueluxe.
Precauções para contato	Diarréia aguda provavelmente infecciosa em usuário incontinente ou em uso de fralda.
	Diarréia em adulto com história de uso recente de antimicrobiano.
	Exantema Vesicular*
	Infecção respiratória, particulamente bronquiolite, em lactentes e crianças jovens.
	História de colonização ou infecção com microorganismos multirresistente (exceto M. tuberculosis multirresistente)
	Infecção de pele, ferida ou trato urinário em usuários com internação recente em hospital onde microorganismos multirresistentes são prevalentes.
	Abcessos ou feridas com drenangem de secreção não contida pelo curativo.

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

*Condição que exige 2 categorias de isolamento

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 053**	**VERSÃO:** 2
LAVAGEM INTESTINAL POR COLOSTOMIA	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 6**

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: EAEFCD486FD6449...
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

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

1- OBJETIVO
Promover o esvaziamento intestinal por meio de colostomia para preparo de exames, tratamentos e cirurgias.
2 – ALCANCE
Unidades Média Complexidade: Pronto Socorro Santana, UPA Jaçanã, AMA Lauzane, AMA Jardim Joamar e AMA Wamberto Dias da Costa
3 – COMPETÊNCIA
• Enfermeiro • Médico
4 - MATERIAL
• Bandeja; • Solução prescrita (em geral, o volume prescrito é de1000 mL) aquecida aproximadamente com temperatura 37ºC; • Equipo macrogotas; • Suporte de soro; • Biombo; • Saco preto de 60L; • Gazes; • Gel Lubrificante;

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

- Cateter de PVC Nº 14 ou 16 (sonda retal/uretral/aspiração);
- Solução fisiológica 0,9% ou água destilada 10mL – 2 frascos/ampolas;
- Comadres;
- Equipamento coletor (bolsa de colostomia, se possível 2 peças);
- Equipamento de Proteção Individual – EPI (avental, óculos, máscara e luvas de procedimentos);

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Identificar-se e conferir o nome completo do usuário que consta na ficha de atendimento e prescrição médica;
- Verificar se o usuário já realizou este procedimento anteriormente e a ocorrência de intercorrências, além do funcionamento do estoma intestinal na última semana;
- Conferir a prescrição médica e procedimento a ser realizado;
- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos;
- Reunir todo o material necessário;
- Preparar a solução prescrita para lavagem intestinal na temperatura próxima de 37ºC (verificar a temperatura da solução derramando uma pequena quantidade sobre a parte interna do pulso);
- Conectar o equipo ao frasco com a solução preparada e retirar todo ar da extensão do equipo;
- Manter o frasco da solução em suporte de soro com altura não superior a 70 cm em relação à cama ou ao estoma;
- Promover a privacidade do usuário colocando biombos ou fechando a porta;
- Explicar o procedimento para o usuário/familiar;
- Colocar os EPI;
- Se possível, encaminhar usuário para o banheiro e colocá-lo sentado na privada;
- Usuários acamados ou com dificuldade em sentar, realizar o procedimento no leito em decúbito dorsal com cabeceira elevada a 45º e proteger o leito com saco preto;
- Colocar a comadre abaixo do estoma e nos casos de colostomias de 02 bocas, com prescrição de lavagem intestinal do estoma distal (não funcionante) colocar uma comadre para coletar o efluente que

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

sairá pelo ânus ou colocá-lo sentado no vaso sanitário;

- Remover o equipamento coletor se for de 01 peça; caso seja de 02 peças, remover somente a parte que acopla na base protetora (guardar a presilha);
- Higienizar o local com gaze embebida em SF 0,9% ou água destilada;
- Lubrificar o 5º dedo da mão dominante com gel lubrificante;
- Realizar toque digital introduzindo o dedo lubrificado delicadamente através do estoma, para avaliar a perviabilidade e identificar o seguimento do cólon distal e cólon proximal nos casos de colostomia com 02 bocas;
- Lubrificar o cateter de PVC aproximadamente 10 cm;
- Introduzir o cateter aproximadamente 5 cm no estoma com movimentos suaves e na ausência de resistência ou desconforto, iniciar infusão lenta, de até 100 ml da solução. Introduzir mais 5 cm do cateter, até ter uma extensão total de 10 cm introduzida no estoma;
- Em caso de resistência e/ou sangramento, interromper o procedimento e comunicar o médico do plantão;
- Abrir a pinça do equipo e infundir a solução lentamente (5 a 10 min) até o término da solução prescrita. Nos casos de colostomias de 02 bocas (cólon distal e cólon proximal), infundir a metade da solução em cada boca e proceder a infusão de 1000 mL no outro estoma;
- Observar as reações do usuário durante a infusão. Em casos de dor, distensão abdominal e resistência, interromper o procedimento e solicitar para que este respire profundamente. Caso haja melhora do quadro, prosseguir.
- Após o término da infusão, retirar lentamente a sonda e aguardar a drenagem de todo efluente e o conteúdo infundido;
- Após o término da drenagem, auxiliar o usuário a realizar a higiene;
- Caso o usuário utilize equipamento de 02 peças, conectar a bolsa coletora à base;
- Retirar as luvas e descartar os resíduos nos recipientes adequados;
- Auxiliar o usuário deixando-o confortável.
- Recompor a unidade;
- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos;

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

- Checar na prescrição médica e anotar o procedimento realizado, registrando volume, aspecto e coloração das fezes e aspecto do estoma, além das reações do usuário durante a lavagem intestinal e a presença de um acompanhante familiar adulto no prontuário do paciente.

6 - OBSERVAÇÃO

- Atentar para queixa de dor, distensão abdominal e ausência de eliminação via retal, o que pode indicar sinal de obstrução por fezes, tumores ou estenose no cólon.
- É necessário manter observação do estoma durante todo o procedimento para detectar sinais de diminuição de irrigação sanguínea no estoma (escurecimento) ou sangramentos, ou ainda lesões de pele;
- Podem ser necessárias várias lavagens intestinais para a limpeza efetiva do cólon.
- Em caso de intercorrências, o Enfermeiro deverá realizar um relatório explicitando o ocorrido para a equipe que solicitou o procedimento;
- Para este procedimento o equipamento coletor de 02 peças oferece mais conforto ao usuário.
- A identificação do cólon distal da colostomia em alça é feita pela observação (não tem eliminação de fezes, mas por vezes poderá apresentar saída de pequena quantidade de muco) e pelo toque pode-se identificar o sentido da alça (tem ligação direta com o ânus), e portanto, o líquido infundido pela boca distal saíra pelo ânus.
- A identificação do cólon proximal da colostomia é feita pela observação (tem presença de eliminação de fezes), portanto a solução infundida e efluente sairão pelo mesmo estoma.
- A temperatura de 37º para a solução que será infundida é recomendada para prevenir cólicas e desconfortos intestinais (verificar a temperatura da solução derramando uma pequena quantidade sobre a parte interna do pulso).
- Em usuários idosos ou que apresentam desconfortos abdominais, é possível fracionar o volume da solução a ser infundida, ou seja, infusão de 500 ml em duas etapas ou de cerca de 300ml em três etapas, com drenagem do volume infundido e do efluente ao final de cada uma. É imprescindível a observação das suas reações.
- O procedimento não é isento de riscos, uma vez que existe perda de líquido imediatamente após o preparo, podendo ocorrer distúrbio hidroeletrolítico.
- Existem algumas contraindicações para a realização do procedimento, que estão ligadas ao quadro clínico do usuário e que podem ser observadas pela enfermagem e relatada à equipe médica, como por exemplo as complicações no estoma: prolapso, hérnia, retração e estenose.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

7 - REGISTRO

Registrar o procedimento realizado, os resultados apresentados, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica na Ficha de atendimento.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA BAHIA. Parecer 013/2016, de 18 de agosto de 2016. Disponível em: <http://ba.corens.portalcofen.gov.br/parecer-coren-ban%E2%81%B0-0132016_27519.html>. Acesso em: 10 abr. 2018.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Orientação fundamentada 113/2015. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Orienta%C3%A7%C3%A3o%20Fundamentada%20%20113_0.pdf>. Acesso em: 15 mai 2019.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Parecer COREN-SP CAT. nº 032/2010, de 01 de setembro de 2010. Lavagem intestinal. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2010_32.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2018.

GUIMARÃES, M. C. S. S.; GEOVANINI, T. Cuidados específicos a usuários com estomia.
In:
GEOVANINI, T. Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional. São Paulo: Rideel, 2014.

POTTER, P. A. et al. Fundamentos de Enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

ROCHA, J. J. R. Coloproctologia: princípios e práticas. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2011.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 054**	**VERSÃO:** 2
LAVAGEM INTESTINAL	**VALIDADE:01/03/2026**	**Pag. 1 de 4**

Elaborado por: Fabricio Lopes da Silva	Data: 25/09/2022	Visto: Assinado por: Fabricio Lopes da Silva 07704B2C355C4A3...
Revisado por: Carla Casaes	Data: 28/09/2022	Visto: DocuSigned by: FAEFCD486FD6449...
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

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

1- OBJETIVO

Promover alívio da distensão abdominal, flatulência e constipação. Preparar o usuário para cirurgias, tratamentos e exames.

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 em Enfermagem
- Enfermeiro

4 - MATERIAL

- Luvas de procedimento
- Bandeja
- Frasco com a solução glicerinada padronizada, conforme prescrição médica
- Sonda retal própria que vem com o frasco de solução
- Solução hidrossolúvel
- Compressa de gaze
- Comadre

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

- Lençol, toalha de banho ou camisola
- Papel higiênico
- Biombo
- Equipamentos de Proteção Individual

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos;
- Certificar-se da solução prescrita e volume;
- Reunir todo o material necessário;
- Levar o material próximo ao usuário;
- Explicar o procedimento ao usuário;
- Se possível, manter o usuário em leito mais próximo ao banheiro;
- Proteger a unidade com biombo ou fechar a porta;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Cobrir o usuário, expondo somente a área retal;
- Se possível, colocar o usuário na posição Sims (decúbito lateral esquerdo com a perna direita fletida por cima da perna esquerda);
- Conectar o frasco de solução à sonda retal;
- Colocar um pouco do gel lubrificante em uma gaze e aplicar na ponta da sonda (cerca de 5 cm);
- Com a mão não dominante afastar a prega intraglútea;
- Com a mão dominante clampar a sonda e introduzi-la cuidadosamente no reto, em adolescentes e adultos 7,5 a 10 cm e crianças de 5 a 7,5 cm e bebês de 2,5 a 3,75 cm;
- Com a mão não dominante fechar a prega intraglútea;
- Apertar o frasco até que permita entrada de todo o líquido prescrito pela sonda retal;

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

- Se houver prescrição de outro frasco de solução, clampar a sonda retal com a mão, remover o frasco vazio e conectar o frasco cheio;
- Após administrado todo o líquido prescrito, manter a prega intraglútea fechada e retirar cuidadosamente a sonda retal;
- Deixar o cliente na posição por 10 a 15 minutos se possível ou pelo tempo máximo que conseguir;
- Colocar a comadre ou encaminhá-lo ao banheiro;
- Higienizar o usuário após a evacuação ou fornecer o material para que ele faça a higienização íntima;
- Observar as características das fezes, como quantidade, coloração, consistência e presença de melena;
- Recolher todo o material, levar ao expurgo;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Deixar a unidade do usuário em ordem;
- Colocar o usuário em posição confortável;
- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos.

6 - OBSERVAÇÃO

. Não se aplica.

7 - REGISTRO

Registrar o procedimento realizado, os resultados apresentados, características das fezes, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em prontuário.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

POTTER, P. A. et al. Fundamentos de Enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

CAMPINAS (Cidade). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de procedimentos operacionais padrão (POP) de enfermagem. 2. ed. Campinas: SMS, 2016.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 055**	**VERSÃO:** 2
LIMPEZA CONES DO OTOSCÓPIO	**VALIDADE:01/03/2026**	**Pag. 1 de 3**

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: FAEFCD486FD6449...
Aprovado por: Tassiana Pita	Data: 01/10/2022	Visto: Assinado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz CEC19E2097164E7...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
1	25/09/2022	Elaboração do procedimento
2	01/03/2024	Revisão

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

1- OBJETIVO
Realizar a limpeza e desinfecção de cones de otoscópio.
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
• Campos de tecido limpos e secos (Compressas); • Água e detergente hospitalar ou solução padronizada da instituição;
5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE
• Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos; • Calçar luvas de procedimento; • Realizar limpeza dos cones com água e detergente neutro se houver sujidade visível. Caso contrario seguir diretamente para Item 4.5

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

- Enxaguar abundantemente com água corrente
- Secar com campo seco, sem deixar umidade de dentro para fora em sentido unidirecional;
- Aplicar solução padronizada pela unidade diluída conforme fabricante e validade, com borrifador uma única vez;
- Armazenar em pote com tampa, identificado como material limpo;
- Higienizar as Mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos.

6 - OBSERVAÇÃO

Este material deve ser armazenado em local apropriado para este fim.

Deverá ser realizado a desinfecção a cada uso do material, ou seja, entre cada usuário/exame.

7 - REGISTRO

Não se aplica.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR. Limpeza, desinfecção e esterilização de artigos em serviços de saúde. São Paulo: APECIH, 2010.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual de limpeza e desinfecção da ANVISA. Brasília, DF: Anvisa, 2010.

RIBEIRÃO PRETO (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Manual de limpeza, desinfecção e esterilização em unidades de saúde. Ribeirão Preto: SMS, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO. Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas recomendadas. 6. ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

WIDMER, A. F.; FREI, R. Antimicrobial activity of glucoprotamin: a clinical study of new disinfectant for instruments. Infection Control and Hospital Epidemiology, Cambridge, v. 24, n. 10, p. 762-764, 2003

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 056**	**VERSÃO:** 2
LIMPEZA DA AUTOCLAVE	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 3**

Elaborado por: Fabricio Lopes da Silva	Data: 25/09/2022	Visto: Assinado por: Fabricio Lopes da Silva 07704B2C355C4A3...
Revisado por: Carla Casaes	Data: 28/09/2022	Visto: DocuSigned by: FAEFCD486ED6449...
Aprovado por: Tassiana Pita	Data: 01/10/2022	Visto: Assinado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz CEC19E2097164E7...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
1	25/09/2022	Elaboração do procedimento
2	01/03/2024	Revisão

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

1- OBJETIVO

Realizar limpeza da autoclave na Central de Material e Esterilização.

2 – ALCANCE

Unidades Média Complexidade: Pronto Socorro Santana, UPA Jaçanã, AMA Lauzane, AMA Jardim Joamar e AMA Wamberto Dias da Costa

3 – COMPETÊNCIA

- Equipe técnica de enfermagem
- Equipe técnica de odontologia

4 - MATERIAL

- Equipamentos de Proteção Individual (gorro, avental impermeável e luvas de borracha)
- Balde com água e detergente líquido neutro hospitalar
- Balde com água
- Pano úmido
- Pano seco

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos;
- Desligar o aparelho da tomada;
- Esperar o resfriamento completo do aparelho;

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

- Retirar toda água do aparelho;
- Vestir EPIs conforme indicação;
- Lavar com água e sabão todas as superfícies internas e externas, utilizando esponja;
- Enxaguar muito bem com pano úmido;
- Secar com pano seco.
- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos;

6 - OBSERVAÇÃO

Manter o equipamento seco, quando não estiver em uso.

Verificar sempre o nível da água antes de nova autoclavação, trocando a água após cada esterilização.
Freqüência: diariamente ou sempre que houver necessidade.

7 - REGISTRO

Registrar em impresso próprio a data, hora e nome do responsável pela limpeza do equipamento.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

RIBEIRÃO PRETO (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Manual de qualificação de esterilização em autoclaves. Ribeirão Preto: SMS, 2009.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 057**	**VERSÃO:** 2
LIMPEZA DOS AMBU	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 4**

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: FAEFCD486FD6449...
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

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

1- OBJETIVO
Promover a limpeza e desinfecção das Máscaras de oxigenação e respiradores (Ambus).
2 – ALCANCE
Unidades Média Complexidade: Pronto Socorro Santana, UPA Jaçanã, AMA Lauzane, AMA Jardim Joamar e AMA Wamberto Dias da Costa
3 – COMPETÊNCIA
• Equipe técnica de enfermagem
4 - MATERIAL
• Equipamentos de Proteção Individual (EPIs): gorro, óculos de proteção, máscara cirúrgica, avental impermeável, luvas de borracha e calçado fechado; • Esponja não abrasiva ou escova de limpeza; • Detergente neutro hospitalar e água corrente; • Panos limpos e secos; • Solução padronizada pela unidade; • Sacos plásticos transparentes e etiquetas de identificação.
5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE
• Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos; • Reunir os materiais;

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

- Paramentar-se com EPIs indicados;
- Desmontar as máscaras ou respiradores em maior número de peças, para limpeza conforme orientação do fabricante;
- Lavar os materiais minuciosamente com solução de água e detergente usando a esponja de limpeza, realizando limpeza mecânica até retirada total de matéria orgânica;
- Enxaguar as peças abundantemente em água corrente;
- Colocar para escorrer e secar em um pano limpo e seco, até secarem totalmente;
- Imergir por 10 minutos em solução padronizada, preparada e validada conforme protocolo da unidade;
- Enxaguar em água corrente;
- Colocar novamente para escorrer e secar em um pano limpo e seco, até secarem totalmente;
- Retirar o EPI e higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos;
- Acondicionar o respirador montado em caixa plástica com tampa e as máscaras de oxigenação em sacos plásticos transparentes, ambos com identificação e data da desinfecção. Validade de 30 dias.

6 - OBSERVAÇÃO

. Não se aplica.

7 - REGISTRO

Proceder à identificação do saco plástico com data e nome do responsável pela desinfecção e acondionamento dos materiais. Validade 30 dias.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR. Limpeza, desinfecção e esterilização de artigos em serviços de saúde. São Paulo: APECIH, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO. Práticas recomendadas. 4. ed. São Paulo: SOBEC, 2007.

WIDMER, A. F.; FREI, R. Antimicrobial activity of glucoprotamin: a clinical study of new disinfectant for

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

instruments. Infection Control and Hospital Epidemiology, Cambridge, v. 24, n. 10, p. 762-764, 2003.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 058**	**VERSÃO:** 2
LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES	**VALIDADE:01/03/2026**	**Pag. 1 de 3**

Elaborado por: Fabricio Lopes da Silva	Data: 25/09/2022	Visto: Assinado por: Fabricio Lopes da Silva 07704B2C355C4A3...
Revisado por: Carla Casaes	Data: 28/09/2022	Visto: DocuSigned by: FAEFCD486FD6449...
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

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

1- OBJETIVO

Realizar a limpeza e desinfecção de superfícies e equipamentos.

2 – ALCANCE

Unidades Média Complexidade: Pronto Socorro Santana, UPA Jaçanã, AMA Lauzane, AMA Jardim Joamar e AMA Wamberto Dias da Costa

3 – COMPETÊNCIA

- Equipe técnica de enfermagem.
- Equipe técnica de odontologia

4 - MATERIAL

- Equipamentos de Proteção Individual (EPI's): gorro, óculos de proteção, máscara cirúrgica, avental impermeável, luvas de borracha e calçado fechado;
- Compressas ou panos de limpeza;
- Solução padronizada pela unidade;
- Água
- Cálice graduado

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos;
- Vestir EPIs conforme indicação;

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

- Proceder a diluição do produto conforme preconizado pelo fabricante
- Borrifar a compressa e aplicar nas superfícies a serem higienizadas em sentido único.
- Retirar os EPIs;
- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos;
- Proceder a anotação da validade. A validade da diluição no borrifador será de 30 dias;

6 - OBSERVAÇÃO

O procedimento deverá ser realizado diariamente ou sempre que necessário;

O produto pode ser aplicado em presença de matéria orgânica;
Pode ser aplicado em todos os tipos de materiais, tais como: mesas, cadeiras, mocho, cadeira de dentista, bancadas, mesa auxiliar, monitores, cardioversores, etc.
Os borrifadores serão fornecidos pela empresa terceira.

7 - REGISTRO

Não se aplica.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR. Limpeza, desinfecção e esterilização de artigos em serviços de saúde. São Paulo: APECIH, 2010.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do usuário em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies. Brasília, DF: Anvisa, 2010.

WIDMER, A. F.; FREI, R. Antimicrobial activity of glucoprotamin: a clinical study of new disinfectant for instruments. Infection Control and Hospital Epidemiology, Cambridge, v. 24, n. 10, p. 762-764, 2003.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 059**	**VERSÃO:** 2
LIMPEZA E DESINFECÇÃO DO VENTILADOR MECÂNICO	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 4**

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: FAEFCD486FD6449...
Aprovado por: Tassiana Pita	Data: 01/10/2022	Visto: Assinado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz CEC19E2097164E7...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
1	25/09/2022	Elaboração do procedimento
2	01/03/2024	Revisão

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

1- OBJETIVO

Reduzir/eliminar a carga microbiana dos artigos, retirar contaminantes orgânicos e inorgânicos para possibilitar a reutilização, protegendo usuários de infecções cruzadas de microrganismos patogênicos.

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

4 - MATERIAL

- Equipamentos de Proteção Individual (EPIs): gorro, óculos de proteção, máscara cirúrgica, avental impermeável, luvas de borracha e calçado fechado;
- Caixa plástica com tampa para acondicionar as extensões contaminadas;
- Caixa plástica com tampa para acondicionar o desinfetante;
- Esponja não abrasiva;
- Detergente neutro hospitalar e água corrente;
- Panos limpos e secos;
- Solução desinfetante padronizada pela unidade;

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

- Sacos plásticos transparentes e etiquetas de identificação.

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos;
- Desligar o aparelho e desconectar as extensões cuidadosamente, para não danificar o silicone;
- Realizar a limpeza/desinfecção das partes externas do ventilador, utilizando um pano limpo e macio umedecido em solução desinfetante padronizada pela unidade, tomando cuidado para que nenhum resíduo de produto de limpeza se acumule nas conexões do aparelho. Após a limpeza, fazer a secagem com um pano limpo, macio e seco;
- Encaminhar as extensões para a sala de desinfecção em caixa organizadora plástica com tampa;
- Desmontar as extensões e desconectar as partes da válvula de ventilação;
- Lavar minuciosamente as extensões e partes da válvula com compressa ou esponja embebida em detergente, tendo cuidado para não danificar os diafragmas, lavar o lúmen das extensões de silicone;
- Enxaguar abundantemente em água corrente todas as partes;
- Colocar para escorrer e secar em um pano limpo e seco;
- Imergir totalmente todas as peças por 10 minutos em solução desinfetante padronizada pela instituição, preparada e validada, assegurando que todo o lúmen seja preenchido com a solução;
- Enxaguar em água corrente;
- Colocar novamente para escorrer e secar em um pano limpo e seco, podendo ser utilizado ar comprimido para secar as traqueias, porém não utilizar ar comprimido para secar a válvula de ventilação para não danificar o diafragma;
- Montar e acondicionar em saco plástico, identificar com data, hora e nome de quem realizou o procedimento;
- Retirar o EPI e higienizar as mãos.

6 - OBSERVAÇÃO

Realizar a troca do circuito a cada usuário ou para o mesmo usuário a cada 48h se este permanecer por período prolongado na unidade de saúde.

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

Realizar a limpeza concorrente em cada plantão na parte externa do ventilador mecânico.

7 - REGISTRO

Registrar o procedimento realizado, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção

Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+4+-

+Medidas+de+Preven%C3%A7%C3%A3o+de+Infec%C3%A7%C3%A3o+Relacionada+%C3%A0+Assist%C3%AAncia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/a3f23dfb-2c54-4e64-881cfccf9220c373> Acesso em: 02 jun 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Disponível em <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html > Acesso em: 02 jun 2020.

SOBECC. SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO-

SOBECC. Diretrizes de Práticas em Enfermagem Cirúrgica e Processamento de Produtos para a Saúde – 7ª edição. 2017.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 060**	**VERSÃO:** 2
LIMPEZA E DESINFECÇÃO DOS PAPAGAIOS, COMADRES E BACIAS	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 3**

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: FAEFCD486FD6449...
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

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

1- OBJETIVO
Realizar a limpeza e desinfecção de papagaios, comadres, bacias de banho/ curativo.
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
4 - MATERIAL
● Equipamentos de Proteção Individual (EPI's): gorro, óculos de proteção, máscara cirúrgica, avental impermeável, luvas de borracha e calçado fechado; ● Campos de tecido limpos e secos (compressas); ● Água e detergente hospitalar; ● Solução padronizada pela unidade
5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE
● Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos; ● Vestir EPIs conforme indicação;

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

- Realizar limpeza de comadres, papagaios e bacias com água e detergente neutro e esponja;
- Enxaguar abundantemente com água corrente
- Secar com campo seco, sem deixar umidade de dentro para fora em sentido unidirecional;
- Encaminhar para área limpa;
- Borrificar a solução padronizada e diluida conforme o fabricante e validade no pano limpo e seco e aplicar em toda superfície da comadre e papagaio/bacia;
- Embalar em sacos plásticos ou em papel grau cirúrgico sem filme;
- Retire os EPIs;
- Higienizar as mãos procedimento operacional de higienização simples das mãos.

6 - OBSERVAÇÃO

Este material deve ser armazenado em local apropriado para este fim, não devendo ser armazenado no mesmo armário dos materiais esterilizados.

7 - REGISTRO

Não se aplica.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária: Manual de Limpeza e Desinfecção da ANVISA, 2010.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR.

Limpeza, desinfecção e esterilização de artigos em serviços de saúde. 1ª Ed. São Paulo:

APECIH; 2010. p.265 – 302.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto. Manual de Limpeza, Desinfecção e Esterilização em Unidades de Saúde. 2006.

SOBECC. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro cirúrgico, Recuperação anestésica e centro de Material e esterilização. Práticas Recomendadas, 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 061**	**VERSÃO:** 2
LIMPEZA LARINGOSCOPIO	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 4**

Elaborado por: Fabricio Lopes da Silva	Data: 25/09/2022	Visto: Assinado por: Fabricio Lopes da Silva 07794B2C355C4A3...
Revisado por: Carla Casaes	Data: 28/09/2022	Visto: DocuSigned by: FAEFCD486FD6449...
Aprovado por: Tassiana Pita	Data: 01/10/2022	Visto: Assinado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz CEC19F2097164E7...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
1	25/09/2022	Elaboração do procedimento
2	01/03/2024	Revisão

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

1- OBJETIVO

Realizar a limpeza e desinfecção de cabos e lâminas de laringoscópio após cada utilização.

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

4 - MATERIAL

- Equipamentos de Proteção Individual (EPIs): gorro, máscara cirúrgica, óculos de proteção, avental impermeável, luvas de borracha e calçados fechados;
- Campos de tecido limpos e secos ou compressa;
- Água e detergente hospitalar;

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos;
- Vestir EPIs conforme indicação
- Desmontar todo o conjunto;
- Lavar a lâmina do laringoscópio com campo de tecido, água e detergente hospitalar;

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

- Enxaguar abundantemente com água corrente;
- Secar lâmina com campo seco, sem deixar umidade ao redor da lâmpada;
- Borrifar e friccionar (produto padronizado pela unidade) na lâmina por 30 segundos;
- Limpe o cabo do laringoscópio externamente com um campo ou compressa umedecido em solução com água e sabão;
- Secar o cabo com uma compressa seca;
- Borrifar e friccionar produto padronizado pela unidade na lâmina por 30 segundos;
- Monte o laringoscópio, teste seu funcionamento, certifique-se que não há sujidade ou umidade;
- Guarde o laringoscópio em um recipiente limpo e seco com tampa ou em saco plástico;
- Retire os EPIs e os descarte em local adequado;
- Higienize as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos.

6 - OBSERVAÇÃO

Este material deve ter seu funcionamento testado em cada plantão pela equipe de enfermagem;
Este material não pode ser deixado imerso em soluções;

7 - REGISTRO

Proceder à identificação no recipiente contendo o laringoscópio com data da limpeza, assinatura e carimbo do responsável pela desinfecção.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR. Limpeza, desinfecção e esterilização de artigos em serviços de saúde. São Paulo: APECIH, 2010.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Orientações para prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde. Brasília: Anvisa, 2009.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual de limpeza e desinfecção da ANVISA. Brasília: Anvisa, 2010.

RIBEIRÃO PRETO (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Manual de limpeza, desinfecção e esterilização em unidades de saúde. Ribeirão Preto: SMS, 2006.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco - SBCD		
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 061**	**VERSÃO:** 2
LIMPEZA LARINGOSCOPIO	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 4 de 4**

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 062**	**VERSÃO:** 2
LIMPEZA, SECAGEM E INSPEÇÃO DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 4**

Elaborado por: Fabricio Lopes da Silva	Data: 25/09/2022	Visto: Assinado por: Fabricio Lopes da Silva 07704B2C355C4A3...
Revisado por: Carla Casaes	Data: 28/09/2022	Visto: DocuSigned by: FAEFCD486FD6449...
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

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

1- OBJETIVO

Proceder à limpeza mecânica ou manual, secagem e inspeção visual de instrumentais cirúrgicos durante o processo de reprocessamento.

2 – ALCANCE

Unidades Média Complexidade: Pronto Socorro Santana, UPA Jaçanã, AMA Lauzane, AMA Jardim Joamar e AMA Wamberto Dias da Costa

3 – COMPETÊNCIA

- Equipe técnica de enfermagem
- Equipe técnica de odontologia.

4 - MATERIAL

- Equipamentos de Proteção Individual (EPI's): gorro, óculos de proteção, máscara cirúrgica, avental impermeável, luvas de borracha, luvas de procedimento e calçado fechado;
- Solução padronizada;
- Seringa de 20 mL
- Água corrente
- Escova de cerdas macias
- Esponja macia não abrasiva

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos;

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

- Vestir EPIs conforme indicação;
- Preparar solução padronizada conforme orientação do rótulo do fabricante se necessário, caso o produto utilizado não seja de pronto uso;
- Friccionar a superfície externa de cada instrumental com uma esponja macia, no mínimo cinco vezes, do sentido proximal para o distal. Repetir esse procedimento até a eliminação de sujidade visível, certificando-se de que todas as reentrâncias foram lavadas;
- Friccionar a superfície interna de cada lúmen com uma escova macia, ajustada ao tamanho do lúmen, no mínimo cinco vezes, do sentido proximal para o distal. Repetir esse procedimento até a eliminação de sujidade visível.
- Enxaguar a superfície externa do instrumental com água potável corrente;
- Enxaguar a superfície interna dos lumens injetando água potável sob pressão, com seringa de 20 mL, pelo menos cinco vezes.
- Certificar que o enxágüe retirou todos os resíduos da solução, observar se ainda há presença de sujidade, caso afirmativo o material deverá iniciar o processo de pré-limpeza novamente;
- Retirar as luvas de borracha, lavar as mãos e calçar novo par de luvas de procedimento.
- Proceder à secagem dos instrumentais com um pano limpo e seco de cor clara em bancada limpa e desinfetada com produto padronizado;
- Verificar a presença de sujidade sobre o pano;
- Verificar a presença de sujidade a olho nu, analisando o instrumental do sentido proximal para o distal;
- Em caso de presença de sujidade deve-se proceder novamente todo o processo de limpeza.
- Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos;

6 - OBSERVAÇÃO

Antes do processo de esterilização o material deve estar rigorosamente limpo e seco, pois a sujidade e a presença de umidade interferem no processo de esterilização.

7 - REGISTRO

Não se aplica.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR. Limpeza, desinfecção e esterilização de artigos em serviços de saúde. São Paulo: APECIH, 2010.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Informe técnico nº 01/09: princípios básicos para limpeza de instrumental cirúrgico em serviços de saúde. Brasília, DF: Anvisa, 2009.

RIBEIRAO PRETO (Cidade). Prefeitura Municipal. Protocolo de processamento de artigos e superfícies nas unidades de saúde de Ribeirão Preto – SP. Ribeirão Preto: Prefeitura Municipal, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO. Práticas recomendadas. 4. ed. São Paulo: SOBEC, 2007

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 063**	**VERSÃO:** 2
MEDICAMENTO VIA GASTROSTOMIA E JEJUNOSTOMIA	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 5**

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: FAEFCD486FD6449...
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

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

1- OBJETIVO

Garantir a administração de medicamentos adequadamente pela via gástrica e entérica a fim de proporcionar tratamento adequado de diversas patologias, em usuários impossibilitados de deglutição.

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

- Prescrição médica
- Bandeja
- Medicamento
- Recipiente descartável
- 2 seringas 20mL
- Luvas de procedimentos

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

- Estetoscópio

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos;
- Verificar a prescrição médica;
- Explicar o procedimento ao usuário;
- Preparar os medicamentos para um usuário de cada vez;
- Realizar a conferencia dos 9 certos;
- É recomendado abrir o medicamento diante do usuário ou acompanhante/cuidador;
- Retirar cada medicamento(s) da embalagem para preparar em um copo descartável; no caso de múltiplos medicamentos, triturá-los e diluí-los separadamente em água devido ao risco de incompatibilidade físico-química;
- Dissolver o medicamento em água, se necessário recomenda-se o uso de macerador de vidro ou cerâmica;
- Usar dispositivos adequados de medida ao entornar os líquidos e verificar a quantidade de medicamento ao nível dos olhos;
- Limpar a borda do frasco com toalha de papel após dispensação;
- Aspirar o medicamento em seringa;
- Calçar luvas de procedimentos;
- Verificar o posicionamento da Sonda ou Tubo de gastrostomia/jejunostomia;
- Se estiver em infusão de dieta, antes de passar o medicamento, interromper a dieta. Lavar a sonda/tubo com 15 a 30 mL de água;
- Conectar a seringa na ponta da sonda/tubo certificando que está realmente no local adequado;
- Administrar o medicamento lentamente;
- Administrar água 15 a 30mL para lavar a sonda/tubo após a administração do medicamento;

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

- No caso de múltiplos medicamentos, entre um medicamento e outro deverá ser lavado com 5 a 15 mL de água;
- Medicamentos líquidos mantidos em geladeira, verificar a data de abertura do frasco;
- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos;
- Registrar o procedimento.

6 - REGISTRO

Registrar o procedimento realizado, verificação de posicionamento da sonda/tubo, aceitação ou recusa do usuário, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em prontuário ou Ficha de Atendimento.

7 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Luvas cirúrgicas e luvas de procedimentos: considerações sobre seu uso. BIT - Boletim Informativo de Técnovigilância, Brasília, DF, n. 2, abr./maio/jun. 2011.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009. Estabelece diretrizes nacionais para atenção à saúde das pessoas ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.html.> Acesso em: 20 fev. 2018.

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 453/2014, de 16 de janeiro de 2014. Aprova a norma técnica que dispõe sobre a atuação da equipe de enfermagem em terapia nutricional. Disponível em: <http://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=264977>. Acesso em: 21 fev. 2018.

- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Parecer COREN-SP 045/2012 – CT, de 31 de janeiro de 2013. Troca de sonda de gastrostomia, jejunostomia. Respaldo legal e competência do Enfermeiro. Disponível em: <https://portal.corensp.gov.br/sites/default/files/Parecer%20045-2012.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2018.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Parecer COREN-SP CAT nº 014/2010, de 18 de fevereiro de 2010. Uso de luvas de procedimento para a administração de medicamentos. Disponível em: <https://portal.corensp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2010_14.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2018.

- HOEFLER, R.; VIDAL, J. S. Administração de medicamento por sonda. Farmacoterapêutica, Brasília, ano 14, n. 3-4, p. 1-4, mai./ago. 2009. Disponível em: <http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/122/063a068_farmacoterapeutica.pdf>. Acesso em: 16 mai 2019.

- POTTER, P. A. et al. Fundamentos de Enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 064**	**VERSÃO:** 2
MEDIDA DA CIRDUNFERÊNCIA ABDOMINAL	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 4**

Elaborado por: Fabricio Lopes da Silva	Data: 25/09/2022	Visto: Assinado por: Fabricio Lopes da Silva 07704B2C355C4A3...
Revisado por: Carla Casaes	Data: 28/09/2022	Visto: DocuSigned by: FAEFCD486FD6449...
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

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

1- OBJETIVO

Avaliar a distribuição de gordura nos indivíduos, visto que algumas complicações, como as doenças metabólicas crônicas, estão associadas à deposição da gordura abdominal.

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

4 - MATERIAL

- Luvas de procedimento
- Bandeja
- Biombo
- Algodão
- Produto pardonizado pela unidade
- Fita métrica (não extensível/inelástica)

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos;

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

- Reunir o material;
- Realizar a desinfecção da fita métrica com algodão embebido em produto padronizado pela unidade;
- Identificar o usuário;
- Explicar procedimento;
- Promover privacidade do usuário;
- Solicitar ao cliente que fique em pé, ereto, abdômen relaxado, braços estendidos ao longo do corpo e as pernas paralelas, ligeiramente separadas;
- O profissional deve se posicionar lateralmente à pessoa para fazer a leitura;
- Localizar a última costela e solicitar para a pessoa inspirar e segurar a respiração por alguns segundos;
- Localizar a crista ilíaca e apalpar o ilíaco até encontrar a região mais elevada;
- Colocar a fita horizontalmente ao redor do abdome sobre o ponto médio definido;
- Segurar a parte inicial da fita com a mão esquerda e posicionar abaixo da parte final da fita que estará segura pela mão direita;
- Verificar se a fita está no mesmo nível em todas as partes da cintura alinhada em um plano horizontal, paralelo ao chão;
- Ajustar a fita firmemente em torno do abdome, sem enrugar a pele, nem comprimir os tecidos subcutâneos;
- Pedir ao cliente que inspire e, em seguida, que expire totalmente, realizando a leitura ao final da expiração;
- Realizar a desinfecção da fita com produto padronizado pela CCI-SMS e guardá-la em local adequado;
- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos.

6 - OBSERVAÇÃO

Circunferência abdominal	Homem	Mulher
Risco cardiovascular	≥94	≥80
Alto risco cardiovascular	≥102	≥88

7 - REGISTRO

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

Registrar anotação em ficha de atendimento e/ou prontuário eletrônico.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações para coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

- SÃO PAULO (Cidade). Secretaria da Saúde. Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas unidades básicas de Saúde. 2. ed. São Paulo: SMS, 2012.

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 065**	**VERSÃO:** 2
MEDIDA DE ESTATURA	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 5**

Elaborado por: Fabricio Lopes da Silva	Data: 25/09/2022	Visto: Assinado por: Fabricio Lopes da Silva 07704B2C355C4A3...
Revisado por: Carla Casaes	Data: 28/09/2022	Visto: DocuSigned by: FAEFCD486FD6449...
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

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

1- OBJETIVO

Verificar a medida da estatura de forma correta e padronizada.

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

4 - MATERIAL

- Antropômetro horizontal ou vertical
- Produto padronizado pela unidade
- Papel lençol

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

AFERIÇÃO DO COMPRIMENTO DE CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS

- Acolher a criança e mãe/responsável;
- Realizar higiene das mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos;
- Certificar que o antropômetro horizontal esteja apoiado sobre uma superfície plana, lisa e firme;
- Solicitar que a mãe/responsável retire os sapatos e os adereços da criança;
- Deitar a criança no centro do antropômetro, descalça e com a cabeça livre del adereços.

✓ Com a ajuda da mãe/ responsável, manter a criança com:

- a cabeça apoiada firmemente contra a parte fixa do antropômetro, com o pescoço reto e o queixo afastado do peito, no plano de Frankfurt (margem inferior da abertura do orbital e a margem superior do meato auditivo externo deverão ficar em uma mesma linha horizontal);
- os ombros totalmente em contato com a superfície de apoio;
- braços estendidos ao longo do corpo;
- as nádegas e os calcanhares em pleno contato com a superfície que apóia o antropômetro;

✓ Pressionar, cuidadosamente, os joelhos da criança para baixo, com uma das mãos, de modo que eles fiquem estendidos. Juntar os pés, fazendo um ângulo reto com as pernas.

- Levar a parte móvel do antropômetro até as plantas dos pés da criança e realizar a leitura do comprimento quando estiver seguro de que a criança não se moveu da posição indicada.
- Anotar a estatura e registrar o procedimento no Sistema. Anotar a estatura também na Caderneta de Saúde da Criança.
- Retirar a criança do antropômetro.
- Retirar e desprezar o papel lençol no lixo apropriado;
- Realizar limpeza do antropômetro, com produto padronizado pela unidade

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A



Fonte: Brasil, 2011

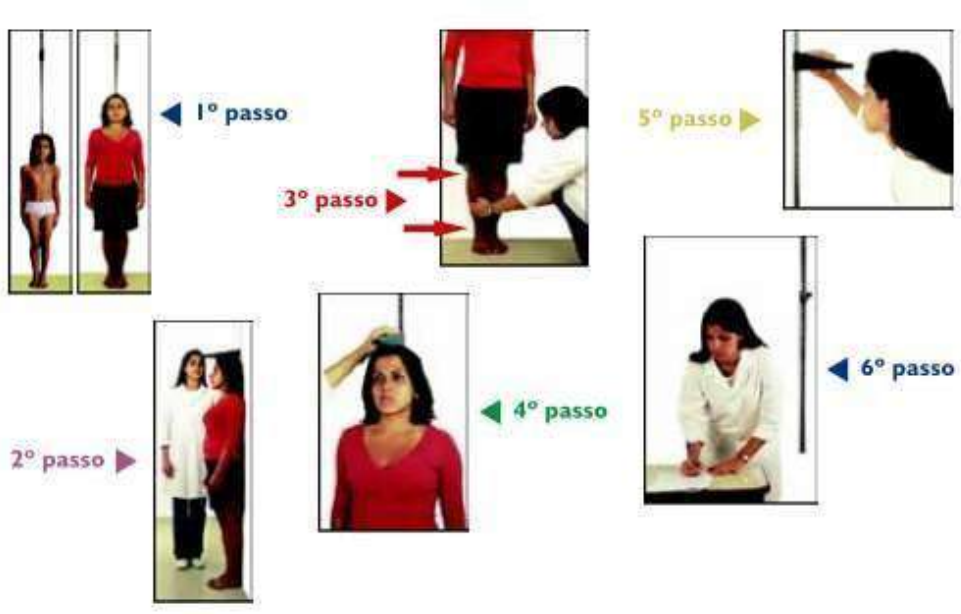
- AFERIÇÃO DA ALTURA DE CRIANÇAS MAIORES DE 2 ANOS, ADOLESCENTES E ADULTOS

- Acolher a criança, o adolescente e mãe/responsável ou o adulto;
- Solicitar que a criança, o adolescente ou o adulto retire os sapatos e adereços da cabeça;
- Posicionar a criança, adolescente ou adulto descalço e com a cabeça livre de adereços, no centro do antropômetro. Mantê-lo de pé, ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo, com a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos.
- A cabeça da criança, do adolescente ou do adulto deve ser posicionada no plano de Frankfurt (margem inferior da abertura do orbital e a margem superior do meato auditivo externo deverão ficar em uma mesma linha horizontal). As pernas devem estar paralelas. Não é necessário que as partes internas das pernas estejam encostadas. Os pés devem formar um ângulo reto com as pernas. Idealmente, o indivíduo deve encostar os calcanhares, as panturilhas, os glúteos, as escápulas e parte posterior da cabeça (região do occipital) no antropômetro ou parede. Quando não for possível encostar esses cinco pontos, devem-se posicionar no mínimo três deles
- Abaixar a parte móvel do equipamento, fixando-a contra a cabeça, com pressão suficiente para comprimir o cabelo.
- Solicitar que criança, do adolescente ou do adulto desça do antropômetro, quando tiver certeza de que o mesmo não se moveu.

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

- Realizar a leitura da estatura, sem soltar a parte móvel do equipamento.
- Anotar a estatura e registrar o procedimento no Sistema. Para crianças, marcar a altura na Caderneta de Saúde da Criança.



Fonte: Brasil, 2011

6 - REGISTRO

Registrar: data e hora da realização do procedimento e intercorrências e providências adotadas; orientações efetuadas; nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

7 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: norma técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.
- POTTER, P. A. et al. Fundamentos de enfermagem. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 066**	**VERSÃO:** 2
MEDIDA PERÍMETRO CEFÁLICO	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 4**

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: FAEFCD486FD6449...
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

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

1- OBJETIVO

Identificar anomalias cerebrais nos primeiros meses de vida.

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

- Luvas de procedimento se indicado
- Bandeja
- Biombo
- Algodão
- Produto padronizado
- Fita métrica (não extensível/inelástica)

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos;
- Reunir o material;
- Realizar a desinfecção da fita métrica com algodão embebido em produto padronizado pela unidade;
- Identificar a criança;
- Explicar o procedimento e a finalidade aos pais / cuidadores e criança, se puder compreender;
- Posicionar a criança em decúbito dorsal ou sentada;
- Posicionar a fita métrica sobre as proeminências occipital, parietal e frontal, para determinar a circunferência máxima, mantendo a fita ajustada no mesmo nível em todas as partes da cabeça;
- Não incluir pavilhão auricular;
- Podem ser necessárias várias medidas, selecionando-se a maior;
- Realizar a desinfecção da fita métrica com algodão embebido em produto padronizado pela unidade;
- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos.

6 - OBSERVAÇÃO

PC - RN a termo	Meninas	Meninos
	Escore Z zero= 34,0cm	Escore Z zero = 34,5 cm
	Variação = 32,5 a 35,0 cm	Variação= 33 a 35,5 cm
	- 1º ano = 12 cm	2 cm/mês (1o trim.)
		1 cm/mês (2o trim.)
		0,5 cm/mês (3o trim.)

Obs.: Pode ocorrer o processo de acavalamento dos ossos do crânio que ocorre durante o parto vaginal voltando ao normal após 2 a 3 dias

7 - REGISTRO

Registrar anotação em ficha de atendimento e/ou no prontuário eletronico, no formulário com a curvas de crescimento e lançar procedimento no sistema.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

- POTTER, P. A. et al. Fundamentos de enfermagem. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

- SÃO PAULO (Cidade). Secretaria da Saúde. Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas unidades básicas de Saúde. 2. ed. São Paulo: SMS, 2012.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 067**	**VERSÃO:** 2
MEDIDA PERÍMETRO TORÁCICO	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 4**

Elaborado por: Fabricio Lopes da Silva	Data: 25/09/2022	Visto: Assinado por: Fabricio Lopes da Silva 07704B2C355C4A3...
Revisado por: Carla Casaes	Data: 28/09/2022	Visto: DocuSigned by: FAEFCD486FD6449...
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

DS

Docusign Envelope ID: 16AFD194-39A8-4936-B053-89AFAB69DC0A

1- OBJETIVO

Identificar anomalias torácicas nos primeiros meses de vida.

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

- Luvas de procedimento se indicado
- Bandeja
- Biombo
- Algodão
- Produto padronizado pela unidade;
- Fita métrica (não extensível/inelástica)

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

DS

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos;
- Reunir o material;
- Realizar a desinfecção da fita métrica com algodão embebido em produto padronizado pela unidade;
- Identificar a criança;
- Explicar o procedimento e a finalidade aos pais / cuidadores e criança, se puder compreender;
- Posicionar a criança em decúbito dorsal ou sentada;
- Colocar a fita métrica ao redor do tórax da criança, passando pelas escápulas, abaixo da axila e em cima dos mamilos. A fita métrica não deve permanecer apertada, para não aferir medida incorreta.



Fonte: Kenner (2001)

- Realizar a desinfecção da fita métrica com algodão embebido em produto padronizado pela unidade;
- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos.

6 - REGISTRO

Registrar anotação em ficha de atendimento e/ou no prontuário eletrônico, no formulário com as curvas de crescimento.

7 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- KENNER, C. Enfermagem Neonatal. 2. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2001.
- SÃO PAULO (Cidade). Secretaria da Saúde. Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas unidades básicas de Saúde. 2. ed. São Paulo: SMS, 2012.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 068**	**VERSÃO:** 2
MOVIMENTAÇÃO EM BLOCO E INSTALAÇÃO DE PRANÇA RIGIDA	**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: FAEFCD486FD6449...
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

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

1- OBJETIVO

Rolar o usuário em bloco com estabilização da coluna cervical, para colocá-lo em prancha longa para facilitar o transporte, ou virar uma vítima com suspeita de trauma vertebromedular para examinar o seu dorso.

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 de procedimento, máscara facial, óculos de proteção);
- Colar cervical
- Imobilizador lateral de cabeça
- Prancha longa montada com três cintos.

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Rolamento em bloco 90º (usuário em posição supina - decúbitodorsal horizontal)
- Utilizar os equipamentos de proteção individual;

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

- Identificar-se e explicar o procedimento ao usuário à medida do possível;
- Profissional 1: posicionar-se atrás da cabeça do usuário, com os joelhos e cotovelos apoiados para melhor estabilidade e realizar o alinhamento e estabilização manual da cabeça;

Profissional 2: mensurar e colocar o colar cervical no usuário (figura 1)



Fonte: PHTLS (2016)

- Enquanto o profissional 1 mantém a cabeça do usuário em posição neutra alinhada, os profissionais 2 e 3 deverão se posicionar à altura do tórax e à altura dos joelhos respectivamente;
- Avaliar os braços do usuário e alinhar junto ao corpo com as palmas das mãos voltadas para o tronco, alinhar as pernas em posição neutra;
- Posicionar a prancha do lado oposto ao rolamento, junto ao usuário com a borda superior pouco acima da cabeça;
- Profissional 2: posicionar uma das mãos em concha na cintura escapular contralateral e a outra na cintura pélvica contralateral.
- Profissional 3: posicionar uma das mãos em concha na cintura pélvica contralateral e a outra próximo ao joelho contralateral (figura 2);

Figura 2

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C



Fonte: PHTLS (2016)

- Profissional 1: confirmar o posicionamento dos demais e efetuar a contagem para início do rolamento do usuário em bloco à 90º;
- Profissional 2: avaliar a região dorsal em busca de possíveis lesões antes que a prancha seja posicionada;
- Profissional 3: posicionar a prancha ao longo do dorso do usuário (figura 3);

Figura 3



Fonte: PHTLS (2016)

- Após o posicionamento correto da prancha, profissional 1: efetuar novamente a contagem para posicionar o usuário de volta à posição de decúbito dorsal (DDH);
- Com o usuário em DDH sobre a prancha e mantida a estabilização manual da coluna, os profissionais 2

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

e 3 devem segurar firmemente o usuário respectivamente pela cintura escapular e pélvica para movimentar o usuário para cima e lateralmente para posicioná-lo adequadamente sobre a prancha, com movimentos de deslizamento, com objetivo de centralizar o mesmo na prancha (figuras 4 A e B);

- Instalar o imobilizador lateral de cabeça conforme o procedimento operacional;
- Posicionar os cintos de segurança para a correta fixação do usuário à prancha.

Figura 4 A



Figura 4 B



Fonte: PHTLS (2016)

- Rolamento em bloco 180º (usuário em posição semiprona ou deitado de barriga pra baixo)
- Utilizar os equipamentos de proteção individual;
- Identificar-se e explicar o procedimento ao usuário à medida do possível;
- Profissional 1: posicionar-se atrás da cabeça do usuário, com os joelhos e cotovelos apoiados para melhor estabilidade e realizar o alinhamento e estabilização manual da cabeça, prevendo a posição final da cabeça após a rotação completa;
- Enquanto o profissional 1 mantém a cabeça do usuário em posição neutra alinhada, os profissionais 2 e 3 deverão se posicionar à altura do tórax e à altura dos joelhos respectivamente;
- Avaliar os braços do usuário e alinhar junto ao corpo com as palmas das mãos voltadas para o tronco, alinhar as pernas em posição neutra, considerando a rotação completa;
- Avaliar a região dorsal em busca de possíveis lesões antes que a prancha seja posicionada;
- Profissional 2: posicionar uma das mãos em concha na cintura escapular contralateral e a outra na cintura pélvica contralateral, ao mesmo tempo em que segura o punho do usuário. Profissional 3: posicionar uma das mãos em concha na cintura pélvica contralateral e a outra próximo ao joelho contralateral (figura 5);

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

- Profissional 3: posicionar a prancha do mesmo lado do rolamento, entre sua posição e a do usuário (figura 6);

Figura 5



Figura 6



Fonte: PHTLS (2016)

- Realizar o rolamento em 2 tempos:
- 1º tempo: com a prancha posicionada, o profissional 1 irá confirmar o posicionamento dos demais e efetuar a contagem para o rolamento do usuário em bloco à 90º. Nesse rolamento, a cabeça do usuário sofre uma rotação discretamente menor e mais lenta que o tronco até que à 90º cabeça e tronco estejam alinhados (figura 7);

Figura 7



Fonte: PHTLS (2016)

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

- 2º tempo: com o usuário posicionado à 90º e sem atraso, o profissional 1 irá confirmar o posicionamento dos demais e efetuar a contagem para complementar o rolamento do usuário em bloco à 180º;
- Com o usuário em DDH sobre a prancha e mantida a estabilização manual da coluna, os profissionais 2 e 3 devem segurar firmemente o usuário respectivamente pela cintura escapular e pélvica para movimentar o usuário para cima e lateralmente para posicioná-lo adequadamente sobre a prancha, com movimentos de deslizamento, com objetivo de centralizar o mesmo na prancha (figura 8);

Figura 8



Fonte: PHTLS (2016)

- Profissional 2: mensurar e colocar o colar cervical no usuário;
- Instalar o imobilizador lateral de cabeça conforme o procedimento operacional;
- Posicionar os cintos de segurança para a correta fixação do usuário à prancha.

6 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

PHTLS atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 069**	**VERSÃO:** 2
ORIENTAÇÕES NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 4**

Elaborado por: Fabricio Lopes da Silva	Data: 25/09/2022	Visto: Assinado por: Fabricio Lopes da Silva 07704B2C355C4A3...
Revisado por: Carla Casaes	Data: 28/09/2022	Visto: DocuSigned by: FAEFCD486FD6449...
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

DS

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

1- OBJETIVO

Orientar os profissionais de enfermagem na administração de medicamentos, a fim de proporcionar tratamento adequado de diversas patologias.

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

- Prescrição do medicamento
- Medicamento
- Outros (verificar demais materiais necessários, de acordo com cada via de administração).

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos
- Identificar os nove certos para administração segura de medicamentos: medicamento certo (confirmar o medicamento com a prescrição e conferir três vezes o rótulo), usuário certo (utilizar dois identificadores

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

para cada usuário), dose certa, via certa, horário certo, registro certo, ação certa, forma farmacêutica certa e monitoramento certo;

- Verificar a prescrição (nome do usuário, data da prescrição, nome do medicamento a ser administrado, dosagem do medicamento, via de administração do medicamento, frequência de administração do medicamento, assinatura e carimbo do prescritor);
- Explicar o procedimento ao usuário;
- Verificar se o usuário tem alergia a algum medicamento;
- Preparar os medicamentos para um usuário de cada vez; conferir a sua data de validade, organizar o material na bandeja e transportá-lo até o usuário;
- Somente abrir o medicamento diante do usuário ou acompanhante/cuidador;
- Atentar-se para garantir a privacidade do usuário fechando portas, colocando biombos, cortinas, quando necessário;
- A depender da via de administração, atentar-se sempre para alterações do local de aplicação verificando presença de edema local, hematomas, endurações, hiperemias. Evitar esses locais.

6 - OBSERVAÇÃO

Na preparação do medicamento para sua administração, verificar se a condição, os sintomas e o estado de saúde do usuário garantam que ele receba esse fármaco.

7 - REGISTRO

Registrar o procedimento realizado, aceitação ou recusa do usuário, data e horário do procedimento, intercorrências se houver, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em prontuário ou Ficha de Atendimento.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Uso seguro de medicamentos: guia para preparo, administração e monitoramento. São Paulo: CORENSP, 2017.
- ELLIOTT, M.; LIU, Y. The nine rights of medication administration: an overview. British Journal of Nursing, London, v. 19, n. 5, p. 300-305, 2010.
- POTTER, P. A. et al. Fundamentos de Enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.
- PERRY, A. G.; POTTER, P. A. Guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 7. ed.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 070**	**VERSÃO:** 2
PRECAUÇÕES PADRÃO	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 5**

Elaborado por: Fabricio Lopes da Silva	Data: 25/09/2022	Visto: Assinado por: Fabricio Lopes da Silva 07704B2C355C4A3...
Revisado por: Carla Casaes	Data: 28/09/2022	Visto: DocuSigned by: FAEFCD486FD6449...
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

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

1- OBJETIVO
Evitar ou diminuir a transmissão de micro-organismos do usuário para o profissional de saúde, sendo também dirigidas para proteger usuários, ao minimizar o risco de transmissão de agentes infecciosos dos profissionais de saúde aos usuários através das mãos ou de equipamentos.
2 – ALCANCE
Unidades Média Complexidade: Pronto Socorro Santana, UPA Jaçanã, AMA Lauzane, AMA Jardim Joamar e AMA Wamberto Dias da Costa
3 – DEFINIÇÃO
São medidas de proteção que devem ser adotadas por todos os profissionais de saúde, no cuidado de qualquer usuário ou na manipulação de artigos contaminados, quando houver risco de contato com sangue, secreções e excreções (exceto suor), mucosas e também pele íntegra.
4– PRÁTICAS DE CONTROLE DE INFECÇÃO E EPIs (Equipamentos de Proteção Individual)

- Lavagem das mãos, conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos;
- Fricção antisséptica das mãos, conforme procedimento operacional;
- Durante a realização dos cuidados, evite tocar desnecessariamente as superfícies próximas ao usuário.
- LUVAS:

✓ Usar luvas quando antecipar que contato com sangue ou outro material potencialmente infectante, membrana mucosa, pele não íntegra, ou pele íntegra potencialmente contaminada (ex: usuário com incontinência fecal ou urinária) possa ocorrer.

✓ Usar luvas com tamanho e durabilidade apropriada para tarefa. Usar luvas descartáveis para cuidado direto com o usuário.

✓ Retire as luvas após contato com um usuário e/ou o ambiente que o cerca, utilizando técnica adequada para prevenir contaminação das mãos.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

✓ Trocar as luvas durante a assistência ao usuário entre o contato de um sítio corporal contaminado com um sítio corporal limpo.

- AVENTAL:

✓ Paramentar com avental, que seja apropriado para a tarefa, para proteger a pele e evitar sujidade ou contaminação das roupas durante procedimentos ou cuidados com usuários sempre que exista a possibilidade de contato com sangue, fluidos corporais, secreções ou excreções.

✓ Usar avental para contato direto com usuário que apresentar secreções ou excreções não contidas.

✓ Remover o avental e fazer higienização das mãos antes de deixar o ambiente do usuário.

- ÓCULOS E MÁSCARAS:

✓ Usar EPI para proteção das membranas mucosas dos olhos, nariz e boca durante procedimentos e cuidados com usuários, na possibilidade de gerar respingos ou espirros de sangue, fluidos corporais, secreções e excreções.

✓ Utilizar mascara e óculos durante procedimentos que gerem aerossóis (ex: broncoscopia, aspiração de trato respiratório, intubação endotraqueal) em usuários que não são suspeitos de estarem infectados com um agente para o qual proteção respiratória já seja recomendada.

- ACOMODAÇÕES DOS USUÁRIOS

✓ Analisar o potencial de transmitir agentes infecciosos nas decisões quanto à acomodação do usuário. Colocar usuários que determinam risco de transmissão para outros em um quarto individual quando disponível.

✓ Determinar a acomodação de usuários baseado nos seguintes princípios:

✓ Vias de transmissão do agente infeccioso identificado ou sob suspeita.

✓ Fatores de risco para transmissão num usuário infectado.

✓ Disponibilidade de quarto individual.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

- ARTIGOS E EQUIPAMENTOS

✓ Devem ser manuseados com precauções padrão quando estiverem sujos de sangue ou fluídos corporais, a reutilização em outro usuário, quando permitido, deve ser precedida de limpeza e desinfecção ou esterilização de acordo com protocolos estabelecidos.

✓ Odontologia:

❖ Efetuar desinfecção da bancada, do equipo, das canetas de baixa e alta rotação e seringa tríplice com álcool a 70%, entre o atendimento de um usuário e outro.

❖ Envolver a haste do refletor, ponteira do aparelho fotopolimerizador e as canetas do aparelho Profi/Ultrassom com PVC para cada atendimento.

✓ Colocar canudo plástico na seringa tríplice.

 PERFUROCORTANTES

✓ Todo material que perfura ou corta deve ser descartado em caixas apropriadas para perfurocortantes e resistentes para prevenir acidentes quando transportados, nunca jogue perfurocortantes no saco de lixo comum;

✓ Não desconecte, reencape ou entorte agulhas usadas;

✓ Não exceda o limite de preenchimento da caixa, lacre a tampa e transporte pelas alças afastado do corpo.

 ROUPAS

✓ Roupas sujas/contaminadas devem ser manipuladas de modo a evitar exposição à pele e membranas mucosas, acondicionadas em sacos impermeáveis, lacrados para encaminhamento a lavanderia.

✓ O risco de transmissão de microrganismos por roupas poderá ser muito pequeno se sua manipulação for adequada.

 SUPERFÍCIES

✓ A descontaminação de superfícies deve ser feita caso haja presença de sangue ou fluídos potencialmente infectantes, conforme protocolo estabelecido.

✓ Implementação de rotina de limpeza e desinfecção de superfícies que não apresentam sujidade.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

5 - OBSERVAÇÃO

Evitar contaminação de roupas e pele durante o processo de remoção do EPI.

Antes de deixar a área de cuidado do usuário, remover e descartar o EPI.

6 - RESPONSABILIDADE

- Equipe técnica de enfermagem
- Equipe médica

7 – REGISTRO

Registros de avaliação, procedimentos e resultados em ficha do usuário com carimbo e assinatura do responsável.

8 - REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR. Precauções e Isolamento. 2. ed. São Paulo: APECIH; 2006.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Curso básico de controle de infecção hospitalar. Brasília, DF: Anvisa, 2000. (Caderno C. Métodos de proteção anti-infecciosa).
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Precaução padrão, precaução de contato, precauções para gotículas e precauções para aerossóis. Brasília, DF: Anvisa, [2019]. Cartaz. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/controle/precaucoes_a3.pdf>. Acesso em: 15 mai 2019.
- PERRY, A. G.; POTTER, P. A. Guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIANGULO MINEIRO. Hospital de Clínicas. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. Protocolos de controle de infecção. Precauções padrão. Uberaba, UFTM: 2015.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 071**	**VERSÃO:** 2
PREPARO DE MEDICAMENTOS AMPOLAS, SOLUÇÕES E FRASCOS (PÓ)	**VALIDADE:01/03/2026**	**Pag. 1 de 6**

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: EAEECD486ED6449...
Aprovado por: Tassiana Pita	Data: 01/10/2022	Visto: Assinado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz CEC19F2097164E7...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
1	25/09/2022	Elaboração do procedimento
2	01/03/2024	Revisão

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

1- OBJETIVO

Administrar adequadamente os medicamentos mantendo os princípios de controle de infecção.

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

- Bandeja
- Medicamento ampola ou solução (frasco-ampola)
- Recipiente de material perfurocortante
- Algodão
- Seringa de 10 ou 20 mL
- Agulhas 30x0,8 ou 25x0,8
- Álcool a 70%

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

- Diluente (soro fisiológico 0,9% ou água destilada), para caso de frasco contendo pó sem diluente.

5 DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

- AMPOLA

- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos;
- Conferência 9 certos;
- Revisar as informações pertinentes relacionadas ao medicamento, verificando ação, dose e via, finalidade, efeitos colaterais, implicações para a enfermagem;
- Examinar a história clínica, a história de alergias e a medicamentos do usuário.
- Examinar a constituição corporal, o tamanho do músculo e o peso quando administrar injeção subcutânea ou intramuscular.
- Preparar o medicamento para um usuário de cada vez;
- Se possível, somente preparar o medicamento diante o usuário ou acompanhante/cuidador;
- Bater no ápice da ampola de maneira suave e rápida com o dedo, até que o líquido se desloque do gargalo da ampola;
- Colocar um chumaço de algodão ao redor do gargalo da ampola;
- Quebrar o ápice da ampola de forma rápida e firme no sentido para longe das mãos;
- Aspirar rapidamente o medicamento, usando uma agulha longa;
- Segurar a ampola de cabeça para baixo, ou colocá-la em uma superfície plana. Não permita que a extremidade ou corpo da agulha toque na borda da ampola;
- Aspirar o medicamento na seringa puxando suavemente o êmbulo;
- Manter a extremidade da agulha sob a superfície do líquido. Incline a ampola para colocar todo o líquido dentro do alcance da agulha;
- Quando as bolhas de ar são aspiradas, não retirar o ar dentro da ampola;
- Para expelir o excesso de ar, retirar a agulha da ampola. Segurar a seringa com a agulha apontando para cima, bater levemente na seringa de modo que as bolhas subam. Puxar ligeiramente para traz o êmbulo e empurre-o no sentido de ejetar o ar. Não ejete o líquido;
- Realizar o reencape passivo da agulha.

- FRASCO CONTENDO SOLUÇÂO

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

- Remover a capa que cobre a tampa do frasco para expor a vedação de borracha estéril, mantendo a borracha estéril;
- Em caso de frasco multidoses que já tiver sido usado anteriormente, a tampa já foi removida. Limpar de forma firme a superfície da vedação de borracha com algodão embebido em álcool a 70% e aguardar ficar bem seca;
- Pegar uma seringa e conectar a agulha. Remover a capa da agulha, puxar o êmbulo para trás e aspirar a quantidade de ar equivalente ao volume da medicação a ser aspirada do frasco;
- Com o frasco em uma superfície plana, inserir a ponta da agulha com o bisel entrando primeiro no centro da vedação da borracha. Aplique pressão na ponta da agulha durante a inserção;
- Injetar ar no espaço interno do frasco, segurando o êmbulo da seringa, com uma pressão firme. A pressão de ar dentro do frasco algumas vezes força o êmbulo para trás;
- Inverter o frasco e manter a seringa e o êmbulo firmes. Segurar o frasco entre o polegar e o indicador da mão não dominante. Apertar a extremidade do tubo da seringa e o êmbulo com o polegar e o dedo indicador da mão dominante para contrapor a pressão do frasco.
- Manter a ponta da agulha abaixo do nível do líquido.
- Permitir que a pressão do ar do frasco preencha a seringa gradualmente com o medicamento. Se necessário, puxar devagar o êmbulo para obter a quantidade correta da solução;
- Remover a agulha do frasco puxando o tubo da seringa para trás;
- Segurar a seringa ao nível dos olhos, em um ângulo de 90º, para assegurar o volume correto e a ausência de bolhas de ar. Remover qualquer restante de bolhas de ar, puxando o êmbolo par trás e empurrando-o para ejetar o ar.
- Se a medicação for administrada no tecido do usuário, troque de agulha para o calibre e comprimento adequados, de acordo com a via de administração;
- Para frascos de doses múltiplas, faça um rótulo com data da mistura, validade, assinatura de quem preparou.

FRASCO CONTENDO PÓ

- Remover a capa que estiver cobrindo o frasco de um medicamento em pó e a tampa do frasco contendo o diluente, apropriado. Limpar firmemente ambas as vedações com algodão embebido em álcool a 70% e aguardar secar;

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

- Puxar o diluente na seringa segundo a orientação da ampola;
- Inserir no frasco a ponta da agulha através do centro da vedação de borracha do frasco; Injetar o diluente no frasco;
- Remover a agulha;
- Misturar o medicamento completamente, rolando o frasco entre as palmas, não agitar;
- O medicamento reconstituído no frasco está pronto para ser usada;
- Ler o rótulo cuidadosamente para determinar a dose a ser aplicada;
- Descartar todo material cortante na caixa apropriada.

6 - OBSERVAÇÃO

Não se aplica.

7 - REGISTRO

Não se aplica.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Luvas cirúrgicas e luvas de procedimentos: considerações sobre seu uso. BIT - Boletim Informativo de Técnovigilância, Brasília, DF, n. 2, abr./maio/jun. 2011.

POTTER, P. A. et al. Fundamentos de Enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 072**	**VERSÃO:** 2
PREPARO DO ENVOLOCRO PARA ESTERELIZAÇÃO	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 5**

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: FAEFCD486FD6449...
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

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

1- OBJETIVO
Realizar empacotamento de todo o artigo a ser submetido à esterilização.
2 – ALCANCE
Unidades Média Complexidade: Pronto Socorro Santana, UPA Jaçanã, AMA Lauzane, AMA Jardim Joamar e AMA Wamberto Dias da Costa
3 – COMPETÊNCIA
• Equipe técnica de enfermagem • Equipe técnica de odontologia
4 - MATERIAL
• EPIs: Gorro e luvas de procedimento • Artigos a serem submetidos à esterilização • Papel grau cirúrgico • Fita Adesiva para alta temperatura • Fita com indicador químico de processo de esterilização
5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE
• Higienizar as mãos antes de iniciar o empacotamento dos artigos, conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos. • Vestir EPIs conforme indicação. • Inspecionar o artigo antes do empacotamento, verificando limpeza integridade e funcionalidade.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

- Abrir e desmontar o máximo possível os artigos articulados.
- Colocar o material diagonalmente no centro da embalagem.

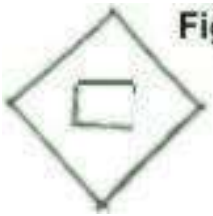


Fig. 1

- Dobrar a ponta voltada para o funcionário, levando-a até o centro do pacote, cobrindo o material e realizando uma dobra na ponta.



Fig. II

- Trazer uma das laterais até o centro do pacote, deixando uma dobra na ponta.

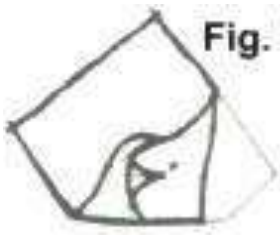


Fig. III

- Realizar o mesmo procedimento na outra lateral, de modo que cubram todo o artigo.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

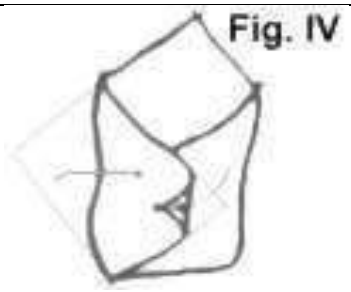


Fig. IV

- Completar o pacote, levando a quarta e última ponta até o centro do pacote. Fechar com fita indicadora de processo de esterilização, envolvendo todo o pacote, selar o pacote com duas fitas adesivas para alta temperatura.



Fig. V

- Identificar com uma fita adesiva o pacote com o nome da unidade, conteúdo do pacote, data da esterilização, data de validade do processo de esterilização e nome do responsável pelo empacotamento.
- Após embalagem dos artigos retirar as luvas e higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos.

6 - OBSERVAÇÃO

A utilização da técnica adequada permite proteção, identificação, manutenção da esterilidade durante o transporte e manuseio do artigo, facilitando a abertura e utilização segura.

7 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR. Limpeza, desinfecção e esterilização de artigos em serviços de saúde. São Paulo: APECIH, 2010.

BRUNA, C. Q. M. Preparo e embalagem dos materiais para esterilização. Enfermagem em CME. Disponivel em < https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4168052/mod_resource/content/1/preparo%20e% 20embalagem.pdf>

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

Acesso em 24 mai 2019.

RIBEIRAO PRETO (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Comissão de Controle de Infecção. Circular nº 20, de 2008. Ribeirão Preto: Secretaria Municipal da Saúde, 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO. Práticas recomendadas. 4. ed. São Paulo: SOBEC, 2007

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 073**	**VERSÃO:** 2
PROVA DO LAÇO	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 4**

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: FAEFCD486FD6449...
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

DS

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

1- OBJETIVO

É utilizada na prática clínica como um dos elementos para triagem dos usuários com suspeita de Dengue. É uma prova que representa a fragilidade capilar e deve ser realizada, obrigatoriamente, em todos os casos suspeita clínica da doença não apresentem sinais de sangramento espontâneo e nem sinal clínico de alarme e/ou choque. Deve ser repetida no acompanhamento clínico apenas se previamente negativa.

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

4 - MATERIAL

- Bandeja
- Esfigmomanômetro
- Estetoscópio
- Caneta esferográfica
- Régua comum ou fita métrica
- Relógio

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Higienizar as mãos conforme procedimento de higienização simples das mãos;
- Explicar o propósito e procedimento do teste ao usuário;

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

- Dizer ao usuário que ele pode sentir desconforto e parestesia no membro durante a realização do procedimento;
- Anotar quaisquer medicamentos que o usuário esteja em uso;
- Escolher o local de realização da prova, no antebraço que não tenha fístula arteriovenosa, lesões ou esvaziamento ganglionar e que preferencialmente não seja pigmentado ou tenha muitos pelos. Na impossibilidade desse local, pode-se medir a pressão arterial em coxa, utilizando manguito mais largo ou de adulto.
- Verificar a Pressão Arterial Calcular o valor médio da Pressão Arterial pela fórmula (PAS + PAD)/2
- Insuflar o manguito até o valor médio.
- Manter o manguito insuflado durante 5 minutos no adulto e 3 minutos em crianças, ou até o aparecimento de petéquias ou equimoses. Caso a prova do laço apresente-se positiva antes do tempo preconizado para adultos e crianças ela pode ser interrompida.
- Desenhar um quadrado com 2,5 cm^2, no antebraço, no local de maior concentração de petéquias;
- Soltar o ar do manguito, retirá-lo do usuário;
- Proceder à leitura do resultado:
- Contar o número de petéquias formadas dentro do quadrado;
- A prova será positiva se houver 20 ou mais petéquias dentro do quadrado em adultos e 10 ou mais em crianças
- Atenção para o surgimento de possíveis petéquias em todo o antebraço, dorso das mãos e nos dedos.
- Higienizar as mãos conforme procedimento de higienização simples das mãos;
- Registrar o procedimento.

6 - OBSERVAÇÃO

O resultado positivo pode reforçar a hipótese de dengue e aponta para uma necessidade de maior atenção ao usuário.

A prova do laço frequentemente pode ser negativa em pessoas obesas e durante o choque. É importante ressaltar que a prova do laço não confirma e nem exclui o diagnóstico de dengue.

A prova do laço pode ser realizada por todos os Profissionais de Enfermagem desde que capacitados, orientados e supervisionados pelo Enfermeiro, entretanto, segundo o PARECER COREN - SP 013/2014–CTPRCI n°106.428/2013, a leitura e interpretação do resultado da prova deve ser feita pelo Enfermeiro.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

7 - REGISTRO

Registrar o procedimento realizado bem como o resultado encontrado, aceitação ou recusa do usuário, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a prova em prontuário ou ficha de atendimento.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BRASIL. Ministério da Saúde. Dengue: manual de enfermagem. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Parecer COREN-SP 013/2014 – CT PRCI n° 106.428/2013, de 31 de janeiro de 2014. Realização da prova do laço por técnico e auxiliar de enfermagem. Disponível em: <http://ouvidoria.cofen.gov.br/coren-sp/transparencia/19078/download/PDF>. Acesso em: 19 mai 2019.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 074**	**VERSÃO:** 2
PUNÇÃO ARTERIAL PARA COLETA DE EXAMES	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 4**

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: FAEFCD486FD6449...
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

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

1- OBJETIVO

Realizar punção arterial para coleta de sangue para exames laboratoriais com técnica segura.

2 – ALCANCE

Unidades Média Complexidade: Pronto Socorro Santana, UPA Jaçanã, AMA Lauzane, AMA Jardim Joamar e AMA Wamberto Dias da Costa

3 – COMPETÊNCIA

- Enfermeiro
- Médico

4 - MATERIAL

- Bandeja;
- Equipamentos de Proteção Individual (luvas de procedimento, óculos);
- Algodão;
- Álcool a 70%;
- Agulha (25x0,7 ou 25x0,8);
- Microfusor (escalpe) 23 ou 25;
- Seringa de acordo com o volume de sangue necessário para os exames;
- Tubos para coleta;
- Grade ou recipiente para acondicionamento dos tubos;
- Requisição de exames;
- Etiquetas para identificação dos tubos;

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

- Recipiente para descarte de resíduo perfurocortante.

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção higienização simples das mãos;
- Preparar o material;
- Identificar-se e explicar o procedimento para o usuário e/ou acompanhante;
- Identificar o usuário pelo nome completo (nome social, quando houver), verificar exames solicitados, o preparo para os mesmos (se necessário) e proceder à identificação dos tubos;
- Calçar luvas de procedimento;
- Selecionar o local da punção: Realizar o teste de Allen (segurar a mão do usuário firmemente e o profissional comprime as duas artérias ulnar e radial. O usuário, então, relaxa e aperta a mão até que ela esteja esbranquiçada. O profissional libera a pressão da artéria ulnar e observa o retorno da coloração para a mão. Quando a coloração retornar dentro de 5 a 7 segundos, a circulação ulnar é adequada. Se demorar mais de 15 segundos para o retorno, o enchimento ulnar é inadequado e esta artéria radial não deve ser puncionada);
- Selecionar a artéria desejada;
- Realizar a palpação e localização da artéria com os dedos indicador e médio, efetuando compressão suficiente para imobilizar, sem perder o batimento arterial;
- Realizar a antissepsia da pele no local a ser puncionado com o algodão embebido em álcool a 70% com movimento centrífugo (circular, único, do centro para fora);
- Aguardar o antisséptico secar espontaneamente;
- Inserir a agulha entre os dedos indicador e médio, com o bisel da agulha voltado para cima, em um ângulo de 30º na direção do sentido da artéria radial, 45º na da braquial e 90º na da femoral;
- Puxar delicadamente o êmbolo e realizar a aspiração da quantidade necessária de sangue para o(s) exame(s);
- Retirar a agulha comprimindo o local da punção com algodão seco por aproximadamente 5 minutos ou até total estancamento de sangue (hemostasia);

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

- Colocar o sangue no(s) tubo(s) sem utilização de agulha, através da abertura do(s) tubo(s), sem contaminação da(s) tampa(s), deixando que o sangue escorra lentamente pela(s) parede(s) do(s) mesmo(s);
- A ordem correta para coleta nos tubos é: primeiro – tubo citrato (tampa azul); segundo - tubo com gel (tampa amarela, vermelha); terceiro – tubo com EDTA (tampa roxa); quarto – tudo com fluoreto (tampa cinza);
- Homogeneizar o tubo (exceto os de tampa amarela ou vermelha) com movimento inversão de 8 a 10 vezes, mantendo o tubo em posição vertical por 30 minutos em grade para acondicionamento;
- Descartar o material usado de acordo com as normas de descarte de resíduos;
- Encaminhar as amostras de acordo com os fluxos estabelecidos.

6 - REGISTRO

Registrar o procedimento realizado, artéria puncionada, agulha escolhida, amostras coletadas, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em prontuário ou Ficha de atendimento.

7 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BARE, B. G.; SUDDARTH, D. S. Brunner: tratado de enfermagem médico – cirúrgico. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

CHAVES, S. et al. Procedimento operacional padrão de enfermagem para coleta de sangue arterial. Rio de Janeiro: HUPE/UFRJ, 2014.

MACHADO, A. M. O.; MORALES JUNIOR, A.; FRIGATTO, E. A. M. Manual de coleta de material biológico. São Paulo: UNIFESP, 2015.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 075**	**VERSÃO:** 2
PUNÇÃO VENOSA PARA COLETA DE EXAMES	**VALIDADE:** 01/03//2026	**Pag. 1 de 4**

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: FAEFCD486FD6449...
Aprovado por: Tassiana Pita	Data: 01/10/2022	Visto: Assinado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz CEC19E2097164E7...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
1	25/09/2022	Elaboração do procedimento
2	01/03/2024	Revisão

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

1- OBJETIVO

Realizar punção venosa para coleta de sangue para exames laboratoriais, exceto hemocultura.

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

- Bandeja
- Equipamentos de Proteção Individual (luvas de procedimento, óculos)
- Algodão
- Álcool a 70%
- Dispositivo de coleta de sangue a vácuo (adaptador de coleta de sangue a vácuo, com agulha distal acoplada para a transferência do sangue diretamente para o tubo, sem a necessidade de manuseio do sangue e abertura do tubo)
- Garrote
- Tubos para coleta
- Grade ou recipiente para acondicionamento dos tubos

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

- Requisição de Exames
- Etiquetas para identificação dos tubos
- Recipiente para descarte de resíduo perfurocortante com adaptador para desconexão e descarte de agulha.

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos;
- Preparar o material;
- Escolha da agulha:
- O calibre agulha acoplada a seringa do sistema à vácuo deve ser compatível com a veia escolhida;
- Escolha do local de punção:
- Local de maior facilidade de higienização e garantia de assepsia;
- Sem escoriações e complicações mecânicas (hematoma, equimose, anastomose);
- Vasos mais calibrosos;
- Local de maior conforto e segurança;
- Evitar locais com possíveis fatores de risco (cateteres pré-existentes, deformidade anatômica);
- Não realizar punção de membros com esvaziamento ganglionar (mastectomizados) e fístula arteriovenosa;
- Coleta da amostra de sangue:
- Explicar o procedimento ao usuário;
- Identificar o usuário pelo nome completo (nome social, quando houver), verificar exames solicitados, o preparo para os mesmos (se necessário) e proceder à identificação dos tubos;
- Calçar luvas de procedimento;
- Selecionar o local da punção;
- Instalar o garrote aproximadamente a 4 cm acima do local escolhido para coleta de sangue;
- Realizar a antissepsia da pele no local a ser puncionado com o algodão embebido em álcool a 70% com movimento centrífugo (circular, único, do centro para fora);
- Aguardar o antisséptico secar espontaneamente;
- Estirar a pele com a mão não dominante e introduzir a agulha para punção com o bisel voltado para cima;

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

- Introduzir os tubos um a um, de forma que o sangue escorra pela parede do tubo. Aguardar o adequado enchimento do tubo para retirar do sistema;
- Retirar o garrote assim que o sangue refluir para dentro do tubo para continuar as demais coletas (não exceder o tempo de 1 minuto com o membro garroteado);
- A ordem correta para coleta nos tubos é: primeiro – tubo citrato (tampa azul); segundo - tubo com gel (tampa amarela, vermelha); terceiro – tubo com EDTA (tampa roxa); quarto – tudo com fluoreto (tampa cinza);
- Homogeneizar o tubo (exceto os de tampa amarela ou vermelha) com movimento inversão de 8 a 10 vezes, mantendo o tubo em posição vertical por 30 minutos em grade para acondicionamento;
- Com auxílio de um algodão apoiar o local de inserção da agulha retirando-a em movimento único e solicitando ao usuário que comprima o local sem dobrar o braço por alguns minutos;
- Descartar o material usado de acordo com as normas de descarte de resíduos;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Encaminhar as amostras de acordo com os fluxos estabelecidos.

6 - OBSERVAÇÃO

Na impossibilidade do uso do sistema a vácuo, pode-se utilizar cateter intravenoso, microfusor (escalpe) ou agulha acoplados à seringa de acordo com o volume de sangue necessário para os exames. Aspirar a quantidade de sangue necessária. Colocar o sangue no(s) tubo(s) sem utilização de agulha, através da abertura do(s) tubo(s), sem contaminação da(s) tampa(s), deixando que o sangue escorra lentamente pela(s) parede(s) do(s) mesmo(s);

7 - REGISTRO

Registrar o procedimento realizado, membro puncionado, cateter/agulha escolhido, amostras coletadas, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em prontuário ou Ficha de atendimento.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

MACHADO, A. M. O.; MORALES JUNIOR, A.; FRIGATTO, E. A. M. Manual de coleta de material biológico. São Paulo: UNIFESP, 2015.

PAULI, C. Procedimento operacional padrão (POP): coleta de sangue venoso para análise laboratorial. Florianópolis: UFSC, 2017.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 076**	**VERSÃO:** 2
PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA PARA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS	**VALIDADE:01/03/2026**	**Pag. 1 de 5**

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: FAEFCD486FD6449...
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

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 076**	**VERSÃO:** 2
PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA PARA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS	**VALIDADE:01/03/2026**	**Pag. 2 de 5**

1- OBJETIVO

Realizar punção venosa para administração de medicamentos e soroterapia, de forma segura e padronizada

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

- Bandeja
- Luvas de procedimento não estéril
- Cateter intravenoso
- Algodão
- Álcool a 70%;
- Garrote
- Curativo transparente estéril ou micropore ou esparadrapo;
- Equipamentos de Proteção Individual.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos;
- Preparar o material;
- Abrir o pacote do cateter intravenoso com técnica estéril;
- Escolha do cateter:
- Devem ser escolhidos preferencialmente cateteres flexíveis;
- O calibre do cateter deve ser compatível com a veia escolhida;
- Escolha do local de punção:
- Local de maior facilidade de higienização e garantia de assepsia;
- Sem escoriações e complicações mecânicas (hematoma, equimose, anastomose);
- Vasos mais calibrosos;
- Local de maior conforto e segurança;
- Evitar locais com possíveis fatores de risco (cateteres pré-existentes, deformidade anatômica);
- Evitar áreas com dor, sensibilidade e infecção;
- Evitar fossa antecubital;
- Não realizar punção de membro previamente afetado por acidente vascular encefálico, com paralisias, membros com esvaziamento ganglionar (mastectomizados) e fístula arterio-venosa;
- Inserção do cateter:
- Explicar o procedimento ao usuário;
- Identificar o usuário pelo nome completo (nome social, quando houver),
- verificar a prescrição médica;
- Avaliar histórico de alergias;
- Preparar o medicamento e/ou soroterapia;
- Calçar luvas de procedimento não estéril;
- Selecionar o local da punção;
- Instalar o garrote aproximadamente a 10 a 15 cm acima do local escolhido para punção;
- Realizar a antissepsia da pele no local a ser puncionado com algodão embebido em álcool a 70%

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

antisséptico com movimento centrífugo (circular, único, do centro para fora);

- Observar sujidade da pele e, se necessário, realizar novamente antissepsia com outro algodão;
- Aguardar a evaporação do antisséptico espontaneamente;
- Remover o protetor do cateter intravenoso;
- Estirar a pele com a mão não dominante;
- Não tocar no local selecionado para a punção; Introduzir o cateter com o bisel voltado para cima, num ângulo de 10° a 30° compatível com a profundidade da veia;
- Observar o fluxo de sangue pelo lumen do cateter;
- Estabilizar o cateter com uma mão e soltar o garrote com a outra;
- Instalar medicação, soroterapia ou salinizar de acordo com prescrição;
- Para fixar o cateter, usar curativo transparente estéril;
- Na ausência do curativo transparente estéril a fixação do cateter deverá ser feita com micropore, preferencialmente, ou esparadrapo;
- Identificar o curativo com data, hora de inserção, calibre e identificação do profissional.
- Manutenção do cateter:
- Higienizar as mãos antes de manipular;
- Calçar luvas de procedimento não estéril a cada manipulação;
- Sempre antes de administrar medicamentos ou soro, realizar a desinfecção do orifício do dispositivo de infusão com álcool a 70%.
- Troca do cateter venoso periférico:
- Rotineiramente a cada 96 horas. Clientes com difícil acesso, solicitar avaliação do enfermeiro do plantão;
- Em caso de sinais de flebite.
- Curativo da punção venosa periférica:
- Caso a inserção tenha sido em situação de urgência, observar e, se necessário, trocá-lo em 24 horas;
- O curativo transparente estéril não deverá ser substituído durante todo o período de permanência do cateter, exceto nas seguintes situações: em caso de umidade, extravasamento de sangue e sujidade visível;
- Nos casos especiais em que o cateter permaneça por mais de 96 horas, o

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

- curativo transparente estéril deverá ser substituído ao completar 7 dias de permanência;
- Nos casos específicos em que seja utilizado micropore ou esparadrapo para fixação da punção, o curativo deverá ser diário, procedendo-se da seguinte forma:
- Remover o curativo anterior;
- Realizar antissepsia do local de inserção com álcool a 70%;
- Observar condições do local de inserção do cateter;
- Colocar nova cobertura;
- Identificar: Data da punção, data e horário da troca do curativo, tipo e número do dispositivo, responsável pela inserção.
- Retirada do cateter:
- Com auxilio de algodão apoiar o local de inserção do cateter retirando-o em movimento único e solicitando ao paciente que comprima o local sem dobrar o braço por alguns minutos;
- Descartar o material usado de acordo com as normas de descarte de resíduos.

6 - OBSERVAÇÃO

A avaliação de necessidade de permanência do cateter deve ser diária.

7 - REGISTRO E INDEXAÇÃO

Registrar o procedimento realizado, membro puncionado, cateter escolhido, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em prontuário ou Ficha de atendimento.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

POTTER, P. A. et al. Fundamentos de Enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

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

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

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.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

- 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: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

- 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



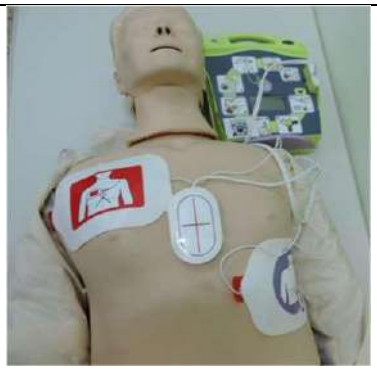
Fonte: arquivos SAMU

- 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

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C



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

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

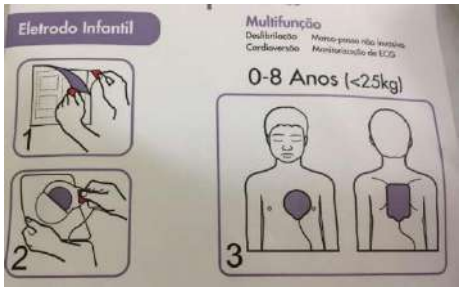
adesivas somente após a instalação de outro recurso ou da interrupção dos procedimentos pelo médico intervencionista.

- 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

DS

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

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/>.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 078**	**VERSÃO:** 2
REPROCESSAMENTO DE ESPAÇADORES DE INALAÇÃO	**VALIDADE:01/03/2026**	**Pag. 1 de 4**

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: FAEFCD486FD6449...
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

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

1- OBJETIVO

Proceder a limpeza e desinfecção dos espaçadores de inalação.

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

4 - MATERIAL

- Equipamentos de Proteção Individual (EPI´s): gorro, óculos de proteção, máscara cirúrgica, avental impermeável, luvas de borracha e calçado fechado
- Caixa ou balde plástico rígido com tampa e com capacidade relativa ao volume de materiais do serviço a ser desempenhado (10 L, 20 L ou volume superior), previamente limpa
- Água tratada ou deionizada ou osmose reversa
- Solução padronizada da unidade
- Esponja de limpeza
- Panos limpos e secos

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos;

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

- Reunir o material necessário em pia apropriada na área específica destinada a lavagem de material (CME);
- Paramentar-se;
- Desmontar os espaçadores conforme orientação do fabricante;
- Realizar limpeza mecânica adequada e retirada de toda matéria orgânica;
- Enxaguar abundantemente por dentro e por fora em água corrente;
- Colocar para escorrer sobre o pano limpo e seco, em ar ambiente, sem usar tecido ou papel até secarem completamente;
- Imergir em produto padronizado pela unidade;
- Retirar o material da solução, enxaguar abundantemente em água corrente e deixar escorrer sobre pano limpo e seco, em ar ambiente, sem usar tecido ou papel na aerocâmara metálica ou plástica;
- Remontar o conjunto e acondicioná-lo individualmente em saquinhos plásticos;
- Armazenar os conjuntos em recipiente seco com tampa;
- Identificar a embalagem com nome do responsável, data e hora do término da desinfecção,
- Retirar as luvas e higienizar as mãos conforme Procedimento Operacional de higienização simples das mãos;

6 - OBSERVAÇÃO

Em espaçadores de material metálico não é necessário instilar a medicação em seu interior para acondicionamento, já nos espaçadores plásticos é necessário seguir a orientação do fabricante.

7 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR. Limpeza, desinfecção e esterilização de artigos em serviços de saúde. São Paulo: APECIH, 2010.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual de limpeza e desinfecção da ANVISA. Brasília, DF: Anvisa, 2010.

RIBEIRÃO PRETO (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Manual de limpeza, desinfecção e esterilização em unidades de saúde. Ribeirão Preto: SMS, 2006.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO. Recuperação anestésica e centro de material e esterilização. Práticas recomendadas. 6. ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

WIDMER, A. F.; FREI, R. Antimicrobial activity of glucoprotamin: a clinical study of new disinfectant for instruments. Infection Control and Hospital Epidemiology, Cambridge, v. 24, n. 10, p. 762-764, 2003.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 079**	**VERSÃO:** 2
RETIRADA DE PONTOS	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 4**

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: FAEFCD486FD6449...
Aprovado por: Tassiana Pita	Data: 01/10/2022	Visto: Assinado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz CEC19E2097164E7...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
1	25/09/2022	Elaboração do procedimento
2	01/03/2024	Revisão

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

1- OBJETIVO

Retirar os pontos minimizando os riscos de infecção, proporcionando um melhor processo de cicatrização da ferida.

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

- Tesoura Íris
- Gazes (estéril)
- Pinça Kelly ou anatômica ou dente de rato ou Kocker (pacote de retirada de pontos)
- Luvas de Procedimento
- Solução Fisiológica 0,9%

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Orientar o usuário sobre o procedimento;

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

- Higieniza as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos;
- Preparar o material
- Calçar as luvas de procedimento;
- Abrir pacote de retirada de pontos e pacote de gases usando técnica asséptica;
- Expor a área
- Realizar antissepsia do local de retirada dos pontos com gaze e SF0,9%, promovendo a limpeza do local, a partir da área menos contaminada;
- Se a ferida estiver limpa, deverá ser iniciada a limpeza no sentido de dentro para fora;
- Segurar com a mão dominante o ponto cirúrgico;
- Cortando-o com a mão não dominante;
- Tracionar o ponto pelo nó com auxilio da pinça e cortá-lo com a tesoura em um dos lados próximo à pele;
- Colocar os pontos, já cortados, sobre uma gaze e desprezá-los em saco de lixo branco;
- Desprezar o material utilizado em local apropriado;
- Retirar EPI e higienizar as mãos
- Registrar o procedimento no prontuário.

6 - OBSERVAÇÃO

Antes de realizar a retirada dos pontos, verificar a data da realização da sutura e checar com o usuário a prescrição médica do procedimento.
Nos casos em que houver sinais flogísticos, comunicar o enfermeiro e ou médico da Unidade para avaliação.
Realizar curativo oclusivo se presença de sangramento ou secreções.

7 - REGISTRO

Registrar o procedimento realizado em prontuário colocando data e horário, assinatura e carimbo do profissional, anotando as características, local, aspecto da lesão, material utilizado, orientações ao usuário, intercorrências se houver e providencias adotadas.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 0514/2016, de 5 de maio de 2016. Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do usuário, com a finalidade de nortear os profissionais de enfermagem. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05142016_41295.html>. Acesso em: 15 mai 2019.

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas unidades básicas de saúde. 2. ed. São Paulo: SMS, 2012. (Série Enfermagem).

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 080**	**VERSÃO:** 2
SONDAGEM NASOENTERAL	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 5**

Elaborado por: Fabricio Lopes da Silva	Data: 25/09/2022	Visto: Assinado por: Fabricio Lopes da Silva 07704B2C355C4A3...
Revisado por: Carla Casaes	Data: 28/09/2022	Visto: DocuSigned by: FAEFCD486FD6449...
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

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

1- OBJETIVO

Realizar inserção de sonda enteral com fio guia por via nasal para alimentação, hidratação e administração de medicamentos.

2 – ALCANCE

Unidades Média Complexidade: Pronto Socorro Santana, UPA Jaçanã, AMA Lauzane, AMA Jardim Joamar e AMA Wamberto Dias da Costa

3 – COMPETÊNCIA

A responsabilidade da técnica de sondagem nasoenteral é do Enfermeiro;

A prescrição do uso de sonda nasoenteral e do Raio X é feita pelo médico;

O auxiliar de enfermagem e o técnico de enfermagem devem auxiliar o enfermeiro no preparo do material e durante a realização do procedimento, posicionando o usuário e fornecendo o material.

4 - MATERIAL

- Bandeja
- Luvas de procedimento
- Sonda para nutrição enteral com fio guia (mandril) de poliuretano ou silicone
- Gazes
- Seringa 20 mL para adultos e para RN e crianças seringas de 3mL e 5 mL
- Lidocaina gel;
- Fita adesiva hipoalergênica ou esparadrapo
- Estetoscópio
- Abaixador de língua

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

- Lenço de papel
- Fita métrica
- Biombo se necessário
- Equipamentos de Proteção Individual.

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Verificar a prescrição médica para a inserção da sonda nasoenteral;
- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos;
- Reunir o material e colocá-lo próximo ao usuário;
- Observar estado geral do usuário (capacidade de cooperar com procedimento, nível de consciência e sinais vitais);
- Conferir o nome completo do usuário, data de nascimento, número do prontuário;
- Explicar o procedimento ao usuário e/ou acompanhante;
- Fechar a porta ou colocar biombo para garantir a privacidade do usuário;
- Posicionar o usuário em decúbito dorsal em posição Fowler alta;
- Pedir ao usuário que assoe as narinas, se possível ou realizar limpeza das mesmas;
- Pedir ao usuário que respire por uma narina enquanto ocluir a outra; verifique o fluxo de ar e selecione a narina mais pérvia;
- Medir a extensão da sonda, colocando sua extremidade distal na ponta do nariz, estendendo ao lóbulo da orelha e deste até o apêndice xifoide. Em crianças menores de 1 ano de idade, a medição deve se estender até o espaço médio entre a cicatriz umbilical e o apêndice xifóide;
- Para a introdução na porção superior do intestino delgado, adicione 20 a 30 cm de comprimento. Marcar este ponto com esparadrapo;
- Marcar o local da medida envolvendo a sonda com esparadrapo ou fita adesiva hipoalergênica;
- Calçar luvas de procedimento;
- Lubrificar a ponta da sonda com solução lidocaina gel, utilizando as gazes, se necessário;

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

- Introduzir a sonda pela narina selecionada até a demarcação da medida, solicitando que usuário degluta quando possível;
- Com a lanterna e o abaixador de língua verificar a presença da sonda na orofaringe;
- Checar o posicionamento: Se posicionamento gástrico:

✓ Com a seringa injetar aproximadamente 10ml de ar na sonda e efetuar a ausculta com o estetoscópio na região epigástrica;

✓ Utilizando a seringa, aspirar material pela sonda para obter o conteúdo gástrico;

Se posicionamento entérico:

- Orientar o paciente a andar ou colocá-lo deitado sobre o lado direito do corpo durante pelo menos uma hora, se possível. Esse período permite que a sonda se mova através do piloro, pela ação da gravidade.

✓ Se os testes indicarem posicionamento correto da sonda, retirar o fio guia usando tração suave e guardá-lo enquanto a sonda estiver no paciente;

✓ Fixar a sonda: prenda a sonda junto ao nariz utilizando o dispositivo de fixação específico ou colocando um pedaço de esparadrapo sobre a fronte e outro sobre o dorso nasal do cliente fixando-a com auxílio do cordonê;

✓ Realizar a medida externa do comprimento da sonda desde o nariz até sua extremidade,

✓ Recolher o material;

✓ Recompor o ambiente;

✓ Retirar as luvas;

✓ Colocar o cliente em posição confortável;

✓ Encaminhar à UBDS com guia de referência para confirmar o posicionamento da sonda (Raio X).

✓ Higienizar as mãos.

6 - OBSERVAÇÃO

Se o usuário apresentar sinais de angústia respiratória (tosse, dificuldade respiratória, cianose, agitação), retirar a sonda imediatamente e reintroduzi-la posteriormente.
Evitar a inserção nas narinas em RNs e lactentes com menos de 4 meses.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

Diante da necessidade de um novo procedimento ou repasse da sonda em um mesmo usuário, considerar o rodízio das narinas, quando possível.

Reforçar as orientações sobre os cuidados para manutenção adequada e segura das sondas para usuários do dispositivo no domicílio.

7 - REGISTRO

Registrar o procedimento realizado, número da sonda, por qual narina a sonda foi introduzida, os testes de posicionamento da sonda, medida externa do comprimento da sonda desde o nariz até sua extremidade; se ocorreram intercorrências durante o procedimento, realização do Raio-X, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em prontuário.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (COREN - SP). Parecer COREN - SP CAT nº. 005/2018. Assunto: Passagem de sonda nasogástrica/orogástrica.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G.; STOCKERT, P.A.; HALL, M.A. Fundamentos de Enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 8ª ed., 2018.

TAYLOR, C.R. et al. Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 081**	**VERSÃO:** 2
SONDAGEM NASOGASTRICA	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 5**

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: FAEFCD486FD6449...
Aprovado por: Tassiana Pita	Data: 01/10/2022	Visto: Assinado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz CEC19E2097164E7...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
1	25/09/2022	Elaboração do procedimento
2	01/03/2024	Revisão

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

1- OBJETIVO

Realizar inserção de sonda gástrica sem mandril (PVC ou silicone ou poliuretano) por via nasal ou oral para drenagem e lavagem gástrica.

2 – ALCANCE

Unidades Média Complexidade: Pronto Socorro Santana, UPA Jaçanã, AMA Lauzane, AMA Jardim Joamar e AMA Wamberto Dias da Costa

3 – COMPETÊNCIA

- Enfermeiro
- Médico

4 - MATERIAL

- Bandeja
- Luvas de procedimento
- Sonda gástrica
- Gazes
- Seringa 20 mL
- Lidocaina gel;
- Fita adesiva hipoalergênica ou esparadrapo
- Estetoscópio
- Abaixador de língua
- Lenço de papel
- Lanterna

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

- Fita métrica
- Copo plástico
- Biombo se necessário
- Equipamentos de Proteção Individual
- Frasco para drenagem

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Verificar a prescrição médica para inserção da sonda nasogástrica;
- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos;
- Reunir o material e colocá-lo próximo ao usuário;
- Observar estado geral do usuário (capacidade de cooperar com o procedimento, nível de consciência e sinais vitais);
- Conferir o nome completo do usuário, data de nascimento, número do prontuário;
- Explicar o procedimento ao usuário e/ou acompanhante;
- Fechar a porta ou colocar biombo para garantir a privacidade do usuário;
- Posicionar o usuário em decúbito dorsal em posição Fowler alta;
- Pedir ao usuário que assoe as narinas, se possível ou realizar limpeza das mesmas;
- Pedir ao usuário que respire por uma narina enquanto ocluir a outra; verificar o fluxo de ar e selecionar a narina mais pérvia;
- Medir a extensão da sonda, colocando sua extremidade distal na ponta do nariz, estendendo ao lóbulo da orelha e deste até o apêndice xifoide;
- Marcar o local da medida envolvendo a sonda com esparadrapo ou fita adesiva hipoalergênica;
- Calçar luvas de procedimento;
- Lubrificar a ponta da sonda com lidocaina gel utilizando as gazes;
- Introduzir a sonda na narina selecionada até chegar à demarcação da medida, solicitando ao usuário que degluta quando possível;

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

- Com a lanterna e o abaixador de língua verificar a presença da sonda na orofaringe;

✓ Com a seringa injetar aproximadamente 10ml de ar na sonda e efetuar a ausculta com o estetoscópio na região epigástrica;

✓ Utilizando a seringa, aspirar material pela sonda para obter o conteúdo gástrico;

✓ Se os testes indicarem posicionamento correto da sonda, prenda a sonda junto ao nariz utilizando o dispositivo de fixação específico ou colocando um pedaço de esparadrapo sobre a fronte e outro sobre o dorso nasal do cliente;

✓ Em caso de prescrição de drenagem de conteúdo gástrico, conectar a ponta da sonda direto no frasco coletor ou conectar a ponta da sonda em um equipo e este ao frasco coletor.

✓ Realizar a medida externa do comprimento da sonda desde o nariz até sua extremidade,

✓ Recolher o material;

✓ Recompor o ambiente;

✓ Retirar as luvas;

✓ Colocar o cliente em posição confortável;

✓ Higienizar as mãos.

6 - OBSERVAÇÃO

Se o usuário apresentar sinais de angústia respiratória (tosse, dificuldade respiratória, cianose, agitação), retirar a sonda imediatamente e reintroduzi-la posteriormente.

7 - REGISTRO

Registrar o procedimento realizado, por qual narina a sonda foi introduzida, os testes de posicionamento da sonda, se ocorreram intercorrências durante o procedimento, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em prontuário ou Ficha de atendimento.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº. 619/2019. Normatiza a atuação da Equipe de Enfermagem na Sondagem Oro/nasogástrica e Nasoentérica.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G.; STOCKERT, P.A.; HALL, M.A. Fundamentos de Enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 8ª ed., 2018.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

TAYLOR, C.R. Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 082**	**VERSÃO:** 2
SOROTERAPIA	**VALIDADE:01/03/2026**	**Pag. 1 de 6**

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: FAEFCD486FD6449...
Aprovado por: Tassiana Pita	Data: 01/10/2022	Visto: Assinado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz CEC19F2097164E7...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
1	25/09/2022	Elaboração do procedimento
2	01/03/2024	Revisão

DS

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

1- OBJETIVO

Restaurar a volemia das vítimas em situação de choque circulatório, administrar medicamentos e promover o equilíbrio hidroeletrolítico.

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

- Rótulo de soro devidamente preenchido;
- Frasco com soro prescrito;
- Ampolas de soluções/ medicamentos a adicionar (se necessário);
- Algodão;
- Álcool;
- Fita adesiva;

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

- Seringa com agulha (se necessário);
- Equipo de soro (gota /microgota / equipo para bomba).
- Luvas de procedimento
- Prescrições médica

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

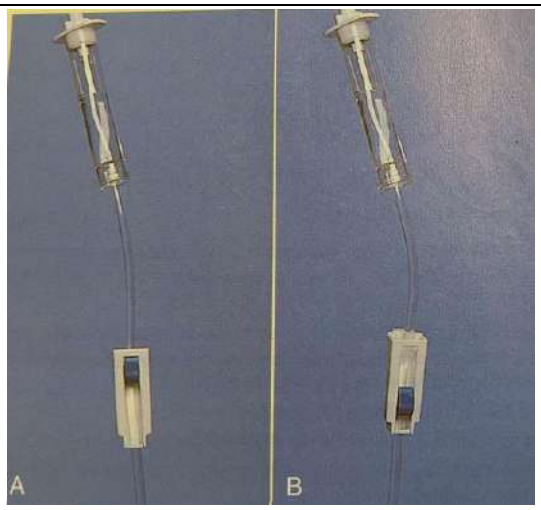
- Proceder com atenção a escuta/leitura da prescrição médica com o nome do usuário, tipo e quantidade de liquido intravenoso, aditivos farmacológicos e finalidade da infusão;
- Transcrever a composição do soro para o rótulo com os seguintes dados: nome do usuário, componentes do soro, volume e gotejamento da infusão, hora e data do início, acrescentando o nome e assinatura de quem realizou o procedimento.
- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos;
- Verificar se o usuário tem alergia ao látex, adesivo ou a algum medicamento/composto. Na impossibilidade, acompanhar se existe surgimento de reações alérgicas e interromper o procedimento em caso positivo;
- Proceder à desinfecção com álcool a 70% da ponta do frasco do soro e das ampolas, quebrando e abrindo as mesmas;
- Aspirar os componentes sem contaminar;
- Abrir a embalagem do equipo, certificar que a pinça rolete esteja fechada [figura 1 - B], retirar a tampa protetora da ponta de inserção do equipo, não tocando na ponta; inseri-la na entrada do frasco de soro realizando um movimento de torção;

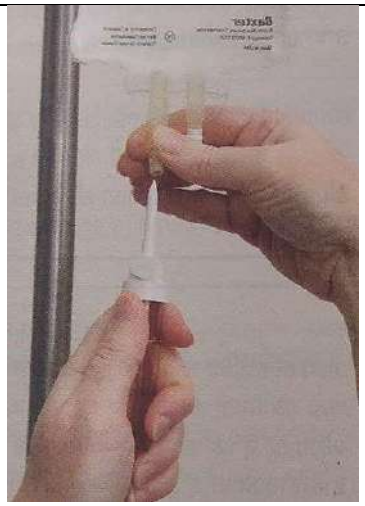
Figura 1 - A pinça rolete na posição aberta, Figura 1 – B A pinça rolete na posição fechada e Figura 1C – Inserir ponta do equipo no frasco de soro.

1A 1B 1C

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C





Fonte: POTTER, P.A; PERRY, A.G. (2013)

- Comprimir a câmara de gotejamento do equipo, permitindo que se encha até a metade com o líquido de infusão;

Figura 2 – Apertar câmara de gotejamento para encher o equipo de líquido



Fonte: POTTER, P.A; PERRY, A.G. (2013)

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

- Retirar o ar da extensão do equipo percutindo, fechar a pinça rolete, proteger a extremidade do equipo;
- Assegurar-se de que o equipo esteja livre de bolhas. Para retirar as bolhas de ar, percutir o equipo com o dedo onde estão localizadas as bolhas;

Figura 3 – Remoção das bolhas de ar do equipo



Fonte: POTTER, P.A; PERRY, A.G. (2013)

- Injetar os medicamentos/ componentes no frasco de soro prescrito;
- Fixar o rótulo no frasco; Datar o equipo com fita adesiva e registrar a hora da instalação/troca do equipo;
- Calçar luvas de procedimento;
- Verificar a permeabilidade do acesso e se necessário, puncionar/repuncionar segundo Procedimento Operacional Padrão de Punção Venosa Periférica para Medicamentos e Soroterapia;
- Retirar a tampa da extremidade distal do equipo e em seguida conectar o equipo ao acesso venoso;
- Abrir a pinça rolete lentamente;
- Ajustar o gotejamento fazendo a contagem durante 1 minuto, conforme a prescrição médica utilizando a pinça rolete ou dispositivo eletrônico de infusão (bomba).

6 - OBSERVAÇÃO

- Caso não seja prescrito o gotejamento, calcular a velocidade da infusão em mL/h dividindo o volume total da infusão pelo número de horas: mL/h= volume total da infusão/horas de infusão.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

- Com este resultado, calcular o gotejamento em gotas por minuto, dividindo o volume em ml que corre em 1 hora por 60 (minutos) - logo o resultado será o volume de soro que corre em 1 minuto.
- Para calcular o gotejamento em gotas/minuto, calcule o volume em ml em 1 minuto x 20 (lembrar que 1 ml tem 20 gotas).
- Para calcular o gotejamento em microgotas/minuto, calcule o volume em ml em 1 minuto x 60 (lembrar que 1 ml tem 20 gotas e cada gota= 3 microgotas).
- Instrua o usuário a informar, se:
- O curativo não estiver limpo, íntegro e seco;
- Presença de ardor, sangramento, edema ou frieza na região da inserção do cateter.

7 - REGISTRO E INDEXAÇÃO

Registrar devidamente a assistência prestada na ficha de atendimento de enfermagem a data e hora da inserção, local preciso da punção, calibre do cateter, duração da infusão, velocidade de gotejamento e tipo de curativo. Finalizar com assinatura e carimbo constando o número do COREN.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

SOUSA, R. M. C. et al. Atuação no trauma: uma abordagem para a enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2009.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G.; STOCKERT, P.A.; HALL, M.A. Fundamentos de Enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 8ª ed., 2013.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G.; STOCKERT, P.A.; HALL, M.A. Fundamentos de Enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 8ª ed., 2018

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 083**	**VERSÃO:** 2
TÉCNICA DE RETIRAR USUÁRIO INSTAVEL DE DENTRO DO AUTOMÓVEL	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 9**

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: FAEFCD486FD6440...
Aprovado por: Tassiana Pita	Data: 01/10/2022	Visto: Assinado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz CEC19F2097164E7...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
1	25/09/2022	Elaboração do procedimento
2	01/03/2024	Revisão

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

1- OBJETIVO

Orientar a retirada manual e rápida, de dentro do veículo, de usuários críticos e instáveis, com lesões graves que implicam em risco de vida, com indicação para a imobilização da coluna, antes de realizar qualquer procedimento.

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 Intervencionista.

4 - MATERIAL

Para a realização do procedimento faz se necessário apenas a utilização dos equipamentos de proteção individual.

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

Os princípios deste procedimento (manter, sem interrupção, a estabilização manual da cabeça e do pescoço e o alinhamento e estabilização da coluna) devem ser mantidos independente da situação ou das mudanças de posicionamento que se fizerem necessários.

 Três ou mais profissionais

- Abrir a porta do veículo, posicionar a maca da ambulância com a prancha longa próxima à porta aberta e aproximar-se do usuário, orientando-o sobre a técnica e sua importância;

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

- Iniciar o procedimento de estabilização e alinhamento manual da cabeça e do pescoço do usuário, abordando-o por trás ou lateralmente, movimentando a cabeça e o pescoço sutilmente, trazendo para a posição de alinhamento neutro e realize a colocação do colar cervical após a avaliação rápida;



Fonte: PHTLS (2014)

- Enquanto se mantém a estabilização manual da cabeça, deve-se controlar a região do tronco e dos membros inferiores, e girar o usuário cuidadosamente, com movimentos precisos, curtos e controlados até que não se possa mais manter o controle da estabilização manual;



Fonte: PHTLS (2014)

- Um segundo profissional sai do veículo e assume o controle da estabilização manual, enquanto que o outro que está posicionado no assento traseiro move-se e assume o controle da região inferior do tronco e das pernas do usuário;

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C



Fonte: PHTLS (2014)

- A rotação do usuário continua até que ele possa ser abaixado para fora da abertura da porta do veículo e sobre a prancha longa. A prancha longa é colocada com a extremidade distal sobre o assento do veículo e a extremidade da cabeça sobre a maca da ambulância ou apoiada pelo outro profissional enquanto o usuário é deitado sobre ela;



Fonte: PHTLS (2014)

- Uma vez que o tronco do usuário esteja sobre a prancha, o peso do tórax é aliviado enquanto se controla a pelve e as pernas. O usuário é movimentado para cima sobre a prancha longa. O profissional que mantém a estabilização manual deve ter cuidado para não puxar o usuário, mas sim dar suporte à cabeça e ao pescoço;

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C



Fonte: PHTLS (2014)

- Após o usuário ser posicionado na prancha longa, o profissional pode fixálo na prancha e esta na maca da ambulância. Primeiro, fixa-se a região superior do tronco; posteriormente a região inferior do tronco, a pelve e depois a cabeça. As pernas são presas por último. Se a cena não é segura, o usuário deve ser removido para uma área segura antes de ser fixado na prancha ou na maca.



Fonte: PHTLS (2014)

 Em dois profissionais:

- Abrir a porta do veículo, posicionar a maca da ambulância, aproximar-se do usuário orientando-o sobre a técnica e sua importância;
- Se possível, a maca da ambulância com a prancha longa deve ser trazida para a abertura da porta do veículo e a prancha longa é posicionada debaixo das nádegas do usuário de forma que uma extremidade esteja seguramente apoiada no assento do veículo e a outra na maca;
- O primeiro profissional mantém a estabilização e alinhamento manual da cabeça e do pescoço do

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

usuário, enquanto que o segundo profissional instala o colar cervical adequado e coloca um lençol previamente torcido em volta do usuário. O meio do lençol é colocado na linha central do usuário sobre o colar cervical rígido e as extremidades do mesmo são enroladas em torno do colar cervical e passadas por baixo dos braços do usuário;



Fonte: PHTLS (2014)

- Após isso o usuário é girado usando as extremidades do cobertor enrolado até que as costas do usuário estejam centralizadas com a abertura da porta do veículo



Fonte: PHTLS (2014)

- Neste momento o primeiro profissional assume o controle das extremidades do lençol, movendo-as por baixo dos ombros do usuário, e move-o pelo lençol enquanto o segundo profissional controla a região inferior do tronco, da pelve e das pernas do usuário, deslizando-o pela prancha longa e esta pela maca da ambulância;

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C



Fonte: PHTLS (2014)

- Se a cena e as condições hemodinâmicas do usuário permitir realize rapidamente a fixação dos cintos de segurança e remova o usuário para um local seguro e inicie o atendimento indicado.

 Em um profissional:

- Abrir a porta do veículo, aproximar-se do usuário, orientando-o sobre a técnica e sua importância;
- Iniciar a estabilização da coluna cervical, fixando a região occipital com a mão dominante ou esquerda;
- Fixar a mandíbula, com a outra mão (direita), e passar o antebraço sob a axila do usuário;



Fonte: http://uo.costa.zip.net

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

- Alinhar manualmente, com movimentos sutis, o pescoço e o tronco;
- Apoiar a cabeça do usuário no seu ombro esquerdo fazendo o apoio do occipital para liberar sua mão esquerda;
- Passar o braço esquerdo sob a axila do usuário e fixar seu punho esquerdo;
- Tracionar o usuário para fora do carro e para cima, erguendo seu corpo, tendo o cuidado para não derrubar o usuário, uma vez que você deverá sustentar o peso do mesmo sobre seu corpo e sair de costas do veículo;



Fonte: http://uo.costa.zip.net

- Deslocar seu corpo para trás, mantendo o alinhamento da coluna cervical e do tronco superior do usuário;
- Ao atingir uma distância segura do carro, sentar o usuário no solo mantendo o alinhamento do dorso;
- Deslocar a mão esquerda que segurava o punho do usuário, para a região occipital com o objetivo de deitá-la ao solo;
- Deitar o usuário ao solo, mantendo o alinhamento cervical, ou deitá-lo sobre a maca rígida se estiver disponível;
- Iniciar os procedimentos ou manobras necessárias conforme os agravos do usuário.

6 - OBSERVAÇÃO

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

Este procedimento serve para que seja realizado a retirada de um usuário do interior de um veículo, nos casos em que o socorro não possa ser executado no local onde ele se encontra, em decorrência de riscos para o usuário ou para a equipe, condições hemodinâmicas do usuário (PCR), ou porque este está atrapalhando o socorro de outro mais grave e o acesso é restrito.

A retirada rápida é escolhida quando existem condições de risco de vida e não com base em preferências pessoais.

7 - REGISTRO

Registrar devidamente a assistência prestada na ficha de atendimento do usuário com assinatura e carimbo constando o número de registro no conselho de classe de quem realizou a técnica.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

COLÉGIO AMERICANO DE CIRURGIÕES. Comitê do Trauma. Suporte avançado de vida no trauma ATLS: manual do curso para alunos, São Paulo: Colégio Americano de Cirurgiões, 2007.

MANTOVANI, M. Suporte básico e avançado de vida no trauma. Atheneu: São Paulo, 2005.

OLIVEIRA, B. F. M. et al. Trauma: atendimento pré-hospitalar. Atheneu: São Paulo, 2004.

PHTLS atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.

SOUSA, R. M. C. et al. Atuação no trauma: uma abordagem para a enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2009.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 084**	**VERSÃO:** 2
TROCA DE CANULA DE TRAQUEOSTOMIA DE PVC	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 6**

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: FAEFCD486FD6449...
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

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

1- OBJETIVO
Realizar troca de cânula de traqueostomia de plástico (em PVC) em crianças e adultos.
2 – ALCANCE
Unidades Média Complexidade: Pronto Socorro Santana, UPA Jaçanã, AMA Lauzane, AMA Jardim Joamar e AMA Wamberto Dias da Costa
3 – COMPETÊNCIA
• Enfermeiro • Médico
4 - MATERIAL
• Bandeja • Pia para higienização das mãos/ álcool gel • Conjunto de cânulas de traqueostomia de plástico (em PVC sem cuff / balonete, conforme prescrição médica) completo no tamanho indicado e de preferência ter em mãos cânulas com diâmetros abaixo e acima do prescrito; • Material de curativo estéril (se o procedimento for realizado em Unidades de Saúde) • Avental descartável • Gorro • Máscara cirúrgica • Luva estéril

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

- Óculos de proteção
- Luvas de procedimento
- Seringa de bico Luer-Slip
- Gazes estéreis
- Fita de fixação ou cadarço
- Tesoura
- Solução fisiológica a 0,9%
- Reanimador pulmonar
- Cilindro de oxigênio portátil
- Cateter de aspiração nº 10, 12 ou 14;
- Aspirador portátil de vias aéreas
- Estetoscópio
- Saco de lixo.

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Explicar o procedimento para o usuário/ cuidador;
- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos;
- Preparar a bandeja com o material;
- Auxiliar no posicionamento do usuário em fowler ou mantendo o tórax em posição elevada, apoiado por travesseiros com a cabeceira elevada, ou sentado com o pescoço ligeiramente estendido;
- Realizar o procedimento usando técnica estéril, se realizado em Unidade de Saúde. Utilizar técnica limpa em domicílio;
- Vestir o avental, colocar a máscara cirúrgica, o gorro e os óculos de proteção;
- Abrir o pacote do material de curativo, de gazes e do conjunto da cânula;

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

- Abrir o frasco de solução fisiológica a 0,9%;
- Calçar luvas conforme procedimento operacional;
- Se houver um ajudante na equipe, este deve colocar luvas de procedimento para auxiliar no procedimento;
- Preparar a cânula de traqueostomia;
- Montar a cânula, caso seja de duas ou três peças;
- Cortar uma das partes da fita em diagonal para fixar a cânula e colocar a fita através dos orifícios laterais da cânula;
- Lubrificar a cânula com solução fisiológica a 0,9%, se necessário;
- Realizar ausculta pulmonar para identificar a necessidade de aspiração antes do procedimento;
- Aspirar à cânula de traqueostomia, se necessário;
- Solicitar que o usuário expire profundamente e remova a cânula suja, tendo em mente a sua curvatura;
- Limpar a pele periestoma com gaze embebida em solução fisiológica 0,9%;
- Avaliar a pele periestoma, se necessário, usar creme barreira/ película protetora;
- Inserir a cânula limpa;
- Imediatamente remova o guia, se houver;
- Girar a cânula interna na posição, se necessário;
- Segurar as pontas da fita com os dedos passando por de trás do pescoço;
- Prender a fita com segurança, ao redor do pescoço;
- Conectar o equipamento de suporte ventilatório, se necessário;
- Realizar proteção do espaço entre a pele, com duas gazes dobradas ao meio e colocá-las ao redor do estoma, protegendo o pescoço do contato com a cânula;
- Remover as luvas conforme procedimento operacional;
- Avaliar o padrão respiratório e fazer a ausculta pulmonar;

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

- Reposicionar o usuário confortavelmente;
- Remover todo o material usado e dispense-o em local específico;
- Registrar o procedimento no prontuário domiciliar e do serviço.

6 - OBSERVAÇÃO

A troca poderá ser realizada a cada 30 dias ou se a cânula apresentar complicações antes deste prazo, conforme avaliação médica e indicação do fabricante.

O conjunto de cânulas de traqueostomia de plástico/PVC pode abarcar uma peça ou até três peças (a depender do tipo de cânula e do fabricante), verificar antes da inserção se há guia e cânula interna para montar antes do procedimento com técnica estéril. Tenha sempre em mãos cânulas com diâmetros menores ou maiores do prescrito, para segurança no procedimento.

Atentar para os usuários em uso de ventilação mecânica invasiva, nesses casos o médico avaliará o usuário e determinará o local da troca e outros insumos necessários.

Manter o usuário com oxímetro de pulso durante todo o procedimento.

7 - REGISTRO

Anotar no prontuário data e horário da troca da cânula de traqueostomia de plástico, a marca utilizada, o diâmetro interno, a pressão do balonete se o mesmo for insuflado, descrever o padrão respiratório antes da troca, a reavaliação do padrão respiratório após troca da traqueostomia e se houver intercorrências durante o procedimento.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

A. C. CAMARGO CANCER CENTER. Centro Integrado de Diagnóstico, Tratamento, Ensino e Pesquisa. Orientações para pacientes traqueostomia. Disponível em: < https://accamargo.org.br/sites/default/files/2018-07/manual---traqueostomia.pdf >. Acesso em: 15 mai 2019.

AVELINO, M. A. G. et al. First clinical consensus and national recommendations on tracheostomized children of the Brazilian Academy of Pediatric Otorhinolaryngology (ABOPe) and Brazilian Society of Pediatrics (SBP). Brazilian Journal of Otorhinolaryngology, São Paulo, v. 83, n. 5, p. 498-506, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Hospital alemão Oswaldo Cruz. Orientações para o cuidado do usuário no ambiente domiciliar. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_cuidado_paciente_ambiente_dom iciliar.pdf>. Acesso em: 15 mai 2019.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

MITCHELL, R. B. et al. Clinical consensus statement: tracheostomy care. Otolaryngology Head and Neck Surgery, London, v. 148, n. 1, p. 6-20, 2013.

PAULA, M. A. B.; PAULA, P. R.; CESARETI, I. U. R. (Org.). Estomaterapia em foco e o cuidado especializado. São Caetano do Sul: Yendis, 2014

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 085**	**VERSÃO:** 2
TROCA DE CANULA TRAQUEOSTOMIA METÁLICA	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 5**

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: FAEFCD486FD6449...
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

DS

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

1- OBJETIVO

Realizar troca de cânula traqueal metálica, em crianças e adultos, com garantia de minimização de riscos de infecções e garantindo a permeabilidade do estoma.

2 – ALCANCE

Unidades Média Complexidade: Pronto Socorro Santana, UPA Jaçanã, AMA Lauzane, AMA Jardim Joamar e AMA Wamberto Dias da Costa

3 – COMPETÊNCIA

- Enfermeiro
- Médico

4 - MATERIAL

- Bandeja
- Estetoscópio
- Luvas estéreis ou luvas de procedimento (no domicílio)
- Máscara cirúrgica
- Óculos de proteção individual
- Avental descartável
- Conjunto de cânula metálica com numeração adequada ao estoma
- Um pacote de gaze estéril

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

- Solução Fisiológica 0,9% ampola de 10 mL
- Cadarço
- Biombo

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Explicar o procedimento para o usuário/ cuidador;
- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos;
- Preparar o material;
- Levar o material para a unidade do usuário;
- Fechar a porta ou colocar biombo para garantir a privacidade do cliente;
- Auxiliar no posicionamento do usuário em Fowler ou mantendo o tórax em posição elevada, apoiado por travesseiros com a cabeceira elevada, ou sentado com o pescoço ligeiramente estendido;
- Vestir o avental, colocar a máscara cirúrgica, e os óculos de proteção;
- Realizar ausculta pulmonar do usuário, conforme procedimento operacional;
- Verificar a necessidade de aspiração da cânula traqueal e, se houver necessidade, realizar o procedimento conforme Procedimento Operacional;
- Abrir o pacote do conjunto traqueal;
- Abrir as gazes e colocá-las sem a embalagem sobre a embalagem estéril do conjunto traqueal;
- Abrir a ampola de Solução Fisiológica 0,9%;
- Soltar o cadarço da cânula de traqueostomia que está no usuário;
- Calçar as luvas;
- Montar o conjunto traqueal para testar a adaptação entre as cânulas interna e externa;
- Desmontar o conjunto;
- Colocar o mandril na cânula externa;

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

- Retirar o conjunto traqueal do usuário;
- Fazer a limpeza do estoma traqueal com Solução Fisiológica 0,9%;
- Umidificar o mandril e a cânula externa com Solução Fisiológica 0,9%;
- Introduzir o conjunto cânula externa e mandril delicadamente no estoma;
- Retirar o mandril;
- Introduzir a cânula interna e girar com os dedos indicador e médio até que consiga ser travada;
- Passar o cadarço na cânula externa para posterior fixação;
- Fixar a cânula amarrando o cadarço;
- Dobrar duas gazes ao meio e colocá-las ao redor do estoma, protegendo o pescoço do contato com a cânula;
- Compare os dados respiratórios antes e após o procedimento através da ausculta pulmonar;
- Certificar-se que o estoma está pérvio;
- Reposicionar o usuário em confortavelmente;
- Recompor a unidade e jogar os resíduos nos recipientes adequados;

6 - OBSERVAÇÃO

Manter o usuário com oxímetro de pulso durante todo o procedimento.

Orientar os cuidados durante o banho, proteger a traqueostomia para não entrada de água; orientar sobre sinais e sintomas de alteração respiratória e possíveis complicações após o procedimento;
Orientar sobre sinais de inflamação local;

7 - REGISTRO

Anotar no prontuário do serviço data e horário da troca da cânula de traqueostomia metálica, o diâmetro interno, descrever o padrão respiratório antes da troca, a reavaliação do padrão respiratório após troca da traqueostomia e se houver intercorrências durante o procedimento.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

A. C. CAMARGO CANCER CENTER. Centro Integrado de Diagnóstico, Tratamento, Ensino e Pesquisa. Orientações para pacientes. Traqueostomia. Disponível em: < https://accamargo.org.br/sites/default/files/2018-07/manual---traqueostomia.pdf>. Acesso em: 15 mai 2019.

AVELINO, M. A. G. et al. First clinical consensus and national recommendations on tracheostomized children of the Brazilian Academy of Pediatric Otorhinolaryngology (ABOPe) and Brazilian Society of Pediatrics (SBP). Brazilian Journal of Otorhinolaryngology, São Paulo, v. 83, n. 5, p. 498-506, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Hospital alemão Oswaldo Cruz. Orientações para o cuidado do usuário no ambiente domiciliar. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.
Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_cuidado_paciente_ambiente_dom iciliar.pdf>. Acesso em: 19 mai 2019.

CAMPINAS (Cidade). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de procedimentos operacionais padrão (POP) de enfermagem. 2. ed. Campinas: SMS, 2016.

PAULA, M. A. B.; PAULA, P. R.; CESARETI, I. U. R. (Org.). Estomaterapia em foco e o cuidado especializado. São Caetano do Sul: Yendis, 2014.

POTTER, P. A. et al. Fundamentos de Enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

RODRIGUES FILHO, E. M.; JUNGES, J. R. Traqueostomia no doente crítico na era do consentimento livre e esclarecido. Revista Bioética, Brasília, v. 25, n. 3, p. 502511, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422017253207>. Acesso em: 15 jun. 2018

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 087**	**VERSÃO:** 2
UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE COMA DE GLASGOW	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 6**

Elaborado por: Fabricio Lopes da Silva	Data: 25/09/2022	Visto: Assinado por: Fabricio Lopes da Silva 07704B2C355C4A3...
Revisado por: Carla Casaes	Data: 28/09/2022	Visto: DocuSigned by: FAEFCD486FD6449...
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

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

1- OBJETIVO
Aplicar a técnica de mensuração do nível de consciência em pacientes vítimas de uma lesão cerebral aguda.
2 – ALCANCE
Unidades Média Complexidade: Pronto Socorro Santana, UPA Jaçanã, AMA Lauzane, AMA Jardim Joamar e AMA Wamberto Dias da Costa
3 – COMPETÊNCIA
• Enfermeiro • Médico intervencionista
4 - MATERIAL
• Equipamento de Proteção Individual (luvas de procedimento, máscara facial, óculos de proteção biológica)
5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE
• Utilizar os equipamentos de proteção individual; • Para pacientes adultos, iniciar a avaliação pela Abertura Ocular e pontuar de acordo com a melhor resposta obtida: • Observar se o paciente apresenta abertura ocular espontânea: 4 pontos; • Caso o paciente não abra espontaneamente os olhos, usar um comando verbal “abra os olhos” e observar sua reação, se o paciente atender ao estímulo verbal: 3 pontos; • Se o paciente não responde ao estímulo verbal, aplicar um estímulo físico: aplicar pressão na extremidade dos dedos, trapézio ou incisura supraorbitária e observar a reação, se o paciente abrir os olhos após o estímulo: 2 pontos;

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

- Na ausência de abertura ocular: 1 ponto.
- Caso não seja possível obter resposta do paciente por conta de alguma limitação, marcar “NT” (não testável) na pontuação.
- Avaliar a Resposta Verbal e pontuar de acordo com a melhor resposta obtida. Formular questões simples, como “qual é o seu nome” ou “o que aconteceu com você?”, e avaliar a qualidade da resposta;
- Considerar “orientado” o paciente que responde coerentemente às perguntas: 5 pontos;
- Considerar “confuso” o paciente que embora responda às perguntas, demonstra desorientação no tempo e no espaço e/ou incompreensão da situação atual e/ou incoerência com a realidade: 4 pontos;
- Considerar o uso de palavras inapropriadas: não consegue falar em frases, mas interage através de palavras isoladas: 3 pontos;
- Considerar o uso de sons incompreensíveis, somente produz gemidos: 2 pontos;
- Na ausência de resposta verbal: 1 ponto.
- Caso não seja possível obter resposta do paciente por conta de alguma limitação, marcar “NT” (não testável) na pontuação.
- Avaliar a Resposta Motora, utilizar a comunicação verbal, dando ordens simples ao paciente, como “levante a mão”, e observar a reação.
- Se o paciente obedece ao comando, cumpre ordens de atividade motora (duas ações) como apertar a mão do profissional e colocar a língua para fora: 6 pontos;
- Na ausência de resposta ao comando, utilizar um estímulo físico para avaliação da resposta. Utilizar como estímulos: aplicar pressão na extremidade dos dedos, trapézio ou incisura supraorbitária. Considerar resposta de “localização” se o paciente eleva a mão acima do nível da clavícula em uma tentativa de interromper o estímulo: 5 pontos;
- Considerar resposta de “flexão normal”: a mão não alcança a fonte do estímulo, mas há uma flexão rápida do braço ao nível do cotovelo e na direção externa ao corpo: 4 pontos;
- Considerar resposta de “flexão anormal” se a mão não alcança a fonte do estímulo, mas há uma flexão lenta do braço na direção interna do corpo: 3 pontos;
- Considerar resposta de “extensão” quando há uma extensão do braço ao nível do cotovelo: 2 pontos;
- Considerar “resposta ausente” se o paciente não apresenta nenhuma resposta, mesmo mediante estímulo físico: 1 ponto.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

- Caso não seja possível obter resposta do paciente por conta de alguma limitação, marcar “NT” (não testável) na pontuação.
- Pontuar e somar: Os estímulos que obtiveram a melhor resposta do paciente devem ser marcados em cada um dos três tópicos da escala. Se algum fator impede a vítima de realizar a tarefa, marcar NT (Não Testável) e nenhuma pontuação numérica será dada àquela região. As respostas correspondem a uma pontuação que irá indicar, de forma simples e prática, a situação do paciente (Ex: O4, V2 e M1 significando respectivamente a nota para ocular, verbal e motora, com resultado geral igual a 7)

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

Quadro 1 - Escala de Coma de Glasgow para adultos

	CRITÉRIO	PONTUAÇÃO
ABERTURA OCULAR	Olhos abertos previamente à estimulação	4
	Abertura ocular após ordem em tom de voz normal ou em voz alta	3
	Abertura ocular após estimulação da extremidade dos dedos	2
	Ausência persistente de abertura ocular	1
	Olhos fechados devido a fator que interfere na pontuação	NT
MELHOR RESPOSTA VERBAL	Resposta adequada relativamente ao nome, local e data	5
	Resposta não orientada, mas comunicação coerente	4
	Palavras isoladas inteligíveis	3
	Apenas gemidos	2
	Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência	1
	Fator que interfere com a comunicação	NT
MELHOR RESPOSTA MOTORA	Cumprimento de ordens com 2 ações	6
	Elevação da mão acima do nível da clavícula para localizar o estímulo	5
	Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão normal Flexão do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante anormal	4 3 2
	Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	1
	Ausência de resposta	NT

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

	Fator que limita resposta motora	

Fonte: GLASGOW Coma Scale (2015)

- Para crianças, utilizar a escala de Coma de Glasgow Pediátrica, aplicada de acordo com o quadro abaixo:

ESCALA DE COMA DE GLASGOW MODIFICADA PARA PEDIATRIA

Quadro 2 - Escala de coma de Glasgow modificada para Pediatria

	CRIANÇAS	BEBÊ (< 1 ANO)	PONTUAÇÃO
ABERTURA OCULAR	Espontânea Ao estímulo verbal Ao estímulo físico Ausência de resposta	Espontânea Ao estímulo verbal Ao estímulo físico Ausência de resposta	4 3 2 1
MELHOR RESPOSTA VERBAL	Palavras apropriadas, orientada Confusa Palavras inapropriadas Palavras incompreensíveis ou sons Inespecíficos Ausência de resposta	Murmura ou balbucia Inquieta, irritada, chorosa Chora em resposta à estímulo Geme em resposta à estímulo Ausência de resposta	5 4 3 2 1
MELHOR RESPOSTA MOTORA	Obedece a comando verbal simples Localiza estímulos físicos Flexão normal à estímulo físico Flexão anormal dos braços ao estímulo físico Extensão dos braços ao estímulo físico Ausência de resposta	Move-se espontânea intencionalmente Retira o membro ao toque Flexão normal a estímulo físico Flexão anormal dos braços ao estímulo físico Extensão dos braços ao estímulo físico	6 5 4 3 2 1

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

		Ausência de resposta	

Fonte: Brasil (2016 a, b)

7 - REGISTRO

Registrar devidamente a assistência prestada na ficha de atendimento de enfermagem com assinatura e carimbo constando o número do Coren.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192: serviço de atendimento móvel de urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/outubro/26/livro-basico-2016.pdf>. Acesso em: 15 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192: serviço de atendimento móvel de urgência. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/outubro/26/livro-avancado2016.pdf>. Acesso em: 15 mai 2019.

GLASGOW Coma Scale. Glasgow: Institute of Neurological Sciences, 2015. Disponível em: <https://www.glasgowcomascale.org/downloads/GCS-Assessment-Aid-Portuguese.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2018.

PHTLS atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 088**	**VERSÃO:** 2
UTILIZAÇÃO DE CANULA DE GUEDEL	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 5**

Elaborado por: Fabricio Lopes da Silva	Data: 25/09/2022	Visto: Assinado por: Fabricio Lopes da Silva 07794B2C355C4A3...
Revisado por: Carla Casaes	Data: 28/09/2022	Visto: DocuSigned by: FAEFCD486FD6449...
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

DS

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

1- OBJETIVO

Instalar dispositivo que promova a permeabilização das vias aéreas.

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

- Equipamentos de proteção individual (óculos, luvas e máscara facial);
- Cânula orofaríngea (COF) adequada à faixa etária do usuário, ou seja, cânulas números. 0,1 e 2 para bebês e crianças respectivamente e em adultos, cânulas números 3, 4 e 5 (figura 1):
- Abaixador de lingua.

Figura 1

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C



Fonte: Arquivos SAMU

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Utilizar os equipamentos de proteção individual;
- Manter a cabeça e o pescoço do usuário alinhados em posição neutra, abrir as vias aéreas conforme procedimento operacional;
- Determinar apropriadamente o tamanho ideal da Cânula Orofaríngea (COF) posicionando a mesma próxima à face do usuário, mensurando da comissura labial ao lóbulo inferior da orelha da vítima do mesmo lado, conforme a figura 2;

Figura 2



Fonte: arquivos SAMU

- Em adultos: introduzir a COF com a concavidade voltada para o palato duro (figura 3), até atingir a parede posterior da faringe, quando deve sofrer uma rotação de 180° para ser acomodada (figura 4). Dessa forma segue-se o contorno anatômico da cavidade;

Figura 3 Figura 4

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C





Fonte: arquivos Samu

- As abas da COF devem apoiar-se na superfície externa dos dentes, conforme figura 5;

Figura 5



Fonte: arquivos Samu

- Em crianças: com palato ainda mole (menor de 1 ano), colocar sob visualização direta, utilizando o abaixador de língua para abaixar a língua e inserir a COF já na posição que irá ficar.

6 - OBSERVAÇÃO

Mantenha sempre o pescoço em posição neutra, para evitar trauma secundário de coluna cervical.
Vítimas inconscientes apresentam queda da língua e manobras manuais são necessárias, como a elevação do mento e uso de cânula orofaríngea.
Não deve ser utilizada em usuário consciente, pois pode provocar náuseas, vômitos e aspiração.

7 - REGISTRO

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

Registrar a assistência prestada em ficha de atendimento de enfermagem com assinatura e carimbo constando número do Coren de quem realizou a técnica

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

AEHLERT, B. PALS Pediatric advanced life support. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de intervenção para o SAMU 192: serviço de atendimento móvel de urgência. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/outubro/26/livro-basico-2016.pdf>. Acesso em: 15 mai 2019.

PHTLS atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 089**	**VERSÃO:** 2
UTILIZAÇÃO DE COLAR CERVICAL	**VALIDADE:01/03/2026**	**Pag. 1 de 5**

Elaborado por: Fabricio Lopes da Silva	Data: 25/09/2022	Visto: Assinado por: Fabricio Lopes da Silva 07704B2C355C4A3...
Revisado por: Carla Casaes	Data: 28/09/2022	Visto: DocuSigned by: EAEFCD486ED6449...
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

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

1- OBJETIVO

Promover a imobilização da coluna cervical.

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 Intervencionista.

4 - MATERIAL

- Equipamento de Proteção Individual (luvas de procedimento, máscara facial, óculos de proteção);
- Colar cervical nos tamanhos PP, P, M e G (figura 1):

Figura 1






DS

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

Fonte: arquivos SAMU

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Utilizar os equipamentos de proteção individual;
- Identificar-se e explicar o procedimento ao usuário à medida do possível;
- Profissional 1: realizar a estabilização manual, segurando a cabeça da vítima com cuidado e movendo-a até uma posição neutra, a menos que seja contraindicado (por exemplo, quando houver resistência ao movimento, espasmo do músculo do pescoço, aumento da dor, início do aumento do déficit neurológico, como adormecimento, formigamento ou perda de habilidade motora, comprometimento das vias aéreas ou da ventilação);
- Profissional 2: realizar a avaliação do pescoço e região mentoniana para rápida detecção de lesões que necessitem de abordagem antes da instalação do colar ou que impeçam sua instalação. Utilizando seus dedos, medir o pescoço do usuário, distância entre a mandíbula e o ombro (figura 2). Usando esta medida aproximada, selecionar o tamanho adequado do colar. No caso de colares ajustáveis, deve-se realizar o ajuste o tamanho indicado, certificando-se que este está travado no tamanho selecionado. É importante o uso do tamanho apropriado, portanto faça a medida do pescoço para escolha do colar cervical ideal. A medida exata do colar é a distância entre o ponto de REFERÊNCIA (botão) e a borda inferior do plástico rígido e não até o emborrachado de espuma (figura 3).

Figura 2

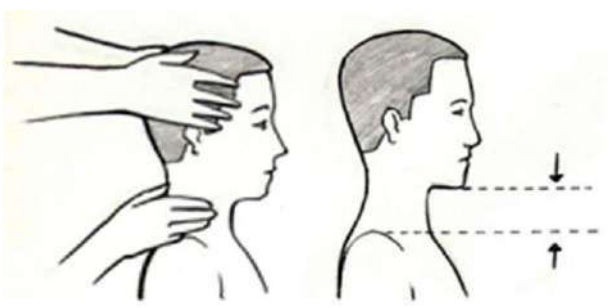
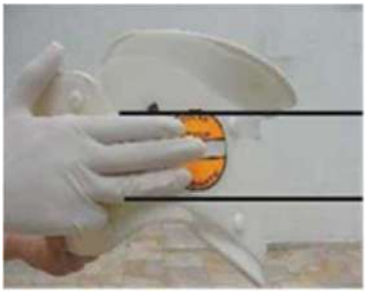


Figura 3



Fonte: Ribeiro (2007)

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

- Enquanto a estabilização e alinhamento da cabeça são mantidos pelo profissional 1, o profissional 2 instala o colar. Com o usuário em decúbito dorsal horizontal (DDH), a colocação se inicia com a passagem do colar por trás, entre o pescoço e a superfície (figura 4), complementando-se pelo ajuste do apoio mentoniano à frente, sob o mento (figura 5) sendo o ajuste final realizado através da fita de velcro (figura 6).

Figura 4 Figura 5 Figura 6



Fonte: Ribeiro (2007)

- Com o usuário sentado ou em pé, a instalação do colar se inicia pela adequação do apoio mentoniano do colar sob o mento complementando-se com a passagem por trás do pescoço sendo o ajuste final realizado através da fita de velcro.
- Finalizar o ajuste do colar pela checagem do correto posicionamento: do apoio mentoniano do colar sob a mandíbula de um ângulo ao outro; do apoio esternal do colar sobre a região do esterno no tórax do usuário; e dos apoios laterais do colar sobre as clavículas e trapézio. Após a colocação do colar cervical, a estabilização manual da cabeça e do pescoço deve ser mantida até que o usuário seja colocado na prancha e seja instalado o imobilizador lateral de cabeça.

6 - OBSERVAÇÃO

O procedimento deverá ser realizado por duas pessoas em conjunto;

Mantenha sempre o pescoço em posição neutra, para evitar trauma secundário de coluna cervical;
Vítimas inconscientes apresentam queda da língua e manobras manuais são necessárias para abertura das vias aéreas, como a elevação do mento e uso de cânula orofaríngea, conforme procedimento operacional padrão.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

7 - REGISTRO

Registrar devidamente a assistência prestada na ficha de atendimento de enfermagem com assinatura e carimbo constando o número do Coren de quem realizou a técnica.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de intervenção para o SAMU 192: serviço de atendimento móvel de urgência. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/outubro/26/livro-basico-2016.pdf>. Acesso em: 15 mai 2019.

PHTLS atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

RIBEIRO, M. C. Técnica de imobilização da coluna cervical. Florianópolis: NEU-SC, 2007. Disponível em: <http://neu.saude.sc.gov.br/index.php/rotinas-atendimento/category/13gestos-materiais-e-tecnicas>. Acesso em: 21 fev. 2019.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 090**	**VERSÃO:** 2
UTILIZAÇÃO DE TRACH CARE – ASPIRAÇÃO SISTEMA FECHADO	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 3**

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: FAEFCD486FD6449...
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

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 090**	**VERSÃO:** 2
UTILIZAÇÃO DE TRACH CARE – ASPIRAÇÃO SISTEMA FECHADO	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 2 de 3**

1- OBJETIVO

Descrever a montagem do dispositivo do sistema fechado de aspiração (Trach Care) acoplado ao filtro HME em usuários com indicação de IOT (intubação orotraqueal), ou em usuário em uso de traqueostomia, suspeito ou confirmados de covid-19.

2 – ALCANCE

Unidades Média Complexidade: Pronto Socorro Santana, UPA Jaçanã, AMA Lauzane, AMA Jardim Joamar e AMA Wamberto Dias da Costa

3 – COMPETÊNCIA

- Enfermeiro
- Médico

4 - MATERIAL

- Equipamentos de proteção individual (luvas de procedimento, máscara facial – N95 ou PFF2, óculos de proteção biológica, gorro, avental)
- Sistema fechado de aspiração
- Filtro HME/HMEF
- Pinça para clampar

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos;
- Reunir o material (sonda de sistema fechado de aspiração; filtro HME/HMEF, circuito do ventilador mecânico);

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

- Utilizar equipamentos de proteção individual conforme procedimento operacional de precauções padrão. Realizar a paramentação na seguinte sequência: avental, máscara N95, óculos ou prototer facial, gorro, luvas de procedimentos;
- Conectar o bocal menor de saída da sonda do sistema de aspiração fechado ao filtro HME/HMEF.
- Conectar o bocal maior da sonda de aspiração fechada, ao tubo endotraqueal ou traqueostomia, acoplar o circuito do ventilador mecânico ao bocal do filtro HME, já acoplado a sonda de aspiração fechado.

6 - OBSERVAÇÃO

Observar se a sonda de aspiração está com sua capa protetora íntegra.

7 - REGISTRO

Registrar o procedimento realizado, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em prontuário ou Ficha de Atendimento.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

EBSERH. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares EBSERH. POP: Utilização do sistema de aspiração fechado em pediatria e neonatologia. Disponível em < http://www2.ebserh.gov.br/documents/147715/0/Aspira%C3%A7%C3%A3o+fechado+em+neonatologia+final.pdf/bb062409-4f14-444c-a686-98bd796f3508> Acesso em: 16 out 2020.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 091**	**VERSÃO:** 2
UTILIZAÇÃO MÁSCARA DE OXIGÊNIO COM RESERVATÓRIO	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 4**

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: FAEFCD486FD6449...
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

DS

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

1- OBJETIVO

Administrar oxigênio em altas concentrações para usuários com desconforto respiratório.

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 de procedimento, máscara facial, óculos de proteção);
- Máscara facial não-reinalante com reservatório (figura 1);

Figura 1

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C



Fonte: Arquivo SAMU

- Extensão em PVC;
- Copo umidificador;
- Fluxômetro de oxigênio;
- Rede de gases (sistema fixo ou portátil);
- Oxímetro de pulso.

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Utilizar os equipamentos de proteção individual;
- Se possível, explicar o procedimento ao usuário e/ou acompanhante;
- Instalar o oxímetro de pulso e monitorar a saturação de oxigênio;
- Conectar a extensão de PVC à máscara com reservatório, e o conjunto à fonte de oxigênio, abrindo o fluxômetro até o enchimento do reservatório;
- Regular o fluxo de oxigênio de acordo com a FiO_2 prescrita, sendo o mínimo 6 l/min e o máximo 10 l/min;
- Acoplar a máscara de oxigênio com reservatório à face do usuário, recobrindo a boca e o nariz, e fixar a máscara à cabeça por meio do elástico, ajustando nas extremidades;
- Monitorar o usuário avaliando a melhora do agravo, observar os parâmetros de saturação de oxigênio, após a instalação da máscara.

6 - OBSERVAÇÃO

- Mantenha sempre o pescoço em posição neutra, para evitar trauma secundário de coluna cervical.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

- Vítimas inconscientes apresentam queda da língua e manobras manuais são necessárias, como a elevação do mento e uso de cânula orofaríngea.
- Algumas situações comprometem a leitura dos parâmetros no oxímetro, como esmalte escuro nas unhas, hipoperfusão sanguínea, coloração do leito ungueal entre outros.

7 - REGISTRO

Registrar a assistência prestada em ficha de atendimento de enfermagem com assinatura e carimbo constando número do Coren de quem realizou a técnica.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192: serviço de atendimento móvel de urgência. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/outubro/26/livro-basico-2016.pdf>. Acesso em: 15 mai 2019.

PHTLS atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016
SOUSA, R. M. C. et al. Atuação no trauma: uma abordagem para a enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2009.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 092**	**VERSÃO:** 2
UTILIZAÇÃO MASCARA LARÍNGEA	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 9**

Elaborado por: Fabricio Lopes da Silva	Data: 25/09/2022	Visto: DocuSigned by: FAEFCD486FD6449...
Revisado por: Carla Casaes	Data: 28/09/2022	Visto: Assinado por: Fabricio Lopes da Silva 97794B2C355C4A3...
Aprovado por: Tassiana Pita	Data: 01/10/2022	Visto: Assinado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz CEC19E2097164E7...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
1	25/09/2022	Elaboração do procedimento
2	01/03/2024	Revisão

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

1- OBJETIVO

Utilizar a técnica de inserção do dispositivo supraglótico denominada máscara laríngea (ML) visando permeabilização da via aérea, permitindo que o ar alcance a via aérea inferior.

2 – ALCANCE

Unidades Média Complexidade: Pronto Socorro Santana, UPA Jaçanã, AMA Lauzane, AMA Jardim Joamar e AMA Wamberto Dias da Costa

3 – COMPETÊNCIA

- Enfermeiro
- Médico

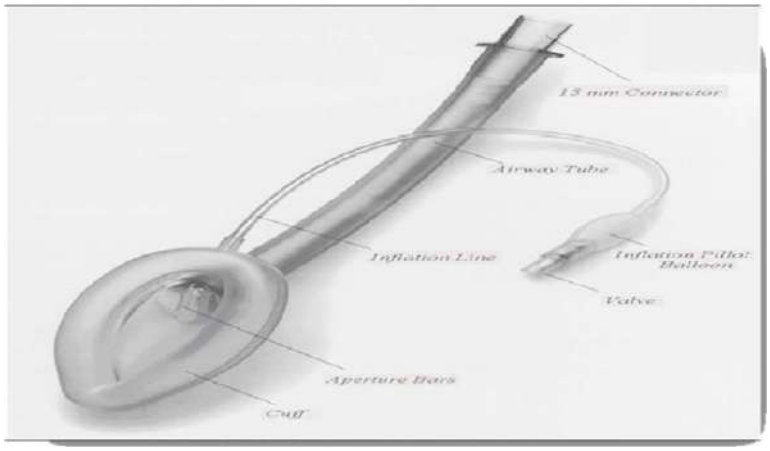
4 - MATERIAL

- Unidade bolsa-valva-máscara (BVM) equipada com dispositivo de reservatório de oxigênio e extensão em PVC
- Fonte de Oxigênio (fixa ou portátil)
- Máscaras laríngeas tamanhos 3, 4 e 5
- Seringa de 20mL
- Lubrificante hidrossolúvel (lidocaína gel ou spray, solução fisiológica)
- Estetoscópio
- Cadarço para fixação
- Equipamento de proteção individual
- Oxímetro de pulso

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

Figura 1 - A máscara laríngea (Laryngeal Mask Airway)



Fonte: Danks e Danks (2004)

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

Preparo:

✓ PASSO 1: selecionar o tamanho apropriado (figura 2).

Nº. 1: usuários menores que 5Kg;

Nº. 1,5: usuários de 5 a 10Kg;

Nº. 2,5: usuários de 20 a 30Kg;

Nº. 3: usuários de 30 a 50Kg;

Nº. 4: usuários de 30 a 50Kg;

Nº. 5: usuários de 70 a 100Kg

Figura 2 - Seleção do tamanho da ML

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C



Fonte: Pedersoli (2013)

✓ PASSO 2: examinar o dispositivo, verificar o conector e presença de corpos estranhos (figura 3);

Figura 3 - Examinar o dispositivo

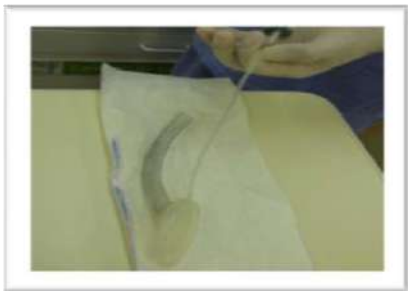


Fonte: Pedersoli (2013)

✓ PASSO 3: testar o funcionamento do cuff (figuras 4);

Figuras 4 - Testagem do cuff





Fonte: Pedersoli (2013)

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

✓ PASSO 4: lubrificação. Após desinflar o cuff, lubrificar apenas a face posterior da máscara (não utilizar lubrificantes à base de silicone) (figura 5). Na ausência de Lidocaína spray ou gel pode ser utilizada solução fisiológica (SF0,9%).

Figura 5 - Lubrificação



Fonte: Pedersoli (2013)

4.2 Inserção:

✓ PASSO 1: segurar o dispositivo como uma caneta (figura 6).

✓

Figura 6 - Modo de segurar o dispositivo



Fonte: Pedersoli (2013)

✓ PASSO 2: posicionamento. Se o usuário não necessitar de imobilização da coluna cervical, segurar a cabeça na região occipital com a mão nãodominante e anteriorizá-la. O objetivo é proporcionar até mesmo um ângulo de 90º na base da língua (figura 7).

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

Figura 7 - Fixar a região occipital com a mão não - dominante.



Fonte: Pedersoli (2013)

✓ PASSO 3: inserção. Segurar a ML como se estivesse pegando uma caneta, próximo à junção entre o tubo e a elipse; apertá-la contra o palato duro, sob visão direta (figura 8).

Figura 8 - Técnica de inserção da máscara laríngea.



Fonte: Pedersoli (2013)

✓ PASSO 4: pressionar a ML contra o palato duro, avançando até a parede posterior da faringe (a resistência é percebida quando a máscara atinge a base da hipofaringe) (figura 9). A máscara segue o mesmo trajeto que um alimento durante um reflexo normal de deglutição.

Figura 9 - Inserir o dispositivo até encontrar resistência compatível

com base da língua e glote.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C



Fonte: Pedersoli (2013)

✓ PASSO 5: enchimento do cuff. O cuff deve ser insuflado com o volume de ar descrito no dispositivo (figura 10).

Figura 10 - Insuflar o cuff com a quantidade de ar recomendada.



Fonte: Pedersoli (2013)

✓ Checagem:

- Posteriormente, deve-se conectar a unidade bolsa-valva com suplementação de oxigênio (O_2) e iniciar as ventilações (figura 11); verificar presença de expansão torácica efetiva e auscultar os campos pulmonares, bem como monitorar a oximetria de pulso (quando disponível e se indicada). Em seguida fixar de acordo com o protocolo da instituição (semelhante ao tubo traqueal).
- Alguns indicadores que a máscara se encontra adequadamente posicionada são: a capacidade de ser gerada nas vias aéreas uma pressão de 20 centímetros de água (cmH_2O) sem vazamento e a possibilidade de ventilar manualmente (POLLACH Jr, 2001).

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

Figura 11 - Ventilação com bolsa-valva para checagem do posicionamento correto



Fonte: Pedersoli (2013)

6 - OBSERVAÇÃO

Para realização das intervenções utilize sempre equipamentos de proteção individual (EPI) - óculos, luvas e máscara facial.

Se usuário for vítima de trauma mantenha sempre o pescoço em posição neutra, para evitar trauma secundário de coluna cervical.

Vítimas inconscientes apresentam queda da língua e manobras manuais são necessárias para abertura das vias aéreas, como a elevação do mento e uso de cânula orofaríngea antes da ventilação com BVM e instalação da ML.

Monitorar a saturação de oxigênio, avaliando se houve melhora da saturação e do padrão de perfusão periférica (coloração das extremidades).

A ML é uma alternativa rápida e eficaz para manejo da via aérea e é empregada para um número crescente de indicações clínicas, incluindo a ventilação durante a parada cardiorrespiratória (PCR). A colocação deste dispositivo é geralmente bem sucedida na primeira tentativa, portanto, trata-se de um importante procedimento a ser aprendido e praticado (LIGHTHALL; HARRISON; CHU, 2013).

7 - REGISTRO

Registrar a assistência prestada em ficha de atendimento de enfermagem com assinatura e carimbo constando número do COREN do enfermeiro que executou a técnica.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

BRAIN, A. I. J. The Laryngeal Mask: a new concept in airway management. British Journal of Anaesthesia, London, v. 55, p. 801-805, 1983.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO DISTRITO FEDERAL. Parecer Técnico nº 022/2011, 28 de novembro de 2011. Atuação do Enfermeiro quanto a utilização dos dispositivos de vias aéreas avançadas: combitubo esofagotraqueal (CET), máscaralaríngea (ML) e tubo endotraqueal (ET). Disponível em: <http://www.corendf.gov.br/site/parecer-tecnico-coren-df-222011/>. Acesso em: 15 mai 2019.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESPÍRITO SANTO. Parecer Técnico nº 22/2010, de 25 de novembro de 2010. Solicitação de parecer sobre manuseio de máscara laríngea por enfermeiro em situações de emergência. Vitória: COREN-ES, 2010.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO GRANDE DO SUL. Decisão COREN-RS nº 128/09, de 7 de outubro de 2009. Dispõe sobre máscara laríngea em situação emergencial por Enfermeiro. Porto Alegre: COREN-RS, 2009.

DANKS, R. R.; DANKS, B. Laryngeal mask airway: review of indications and use. Journal of Emergency Nursing, St. Louis, v. 30, n. 1, p. 30-35, 2004.

HAZINSKI, M. F. et al. 2010 International consensus on cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care science with treatment recommendations. Circulation, Baltimore, v. 122, p. S250-75, 2010. Suplemento 2.

LIGHTHALL, G.; HARRISON, K.; CHU, L. F. Laryngeal mask airway in medical emergencies. New England Journal of Medicine, Boston, v. 369, p. e26, 2013.

PEDERSOLI, C. E. Desempenho dos estudantes de enfermagem na inserção de dispositivo supraglótico (máscara laríngea): um estudo randomizado e controlado em manequins. 2013. 244 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

PEDERSOLI, C. E. et al. O uso da máscara laríngea pelo enfermeiro na ressuscitação cardiopulmonar: revisão integrativa da literatura. Texto contexto - Enfermagem, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 376-383, 2011.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 093**	**VERSÃO:** 2
UTILIZAÇÃO PROTETOR LATERAL DE CABEÇA	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 4**

Elaborado por: Fabricio Lopes da Silva	Data: 25/09/2022	Visto: Assinado por: Fabricio Lopes da Silva 97794B2C355C4A3...
Revisado por: Renata Colamarche	Data: 28/09/2022	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 90E0F55E05D144F...
Aprovado por: Carla Casaes	Data: 01/10/2022	Visto: DocuSigned by: FAEFCD486FD6449...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
1	25/09/2022	Elaboração do procedimento
2	01/03/2024	Revisão

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

1- OBJETIVO

Proteger a coluna cervical de compressão, impedindo os movimentos de lateralidade da cabeça, através do uso do imobilizador lateral ou protetor lateral de cabeça.

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 de procedimento, máscara facial, óculos de proteção);
- Protetor lateral de cabeça (figura 1);

Figura 1

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C



Fonte: Arquivo SAMU

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Utilizar os equipamentos de proteção individual;
- Após instalação e ajuste final do colar cervical conforme procedimento operacional e instalação da prancha longa conforme procedimento operacional, manter a fixação lateral manual até a instalação do protetor lateral de cabeça (Profissional 1);
- Profissional 2: instalar os blocos direito e esquerdo lateralmente aos ouvidos, aplicando pressão para fixação do velcro sobre a base apoiada na prancha longa;
- Realizar a colocação dos tirantes da testa e mento de acordo com a figura 2, fixando o velcro de cada tirante na base do protetor lateral de cabeça estabelecido na prancha rígida. Após a completa fixação do protetor lateral pode-se soltar a cabeça da vítima.

Figura 2



Fonte: Arquivo SAMU

6 - OBSERVAÇÃO

- Mantenha sempre o pescoço em posição neutra, para evitar trauma secundário de coluna cervical.
- Vítimas inconscientes apresentam queda da língua e manobras manuais são necessárias para abertura

DS

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

das vias aéreas, como a elevação do mento e uso de cânula orofaríngea, conforme procedimento operacional padrão.

7 - REGISTRO

Registrar a assistência prestada em ficha de atendimento de enfermagem com assinatura e carimbo constando número do Coren de quem realizou a técnica.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

COLÉGIO AMERICANO DE CIRURGIÕES. Comitê do Trauma. Suporte avançado de vida no trauma ATLS: manual do curso para alunos, São Paulo: Colégio Americano de Cirurgiões, 2008.

PHTLS atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 094**	**VERSÃO:** 2
VENTILAÇÃO COM DISPOSITIVO DE PRESSÃO POSITIVA - AMBU	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 5**

Elaborado por: Fabricio Lopes da Silva	Data: 25/09/2022	Visto: Assinado por: Fabricio Lopes da Silva 07794B2C355C4A3...
Revisado por: Carla Casaes	Data: 28/09/2022	Visto: DocuSigned by: FAEFCD486FD6449...
Aprovado por: Tassiana Pita	Data: 01/10/2022	Visto: Assinado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz CEC19E2097164E7...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
1	25/09/2022	Elaboração do procedimento
2	01/03/2024	Revisão

DS

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

1- OBJETIVO

Administrar oxigênio suplementar em alta concentração ao usuário sob pressão positiva, visando prevenir ou tratar a hipóxia.

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

- Equipamentos de proteção individual (EPI), como óculos, luvas e máscara facial.
- Bolsa valva-máscara- BVM -AMBUR equipada com dispositivo de reservatório de oxigênio e extensão em PVC
- Fonte de Oxigênio (fixa ou portátil)
- Oxímetro de pulso

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Utilizar os equipamentos de proteção individual;
- Testar os materiais e observar seu perfeito funcionamento;

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

- Instalar o oxímetro de pulso no usuário para monitorar a saturação de oxigênio;
- Conectar a fonte de oxigênio à BVM- AMBU^{R} ajustando o fluxômetro entre 10 a 15 l/min promovendo o enchimento do reservatório;
- Posicionar a máscara facial da BVM- AMBU^{R} apropriadamente cobrindo o nariz e a boca concomitantemente, vedando-os com a mão não dominante e promovendo a abertura da via aérea (técnica do C + E) (figuras 1, 2, 3);

Figura 1



Figura 2



Fonte: Silva (2015)

Figura 3



Fonte: Silva (2015)

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

- Comprimir a BVM - AMBU^{R} (figura 4) de forma que o usuário apresente a expansão torácica simétrica e como resultado eleve a saturação de oxigênio;

Figura 4



Fonte: Silva (2015)

- Proceder de 10 a 12 ventilações/minuto;
- Monitorar a saturação de oxigênio, avaliando se houve melhora da saturação e do padrão de perfusão periférica (coloração das extremidades).
- Na presença de 2 profissionais, o profissional 1 deverá posicionar a máscara facial de maneira firme contra a face do usuário aplicando a técnica do C + E com ambas as mãos, mantendo simultaneamente a cabeça do usuário em posição adequada, enquanto o profissional 2 irá pressionar bolsa até haver a expansão do tórax.

6 - OBSERVAÇÃO

Se usuário for vítima de trauma mantenha sempre o pescoço em posição neutra, para evitar trauma secundário de coluna cervical;
Vítimas inconscientes apresentam queda da língua e manobras manuais são necessárias para abertura das vias aéreas, como a elevação do mento e uso de cânula orofaríngea antes da ventilação com BVM- AMBU^{R}.

7 - REGISTRO

Registrar a assistência prestada em ficha de atendimento de enfermagem com assinatura e carimbo constando número do Coren de quem realizou a técnica.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

AEHLERT, B. ACLS, advanced cardiac life support. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192: serviço de atendimento móvel de urgência. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/outubro/26/livro-basico-2016.pdf>. Acesso em: 19 mai 2019.

PHTLS atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

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/>

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 095**	**VERSÃO:** 1
CONTROLE DA FEBRE	**VALIDADE:** 23/04/2026	**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: FAEFCD486FD6449...
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	23/04/2024	Revisão

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

1- OBJETIVO

Estabelecer rápida intervenção de Enfermagem à criança com quadro Febril, a fim de assegurar a redução da temperatura elevada, minimizando possíveis complicações clínicas durante o tempo de espera para atendimento médico.

De acordo com o **Decreto 94.406/87 do COFEN**, Art. 8º - Ao Enfermeiro, quanto integrante da equipe de saúde incube: ***"c) prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde".***

Sendo assim, diante da demanda de pediatria que nosso equipamento de saúde presta assistência; sendo uma das principais queixas de procura por atendimento médico o "quadro febril", entende-se que compete a equipe de Enfermeiros que atuam na sala de Classificação de Risco, uma rápida intervenção no que tange à minimização de riscos evitáveis de complicações relacionadas a hipertermia.

2 – ALCANCE

Unidades da média complexidade do contrato 025/2021 (UPA Jaçanã, Pronto Socorro Santana, AMA Jardim Joamar, Ama Wamberto Dias Costa , AMA Lauzane Paulista. Segmento assistencial: Equipe de Enfermeiros (Classificação de Risco).

3 – COMPETÊNCIA

- **Enfermagem:**

- Classificar a criança com idade inferior a 13 anos 11 meses e 29 dias de acordo com o Protocolo Manchester, intervindo com precisão e imediatidade diante de quadros de hipertermia (temperatura axilar ou corporal > ou = a 37,8°C), confirmado a partir da mensuração da temperatura no momento de Classificação de Risco, presencialmente pelo Enfermeiro Classificador.
- Realizar a Reclassificação de Risco após 60 minutos de intervenção realizada (medicação oral) em Sala de avaliação.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

- A cada início de plantão, certificar-se a respeito da disponibilidade dos medicamentos antitérmicos para uso durante o plantão de 12 horas, bem como a disponibilidade de jarra com água filtrada em temperatura ambiente e copos descartáveis (50ml).
- Troca de água a cada 6h
- Garantir a higienização das jarras a cada 12 horas
- Manter a identificação dos frascos de medicamentos (data de abertura e validade), conforme já preconizado.

- **Médico:**

- Realizar o atendimento em consultório médico, indicando sua conduta clínica em tempo proposto pela Classificação de Risco determinada por cores.
- Diante da sinalização de episódio de vômito após a administração de medicação por via oral pelo Enfermeiro (a) Classificador (a), avaliar a possibilidade de prescrição medicamentosa por via parenteral (IM), para melhora do quadro febril e retorno ao fluxo de atendimento conforme Classificação de Risco.

4 – PROCEDIMENTO

Enfermeiro em Classificação de Risco:

- Avaliar a criança com idade inferior a 13 anos 11 meses e 29 dias em sala de Classificação de Risco de acordo com o Fluxograma do Protocolo de Manchester.
- Realizar a verificação do peso, com apoio de balança devidamente calibrada ao uso, (não se utilizar de informação verbal).
- Constatar o quadro clínico de elevação de temperatura corporal a partir da mensuração com apoio de instrumento adequado (termômetro) e devidamente calibrado ao uso.
- Em caso de ausência do termômetro acoplado ao TRIUS (no caso do PSM e da UPA), utilizar como referência a este POP o termômetro axilar digital (disponível aos Enfermeiros (as) Classificadores (as) no setor de farmácia). - **SOLICITOU PARA RETIRAR POREM EXPLIQUEI QUE ESTE PROTOCOLO ATENDE TODAS AS NOSSAS UNIDADES E POSSUI PARTICULARIDADES**
- Administrar medicamento preconizado ao uso **(DIPIRONA 500mg/ml, PARACETAMOL 200mg/ml E IBUPROFENO 50mg/ml);** de acordo com este protocolo estabelecido considerando: relato de possível alergia medicamentosa, peso e valor da temperatura corporal mensurado, sendo:
- **Criança sem febre (T°< ou = a 37.7°)** – Aguardar atendimento médico; orientar o responsável quanto ao tempo de espera e fluxo de atendimento de acordo com os critérios de Classificação de Risco;

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

- **Criança com febre (T°> ou = a 37.8°)** – Realizar orientação sobre início do protocolo de hipertermia ao responsável pela criança, e administrar antitérmico conforme protocolo:

  Menor de 30 dias até 2 meses e 29 dias = Paracetamol (200mg/ml) 1 gota por KG (Podendo ser administrado em crianças de até 12 anos, 11 meses e 29 dias);

  Maior de 3 meses = Dipirona (500mg/ml) 1 gota por KG (Podendo ser administrado em crianças de até 12 anos, 11 meses e 29 dias);

  Maior de 6 meses = Ibuprofeno (50mg/ml) 2 gotas por KG (Podendo ser administrado em crianças de até 12 anos, 11 meses e 29 dias)
- **Recém-nascidos de até 30 dias de vida deverão ter atendimento médico priorizado (não medicar para hipertermia antes da avaliação médica);**
- Criança não medicada nas últimas 3 horas;
- Identificação de possíveis alergias medicamentosas (a que?);
- **Dose máxima a ser administrada em sala de Classificação de Risco pelo Enfermeiro (a) Classificador (a): Até 30 gotas do antitérmico de 1ª, 2ª ou 3º opção.**

- Registrar os valores mensurados em impresso de Classificação de risco, com a queixa referida de forma objetiva e clara.
- Proceder com a anotação de Enfermagem, registrando o medicamento, a dose, via e horário administrado) em impresso de Classificação de Risco.
- Realizar a reclassificação de risco após 60 minutos, reavaliando os parâmetros inicialmente mensurados, certificando-se da redução do valor da temperatura aferida, e atentando-se à mudança de cor de Classificação de Risco.
- **Se (T°< ou = a 37.7°)** – Melhora do quadro inicial: redefinir a cor da reclassificação de risco e orientar quanto ao fluxo e tempo de atendimento médico;
- **Se (T°> ou = a 37.8°)** – Mantém quadro febril: avisar pediatra de plantão – priorizar atendimento médico imediato.
- **Em caso de impossibilidade de atendimento médico imediato diante da sinalização da persistência do quadro febril, encaminhar responsável e criança para a sala de Observação Infantil, para a realização de banho ou compressa fria pela equipe de Enfermagem do setor, para posterior retorno ao atendimento de porta após melhora evidenciada do quadro febril.**

– SIGLAS E ABREVIATURAS

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

UPA: unidade de Pronto Atendimento

PSM: pronto Socorro Municipal

CR: classificação de risco

COFEN: Conselho Federal de Enfermagem

TAX: Temperatura Axilar

6 – DEFINIÇÕES

- Normotermia: Temperatura axilar ou corporal entre os parâmetros: 35,6°C e 36,9°C
- Hipertermia: Temperatura axilar ou corporal entre os parâmetros: 37°C e 37,7°C
- Febre: Temperatura axilar ou corporal > ou = a 37,8°C.
- Hipotermia: Temperatura corporal < ou = a 35,5°C

7 – PLANO DE CONTINGÊNCIA/ RECOMENDAÇÕES

Reclassificação de Risco:

- Na ausência da disponibilidade do sistema de prontuário eletrônico (PR) ou de Classificação de Risco (TO LIFE) para registro em impresso apropriado da reavaliação realizada, utilizar impressos manuais disponibilizados em cada Sala de Classificação de risco, e anexar ao primeiro impresso de Classificação (mantendo a senha inicial apresentada pelo responsável).
- Diante da apresentação de vômito, após a medicação administrada, priorizar o atendimento pelo médico (não medicar novamente).
- Verificar com o médico pediatra plantonista a possibilidade de medicamento por via parenteral para garantir a melhora do estado febril.

IMPORTANTE: Em casos de hipotermia (Temperatura corporal < ou = a 35,5°C), orientar o responsável e/ou providenciar o aquecimento imediato da criança até a avaliação médica.

8 – FORMULÁRIOS/DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

- Prontuário eletrônico do paciente (PEP).
- Impresso de Classificação.
- FA (Ficha de atendimento)

9 – PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Ausência de mensuração do peso
- Utilização de equipamento descalibrado (termômetro e balança)
- Descumprimento deste protocolo
- Descumprimento dos critérios estabelecidos
- Recusa na adesão ao protocolo pelo responsável da criança
- Ausência de informações (anotação de Enfermagem) precisas em prontuário do paciente em impresso de classificação de risco
- Ausência de reclassificação de risco após 60 minutos (caso a criança não tenha passado em consulta médica neste intervalo de tempo)

10 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html (acesso em: 01/09/2021)
- SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamentos Científicos de Pediatria Ambulatorial e Infectologia (2019 – 2021). Manejo da febre aguda: Documento científico. SBP, 2021. Disponível em: https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/manejo-da-febre-aguda/ 10, julho de 2022.
- Souza MV, Damião EB, Buchhorn SM, Rossato LM. Manejo não farmacológico de febre e hipertermia na criança: revisão integrativa. Scielo Brasil, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ape/a/3gXPFJ74QR7rJRRwZwTSgJf/?format=pdf 09, julho de 2022.
- Bulário.com; Informações confiáveis sobre Bulas. Bula de Paracetamol. Disponível em: https://www.bulario.com/paracetamol/ 10, julho de 2022.
- Bulário.com; Informações confiáveis sobre Bulas. Bula de Dipirona Sódica. Disponível em:

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

https://www.bulario.com/dipirona_sodica/ 10, julho de 2022.

DS

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 096**	**VERSÃO:** 1
PROTOCOLO DE SEPSE PEDIÁTRICA	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 19**

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: FAEECD486ED6449...
Aprovado por: Tassiana Pita	Data: 01/10/2022	Visto: Assinado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz CEC19E2097164E7...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
1	25/09/2022	Elaboração do procedimento
2	01/03/2024	Revisão

DS

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

1- OBJETIVO

- Contribuir com a melhor qualidade da assistência ao paciente através da uniformização de condutas;
- Minimizar os riscos de evolução de choque séptico / Sepse grave;
- Melhoria do prognóstico do paciente com implementação de medidas terapêuticas;
- Diminuir a morbimortalidade em pacientes associados a sepse;
- Orientar as condutas iniciais frente aos casos suspeitos ou confirmados de sepse pediátrica, durante o período em que o paciente aguarda transferência para o nível hospitalar.

2 –ABRANGÊNCIA

- Equipe Médica
- Equipe de Enfermagem

3 – COMPETÊNCIA

Médicos:

Reconhecer os sinais clínicos de Sepse, providenciando de forma rápida a ressuscitação adequada, a coleta de exames para identificação do sitio infeccioso e o início da administração do antimicrobiano. Deverá também atentar para o completo preenchimento da ficha referente ao Protocolo de Sepse Pediátrico (anexo 01) e para a solicitação imediata, via CROSS, da transferência do paciente ao nível hospitalar.

Enfermeiros:

Reconhecer os sinais clínicos de Sepse, iniciar o protocolo de sepse acionando prontamente o médico responsável pelo setor e viabilizando os meios para o rápido início das medidas terapêuticas. O enfermeiro deverá, também, iniciar o preenchimento do formulário de atendimento à Sepse, bem como supervisionar a execução da administração do antibiótico, a reposição volêmica e a coleta de exames laboratoriais.

4 – SIGLAS E ABREVIATURAS

- TEC – Tempo de Enchimento Capilar
- CROSS – Central de Regulação e Oferta de Serviços de Saúde
- FC – Frequência Cardíaca

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

- DP – Desvios padrão
- FR – Frequência Respiratória
- SIRS – Síndrome de Resposta Inflamatória Sistêmica
- PAS – Pressão Arterial Sistólica
- BPM – Batimentos Por Minuto
- IRPM – Inspirações Por Minuto
- NA – Não Se Aplica.
- ECG – Escala de coma de Glasgow
- $PaCO_2$ – Pressão Parcial de CO_2 em sangue arterial
- PaO_2 – Pressão Parcial de O_2 em sangue arterial
- FiO_2 – Fração Inspirada de O_2
- $SatO_2$ – Saturação de O_2
- VNI – Ventilação Não Invasiva
- VM – Ventilação Mecânica
- ALT – Alanina Aminotransferase
- TGP – Transaminase Glutâmico Pirúvica
- TGP – Transaminase Oxalacética
- RNI – Razão Normalizada Internacional
- SVC – Saturação Venosa Central

5 – PROCEDIMENTOS

1. Rotina para atendimento e gerenciamento do protocolo

O protocolo de sepse pediátrica deve ser aberto para crianças com SUSPEITA **de sepse, sepse grave e choque séptico.**

Alguns dos principais sinais clínicos de alerta para sepse grave e choque séptico são:

- TEC >2 segundos;
- Alteração do estado mental manifestada por irritabilidade, agitação, choro inapropriado, interação pobre com familiares, sonolência, letargia ou coma;
- Pulsos periféricos diminuídos em comparação com os pulsos centrais;
- Extremidades frias ou livedo;
- Diurese diminuída (<0,5 ml/kg/h);
- Hipotensão (sinal muito tardio, comum em choque descompensado)

DS

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

Após a identificação do paciente pediátrico com **SUSPEITA** de sepse, sepse grave ou choque séptico, os seguintes passos devem ser cumpridos.

1. Registre o diagnóstico no prontuário ou no formulário de gerenciamento do protocolo. Todo o sistema de coleta de dados está baseado no registro em prontuário. Lembre-se: o que não estiver documentado é considerado não realizado. Seu paciente deverá a partir de agora, ser tratado com urgência médica.
2. Realize um exame físico completo com atenção especial ao sistema cardiorrespiratório, com Sat O_2, FR, FC, PA, TEC, amplitude de pulsos, nível de consciência e diurese.
3. Após a avaliação inicial, o MÉDICO deverá classificar o paciente em uma das categorias abaixo:
   - Sepse (ainda sem disfunção clínica, necessita coleta de exames para descartar disfunção orgânica laboratorial)
   - Sepse grave ou choque séptico
   - Afastado sepse/sepse grave/choque séptico
   - Sepse / sepse grave / choque séptico em cuidados de fim de vida sem conduta no momento
4. Nas crianças com suspeita de sepse sem disfunção orgânica, o médico deverá prescrever antimicrobianos e avaliar a necessidade de coletar o **kit sepse** para avaliar a presença de disfunção orgânica. Esses pacientes merecem monitorização mais frequente ou contínua dos sinais vitais.
5. Se o diagnóstico de sepse, sepse grave ou choque séptico for afastado, assim como naquelas crianças com sepse grave/choque séptico em cuidados de fim de vida sem conduta no momento, o protocolo deverá ser encerrado.
6. Nas crianças com suspeita de sepse grave e/ou choque séptico, as condutas abaixo devem ser rigorosamente seguidas.

2. PACOTE DA PRIMEIRA HORA - RESSUSCITAÇÃO INICIAL

2.1 Alvos terapêuticos da 1ª hora **- os alvos terapêuticos na ressuscitação de crianças com sepse grave e choque séptico são apresentados no Quadro 4.**[1,2]

Quadro 4 – Métodos para reavaliação do estado de perfusão e alvos terapêuticos na sepse pediátrica.

Método de avaliação	Alvos terapêuticos desejáveis da 1ª hora
Tempo de enchimento capilar	≤ 2 segundos
Pressão arterial sistólica	Normal para a faixa etária
Avaliação de pulso	Ausência de diferença entre pulso central e periférico
Presença de diurese	>1mL/kg/h
Extremidades	Aquecidas
Estado neurológico	Estado mental normal

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

Saturação venosa central*	SVC O_2 ≥ 70%
Índice cardíaco*	3,3-6,0 L/min/m^2
Pressão de perfusão*	Normal para a faixa etária

***Se paciente em uso de cateter venoso central ou monitorização invasiva**

3. Procedimentos da 1ª hora:

A) Monitorização

Na admissão do paciente pediátrico, é recomendado sua monitorização hemodinâmica básica (oximetria de pulso contínua, eletrocardiograma contínuo, medida da pressão arterial não invasiva de 15/15 minutos, monitorização da temperatura e do débito urinário).

B) Oxigenação

Uma vez feita a hipótese diagnóstica de sepse grave, deve ser iniciada a oferta de oxigênio, por meio de máscara não reinalante e, se necessário (desconforto respiratório e hipoxemia) e disponível, CPAP ou cânula nasal de alto fluxo de oxigênio (*High flow*). O objetivo é manter a saturação de oxigênio > 92%.

Devido à baixa capacidade residual funcional, a intubação precoce em crianças pequenas com sepse grave pode ser necessária.[1] A decisão de intubação deve ser baseada no diagnóstico clínico de aumento do esforço respiratório, hipoventilação e alteração do nível de consciência. Vale ressaltar também, que pacientes que necessitem de ventilação mecânica invasiva podem apresentar instabilidade hemodinâmica durante a intubação. Essa intercorrência pode ser evitada através de ressuscitação cardiovascular apropriada. Atenção às drogas sedativas e analgésicas utilizadas para intubação das crianças com sepse, uma vez que algumas delas podem levar à deterioração hemodinâmica.

C) Acesso venoso

Obter dois acessos venosos periféricos e/ou intraósseo imediatamente para ressuscitação volêmica e administração inicial de inotrópicos, caso necessário, visando estabilização inicial da criança até a passagem de acesso venoso central (se necessário).[1,2]

D) Pacote de exames sugeridos da 1ª hora

O **kit sepse** sugerido é composto por exames que confirmem possíveis disfunções orgânicas: gasometria e lactato arterial, hemograma completo, creatinina, bilirrubina, coagulograma, hemoculturas e culturas de sítios suspeitos.

Os pedidos devem ser identificados como parte do protocolo de sepse de forma a garantir atendimento diferenciado pelo laboratório. O lactato deve ser imediatamente encaminhado ao laboratório ou *point of care* (disponível junto com a gasometria). O objetivo é ter esse resultado em menos que 30 minutos. Para a hemocultura, recomenda-se 1 vidro de hemocultura para lactentes e escolares (pelo pouco volume de sangue) e 2 para adolescentes e adultos jovens. Colha

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

culturas de todos os outros sítios pertinentes para investigação do foco.[1]

Vale ressaltar que ao contrário dos adultos, crianças com choque séptico têm comumente níveis normais de lactato. Portanto, na Pediatria não se trata de um bom indicador precoce de diminuição de perfusão.[1] Na 1ª hora, fica a critério do médico a coleta de outros exames: ureia, troponina, glicemia, sódio, potássio, cálcio iônico, TGO/TGP.

E) Antimicrobianos

Prescreva e administre antimicrobianos de amplo espectro por via endovenosa visando o foco sob suspeita, dentro da primeira hora da identificação da sepse.[1] Entregue a prescrição ao enfermeiro responsável, que tem 60 minutos para administrar a medicação.

Uma vez que acesso venoso periférico é mais difícil de ser obtido em crianças pequenas (lactentes e pré-escolares), os antimicrobianos podem ser administrados por via oral (se tolerado) ou intramuscular até que o acesso intravenoso esteja disponível. Vale ressaltar, que a administração do antimicrobiano não deve ser retardada para a coleta das culturas.

Recomenda-se o controle precoce e agressivo da fonte de infecção. O atraso no início do antibiótico adequado, o controle inadequado do sítio de infecção e a não remoção dos dispositivos infectados estão associados a um aumento da mortalidade por sepse.

F) Ressuscitação hemodinâmica

Pacientes com sinais e sintomas de hipoperfusão tecidual (principalmente com TEC lentificado e/ou alteração nível de consciência), independente da ocorrência de hipotensão, têm indicação de ressuscitação hemodinâmica, conforme recomendações descritas abaixo e fluxograma em anexo.[1]

- Ressuscitação volêmica:

Crianças com sepse grave e choque séptico frequentemente apresentam grandes déficits de fluido. A ressuscitação volêmica é fortemente recomendada nesses pacientes. O volume inicial para reanimação exige 40 a 60mL/kg ou mais durante as primeiras horas de tratamento.

Recomenda-se iniciar imediatamente a ressuscitação fluídica com solução salina isotônica (SF 0,9% ou Ringer Lactato) ou colóide (albumina humana) em *bolus* de 20 ml/kg em 5 a 10 minutos nos pacientes com sepse grave e choque séptico. A infusão rápida de volume deve ser mantida até normalização dos sinais de hipoperfusão tecidual ou sinais de hipervolemia.

Após cada alíquota de volume, é recomendada a avaliação do paciente, que tem como objetivo normalizar os sinais de hipoperfusão (quadro 4) e verificar a presença de sinais de hipervolemia (desenvolvimento de hepatomegalia, presença de crepitações à ausculta pulmonar e/ou ganho maior que 10% do peso corporal).[1] Na presença de hipervolemia recomenda-se suspender (se perfusão adequada restabelecida) ou substituir (se choque persistente) os fluídos por agentes inotrópicos.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

Crianças normalmente têm a pressão arterial mais baixa quando comparada com adultos e uma queda na PA pode ser compensada com vasoconstrição e aumento da FC. Uma vez que a hipotensão está presente, o colapso cardiovascular está próximo (ou é iminente). Em casos de hipotensão, a ressuscitação fluídica deve ser mais agressiva e o agente inotrópico pode ser iniciado mesmo antes da reposição volêmica. Ressaltamos que a ressuscitação fluídica está recomendada para choque com e sem hipotensão em crianças.

Em crianças com anemia hemolítica grave que não estejam hipotensas, a transfusão sanguínea é considerada superior à administração de cristaloides ou albumina.[1]

- Inotrópicos / Vasopressores / Vasodilatadores:

Em caso de persistência de disfunção cardiovascular (sinais de hipoperfusão tecidual e/ou choque) mesmo após a infusão de 40 a 60 ml/kg de volume inicial, recomenda-se iniciar o tratamento com agentes inotrópicos (dopamina ou adrenalina) por via periférica até que o acesso central seja obtido, uma vez que 80% das crianças com choque resistente a fluidos apresentam baixo débito cardíaco.[1,2,4]

Vale ressaltar que nos casos de choque refratário a fluidos, a escolha da amina vasoativa é inicialmente determinada pelo exame clínico da criança. Crianças com perfil de choque frio/hipodinâmico tem indicação de dopamina (5 – 10 mcg/kg/min) ou adrenalina (0,05 – 0,3 mcg/kg/min). Crianças que apresentam choque quente/hiperdinâmico (20%) tem indicação de vasopressores (noradrenalina: 0,1 – 1 mcg/kg/min). Além disso, a terapia com inotrópicos/vasopressores pode ser necessária para dar suporte a pressão de perfusão, mesmo que a hipovolemia ainda não tenha sido corrigida, de acordo com o estado hemodinâmico do paciente.[1]

A droga vasoativa deve ser iniciada até o final da primeira hora nos pacientes em que ela está indicada. O atraso no tratamento com inotrópicos está associado ao maior risco de mortalidade e, de modo geral, o atraso se deve a dificuldades para obter acesso central. É importante salientar que na administração de aminas vasoativas em vias periféricas, há a possibilidade de danos vasculares periféricos e teciduais. Assim, recomenda-se a proporção de 1(droga): 3 (soro fisiológico) quando utilizado o acesso periférico.

A adrenalina pode ser usada como droga de primeira escolha para choque frio/hipodinâmico, idealmente administrada por via venosa central, e recentemente foi observado que sua administração precoce, por via periférica ou intraóssea, está associada a um aumento de sobrevida nos pacientes pediátricos, quando comparado com dopamina[10].

3.1 PACOTE APÓS 1ª HORA

Ressaltando a importância da transferência do paciente o mais breve possível, pois algumas das medidas relacionadas abaixo estarão disponíveis apenas no nível hospitalar.

A. Monitorização

Crianças com choque refratário a fluidos têm indicação de acesso venoso central e cateter arterial. Nessas crianças

DS

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

está indicada uma monitorização invasiva ou minimamente invasiva:

- Monitorização da pressão arterial invasiva (PAI) através da cateterização arterial.
- Monitorização da pressão venosa central (PVC) através da cateterização venosa central
- Monitorização da saturação venosa central de oxigênio – coleta de gasometria venosa central seriada ou monitorização contínua da $SVCO_2$
- Ecocardiograma funcional – avaliação do débito cardíaco e complacência da veia cava inferior
- Monitorização da pressão de perfusão (PP= PAM – PVC ou PAM – PAI)

Quadro 5: Limites da pressão de perfusão de acordo com a idade:

Idade	PP
≤ 1ano	60
≤ 2 anos	65
≤ 7 anos	65
≤ 15 anos	65

Cálculo: PP = PAM – PVC (cmH_20)

B. Pacotes de exames após 1ª hora

Após a primeira hora de ressuscitação, se sugere a coleta de exames que auxiliem na avaliação do status perfusional e presença de novas disfunções orgânicas.

C. Avaliação do perfil hemodinâmico após a fase inicial de ressuscitação

Crianças com sepse grave / choque séptico refratário a fluidos podem apresentar diferentes perfis hemodinâmicos: baixo débito cardíaco e elevada resistência vascular sistêmica; débito cardíaco elevado e baixa resistência vascular sistêmica; baixo débito cardíaco e baixa resistência vascular sistêmica. Além disso, crianças podem apresentar rápidas mudanças no perfil hemodinâmico do choque durante as primeiras 48 horas. Dessa forma, terapia inotrópica ou vasopressora deve ser iniciada de acordo com o perfil hemodinâmico do choque no momento da avaliação. (Quadro 6)

Quadro 6: Orientações terapêuticas em crianças com choque refratário a catecolaminas

Apresentação clínica	***Conduta***

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

Choque frio com PA normal	1. Titular volume e amina vasoativa (dopamina ou epinefrina), para atingir o alvo de $SvcO_2$ > 70%. Se necessário, Hb < 10 g/dL, transfundir glóbulos. 2. Se mesmo após as condutas acima, a criança não normalizar a $SvcO_2$, iniciar dobutamina e avaliar necessidade de bolus de fluidos.
Choque frio, com PA baixa	1. Titular volume e amina vasoativa (dopamina ou epinefrina) visando atingir o alvo de $SvcO_2$ > 70%. Na presença de anemia (Hb < 10 g/dL) realizar transfusão de concentrado de hemácias. 2. Se apesar das medidas acima houver persistência da hipotensão, considerar infusão de noradrenalina. 3. Se $SvcO_2$ persistir < 70%, considerar dobutamina.
Choque quente com PA baixa	D. Aumentar a dose de adrenalina, >0.3 mcg/Kg/min ou iniciar noradrenalina, 0,1 a 2 mcg/Kg/min E. Iniciar vasopressina nos pacientes que mantém hipotensão apesar de doses elevadas de noradrenalina (> 0,5 mcg/kg/min). A dose recomendada de vasopressina para o tratamento do choque é de 0,0003 – 0,002 U/kg/min (0,018 – 0,12 U/kg/h) e dose máxima de 0,008 U/kg/min).

D. Terapia com hidrocortisona

O tratamento com hidrocortisona está indicado nas crianças com choque refratário a fluidos, resistente a catecolaminas (adrenalina ou noradrenalina em doses > 0,6 mcg/kg/min) e/ou risco de insuficiência adrenal (uso prévio de corticoides para tratamento de doenças crônicas, doença pituitária ou adrenal conhecida, púrpura fulminans e suspeita de síndrome de Waterhouse-Friedrichson).

Nesses pacientes, considerar o uso hidrocortisona:

a. Dose de ataque: 10 mg/kg (máximo de 200 mg/dose)
b. Dose de manutenção: 50 mg/m^2/dia EV 6/6 horas
c. Dose em adolescentes: 50 mg 6/6h

A medicação deve ser mantida enquanto a criança apresentar instabilidade hemodinâmica. Em geral, a

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

hidrocortisona pode ser suspensa após 5 dias, porém deve ser mantida se o paciente ainda estiver em uso de vasopressor (até suspensão do mesmo) ou se houver procedimento cirúrgico programado. O desmame deve ser iniciado 24 horas após suspensão do vasopressor ou após 24hs do procedimento cirúrgico, de forma gradual: (D1 25mg/m^2, D2 12,5mg/m^2 e D3 suspenso).

3.2 Outras recomendações

A) Diagnóstico diferencial:

Em caso de persistência do choque a despeito do tratamento instituído, sugere-se investigar outras possíveis comorbidades ocultas, tais como presença de efusão pericárdica, pneumotórax, hipoadrenalismo, hipotireoidismo, hemorragia, aumento da pressão intra-abdominal, presença de tecido necrótico, fonte inapropriada do controle da infecção, uso excessivo de imunossupressores ou comprometimento imunológico.

B) Hemoderivados

Sugere-se que o alvo terapêutico para hemoglobina em crianças com sepse grave e choque séptico seja semelhante ao de adultos. Durante a fase de ressuscitação, em pacientes com $SVCO_2$ < 70%, o alvo de Hb deve ser de 10 g/dL. Após estabilização, o alvo deve ser uma Hb > 7 g/dL.

C) Ventilação mecânica

Durante a ventilação mecânica, assim como em adultos, esforços devem ser feitos para minimizar danos induzidos pela ventilação mecânica. É recomendado a utilização de estratégia protetora pulmonar em crianças com sepse grave / choque séptico que estejam sob suporte ventilatório.

D) Correção de distúrbios metabólicos e eletrolíticos

Nos pacientes sépticos é importante manter a homeostase metabólica e hormonal. Nesse sentido, a correção da hipoglicemia e da hipocalcemia devem ser priorizadas na primeira hora de tratamento, uma vez que a manutenção desses distúrbios contribui significativamente para a disfunção miocárdica e a resposta insatisfatória às medidas de ressuscitação.

Deve-se usar estratégia para controle glicêmico, objetivando glicemias ≤180 mg/dl, com especial atenção à ocorrência de hipoglicemia em lactentes.

E. Diuréticos e terapia de substituição renal

Recomenda-se a utilização de diuréticos para reverter sobrecarga hídrica nas crianças com choque séptico após a fase inicial de ressuscitação, quando a criança estiver estável. Nesses pacientes (ganho maior que 10% do peso corporal),

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

avaliar a necessidade de diálise peritoneal ou hemodiálise.

3.3 Resumo (ver fluxograma anexo)

Crianças com sepse grave e/ou choque séptico:

- **Pacote de 1ª hora:** oxigenação, monitorização, acesso venoso, antibioticoterapia, coleta de exames, ressuscitação fluídica, correção de hipoglicemia e hipocalcemia, inotrópico ou vasopressor nas crianças com choque refratário a fluidos (de acordo com o perfil hemodinâmico do choque).

- **Pacote após 1ª hora:** Nas crianças com choque resistente a catecolaminas, está indicado internação em UTI Ped. e monitorização da PVC, PAI, $SvcO_2$, pressão de perfusão e ecocardiográfica funcional. Continuar reposição volêmica, orientado pelo exame clínico e outras monitorizações minimamente invasiva, visando atingir o alvo terapêutico. O uso de inotrópicos, vasopressores e vasodilatadores também deve ser avaliado conforme descrito no fluxograma. Avaliar outras causas de instabilidade hemodinâmica.

4. GUIA DE TERAPIA ANTIMICROBIANA EMPÍRICA PARA SEPSE GRAVE E CHOQUE SÉPTICO PEDIÁTRICOS

As sugestões de protocolo de atendimento gerenciado a sepse pediátrica se aplicam a população na faixa de 29 dias a 13 anos incompletos.

Pontos chave:

1. Colha hemoculturas e culturas dos sítios pertinentes ao foco em suspeita antes da administração da primeira dose de antimicrobianos. (antibióticos) **Atente-se para que a coleta da hemocultura não atrase o início da terapia antimicrobiana. A administração dos antimicrobianos deverá ser priorizada, pois faz parte do pacote da primeira hora de atendimento.**
2. Administre a primeira dose de antimicrobianos o mais rapidamente possível, **idealmente em até uma hora após o diagnóstico**
3. Administre antimicrobianos de amplo espectro, de preferência bactericidas / fungicidas, sem correção de dose para insuficiência renal ou hepática.
4. Reavalie o esquema escolhido assim que os resultados de cultura estiverem disponíveis.
5. Utilize tempo curto de tratamento sempre que possível. De 7 a 10 dias, conforme gravidade e evolução, geralmente são suficientes. A duração dependerá da gravidade do caso e o provável patógeno.
6. Suspenda os antimicrobianos, caso seja afastada a hipótese de infecção.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

Observações:

- O esquema para infecções relacionadas à assistência à saúde deve ser adequado para a flora hospitalar.

FOCO	Infecção comunitária	Infecção associada à assistência à saúde
PULMONAR	**Lactentes:** Oxacilina + Ceftriaxone **Crianças e adolescentes:** Oxacilina + Ceftriaxone+ Claritromicina **Se choque tóxico:** associar Clindamicina	Cefalosporina de 4ª geração **Se alta prevalência de estafilococos resistente a oxacilina na instituição** – associar glicopeptídeo (vancomicina*) Se uso prévio de cefalosporinas trocar cefalosporina de 4ª geração por carbapenêmicos (meropenem) **Se alta prevalência de germes multiresistentes** (*Pseudomonas* multi R/*Acinetobacter* multi R e *Klebsiella* produtora de carbapenemase), **sinalizar a situação na CROSS, pois não temos disponibilidade de polimixinas.**
URINÁRIO	Ceftriaxone	Cefalosporinas de 4ª geração ou carbapenêmicos (meropenem)
ABDOMINAL	Cefalosporina 3ª geração (ceftriaxone ou ceftaxima) + metronidazol + ampicilina. Piperacilina-tazobactam	Cefalosporinas de 4ª geração ou carbapenêmicos (meropenem) (se opção pela cefalosporina, associar metronidazol) + vancomicina*
PELE E PARTES MOLES	Oxacilina. **Se sinais de necrose ou choque tóxico:** associar clindamicina	Glicopeptideos (vancomicina*) + cefalosporinas de 4ª geração
CORRENTE SANGUÍNEA ASSOCIADA A CATETER	----------	Carbapenêmicos (meropenem) ou piperacilina- tazobactam + glicopeptideos (vancomicina) Se fatores de risco para candidemia – avaliar necessidade de Cobertura para fungos com imidazólicos (fluconazol)
MENINGITE	Ceftriaxone	**Se dispositivo invasivo (DVP):** vancomicina* e ceftriaxone

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

SEM FOCO DEFINIDO	Ceftriaxone **Se imunodeprimidos:** vancomicina* e cefepima + avaliar necessidade de cobertura para fungos	Carbapenêmicos (meropenem) Glicopeptideos (vancomicina*)

*** Vancomicina:** adequação conforme a concentração inibitória mínima (MIC) para vancomicina dos gram-positivos isolados na instituição. Considerar também a importância dos níveis séricos a serem avaliados por meio da dosagem de vancocinemia. **Como essa dosagem não está disponível no serviço, insistir na solicitação da vaga de transferência via CROSS.**

5. INSTRUÇÕES MULTIPROFISSINAIS ESPECÍFICAS:

Equipe	Tipo de Instrução
Corpo Clínico	• Prescrição Antibiótico e Volume (até 10 min após o diagnóstico) Kit Sepse: Exames (Lactato arterial, Gasometria Arterial, Hemograma Completo TP/TTp, Bilirrubinas T e F, Creatinina) – Solicitação Imediata Culturas – Urocultura, Urina I, Hemoculturas (mínimo 2 amostras) – Solicitação imediata. • Ser extubado, DPOC – fazer VNI bilevel (PEEP+PS) • Ser extubado, IC – Fazer VNI CPAP • Se em VMI – ventilar de modo gentil (VC 6 ml/kg predito, Pressão de Platô 30 cm H_2O, VCV ou PCV A/C no início), fazer busca ativa de PEEP Intrínseco e de Assincronias. Discutir com médico plantonista/diarista melhor estratégia de ventilação de acordo com a patologia e com o estágio da doença. • Recomendar as Atb conforme tipo de infusão • Orientação de tratamento empírico das infecções mais precedentes.
Farmácia	• Liberar o Atb prescrito imediatamente à solicitação da Enfermagem sem necessidade de carta e em qualquer horário do dia com o carimbo. • Liberar frasco de soro imediatamente. • Fazer os processos de interação medicamentosa e de reconciliação medicamentosa – em 24 horas • Facilitar o cumprimento dos prazos de administração das medicações
Laboratório / Microbiologia	• Gasometria e lactato em 20 minutos após recebimento • Demais exames em 01 hora

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

	• Se com AVC – expedir resultado de Gasometria Venosa Central (Médico pedir Gasometria Venosa Central)
Nutrição	• Iniciar dieta em 24-48 horas se paciente é estável • Não fazer dieta Parenteral exclusiva ou suplementar • Provisão de 10-20 Kcal/h ou até 500 Kcal/dia na fase inicial, progredindo se tolerar – a 80% da meta calórica na primeira semana. • Proteína – 1.2 a 2.0 g/kg/dia (discutir com equipe médica)

6 - DEFINIÇÕES

1. Considerações

Esse protocolo é baseado nas recomendações internacionais vigentes, a saber, *Surviving Sepsis Campaign*, *American College of Critical Care Medicine* e as definições para sepse da *Society of Critical Care Medicine* e da *World Federation of Pediatric Intensive and Critical Care Societies.*

Nesse documento foram mantidas as denominações sepse e sepse grave, haja vista não haver ainda modificação das definições para Pediatria. O atendimento gerenciado à sepse pediátrica aqui descrito visa orientar a condução no atendimento em unidades de urgência/emergência, unidades regulares de internação, e se aplica a população na faixa de 1 dia a 13 anos/11 meses e 29 dias. No entanto, cada instituição deve definir, de acordo com a rotina institucional, se o tratamento de adolescentes e jovens adultos segue o protocolo pediátrico ou o de adultos.

Este protocolo aborda a sepse pediátrica de acordo com as faixas etárias descritas no quadro 1.

Quadro 1 - Faixas etárias pediátricas abordadas no protocolo

Classificação	Idade
Lactente	1 mês a 1 ano
Pré-escolar	>1 a 5 anos
Escolar	>5 a 13 anos

A importância da implementação de protocolos gerenciados se deve à elevada prevalência, elevada taxa de morbidade e mortalidade da sepse, além dos elevados custos. Especialistas acreditam que a melhora do prognóstico de pacientes sépticos pode ser alcançada por meio de educação e mudanças no processo de atendimento. Vale ressaltar que a sepse ocorre em todos os setores do hospital e que todos os profissionais que lidam com esses pacientes devem estar preparados para o atendimento da sepse pediátrica.[1,4-6]

2. Definições de Síndrome de Resposta Inflamatória Sistêmica, infecção, sepse, sepse grave e choque séptico em Pediatria

Apesar da relevância do tema na população pediátrica, até 2005 não havia um consenso em relação às definições de sepse para esta população. A dificuldade do estabelecimento de um consenso relaciona-se ao caráter dinâmico e

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

complexo da doença e a certas peculiaridades da infância (diferentes grupos etários, variações fisiológicas dos sinais vitais, diferentes agentes infecciosos e fatores predisponentes). Somente em 2005, os membros da *International Pediatric Sepsis Consensus Conference* (IPSCC)[3] publicaram definições exclusivas para a faixa etária pediátrica. Estas definições foram baseadas nos conceitos de sepse para a população adulta vigentes na época, nas definições de sepse pediátrica de diversos autores e nos escores de disfunção orgânica usados em adultos e em crianças. Portanto, seguiremos as definições de sepse, sepse grave e choque séptico para pacientes pediátricos publicadas em 2005 (Quadro 2).

2.1 Síndrome da resposta inflamatória sistêmica em Pediatria é definida como presença de pelo menos dois dos seguintes critérios, sendo que um deles deve ser: alteração da temperatura ou do número de leucócitos[3].

- Alteração de temperatura corpórea - hipertermia ou hipotermia.
- Taquicardia – FC > 2 DP acima do normal para idade na ausência de estímulos externos; ou outra elevação inexplicável por um período de tempo de 0,5 a 4 horas OU para criança <1 ano bradicardia, definida como FC < percentil 10 para a idade na ausência de estímulos externos, drogas β- bloqueadoras ou doença cardíaca congênita; ou outra redução inexplicável por um período de tempo de 30 minutos.
- Taquipneia – FR > 2 DP acima do normal para a idade OU necessidade de ventilação mecânica para um processo agudo não relacionado à doença neuromuscular de base ou necessidade de anestesia geral.
- Alteração de leucócitos – leucocitose ou leucopenia não secundárias à quimioterapia, ou presença de formas jovens de neutrófilos no sangue periférico.

Quadro 2 – Parâmetros de normalidade para os critérios de SIRS e pressão arterial de acordo com as faixas etárias

Idade	FC (bpm) P95 P5	Leucócitos (*10^3/mm^3) P95 P5	FR (irpm)	Temperatura (^oC)	PAS (mmHg) P5
1m-1a	>180 ou < 90	>17,5 ou < 5,0	>34	> 38,5 ou < 36	< 75
>1-5a	> 140 NA	>15,5 ou < 6,0	>22	> 38,5 ou < 36	< 74
>5-12a	>130 NA	>13,5 ou < 4,5	>18	> 38,5 ou < 36	< 83
>12-18a	>110 NA	>11,0 ou< 4,5	>14	> 38,5 ou < 36	< 90

Valores inferiores de FC, nº de leucócitos e PAS são referentes ao Percentil 5 e valores superiores de FC, FR ou nº de leucócitos são referentes ao Percentil 95

Embora as diretrizes recomendem que a temperatura corpórea seja avaliada pela via retal, vesical, oral ou ainda via cateter central, utilizaremos como medida a temperatura mensurada **por via axilar**, visto que é amplamente utilizada no Brasil. A presença de febre nas últimas 4 horas antes da apresentação do paciente no hospital deve ser considerada

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

e documentada como critério de SIRS[3].

É importante salientar que em situações nas quais a contagem de leucócitos não possa ser realizada, devem ser considerados para o diagnóstico de SIRS a presença de: alteração de temperatura e da frequência cardíaca ou da frequência respiratória.[7,8]

2.2 Infecção é a doença suspeita ou confirmada (com base em culturas positivas, anatomia patológica, testes de amplificação de RNA ou ainda por exame clínico, de imagem ou testes laboratoriais), causada por qualquer patógeno infeccioso ou a síndrome clínica associada com alta probabilidade de infecção.

2.3 Sepse se caracteriza pela presença de dois ou mais sinais de SIRS, sendo um deles hipertermia/hipotermia e/ou alteração de leucócitos[3], concomitantemente à presença de quadro infeccioso confirmado ou suspeito.

2.4 Sepse grave em pacientes pediátricos caracteriza-se e pela presença de sepse e disfunção cardiovascular **OU** respiratória **OU** duas ou mais disfunções orgânicas entre as demais, como mostrado no quadro 3.[3]

Quadro 3 – Critérios para definição de disfunção orgânica em Pediatria

Sistemas	Disfunções
Cardiovascular	Apesar da administração de fluídos endovenosos ≥ 40mL/kg em uma hora, presença de: - Hipotensão arterial, definida como pressão arterial sistólica (PAS) < percentil 5 para idade ou PAS < 2 desvios padrão abaixo do normal para a idade (quadro 2) **OU** - Necessidade de medicação vasoativa para manter a PAS dentro dos valores normais (exceto dopamina 5mcg/Kg/min) **OU** **DOIS** dos seguintes parâmetros de perfusão orgânica inadequada: • tempo enchimento capilar prolongado; • diferença entre a temperatura central e a periférica > 3ºC; • oligúria (débito urinário < 0,5 ml/kg/h) • acidose metabólica inexplicável: déficit de bases ≤ 5,0mEq/L; • lactato acima de 2 vezes o valor de referência.
Respiratória	- $PaCO_2$> 20 mmHg acima da $PaCO_2$ basal **OU** - PaO_2/FiO_2< 300 na ausência de cardiopatia cianótica ou doença pulmonar pré-existente **OU** - Necessidade de FiO_2> 50% para manter $SatO_2$≥ 92% **OU** - Necessidade de ventilação não invasiva (VNI) ou ventilação mecânica (VM).

DS

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

Neurológica	- Escala de coma de Glasgow ≤ 11 **OU** - Alteração aguda do nível de consciência com queda ≥ 3 do nível anormal da ECG basal.
Hepática	- Aumento significativo de bilirrubinas totais (≥4 mg/dl) **OU** - ALT/TGP ≥2 vezes maior que o limite superior para idade.
Renal	- Creatinina ≥ 2 vezes que o limite superior para idade **OU** - Aumento de creatinina de 2 vezes em relação ao basal.
Hematológica	- Plaquetas < 80.000/mm³ ou redução de 50% no número de plaquetas em relação ao maior valor registrado nos últimos 3 dias **OU** - Alteração significativa de RNI (> 2).

2.5 Choque séptico é definido na população pediátrica como sepse e disfunção cardiovascular.

A sepse deve ser suspeitada em todos os pacientes com quadro infeccioso. Lembramos que os critérios de SIRS são muito frequentes em crianças, principalmente alteração de temperatura, taquicardia e taquipneia, mesmo em infecções de pouca gravidade e/ou outras comorbidades não infecciosas.

Assim, atenção especial deve ser dada a todos os pacientes com qualquer sinal de deterioração dos parâmetros clínicos que sugiram infecção grave. Constituem sinais de gravidade: **alteração do nível de consciência** (irritabilidade, choro inconsolável, pouca interação com os familiares, sonolência) **e/ou alteração da perfusão tecidual**.[2] A equipe multidisciplinar deve estar atenta à presença destes sinais e de outras disfunções orgânicas, que definem o diagnóstico clínico de sepse grave e choque séptico.

Vale ressaltar, que em Pediatria, a hipotensão é um sinal tardio de choque já na sua fase descompensada, ocorrendo muito tempo após a instalação do choque séptico, uma vez que a pressão arterial é mantida até que o organismo esteja gravemente comprometido. Assim, a presença de hipotensão **NÃO** se faz necessária para o diagnóstico de choque séptico em crianças (embora sua ocorrência seja confirmatória).[2] Portanto, é fundamental que o choque séptico seja reconhecido antes da ocorrência de hipotensão.[1]

A cada hora de atraso na restauração da perfusão tecidual e da pressão arterial normal para a idade (quando na presença de hipotensão), há aumento de duas vezes no risco de morte.[2] O reconhecimento precoce e a instalação do tratamento agressivo em tempo adequado são cruciais para o bom prognóstico. Assim, na presença de um desses sinais, sem outra explicação plausível, pense em sepse e inicie as medidas preconizadas nos pacotes. Caso seja comprovado posteriormente não se tratar de infecção bacteriana grave, a antibioticoterapia poderá ser revista.

7 – NOTAS ESXPLICATIVAS/JUSTIFICATIVAS

1. MARCADORES / INDICADORES

- Taxa de início do antibiótico na 1ª hora após o diagnóstico médico.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

- Taxa de reposição volêmica nas 03 primeiras horas.
- Taxa de mortalidade por sepse.

2. RESULTADO ESPERADO

- Identificar precocemente os sinais de sepse e choque séptico no paciente.
- Iniciar as medidas de otimização terapêutica junto ao paciente minimizando os riscos de evolução para choque séptico.
- Ser reconhecido pela equipe médica, enfermagem e multidisciplinar os sinais de SIRS.

8 – ANEXOS

- Fluxo – Protocolo de sepse pediátrica – Anexo 01
- Fluxograma de atendimento – Sepse pediátrica – Anexo 02
- Ficha Assistencial – Protocolo de sepse pediátrica – Anexo 03

9 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Dellinger R, et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Severe Sepsis and Septic Shock: 2012. CritCareMed 2013 Vol 41, No. 2
2. Brierley J, et al. Clinical practice parameters for hemodynamic support of pediatric and neonatal septic shock: 2007 update from the American College of Critical Care Medicine. Crit Care Med 2009 Vol. 37, No. 2
3. Goldstein B, et al. International pediatric sepsis consensus conference: Definitions for sepsis and organ dysfunction in pediatric. PediatrCrit Care Med 2005 Vol. 6, No. 1
4. Kissoon N. Sepsis guideline implementation: benefits, pitfalls and possible solutions. Crit Care. 2014;18(2):207.
5. Kissoon N. Sepsis guidelines: Suggestions to improve adherence. J Infect. 2015;71 Suppl 1:S36-41
6. Noritomi DT, Ranzani OT, Monteiro MB, Ferreira EM, Santos SR, Leibel F, et al. Implementation of a multifaceted sepsis education program in an emerging country setting: clinical outcomes and cost-effectiveness in a long-term follow-up study. Intensive Care Med. 2014;40(2):182-91
7. Ganjoo S, Ahmad K, Qureshi UA, Mir ZH. Clinical Epidemiology of SIRS and Sepsis in Newly Admitted Children. Indian J Pediatr. 2015;82(8):698-702.
8. Pavare J, Grope I, Gardovska D. Prevalence of systemic inflammatory response syndrome (SIRS) in hospitalized children: a point prevalence study. BMC Pediatr. 2009;9:25
9. Ceneviva G, Paschall JA, Maffei F, Carcillo JA. Hemodynamic Support in Fluid-refractory Pediatric Septic Shock. Pediatrics 1998 Vol102, No. 02
10. Ventura AMC, et al. Double Blind Prospective Randomized Controlled Trial of Dopamine Versus Epinephrine as First-Line Vasoactive Drugs in Pediatric Septic Shock. Crit Care Med 2015 Vol43, No. 11

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 097**	**VERSÃO:** 1
POCT URGENCIA	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 6**

Elaborado por: Fabricio Lopes da Silva	Data: 25/09/2022	Visto: Assinado por: Fabricio Lopes da Silva 97794B2C355C4A3...
Revisado por: Renata Colamarche	Data: 28/09/2022	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 90E0E55E05D144E...
Aprovado por: Carla Casaes	Data: 01/10/2022	Visto: DocuSigned by: FAEFCD486FD6449...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
1	25/09/2022	Elaboração do procedimento
2	01/03/2024	Revisão

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

1- OBJETIVO

Definir parâmetros que assegurem a realização de exames em aparelhos PoCT fora do ambiente laboratorial.

2 – FINALIDADE

Assegurar o correto manuseio dos equipamentos Point of care Testing (PoCT) pelos profissionais enfermeiros na realização de exames de gasometria arterial /venosa e troponina.

O Point of Care Testing é qualquer dispositivo que não seja destinado ao autoteste, mas que seja destinado a realizar testes fora de um ambiente de laboratório, geralmente perto ou ao lado do paciente por um profissional de saúde capacitado - Ante as referências internacionais e os regramentos para o Controle Sanitário da Anvisa, conclui-se que os requisitos gerais de comprovação de segurança e de desempenho exigidos no Brasil RDC36/2015– no caso dos testes PoCT.

A tecnologia por trás de um point-of-care testing garante resultados em minutos, o que é mais uma vantagem deste tipo de equipamento. Da coleta do material genético ao resultado do exame, a espera costuma ser, em média, de apenas 15 minutos (o tempo pode variar de acordo com o tipo de exame).

Com esses dados, médico pode planejar ações preventivas mais ágeis e assertivas. O monitoramento facilitado pelos testes laboratoriais remotos auxilia na manutenção da saúde e na assistência ao paciente.

3 – ALCANCE

Unidades de Pronto Atendimento

4 – COMPETÊNCIA

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

- Enfermeiro

5 – SIGLAS E ABREVIATURAS

EPI (Equipamentos de Proteção Individual);

OMS (organização mundial da saúde);

PoCT(Point-of-Care Testing);

POP (procedimento operacional padrão);

6– DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

a) Materiais para exame de troponina no POCT :

- Pedido médico com solicitação de troponina com protocolo de dor torácico devidamente preenchido;
- Com os dois impressos retirar os materiais abaixo no setor de farmácia;
- Cassete teste;
- Eppendorf com solução;
- Pipeta e ponteira;
- Reunir o material;
- Levar o material até paciente;
- Apresentar-se ao paciente e/ ou acompanhante, realizar meta 1, orientar o procedimento que será realizado e sanar todas as dúvidas;
- Higienizar as mãos conforme OMS;
- Utilizar EPIS;
- Realizar coleta do paciente (01 tubo EDTA) consultar pop coleta de exame sangue;
- Após coleta da amostra do paciente, realizar teste na POCT Finecare;
- Conecte Pipeta na ponteira, pipetar de dentro do tubo de EDTA 75ul (imagem 01);
- Coloque esta quantidade no Eppendorf com solução (imagem 02);

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

- Realize a homogeneização por trinta vezes em seguida pipetar 75ul e colocar a solução no cassete (imagem 03);
- Colocar o cassete no indicador da POCTS e na tela opção Forma padrão (imagem 04), preencher com os dados do paciente;
- O resultado sairá em 15 minutos;
- Higienizar as mãos conforme OMS;
- Anotar no prontuário o procedimento realizado, horário e intercorrência, se houver;
- Deixar o ambiente limpo e organizado;
- Após 15 minutos retirar a filipeta do resultado no equipamento e encaminhar ao médico, registrar o resultado em prontuário;

Imagem 01

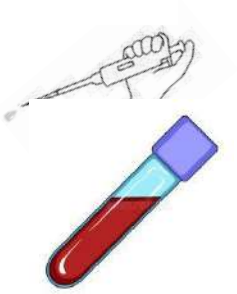
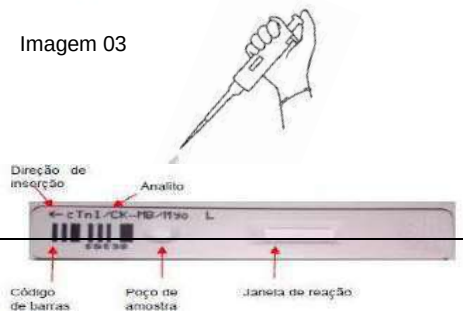


Imagem 02



Imagem 03



DS

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

Imagem 04



cassete

Imagens retiradas da internet

b) Materiais para exame de gasometria arterial ou venosa no POCT:

- Pedido médico com solicitação de gasometria arterial ou venosa e protocolo de sepse aberto devidamente preenchido;
- Reunir o material para coleta arterial ou venosa consultar POP de coleta de gasometria;
- Utilizar Seringa de gasometria da SARSTEDT onde possuem heparina lítica balanceada com cálcio iônico e garantem a coleta do volume correto, uma vez que o êmbolo do dispositivo trava ao atingir a quantidade exata de 1 ml ou 2ml;
- Levar o material até paciente;
- Apresentar-se ao paciente e/ ou acompanhante, realizar meta 1, orientar o procedimento que será realizado e sanar todas as dúvidas;
- Higienizar as mãos conforme OMS;
- Utilizar EPIS;
- Realizar amostra da coleta do paciente (imagem 01);
- Após coleta da amostra do paciente, homogeneizar a gasometria (imagem 02);
- No Poct de Gasometria escolher a opção venosa ou arterial, escrever dados do paciente na tela, apertar a tecla iniciar (imagem 03);
- Conecte a seringa com a pipeta, (imagem 04);
- Após conectar selecionar a tecla aspirar, onde sairá uma agulha onde realizara aspiração da amostra, no visor aparecer que poderá retirar as seringa (imagem 05);

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

- O resultado sairá em 02 minutos;
- Higienizar as mãos conforme OMS;
- Anotar no prontuário o procedimento realizado, horário e intercorrência, se houver;
- Deixar o ambiente limpo e organizado.
- Após os 2 minutos retirar a filipeta do resultado no equipamento e encaminhar ao médico, registrar o resultado em prontuário.

Imagem 01



Imagem 02



Imagem 03

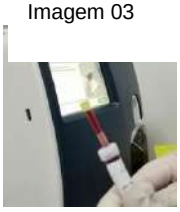


Imagem 04



Imagem 05



7 – RECERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

https://hilab.com.br/blog/point-of-care-testing/

www.gov.br https://www.gov.br › arquivos PDF I. Definição – Point of care testing – PoCT - Portal Gov.br

https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/32421597/do1-2015-08-27-resolucao-rdc-n-36-de-26-de-agosto-de-2015-32421440

https://www.centerlab.com/celer-finecare-fia-meter-plus-celer.html

https://novabiomedical.com/prime/index.php

https://guidessimo.com/document/1342580/nova-biomedical-stat-profile-prime-user-manual-manual-102.html

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 098**	**VERSÃO:** 1
RECUSA DE TRATAMENTO-EVASÃO	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 7**

Elaborado por: Renata Colamarche	Data: 04/07/2022	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 90E0E55E05D144E...
Revisado por: Carla Casaes	Data: 15/07/2022	Visto: DocuSigned by: FAEFCD486FD6449...
Aprovado por: Tassiana Pita	Data: 25/07/2022	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

DS

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

1- OBJETIVO

Descrever a rotina para situações em que o usuário opta por não permanecer na unidade de saúde dando continuidade ao seu tratamento, denominado como “recusa de tratamento” e rotina para casos em que o paciente evade da unidade de saúde sem consentimento ou ciência da equipe de saúde.

2. EXECUTANTES

Enfermeiro, Médico e Assistente Social.

3. DEFINIÇÕES

Todo paciente admitido para atendimento em unidade de saúde, independentemente de sua situação clínica, tem atendimento de inteira responsabilidade da instituição de saúde e de seus respectivos profissionais.

São conceitos:

- Recusa de tratamento de saúde – saída intencional do paciente com manifestação prévia à equipe da vontade de sair/desistir do tratamento.
- Evasão da unidade de saúde – saída intencional do paciente sem a ciência da equipe que esteja conduzindo o tratamento dele. Saída já concretizada.

No pedido de desistência do paciente da continuidade do tratamento em ambiente de atendimento, trata-se da “RECUSA DE TRATAMENTO”, e em sendo o médico contrário, este deverá apresentar um “PARECER DE DISCORDÂNCIA” ou “MOTIVO DE INDEFERIMENTO’’, onde o profissional médico deverá registrar em prontuário do paciente o motivo de sua negativa, baseada em fundamentos técnicos, na prática médica e estudos científicos, a fim de resguardar-se de futura responsabilização por eventos danosos decorrentes de uma alta hospitalar “prematura”, nas esferas judicial, administrativa e/ou ética.

A “RECUSA DE TRATAMENTO”, ou seja, o pedido expresso do paciente ou seu representante legal, com justificativa, solicitando a saída do ambiente hospitalar, pode ser deferida ou não pelo médico e acostado ao Prontuário do Paciente.

Além disso, temos o Parecer do CREMESP nº 20.589/00 que diz: “Tendo sido o paciente devidamente esclarecido e não apresentando risco de vida iminente, o médico fica desobrigado de dar continuidade ao

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

tratamento, bem como de emitir receita".

4. PROCEDIMENTOS

Quando houver demonstração de intenção de recusa de tratamento a equipe de enfermagem deve:

- Na demonstração de intenção do paciente ou familiar em descontinuar o tratamento, abordando-os na tentativa de compreender os motivos sanando as causas relacionadas a insatisfação com os serviços prestados;
- Se mesmo após abordagem mantem-se o desejo de sair da instituição e descontinuar a assistência prestada, solicitar a presença do médico para explicar os riscos envolvidos neste ato;
- Fazer preencher o Termo para Recusa de Tratamento (anexo 01) e solicitar assinatura do responsável;
- Em relação aos pacientes pediátricos, não é necessário que a criança esteja em risco iminente de morte para se negar a alta. Deve-se acionar o Conselho Tutelar ou o Juízo da Infância e da Juventude subsidiariamente. Segundo estatuto da criança e adolescente é obrigatória a permanência de responsáveis junto aos menores de 12 anos e direito de acompanhamento para maiores de 12 anos.

As ações preventivas à evasão de pacientes deverão ser tomadas anteriormente, para impedir tal desfecho, tais como:

- Identificar precocemente comportamentos sugestivos e/ou manifesto declarado de evasão do cliente como: antecedentes de fugas, saídas furtivas da enfermaria, solicitação de descontinuidade de tratamento, histórico de tentativas de suicídio, doenças psiquiátricas e sinais de confusão mental por etiologias diversas (exemplo: abstinência de drogas e álcool, isquemia cerebral) e outros.
- Compartilhar tais informações com a equipe multiprofissional, médico, assistente social e equipe de portaria e vigilância, para providências sob as suas responsabilidades, conforme descrito na norma procedimental interna;
- Intensificar o acompanhamento dos pacientes incapazes ou de grupos vulneráveis, clientes portadores de transtornos mentais ou com quadro de confusão mental e, menores de 18 anos ou maiores de 60 anos de idade.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

Caso haja a evasão, o Enfermeiro deve:

- Registrar os comportamentos ou manifesto voluntário de evasão, assim como as medidas preventivas tomadas, nos relatórios de notificação de ocorrências e no prontuário do paciente;
- Em se tratando de menores de idade garantir o acionamento do Serviço Social dentro da grade de horário de atendimento e ou deixar cópia do atendimento para notificação da equipe.

Em casos de evasão de pacientes com risco iminente de vida, portadores de transtornos mentais em quadros agudos e menores de idade, o enfermeiro, acompanhado pelo assistente administrativo e assistente social presentes, devem preencher um boletim de ocorrência (BO), viável por sistema “online” na opção de “OUTRAS OCORRÊNCIAS” no site https://www.delegaciaeletronica.policiacivil.sp.gov.br/ssp-de-cidadao/home da Polícia Civil do Estado de São Paulo, descrevendo com detalhes todas as informações obtidas e acompanhadas pela equipe e realizando o direcionamento através do e-mail do Serviço Social da unidade.

Quando houver evasões em horário/dia que não há atendimento do Serviço Social, o caso deve ser formalizado via e-mail para este departamento, objetivando que haja compreensão e ciência do caso, e que os devidos encaminhamentos ocorram no primeiro dia subsequente da presença da equipe do SESO na unidade.

Comunicar o médico responsável que deve preencher o Termo de Evasão (anexo 02), conjuntamente com o enfermeiro responsável e proceder com os registros em prontuário do paciente, a ser realizado por todos os envolvidos no atendimento e desfecho.

Ressaltamos que NÃO é necessário a intervenção e atuação do Serviço Social na evasão de pacientes adultos, idosos e psiquiátricos (não interditados), em atendimento de porta ou em observação, visto que o paciente tem pleno direito de recusar um determinado tratamento médico, liberdade de ir e vir, e desta feita, fica claro que a vontade do mesmo não importando seu estado clínico, tem seu direito de escolha, seja qual for o motivo, repelindo imposição médica e judicial, garantindo o seu direito, o princípio constitucional da dignidade da pessoa. Portaria nº 1.820/09, artigos “4 e 5”, II, fundamentado na Constituição Federal.

Todos os incidentes envolvendo o processo aqui descrito devem ser notificados através da notificação de circunstância adversa (anexo 03), por quaisquer profissionais, colaboradores e mesmos prestadores de serviço dentro da organização.

5. ANEXOS

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

1 - Termo de Responsabilidade para Recusa de Tratamento



Sociedade Beneficente
Caminho de Damasco - SBCD

PREFEITURA DE
SÃO PAULO

SUS

TERMO PARA RECUSA DE TRATAMENTO

Eu_____

portador do RG Nº_____ Órgão Emissor_____ UF_____

declaro ter sido informado pelo médico Dr. _____

sobre o quadro clínico do paciente _____

bem como da condição médica de sua internação. Mesmo assim, opto por retirá-lo (a), sem consentimento do corpo clínico desta instituição. Outrossim, responsabilizo-me pelos cuidados necessários para o seu bem-estar. Declaro que recebi as devidas explicações e estou ciente dos riscos associados ao quadro clínico e do risco para de sua saúde.

Motivo da recusa do tratamento:

_____

_____

_____

_____

São Paulo,_____de_____de_____.

Horário:_____.

_____

Paciente ou Responsável Legal

Observações: este documento deve ser preenchido pelo paciente ou responsável legal e mantido em prontuário do paciente junto aos registros de ocorrência / notificação de eventos.

Metro - Hospital e Maternidade Santantonio
Rua Gabriela, 144 - Lalandopolis
Guapa - SP - CEP 17406-000
Tel. (14) 3473-4164

Sede Administrativa Zona Norte - São Paulo - SP

Sede Administrativa - São Paulo - SP
Rua Dr. Jessias Macial, 1098 - Campo Belo
São Paulo - SP - CEP 04613-003
Tel. (11) 5543-8459

Sede Zona Norte - São Paulo - SP

2 - Termo de Evasão Hospitalar.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C



Sociedade Beneficente
Caminho de Damasco - SBCD

PREFEITURA DE
SÃO PAULO

SUS

TERMO PARA REGISTRO DE EVASÃO

Paciente _____ portador do RG Nº _____ Órgão Emissor _____ UF _____ evadiu-se da instituição mesmo após orientações prestadas pela equipe de Enfermagem e médico Dr. _____ sobre o quadro clínico e riscos associados à sua saúde.

Breve relato das condições clínicas:

_____

_____

_____

_____

_____

Risco iminente de morte ( )Sim ( )Não

Boletim de Ocorrência nº _____

E-mail registrado no B.O. _____

Responsável pelo registro de BO _____

São Paulo, _____ de _____ de _____.

Horário: _____

_____ _____

Médico Enfermeiro

Matriz - Hospital e Maternidade Samaritano
Rua Gabriela, 144 - Laboulaye
Campo - SP - CEP 13400-000
Tel. (14) 3471-4194

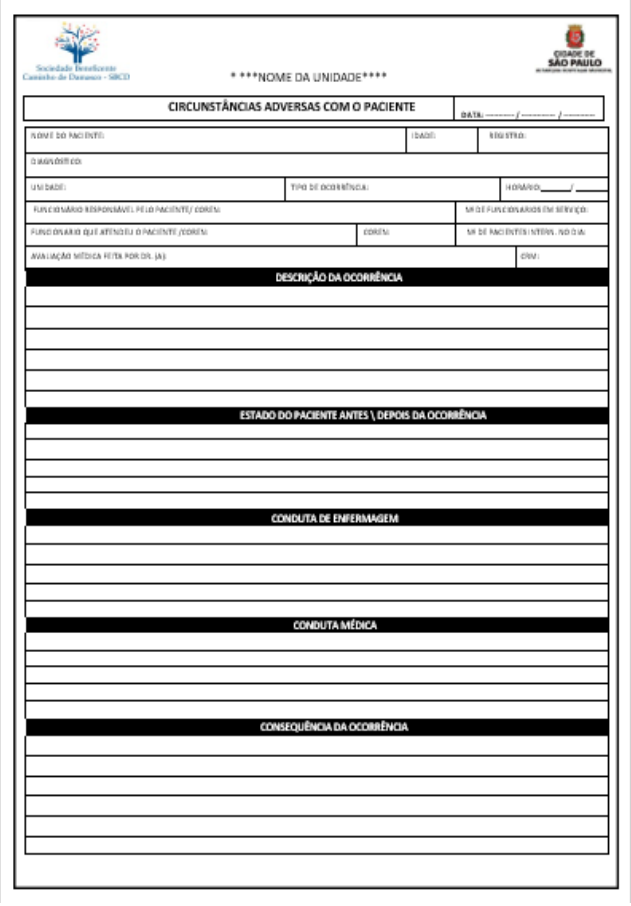
WWW.SBCDCAMPO.ORG.BR

Sede Administrativa - São Paulo - SP
Rua Dr. Jonatas Marial, 1918 - Campo Belo
São Paulo - SP - CEP 04615-001
Tel. (11) 5545-6459

3 - Notificação de Circunstância Adversa

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C



* ***NOME DA UNIDADE****

CIRCUNSTÂNCIAS ADVERSAS COM O PACIENTE

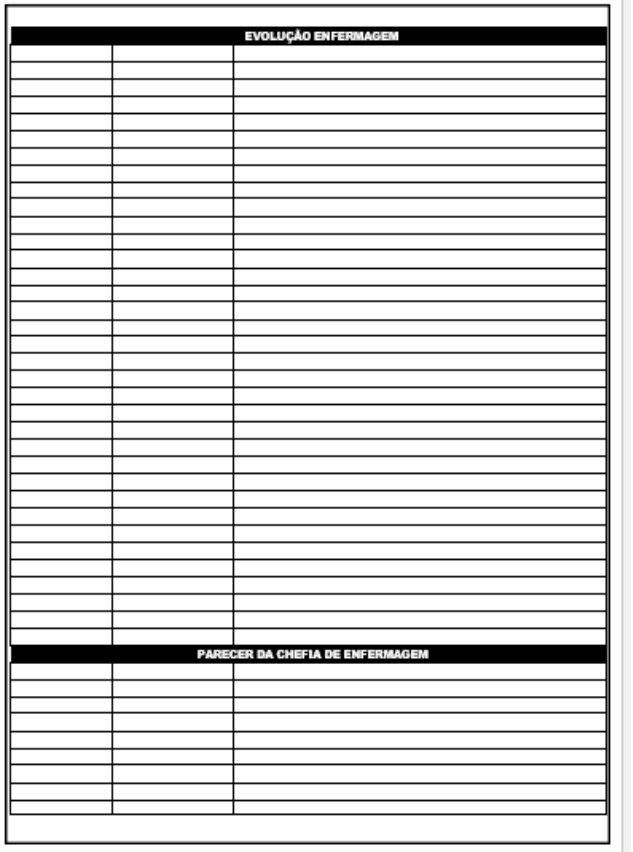
DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA

ESTADO DO PACIENTE ANTES \ DEPOIS DA OCORRÊNCIA

CONDUTA DE ENFERMAGEM

CONDUTA MÉDICA

CONSEQUÊNCIA DA OCORRÊNCIA



EVOLUÇÃO ENFERMAGEM

PARECER DA CHEFIA DE ENFERMAGEM

6 – RECERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Constituição da República Federativa do Brasil; · Declaração Universal dos Direitos Humanos; · Código Civil Brasileiro (Lei 10.406, de 10/01/2002);
- Lei Estadual 10.241, de 17/03/1999 – Direitos dos Usuários dos Serviços e das Ações de Saúde do Estado de São Paulo;
- Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069, de 13/07/1990).

DS

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 099**	**VERSÃO:** 1
PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 27**

Elaborado por: Renata Colamarche	Data: 01/08/2022	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 90E0F55E05D144F...
Revisado por: Carla Casaes	Data: 28/09/2022	Visto: DocuSigned by: EAEECD486ED6449...
Aprovado por: Tassiana Pita	Data: 01/09/2022	Visto: Assinado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz CEC19F2097164E7...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
1	25/09/2022	Elaboração do procedimento
2	01/03/2024	Revisão

DS

Docusign Envelope ID: ACE9DD89-5D41-4E24-BA56-CE76B2400A0C

1- OBJETIVO

Padronizar critérios mínimos para o reconhecimento e tratamento precoce dos pacientes que apresentam Dor Torácica (independentemente de sua causa), porém focando na SCA, alinhando as condutas de atendimento aos referenciais internacionais e protocolos municipais, visando obter maior agilidade e qualidade assistencial.

2 – ABRANGÊNCIA

Equipes Médicas, de Enfermagem e Administrativas

3 – EXIGÊNCIA (s) E JUSTIFICATIVA (s)

Garantir as informações pertinentes à área da assistência.

4 – RESPONSABILIDADES

Enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes administrativos e médicos de todos os setores das unidades de urgência e emergência.

5 – ABREVIAÇÕES

SBCD	Sociedade Beneficente Caminho de Damasco
POP	Procedimento Operacional Padronizado
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
PSM	Pronto Socorro Municipal
BRE	Bloqueio de ramo esquerdo
SST	Sem supra do segmento ST
CSST	Com supra do segmento ST
SCA	Síndrome Coronariana Aguda
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
ECG	Eletrocardiograma
VD	Ventrículo Direito

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

EV	Endovenoso
SC	Subcutâneo
VO	Via oral
CP	Comprimido
BP	Beneficência Portuguesa
AVC	Acidente Vascular Cerebral
PAS PAD	Pressão Arterial Sistólica - Pressão Arterial Diastólica
RCP	Reanimação Cardiopulmonar
SNC	Sistema Nervoso Central

6– DEFINIÇÕES

A síndrome coronária aguda com elevação de ST representa cerca de 29 a 38% dos casos de IAM. A mortalidade hospitalar média gira em torno de 5 a 6%. A SCA inclui: a angina instável e o IAM com ou sem supradesnivelamento do segmento ST.

A angina instável e o IAM **sem supra de ST**, podem não apresentar alterações típicas no ECG, o que fisiopatologicamente significa uma **suboclusão** das artérias que irrigam o miocárdio. Já no IAM **com supra ST**, há uma elevação do segmento ST, característica ao ECG, que significa fisiopatologicamente, uma **oclusão TOTAL** do fluxo arterial ao miocárdio.

Como etiologia, a SCA com elevação de ST pode ser causada por:

- Trombo oclusivo (placa aterosclerótica sofre ruptura ou erosão) => a principal causa;
- Espasmo coronariano (angina de Prinzmetal);
- Embolia para coronárias: trombo intracavitário, mixoma, endocardite, etc.
- Oclusão do óstio coronariano: dissecção de aorta ou de coronária;
- Arterite: sífilis, lúpus, doença reumatoide, poliarterite nodosa, Takayasu, Kawasaki;
- Trombose *in situ*: anemia falciforme, doenças mielo-proliferativas;
- Cocaína, anfetamina e derivados: vasoconstrição coronariana + efeitos cronotrópicos positivos, trombose e efeito tóxico direto no miocárdio.

7 – PROCEDIMENTO

O atendimento do paciente com dor torácica deve ser diferenciado dos demais pacientes, pois o fluxo assistencial deve seguir a lógica da priorização do atendimento desde a sua entrada no serviço.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

Vide macrofluxo no Anexo 1.

No momento da chegada do paciente, o mesmo poderá manifestar via totem/recepção/classificação de risco a **queixa de dor torácica**. Mas o sintoma pode ser referido também posteriormente durante a estada na instituição. Em todas as situações, deve-se **sinalizar imediatamente a equipe de enfermagem** para a realização do **ECG** de 12 derivações em tempo de **até 10 minutos**, contabilizando desde o horário da chegada do paciente na instituição ou da manifestação da queixa dolorosa, até o horário da realização do exame.

Após a realização do ECG, o médico deverá **analisar o traçado eletrocardiográfico imediatamente após** sua realização, e o paciente deverá ser avaliado em relação a sua história clínica e o tipo de dor, achados estes norteadores para definição de conduta.

Toda linha de cuidado proposta para os pacientes elegíveis ao protocolo deve ser evidenciada por meio do prontuário.

O diagnóstico consiste em:

a) Sintomas típicos ou atípicos:

Critérios de Avaliação da Dor	**Dor Típica**	**Dor Atípica – Até 30% dos IAM CSST**
Caráter da Dor	Geralmente associada a constrição, compressão, queimação e sensação de “peso”, durando 20 minutos ou mais.	Geralmente associada como sensação de facada, agulhada, pontadas e relato de piora durante a respiração.
Localização da Dor	Localizada no segmento retroesternal, ombro esquerdo, pescoço, face, mandíbula e região epigástrica.	Localizada no hemotórax e ombro direito.
Fatores Desencadeantes	Relacionada ao exercício, excitação, estresse, frio e refeições copiosas.	Palpação, movimentação.

** Atenção a diabéticos, mulheres e idosos que tendem a apresentar sintomas atípicos – **equivalente anginoso** – dispneia, sudorese, fadiga, palpitações, síncope, confusão mental, queimação no estomago, náuseas ou vômitos, **20% a 30% não apresentam dor!** Mais comum ocorrer em idosos, mulheres, diabetes, insuficiência cardíaca prévia, chegada tardia ao serviço.

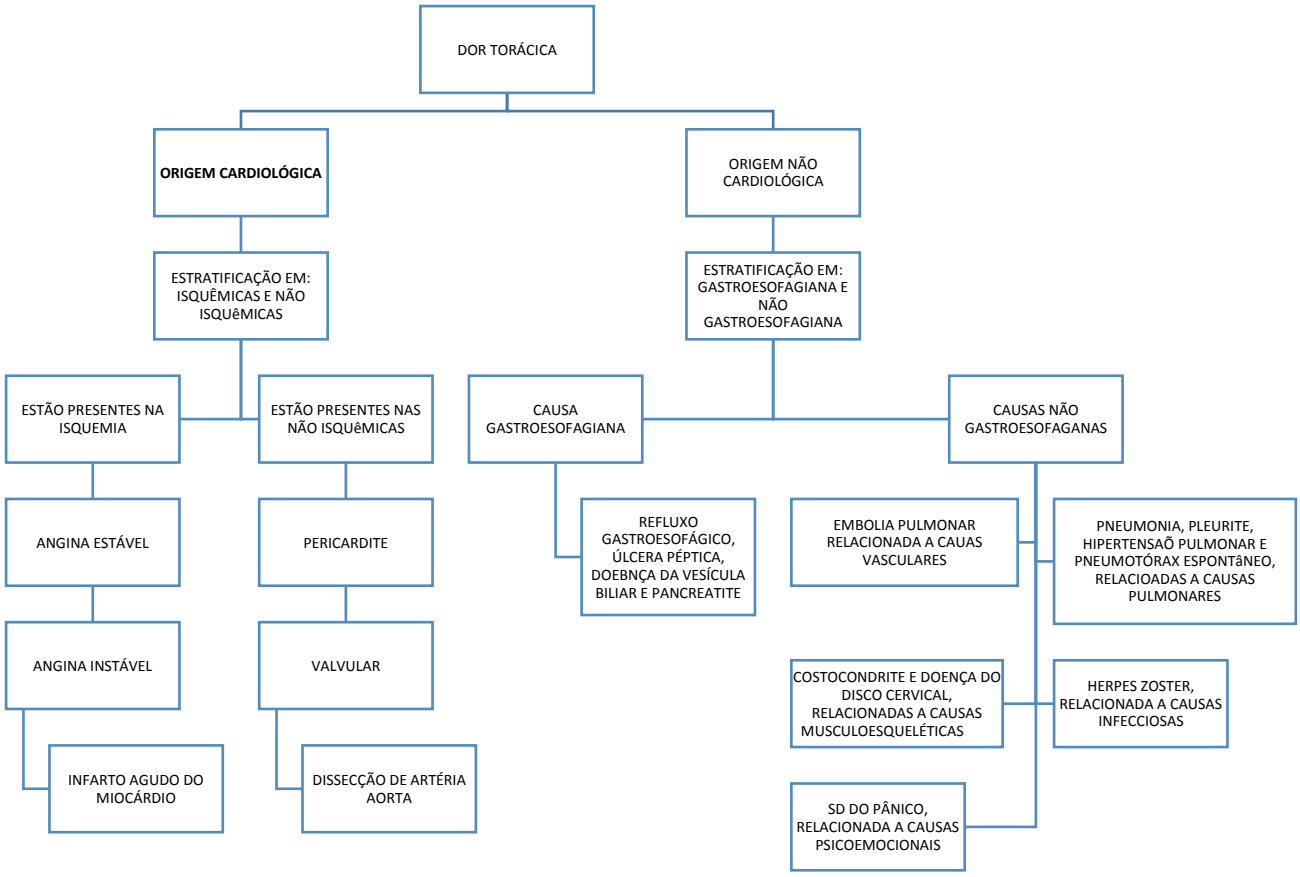
Tipos de Dor	**Características da Dor**

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

Dor Tipo A **Definitivamente Anginosa** As características dão certeza do diagnóstico de SCA, independentemente dos resultados dos exames complementares.	Dor/Desconforto retroesternal ou precordial, geralmente precipitado pelo esforço físico, podendo ter irradiação para o ombro, mandíbula ou face interna do braço, com duração de minutos. A mesma pode ser aliviada com o repouso ou com o uso de Nitrato em um período <10 minutos.
Dor Tipo B **Provavelmente Anginosa** As características fazem da SCA a principal hipótese, porém se faz necessária a coleta de exames complementares.	Apresenta a maioria, mas não todas as características da dor definitivamente anginosa podendo ser menos intensa, localização variável ou algum critério que impeça a definição de angina.
Dor Tipo C **Provavelmente Não Anginosa** As características não fazem da SCA a principal hipótese, porém se faz necessária a coleta de exames complementares, como critério de exclusão.	Apresenta poucas características da dor definitivamente anginosa, principalmente a relação com esforço.
Dor Tipo D **Definitivamente Não Anginosa** As características não incluem a SCA como hipótese diagnóstica.	Não apresenta nenhuma das características da dor típica anginosa.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

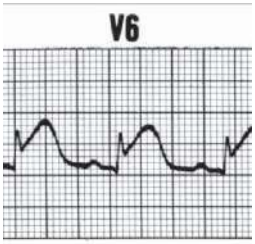


Diagnósticos diferenciais da Dor Torácica

b) <u>Alterações eletrocardiográficas</u>

Realizar o ECG em 12 derivações. Se há suspeita de IAM em Ventrículo Direito (se suspeita de infarto de parede inferior), realizar V3R e V4R.

O diagnóstico eletrocardiográfico de IAM com Supra ST consiste na presença de supradesnivelamento **≥ 1 mm** do **segmento ST** em pelo menos **2 derivações contíguas** ou reconhecimento de **Bloqueio de Ramo Esquerdo <u>novo</u>***.



Para as derivações precordiais **V1 e V3**, considerar SST:

- Sexo feminino: 1,5mm

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

- Sexo masculino > 40 anos: 2,0mm
- Sexo masculino < 40 anos: 2,5mm

*Na ausência de ECG antigo do paciente, aplicar os **Critérios de Sgarbossa**: presença de SST + BRE e avaliar:

• Supradesnivelamento de segmento ST ≥ a 1 mm em concordância com o QRS;

• Infradesnivelamento de segmento ST ≥ a 1 mm em V1, V2 e V3;

• Supradesnivelamento de segmento ST ≥ a 5 mm em discordância com o QRS.

A depressão de segmento ST e/ou inversão dinâmica de ondas T é sugestivo de isquemia (angina instável de alto risco ou IAM sem supra ST) => seriar enzimas.

ECG não diagnóstico ou normal, porém, com dor torácica fortemente sugestiva de isquemia, sugere angina instável de risco baixo ou intermediário => seriar enzimas.

Repetir ECG após 3h, 6h, 9h e/ou quando necessário.

Derivações Alteradas	**Parede Comprometida**
V1-V2	SEPTAL
V3-V4	ANTERIOR
V5-V6 e/ou D1 aVL	LATERAL
D2-D3-aVF	INFERIOR
V1-V6	ANTERIOR EXTENSA
V2-V3 ou V7-V8	POSTERIOR/DORSAL
V3R- V4R	VD

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73



c) Elevação enzimática (CK-MB e Troponina)

Colher na admissão e com intervalo 3h - 6h e 9h da admissão.

Fazer a dosagem da Troponina através do equipamento *point of care*, disponível no serviço. Encaminhar amostra para laboratório externo apenas no caso de discordância clínica ou indisponibilidade do aparelho.

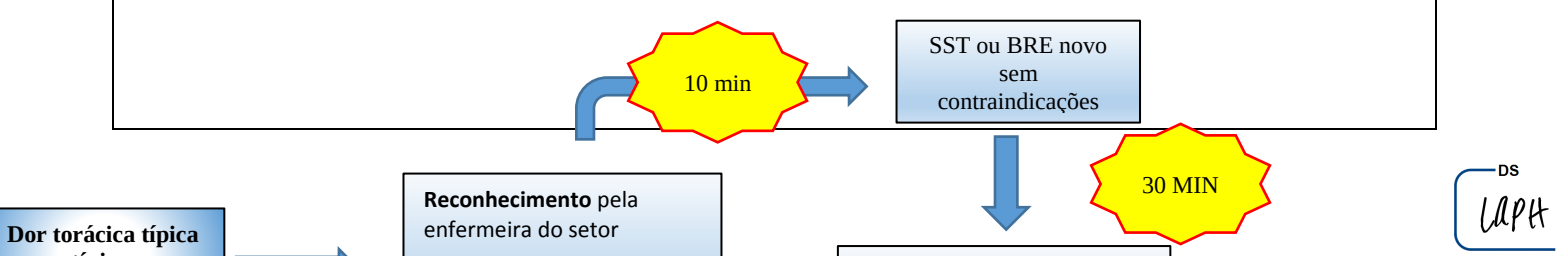
Valor de corte do *point of care*: depende do equipamento. Verificar no comprovante do resultado. No nosso equipamento atual o valor de referência varia de 0,0 a 0,3 ng/ml.

Se houver indicação de terapia de reperfusão, não se deve aguardar os resultados para o tratamento;

A coleta de exames não deverá interferir na decisão de abertura ou não de protocolo de SCA e sim os critérios clínicos e do ECG.

VII.1 – Rota 1 de abordagem – Formulário Protocolo de Dor Torácica (Anexo 4)

Para os pacientes que apresentam Dor Torácica do tipo A/B/C ou equivalente anginoso, com evidência de alteração eletrocardiográfica caracterizada por SST ou BRE novo ou presumivelmente novo, supondo a impossibilidade da angioplastia percutânea primária em tempo menor que 90 minutos. Paciente deve estar na SALA DE EMERGÊNCIA.



Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

- Jejum de 4 horas para os exames. Depois, dieta branda.
- Monitorização cardíaca contínua.
- Acesso venoso periférico (preferentemente MSE)
- Oxigenioterapia se $SatO_2$ < 94% em cateter nasal 3 l/min
- Terapia antiagregante:
    - Ácido acetilsalicílico 200 mg VO
    - Clopidogrel – dose de ataque de 300 mg VO para pacientes < 75 anos. Em pacientes >75 anos, prescrever 75mg
- Heparina, preferencialmente Enoxaparina 30 mg EV em *bolus* + 1mg/kg SC de 12/12 h - dose máxima 100mg. Em pacientes >75anos: 0,75mg/kg/dose SC 12/12h
- Analgesia e Sedação
    - Sulfato de morfina, na dose de 1 a 3 mg cada 5 minutos EV até o alívio da dor (dose máxima de 25 a 30 mg) ou evidência de toxicidade (hipotensão, depressão respiratória ou vômitos frequentes).
        - Caso ocorra bradicardia associada, recomenda-se administrar Atropina 0,5-1,0 mg EV.
        - Na ocorrência de depressão respiratória utilizar Naloxona 0,1-0,2 mg EV
    - O uso rotineiro de ansiolíticos não é recomendado. Quando necessário utilizar Diazepam na dose de 5-10 mg VO 8/8h por 24-48h.
- Nitratos
    - **Não** devem ser utilizados de rotina visto que não diminuem mortalidade e sim morbidade.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

- São utilizados para alívio de dor isquêmica, congestão pulmonar e diminuição pressórica.
- Logo após o primeiro ECG, nos casos em que houver dor torácica isquêmica, deve ser administrado nitrato sublingual (dinitrato de isossorbida 5 mg ou mononitrato de isossorbida 5 mg), desde que não haja **contraindicações** (infarto de ventrículo direito, uso de sildenafil ou derivados nas últimas 24h, hipotensão arterial). Após 5/10 min do uso do nitrato, deve ser realizado novo ECG para avaliar resolução ou manutenção do supradesnível do ST (afastar espasmo).

- Nitroglicerina (Tridil®) 50mg + SF 0,9% 250ml EV em bomba de infusão contínua – conforme critério médico.
- B-bloqueador: não havendo contraindicações, há a preferência para o uso VO de Metoprolol (25 mg a 50 mg) 2X/d iniciado nas primeiras 24h se estabilidade clínica.

- **Fibrinolítico – Anexo 2**
  - Reduzir o tempo de isquemia, melhorando o prognóstico e reduzindo morbimortalidade.
  - Tempo de sintomas <12 horas
  - ECG CSST ou BRE NOVO ou supostamente novo
  - **IMPORTANTE: PARA PACIENTES > 75 ANOS, A DOSE DE TNK DEVERÁ SER REDUZIDA PELA METADE**
  - **Contraindicações ABSOLUTAS**:
    - Hemorragia Intracraniana prévia;
    - Lesão estrutural cerebrovascular - aneurismas;
    - Neoplasias do SNC primárias ou metastáticas;
    - AVC Isquêmico nos últimos 3 meses;
    - Sangramento ativo (exceto menstruação);
    - Sangramento ativo do trato gastrointestinal;
    - Diástase sanguínea;
    - Suspeita de dissecção aguda aórtica;

DS LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

- Trauma grave nos últimos 3 meses;
- OUTROS TIPOS DE IAM SEM SUPRA DESNIVELAMENTO SEGMENTO ST.

- **Contraindicações RELATIVAS**
  - PAS > 180 mmHg ou PAD >110 mmHg refratária;
  - Hipertensão arterial crônica
  - AVC Isquêmico com mais de 3 meses;
  - Demência;
  - Parada cardiorrespiratória com RCP > 10 min;
  - Cirurgia de grande porte nos últimos 3 meses;
  - Ulcera péptica ativa;
  - Gravidez, aborto ou parto recente < 7 dias;
  - Anticoagulantes orais;
  - Punção em sítio não compressível;
  - Uso de estreptoquinase há mais de 5 dias;
  - História de alergia;
  - Sangramentos nas últimas 2-4 semanas.

- **Fatores de risco hemorrágico**
  - Idade ≥ 75 anos;
  - Baixo peso corporal (homem < 80 Kg, mulher < 65 Kg);
  - Sexo feminino
  - Raça negra
  - Uso de cocaína
  - AVC prévio
  - PAS > 160 mmHg / PAD > 110 mmHg

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

- INR > 4 ou TP > 24
- Uso de anticoagulante e Alteplase

- **Modo de Utilização**
  - **TECNECTEPLASE** – TNK (Metalyse®)
  - Apresentação: Ampolas de 40 mg (8 ml) e 50mg (10ml)
  - NÃO utilizar com soluções glicosadas
  - Infundir em veia periférica calibrosa
  - Infundir em *Bolus* único em 10 segundos

MODO DE UTILIZAÇÃO DA TECNECTEPLASE – TNK (Metalyse®) PELO PESO EM *BOLUS*:

Peso (Kg)	Unidades	mg	ml
<60	6000	30	6
60 a 70	7000	35	7
>70 a 80	8000	40	8
>80 a 90	9000	45	9
>90	1000	50	10

Alternativamente, na falta de TNK, pode se utilizar a **ALTEPLASE** (Actilyse®) da seguinte forma:

Até 6 horas do início dos sintomas (dose máxima = 100mg)			
Peso >= 65Kg	15mg	EV em *bolus*	Imediato
	50mg	EV	durante 30 minutos seguintes
	35mg	EV	durante os próximos 60 minutos
Peso <65Kg	15mg	EV em *bolus*	Imediato
	0,75mg/kg (até 50mg)	EV	durante 30 minutos seguintes
	0,50mg/kg (até 35mg)	EV	durante os próximos 60 minutos
Entre 6 e 12 horas do início dos sintomas (dose máxima = 100mg)			

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

Peso >= 65Kg	10mg	EV em *bolus*	Imediato
	50mg	EV	durante 60 minutos seguintes
	40mg	EV	durante os próximos 120 minutos
Peso <65Kg	10mg	EV em *bolus*	Imediato
	1,5mg/kg (dose máxima total)	EV	durante os próximos 180 minutos

Após TNK ou Alteplase, encaminhar o paciente **imediatamente** ao Centro de Referência (Hospital Beneficência Portuguesa) através de contato telefônico com Dr. Anselmo Salgado, responsável pela Hemodinâmica deste nosocômio **(11) 94478-8628**.

IMPORTANTE: PARA PACIENTES > 75 ANOS, A DOSE DE TNK DEVERÁ SER REDUZIDA PELA METADE! ATENÇÃO À DOSE DOS DEMAIS MEDICAMENTOS PARA A IDADE!

- **Critérios de reperfusão:**
  - Clínicos: evidência de melhora da dor torácica com ausência e/ou melhora significativa de dispneia e estabilidade hemodinâmica.
  - ECG: evidência de redução de ao menos 50% do SST quando comparado ao ECG de admissão (ECG com 60-90min pós-trombólise).

- Houve RESOLUÇÃO SUPRA ST > 50% após 60-90min (após início da infusão)?
  - **SIM** - CAT entre 2 - 24h (ligar no celular acima o mais breve possível em **no máximo 12 horas**);
  - **NÃO** - CAT DE RESGATE (ligar no celular acima **imediatamente** a qualquer horário!)

- **Prescrição de Manutenção:**

1. AAS 100MG
2. ENOXAPARINA 1MG/KG SC 12/12H (0,75MG/KG SC 12/12 P/ PCTES >75A) SE INSUFICIENCIA RENAL, HEPARINA 5000UI SC 8/8H;
3. CLOPIDOGREL 75MG 1XDIA
4. MONOCORDIL 20MG 3XDIA

DS LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

5. SINVASTATINA 40MG A NOITE.
6. ATENOLOL 25MG 12/12H
7. ENALAPRIL 10MG 12/12H
8. SINTOMÁTICOS
9. **INSERIR PACIENTE NA CROSS e LIGAR NA BENEFICÊNCIA PORTUGUESA**

VII.2 – Rota 2 de abordagem – Formulário Protocolo de Dor Torácica (Anexo 4)

A ROTA 2 deverá ser implementada nos casos em que os pacientes apresentem uma das características clínicas descritas abaixo:

- Dor Torácica do Tipo A/B/C ou equivalente anginoso com evidência de alteração eletrocardiográfica relacionada a IAM com **infradesnivelamento ST** ou na vigência de **inversão de onda T**
- Dor Tipo A/B/C com **ECG inespecífico ou normal**
- Presença de dor tipo C, com **alta probabilidade clínica de SCA**

Cabe ressaltar que, para os pacientes classificados como alta probabilidade de SCA, sugere-se a aplicação do **TIMI RISK** – Anexo 3 (escala preditiva de avaliação do risco de morte em eventos isquêmicos tanto para pacientes com **Angina Instável**, como, para pacientes com **IAM CSST**). Como fator de escolha para a terapia medicamentosa os **antiagregantes** e **anticoagulantes**.

- Estratificação de Risco cardiológico por meio da aplicação do **Heart Score** (a **escala de Grace** também pode ser utilizada) – Anexo 3;
- Dosagem de Troponina;
- Estabilização Clínica e internação – Sala de Emergência
- Avaliação quanto à provável indicação de realização de procedimento intervencionista eletivo;
- Prescrição Médica:
  - Jejum, até estabilização;
  - Acesso venoso periférico
  - Monitorização continua cardíaca e sinais vitais;
  - Cateter O_2: 3l/minuto se Sat O_2 < 94%;

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

- Antiplaquetário: **AAS** 100mg – 1 CP VO e para pacientes com alto risco de SCA associar o **Clopidogrel** 300mg;
- **Dinitrato de Isossorbida** (Isordil®) 5mg SL exceto se contraindicado;
- **Nitroglicerina** (Tridil®) 50mg + SF 0,9% 250ml EV, quando indicado - em Bomba Infusão Contínua com doses progressivas a cada 5 a 10min, até a dose anterior àquela que reduziu a pressão arterial do paciente em > 20 mmHg ou para < 100 mmHg e/ou aumentou a frequência cardíaca para > 10% do basal;
- **Morfina** dose inicial de 2 mg a 8 mg (geralmente suficiente para aliviar a dor e a ansiedade). Com a monitorização da pressão arterial, essas doses podem ser repetidas a intervalos de 5 a 15min.
- **B-bloqueador**: não havendo contraindicações, há a preferência para o uso VO de Metoprolol (25mg a 50mg) 2X/d iniciado nas primeiras 24h se estabilidade clínica.
- **Enoxaparina** 1mg/Kg/dose 12/12h SC, dose máxima 100mg, para pacientes de moderado e alto risco. Se função renal alterada, 1mg/Kg/dia, assim como para pacientes com >75anos, 0,75mg/Kg/dose 12/12h.Pacientes dialíticos ou com taxa de filtração glomerular inferior a 15ml/min e peso superior a 130kg deve-se considerar a Heparina não Fracionada (HNF) em BIC.

VII.3 – Rota 3 de

A ROTA 3 contempla pacientes que se apresentaram com dor torácica e foram incluídos no protocolo, mas que após avaliação clínica e exames complementares excluiu a hipótese de SCA, interrompendo o fluxo. Esta rota tem como grande objetivo excluir ou diagnosticar outras doenças graves como Tromboembolismo Pulmonar (TEP) e Dissecção Aguda de Aorta (DAA), bem como situações não ameaçadoras à vida que não se relacionam à isquemia miocárdica. A sequência de cuidados propostos na ROTA 3 deve ser individualizada a depender da principal hipótese diagnóstica aventada.

8 - TEMPO PARA REALIZAÇÃO DESTE PROCEDIMENTO

- 10 minutos para realizar e interpretar o ECG inicial;
- 30 minutos para a infusão do trombolítico quando indicado.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

9 - MENSURAR INDICADORES DESTE PROCEDIMENTO/ INDICADORES RELACIONADOS

•Indicadores propostos:

- Tempo porta-ECG;
- Tempo Porta-Agulha – no caso de trombólise indicada;
- Índice de adesão ao protocolo (relação entre o número de pacientes com dor torácica em que o protocolo foi aberto e o total de pacientes com quadro descrito de dor torácica) - mensal;
- Taxa de Mortalidade por IAM no serviço – (relação entre óbitos por IAM e total de óbitos no serviço) – mensal.

10 - FORMULÁRIOS / DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

- Formulário Protocolo de Dor Torácica – Anexo 4
- Formulário Trombolítico – Anexo 5

11 - PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

Ressaltamos a necessidade de ampla divulgação do protocolo às equipes assistenciais, bem como sua sensibilização para a correta adesão. O objetivo é garantir a adequada compreensão das orientações e minimizar a ocorrência de eventos adversos e desfechos negativos.

Todos os incidentes envolvendo o processo aqui descrito devem ser notificados por quaisquer profissionais, colaboradores e mesmos prestadores de serviço dentro da organização.

12 - REFERÊNCIAS

1. Protocolo de Dor Torácica, Projeto Infarto, Prefeitura de São Paulo
2. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST, Arq. Bras. Cardiol 2015, 105 (2Supl.1).
3. I Diretriz sobre Dor Torácica, Arq Bras Cardiol volume 79, (suplemento II), 2002
4. Protocolo Clínico Gerenciado: Dor Torácica, Hospital Alemão Oswaldo Cruz, 2014
5. Protocolo Síndrome Coronariana Aguda – SCA – SMS – Prefeitura do Município de São Paulo, 2022

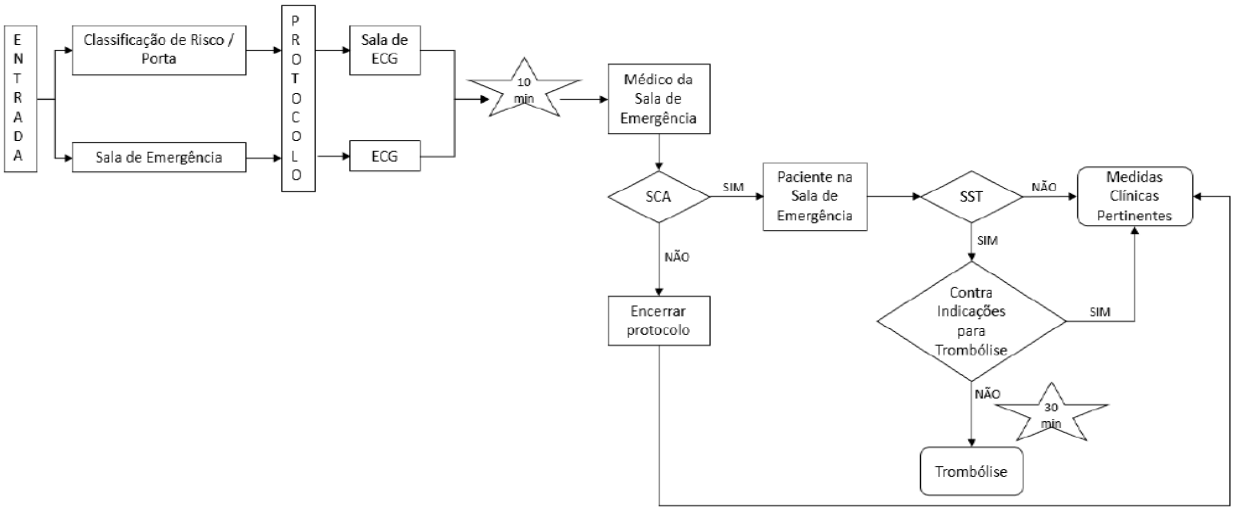
13 - ANEXOS

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

Anexo 1 - Macrofluxo da abordagem do paciente com Dor Torácica

Voltar



Anexo 2 – Trombólise – dar preferência à Tenecteplase

Voltar

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

SOCESP - PROJETO INFARTO -

SÍNDROME CORONÁRIA AGUDA COM SUPRA ST
TRATAMENTO FÁRMACO-INVASIVO
TENECTEPLASE (TNK)

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Início sintomas ≤ 12 horas
- Tempo transferência para angioplastia primária > 120 min
- ECG: supra ST (ponto J) ≥ 1,0mm (≥ 2 derivações contíguas)
- Nas derivações V_2-V_3 considerar supra ST:
  - Homens: ≥ 2,5mm < 40 anos
    ≥ 2,0mm ≥ 40 anos
  - Mulheres: ≥ 1,5mm
- BRE ou BRD novo
- Supra ST V_3R-V_4R = infarto VD
- Supra ST V_7-V_9 ≥ 0,5mm = infarto dorsal (geralmente infra ST V_1-V_2)

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Qualquer contraindicação absoluta ao TNK

SITUAÇÕES ESPECIAIS
(indicar angioplastia primária)

- Sintomas ≥ 12horas (dor ou sinais de isquemia persistente)
- Instabilidade hemodinâmica (hipotensão, choque, congestão pulmonar)
- Arritmias ventriculares complexas
- Risco hemorrágico alto

0'

10'

INFUSÃO TENECTEPLASE*
(até 10 min após ECG)

< 75 anos	≥ 75 anos
Aspirina 200mg + Clopidogrel 300mg + Enoxaparina: (30mg EV + 1mg/Kg SC 12/12h)	Aspirina 200mg + Clopidogrel 75mg + Enoxaparina: (0,75mg/Kg SC 12/12h)
+	+
TNK Dose completa	TNK 50% da dose

DOSE TENECTEPLASE (EV *bolus*)

< 60 Kg = 30mg = 6 ml	80-89 Kg = 45mg = 9 ml
60-69 Kg = 35mg = 7 ml	> 90 Kg = 50mg = 10 ml
70-79 Kg = 40mg = 8 ml	

RESOLUÇÃO SUPRA ST > 50% aos 60-90min?
(após início da infusão)

SIM → 120' CAT entre 2 - 24h

NÃO → CAT URGENTE "RESGATE"

*Idealmente, após TNK encaminhar o paciente imediatamente ao Centro de Referência

FIBRINOLÍTICO: CONTRAINDICAÇÕES

ABSOLUTAS

- Hemorragia prévia SNC
- Neoplasia de SNC (primária ou metastática)
- Lesão estrutural vascular de SNC
- AVC isquêmico < 6 meses
- Dissecção de aorta (suspeita ou confirmada)
- Sangramento ativo (exceto menstruação)
- Sangramento gastrointestinal < 30 dias
- Punção ou biópsia em sítio não compressível (ex. fígado, rins, lombar < 24h)
- Coagulopatias
- TCE e/ou trauma de face < 30 dias
- Cirurgia SNC < 2 meses

RELATIVAS

- PAS ≥ 180mmHg ou PAD ≥ 110 mmHg – refratária
- RCP prolongada ou traumática
- Ataque isquêmico transitório ≤ 6 meses
- Úlcera péptica ativa
- Cirurgia de grande porte ≤ 3 semanas
- Gravidez, aborto ou parto recente < 7 dias
- Anticoagulantes orais
- Cocaína: preferir tratamento clínico e/ou angioplastia
- Endocardite

FATORES DE RISCO HEMORRÁGICO

- Idade ≥ 75 anos
- Baixo peso corporal (homem < 80 Kg, mulher < 67 Kg)
- Sexo feminino

TRATAMENTO INVASIVO
ANGIOPLASTIA PRIMÁRIA
- Tempo ≤ 60min em centros com hemodinâmica ou
- Tempo transferência < 120min

(Aspirina 200mg + Clopidogrel 600mg) ou
(Aspirina 200mg + Ticagrelor 180mg) ou
(Aspirina 200mg + Prasugrel 60mg)
+
Heparina não-fracionada (sala de hemodinâmica)
70-100 UI/Kg EV (máximo 5.000 UI)

CLÍNICO | STENT | CIRÚRGICO

APÓS TENECTEPLASE E RETARDO NA TRANSFERÊNCIA MANTER:
- Aspirina 100mg/dia + Clopidogrel 75mg/dia + Enoxaparina 1mg/kg 12/12h (1mg/Kg/dia se ClCr < 30ml/min) até o CAT ou até a alta hospitalar ou até 8º dia se permanecer internado.
- Prasugrel: contraindicado - AVC/AIT pregresso, > 75 anos.
  Peso ≤ 60Kg = 5mg/dia (casos especiais)

NEJM 2017;376:2053-64

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

Anexo 3 – Escores – TIMI – GRACE – Heart Score – Classificações do IAM

Voltar

ESCORE DE TIMI para SCA com Supra			
História	Pontuação	**Escore de Risco**	**Mortalidade em 30 dias (%) no Estudo In TIME II**
Idade < 65 anos	0	0	0
Idade 65 - 74	2	0	0.8%
Idade > 75 anos	3	1	1.6%
DM ou HAS ou Angina	1	2	2.2%
PAS<100mmHg	3	3	4.4%
FC>100	2	4	7.3%
Killip II e IV	2	5	12.4%
Peso <67kg	1	6	16.1%
Supra de ST parede anterior ou BRE	1	7	23,4%
Inicio do tratamento > 4 horas	1	8	26,8%
		>8	35,9%
Escore de risco = Total de Pontos (0 a 14)			

Classificações do IAM

Classificação clínica de Killip

Killip I: Sem evidência de congestão pulmonar
Killip 2: Estertores pulmonares, distensão venosa jugular ou terceira bulha
Killip 3: Edema pulmonar
Killip 4: Choque cardiogênico

Classificação hemodinâmica de Forrester

Forrester I: IC >2.2 e PCP< I8
Forrester 2: IC>2.2 e PCP> I8
Forrester 3: IC<2.2 e PCP< I8 (correlaciona-se com infarto do ventrículo direito)
Forrester 4: IC<2.2 e PCP< I8
(IC = índice cardíaco, PCP = pressão capilar pulmonar; aferido com catéter de Swan Ganz)

Classificação de Forrester modificada

Classe I: perfusão normal e ausência de congestão pulmonar
Classe 2a: perfusão normal, congestão pulmonar ao exame físico ou radiografia, sem dispnéia
Classe 2b: perfusão normal e congestão pulmonar com dispnéia
Classe 3: perfusão diminuída e ausência de congestão pulmonar
Classe 4: perfusão diminuída e presença de congestão pulmonar

DS LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

Escore Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE)

Variável		Pontos
Idade (anos)	<29	0
	30-39	0
	40-49	18
	50-59	36
	60-69	55
	70-79	73
	80-89	91
	> 90	100
História de IC		24
História de IAM		12
FC em repouso (bpm)	< 49	0
	50-69	3
	70-89	9
	90-109	14
	110-149	23
	150-199	35
	>200	43
PAS (mmHg)	<79	24
	80-99	22
	100-119	18
	120-139	14
	140-159	10
	160-199	4
	> 200	0
Depressão segment ST		11
Creatinina (mg/dl)	0- 0,39	1
	0,4-0,79	3
	0,8-1,19	5
	1,2-1,59	7
	1,6-1,99	9
	2,0-3,99	15
	>4	20
Troponina elevada		15

Baixo Risco: <108 pontos
Risco Intermediário: 109-140 pontos
Alto Risco: >140 pontos

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

HEART SCORE

História	Forte suspeita	2
	Moderada suspeita	1
	Leve ou nenhuma suspeita	0
Eletrocardiograma	Desvio do segmento ST importante	2
	Alterações inespecíficas de repolarização ventricular	1
	Normal	0
Idade	>64	2
	46 a 64	1
	<46	0
Fatores de risco	>2 fatores de risco ou história de doença arterial coronária	2
	1 ou 2 fatores de risco	1
	Sem fatores de risco	0
Troponina	>2 vezes o limite da normalidade	2
	Até 2 vezes o limite da normalidade	1
	No limite da normalidade ou abaixo	0

0 a 3 – risco de 1,6%
4 a 6 – risco de 13%
7 ou mais pontos – risco de 50%

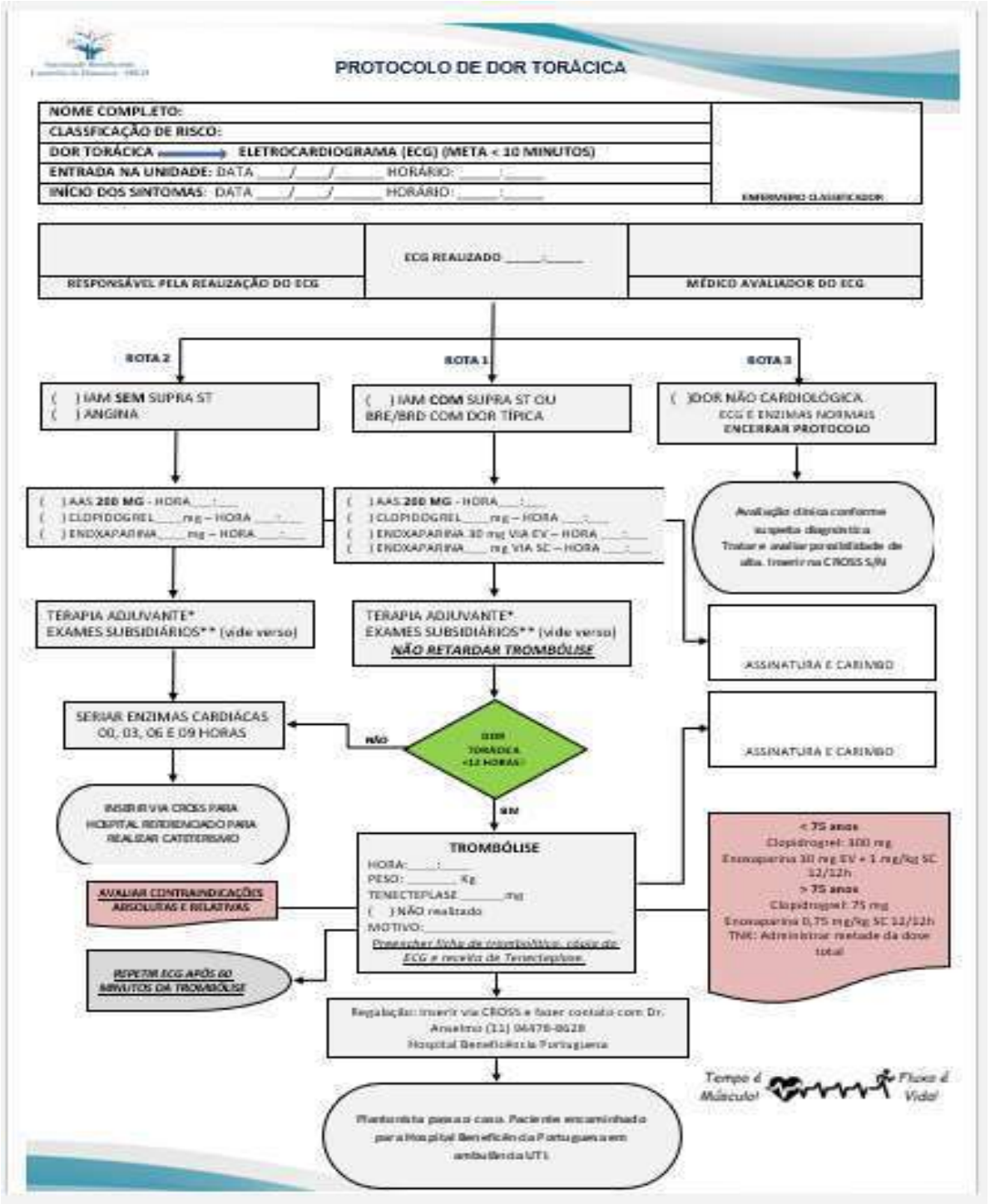
=> de chance de desenvolver IAM, angioplastia, cirurgia de revascularização miocárdica ou morte em 06 meses

DS
LAPH

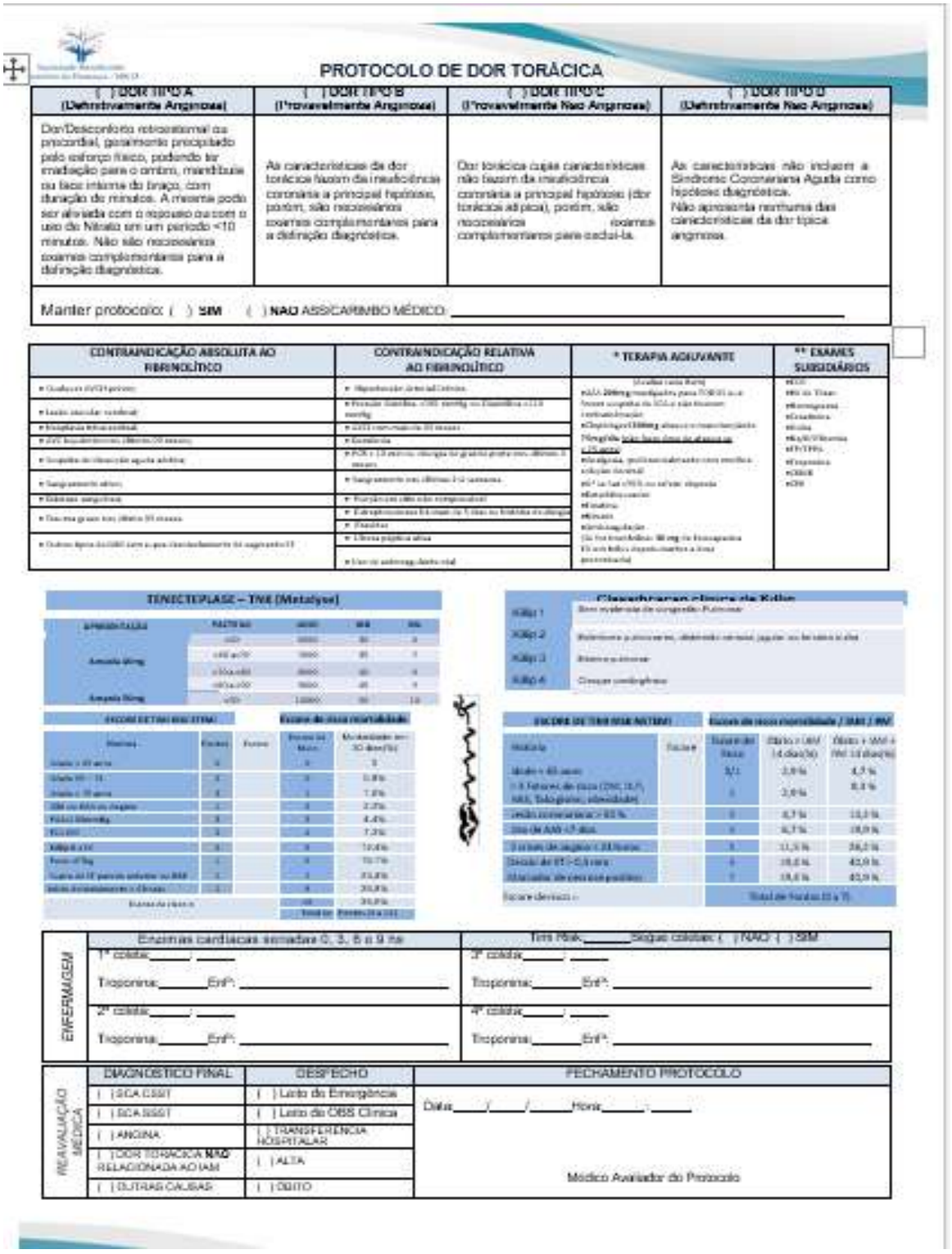
Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

Anexo 4 – Ficha Protocolo de Dor Torácica

Voltar



Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73



PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA

( ) DOR TIPO A (Definitivamente Anginosa)	( ) DOR TIPO B (Provavelmente Anginosa)	( ) DOR TIPO C (Provavelmente Não Anginosa)	( ) DOR TIPO D (Definitivamente Não Anginosa)
Dor/Desconforto retroesternal ou precordial, geralmente precipitado pelo esforço físico, podendo ter irradiação para o ombro, mandíbula ou face interna do braço, com duração de minutos. A mesma pode ser aliviada com o repouso ou com o uso de Nitrato em um período <10 minutos. Não são necessários exames complementares para a definição diagnóstica.	As características da dor torácica fazem da insuficiência coronária a principal hipótese, porém, são necessários exames complementares para a definição diagnóstica.	Dor torácica cujas características não fazem da insuficiência coronária a principal hipótese (dor torácica atípica), porém, são necessários exames complementares para excluí-la.	As características não incluem a Síndrome Coronariana Aguda como hipótese diagnóstica. Não apresenta nenhuma das características da dor típica anginosa.

Manter protocolo: ( ) **SIM** ( ) **NÃO** ASSINATURA/NÚMERO MÉDICO: _____

CONTRAINDICAÇÃO ABSOLUTA AO FIBRINOLÍTICO	CONTRAINDICAÇÃO RELATIVA AO FIBRINOLÍTICO	* TERAPIA ADJUVANTE	** EXAMES SUBSIDIÁRIOS

TENECTEPLASE – TNK (Metalyse)

Classificação clínica de Killip

ENFERMAGEM	Enzimas cardíacas seriadas 0, 3, 6 e 9 hs	Tira Reta:_____Segue colada: ( ) NÃO ( ) SIM
	1ª coleta:_____ / _____ Troponina:_____Enfª: _____	3ª coleta:_____ / _____ Troponina:_____Enfª: _____
	2ª coleta:_____ / _____ Troponina:_____Enfª: _____	4ª coleta:_____ / _____ Troponina:_____Enfª: _____

REAVALIAÇÃO MÉDICA	DIAGNÓSTICO FINAL	DESFECHO	FECHAMENTO PROTOCOLO
	( ) SCA CSST	( ) Leito de Emergência	Data:____/____/_____Hora:_____:_____
	( ) SCA SSST	( ) Leito de OBS Clínica	
	( ) ANGINA	( ) TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR	
	( ) DOR TORÁCICA NÃO RELACIONADA AO IAM	( ) ALTA	Médico Avaliador do Protocolo
	( ) OUTRAS CAUSAS	( ) ÓBITO	

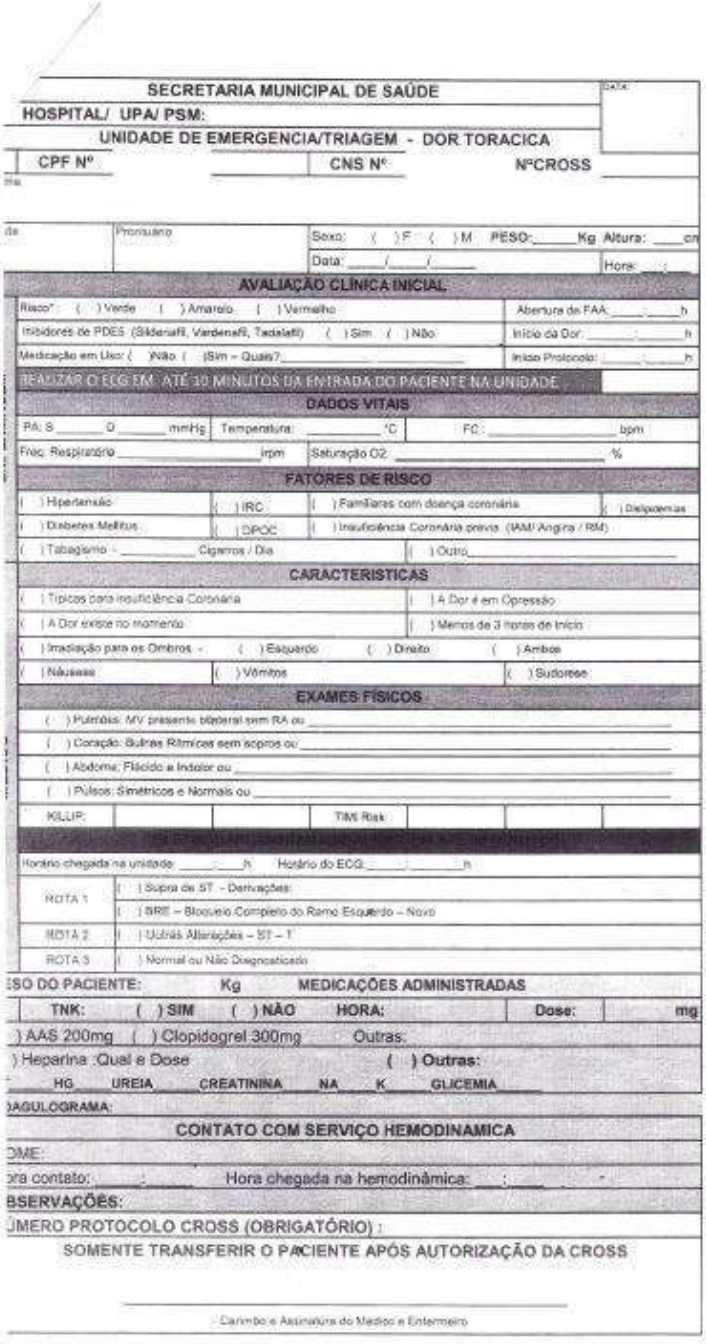
DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

Anexo 5 – Ficha Trombolítico

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL/ UPA/ PSM:

UNIDADE DE EMERGENCIA/TRIAGEM - DOR TORACICA

CPF Nº: CNS Nº: NºCROSS

Prontuário | Sexo: ( ) F ( ) M PESO:____Kg Altura: ___cm | Data: __/__/__ Hora: __:__

AVALIAÇÃO CLÍNICA INICIAL

Risco* ( ) Verde ( ) Amarelo ( ) Vermelho | Abertura de FAA: __:__h

Inibidores de PDE5 (Sildenafil, Vardenafil, Tadalafil) ( ) Sim ( ) Não | Início da Dor: __:__h

Medicação em Uso: ( )Não ( )Sim – Quais? | Início Protocolo: __:__h

REALIZAR O ECG EM ATÉ 10 MINUTOS DA ENTRADA DO PACIENTE NA UNIDADE

DADOS VITAIS

PA: S ____ D ____ mmHg | Temperatura: ____ °C | FC: ____ bpm

Freq. Respiratório ____ irpm | Saturação O2: ____ %

FATORES DE RISCO

( ) Hipertensão | ( ) IRC | ( ) Familiares com doença coronária | ( ) Dislipidemias

( ) Diabetes Mellitus | ( ) DPOC | ( ) Insuficiência Coronária prévia (IAM/ Angina / RM)

( ) Tabagismo - ____ Cigarros / Dia | ( ) Outro____

CARACTERISTICAS

( ) Típicos para insuficiência Coronária | ( ) A Dor é em Opressão

( ) A Dor existe no momento | ( ) Menos de 3 horas de início

( ) Irradiação para os Ombros - ( ) Esquerdo ( ) Direito ( ) Ambos

( ) Náuseas | ( ) Vômitos | ( ) Sudorese

EXAMES FISICOS

( ) Pulmões: MV presente bilateral sem RA ou ____

( ) Coração: Bulhas Rítmicas sem sopros ou ____

( ) Abdome: Flácido e Indolor ou ____

( ) Pulsos: Simétricos e Normais ou ____

KILLIP: | TIMI Risk

Horário chegada na unidade: __:__h Horário do ECG: __:__h

ROTA 1 ( ) Supra de ST - Derivações:

( ) BRE – Bloqueio Completo do Ramo Esquerdo – Novo

ROTA 2 ( ) Outras Alterações – ST – T

ROTA 3 ( ) Normal ou Não Diagnosticado

ESO DO PACIENTE: Kg **MEDICAÇÕES ADMINISTRADAS**

TNK: ( ) SIM ( ) NÃO HORA: Dose: mg

) AAS 200mg ( ) Clopidogrel 300mg Outras:

) Heparina :Qual e Dose ( ) Outras:

HG UREIA CREATININA NA K GLICEMIA

AGULOGRAMA:

CONTATO COM SERVIÇO HEMODINAMICA

OME:

ora contato: __:__ Hora chegada na hemodinâmica: __:__

BSERVAÇÕES:

ÚMERO PROTOCOLO CROSS (OBRIGATÓRIO) :

SOMENTE TRANSFERIR O PACIENTE APÓS AUTORIZAÇÃO DA CROSS

Carimbo e Assinatura do Medico e Enfermeiro

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

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

DS

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

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;

DS LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

- 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;

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

- 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

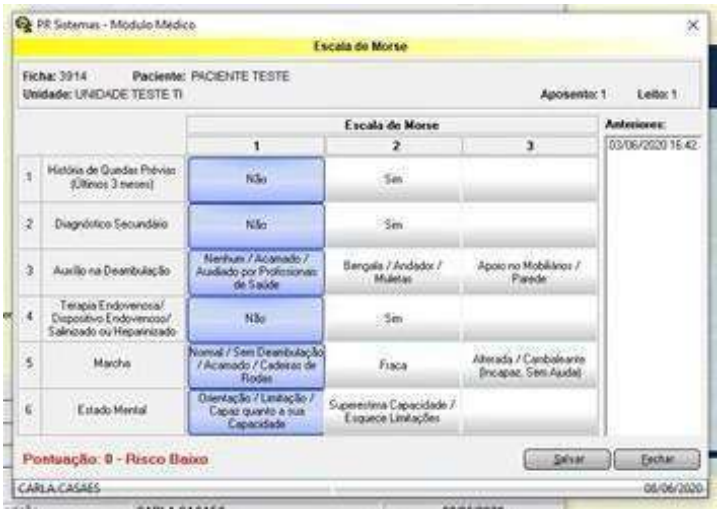
DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

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: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

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 quarteirão descontínuo de qualquer tecido 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: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

1- Descreva a não conformidade de tecnovigilância
LOTE: NÚMERO DE REGISTRO: DATA DE FABRICAÇÃO:
3 - 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 da 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: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

- 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.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 101**	**VERSÃO:** 1
PROTOCOLO DE SEPSE ADULTO	**VALIDADE:** 01/05/2026	**Pag. 1 de 14**

Elaborado por: Renata Colamarche	Data: 01/09/2021	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 90E0F55E05D144F...
Revisado por: Carla Casaes	Data: 24/09/2021	Visto; DocuSigned by: FAEFCD486FD6449...
Aprovado por: Tassiana Pita	Data: 01/10/2022	Visto: Assinado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz CEC19E2097164E7...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
1	01/09/2021	Elaboração do procedimento
2	25/09/2022	Atualização do modelo institucional
3	01/05/2024	Segunda revisão e atualização

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

1- OBJETIVO

Padronizar condutas baseadas em evidências científicas para a SEPSE, garantindo boas práticas assistenciais com os seguintes benefícios:

- Redução da mortalidade;
- Redução no tempo de internação hospitalar;
- Redução nos custos do tratamento;
- Retorno precoce do paciente às suas atividades habituais;
- Diferencial na qualidade do atendimento multiprofissional.

2 – COMPETÊNCIA

- Equipes Médica;
- Equipe de Enfermagem;
- Farmácia;
- Laboratório.

3 - MATERIAL

Garantir as informações pertinentes à área assistencial.

4– PROCEDIMENTOS

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Todos os pacientes que apresentem, em algum momento da internação e/ou admissão, quadro compatível com Sepse ou Choque Séptico;
- Idade > ou igual a 18 anos

DS LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Pacientes em cuidados paliativos formalizado segundo o protocolo;
- Idade < 18 anos;

TRIAGEM E INCLUSÃO NO PROTOCOLO

Diagnóstico de Sepse:

Sepse deve ser suspeitada em todos os pacientes com quadro infeccioso.

A equipe multidisciplinar deve estar atenta à presença dos critérios de resposta inflamatória sistêmica, que definem a presença de infecção (SIRS).

• Temperatura central > 38º C ou < 35ºC;

• Frequência cardíaca > 100 bpm;

• Frequência respiratória > 20 rpm, ou PaCO2 < 32 mmHg;

• Leucócitos totais > 12.000/mm³ ou < 4.000/mm³ ou presença de > 10% de formas jovens.

Nos pacientes com critérios de SIRS, a presença de disfunção orgânica define o diagnóstico de sepse. As principais disfunções orgânicas são:

• Hipotensão

• Oligúria (≤0,5ml/Kg/h)

• Relação PaO2/FiO2 < 300mmHg

• Contagem de plaquetas < 100.000/mm³ ou redução de 50% no número de plaquetas em relação ao maior valor registrado nos últimos 3 dias

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

• Acidose metabólica inexplicável: déficit de bases ≤ 5,0 mEq/L e lactato > 2 vezes o valor normal

• Rebaixamento do nível de consciência

• Aumento significativo de bilirrubinas (>2X o valor de referência)

IMPORTANTE

Ausência de critérios de SIRS **não exclui** o diagnóstico de SEPSE. Pacientes Idosos e imunossuprimidos, podem não apresentar esses sinais.

Assim, na presença de uma dessas disfunções, sem outra explicação plausível, pensar em SEPSE e inicie as medidas preconizadas nos pacotes.

Caso seja comprovado posteriormente não se trata de SEPSE, sempre poderemos suspender a antibioticoterapia.

TRIAGEM INICIAL

Será baseada nos critérios de SIRS e de disfunção orgânica.

Qualquer profissional da equipe assistencial que identificar pelo menos 2 critérios de SIRS e/ou 1 critério de Disfunção Orgânica, deverá iniciar o processo com a abertura da ficha do protocolo de sepse e direcionar o caso para avaliação médica imediatamente.

O médico deverá avaliar o paciente e definir se há foco infeccioso (presumido ou confirmado). Se não houver suspeita clínica de infecção, o paciente não será incluído no protocolo.

Se houver suspeita de infecção, o médico deverá definir se o diagnóstico é de Sepse ou Choque Séptico. Se o médico afastar o diagnóstico de Sepse ou Choque Séptico, o paciente não será incluído no Protocolo. O mesmo ocorrerá se o paciente, independentemente do diagnóstico, estiver em Cuidados Paliativos conforme protocolo próprio.

Uma vez que o médico confirmando que há sepse ou choque séptico, o paciente será incluído no protocolo e a partir deste momento se inicia a contagem de tempo para as metas terapêuticas:

- **Coletar o KIT SEPSE* (anexo 1) e 02 Amostras de hemoculturas periféricas (além de outras culturas conforme o caso), em até 30 minutos;**

DS LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

- **Prescrever a antibioticoterapia em até 30 minutos no máximo;**
- **Administrar os antibióticos, após coleta de culturas, em até 30 minutos após a prescrição médica (no máximo 1 hora após o diagnóstico);**
- **Reposição volêmica agressiva precoce em pacientes com hipotensão ou Lactato > 20 mg/dL.**

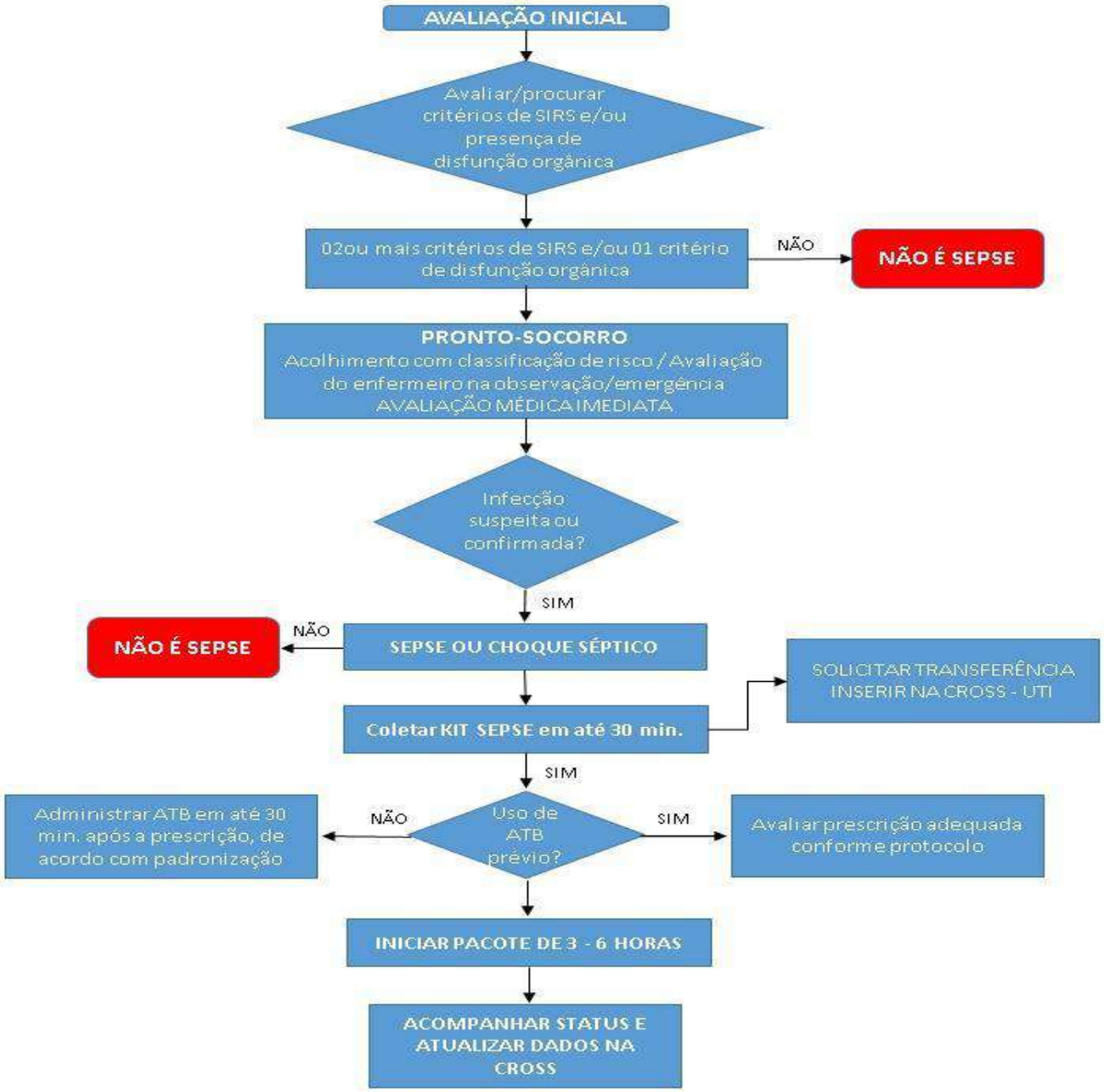
***KIT SEPSE**

Hemocultura periférica 2 amostras de diferentes sítios, Hemograma, Ureia, Creatinina, Glicemia, Sódio, Potássio, Cálcio iônico, Magnésio, Coagulograma, TGO, TGP, PCR, Bilirrubinas totais e frações, Troponina e Gasometria arterial e Lactato arterial

Após resultados de exames laboratoriais, o médico reavalia a presença de disfunção orgânica (clínica ou laboratorial), dando prosseguimento aos pacotes de 03 e de 06 h (terapia precoce guiada por metas).

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73



PACOTE DE 03 HORAS

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

- Coletar o Lactato Sérico
    - **Obs.**: O lactato (e SvO_2 nos pacientes que já tem acesso central) deve ser imediatamente encaminhado ao laboratório por quem estiver disponível. O objetivo é obter esse resultado em menos que 30 minutos.

- Coletar duas amostras de hemoculturas, urocultura e cultura de todos os outros sítios pertinentes. Prescreva essa coleta, colocando horário, pois o momento da mesma deve ficar registrado no prontuário. Coloque sempre a observação: coletar hemocultura antes da administração de antibióticos do item 5.

- Prescrever antibioticoterapia de amplo espectro, anotando o horário em que a mesma foi prescrita. Entregar na mão do (a) enfermeiro (a) responsável, que tem 30 minutos para administrar a medicação.

- Pacientes com Lactato alterado (acima de 20 mg/dL) ou hipotensos (pressão arterial sistólica abaixo de 90 mmHg, pressão arterial média < 65 mmHg ou redução da pressão sistólica em 40 mmHg da pressão habitual), devem receber ressuscitação hemodinâmica, conforme fluxograma em anexo.

- Nestes pacientes, iniciar imediatamente reposição volêmica agressiva **(pelo menos 30 ml/Kg de cristaloides).** Coloides proteicos (soro albuminado) podem também ser usados. Coloides não proteicos de baixo peso molecular constituem opção terapêutica em casos selecionados, após infusão inicial de cristaloides. **Esse volume deve ser infundido o mais rápido possível, idealmente em 30 a 60 minutos.**

- **Solicitar vaga de UTI na CROSS, após estabilização do paciente, para monitorização hemodinâmica**

Observação:
Pacientes cardiopatas podem necessitar de redução na velocidade de infusão, conforme a presença ou não de disfunção diastólica ou sistólica moderada/grave. Nestes pacientes, o uso de vasopressores para garantir pressão de perfusão adequada eventualmente necessita ser antecipado.

PACOTE DE 06 HORAS

- Caso a pressão arterial média (PAM) **permaneça abaixo de 65** (após a infusão de volume inicial), iniciar vasopressores. Não se deve tolerar pressões abaixo de 65 mmHg por períodos superiores a 30-40 minutos. Em casos de hipotensão ameaçadora à vida, pode-se iniciar o vasopressor mesmo antes da reposição volêmica. É fundamental garantir a pressão de perfusão enquanto se continua a reposição volêmica. Assim, o vasopressor

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

pode ser iniciado mesmo em veia periférica, enquanto se providencia com urgência o acesso central. A droga de escolha é a noradrenalina.

- Os pacientes com Choque Séptico (enquanto em uso de vasopressor) devem ser monitorados com pressão arterial invasiva, se disponível.

O objetivo é atingir essas metas:

- PVC: 8 – 12 mmHg ou 12-15 mmHg em pacientes em VM (quando disponível);
- PAM ≥ 65 mmHg
- Diurese > 0,5 ml/Kg/h
- Saturação venosa de Oxigênio ($SvcO_2$) ≥ 70%

- Continuar reposição volêmica, orientado pela PVC (quando disponível), visando atingir o alvo terapêutico. O paciente hipotenso, a despeito da otimização da reposição volêmica, e/ou com hiperlactatemia inicial, tem indicação de reavaliação do estado volêmico ou de parâmetros perfusionais pela equipe médica, dentro das primeiras 6 horas de tratamento. As seguintes formas de reavaliação poderão ser consideradas:

  ✓ Mensuração de PVC (quando disponível);
  ✓ Variação de pressão de pulso;
  ✓ Variação de distensibilidade de cava (se disponível);
  ✓ Elevação passiva de membros inferiores;
  ✓ Qualquer outra forma de responsividade a fluidos;
  ✓ Mensuração de SvO_2;
  ✓ Tempo de enchimento capilar;
  ✓ Intensidade de livedo;
  ✓ Sinais indiretos (por exemplo, melhora do nível de consciência ou presença de diurese).

- A SvO_2 deve estar acima de 70% dentro de 06 horas do diagnóstico. Utilizar toda a estratégia de otimização descrita no fluxograma em anexo. Dela fazem parte à reposição volêmica, noradrenalina, dobutamina e, eventualmente, concentrado de hemácias. Todos os pacientes com Hb < 7,0 g/dL devem receber transfusão.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

- Pacientes com HB < 9,0 devem receber dobutamina. Caso a SvO_2 não atinja 70% após início da dobutamina, pacientes com Hb < 9,0 g/dL devem receber transfusão. Deve ser administrada uma unidade de cada vez com novo controle de SvO_2. Caso a SvO_2 não atinja 70% após essas manobras, considerar intubação e sedação para redução do consumo de oxigênio. A temperatura corporal deve ser normalizada.

- Nos pacientes com lactato alterado, uma meta terapêutica adicional é o clareamento do mesmo. Assim, após
- 02 horas de ressuscitação, nova dosagem deverá ser solicitada. O objetivo é obter clareamento de 10 a 20% em relação aos níveis anteriores, visando a normalização do mesmo.

- Pacientes sépticos podem se apresentar hipertensos, principalmente se já portadores de hipertensão arterial sistêmica. Nesses casos, a redução da pós-carga pode ser necessária para o restabelecimento da adequada oferta de oxigênio. Não se devem usar medicações de efeito prolongado, pois esses pacientes podem rapidamente evoluir com hipotensão. Assim, vasodilatadores endovenosos são preferíveis.

- **Não está indicado o uso de bicarbonato nos casos de acidose lática em pacientes com pH > 7,15,** pois o tratamento dessa acidose é o restabelecimento da adequada perfusão. Nos pacientes com pH abaixo desse valor ela pode ser avaliada.

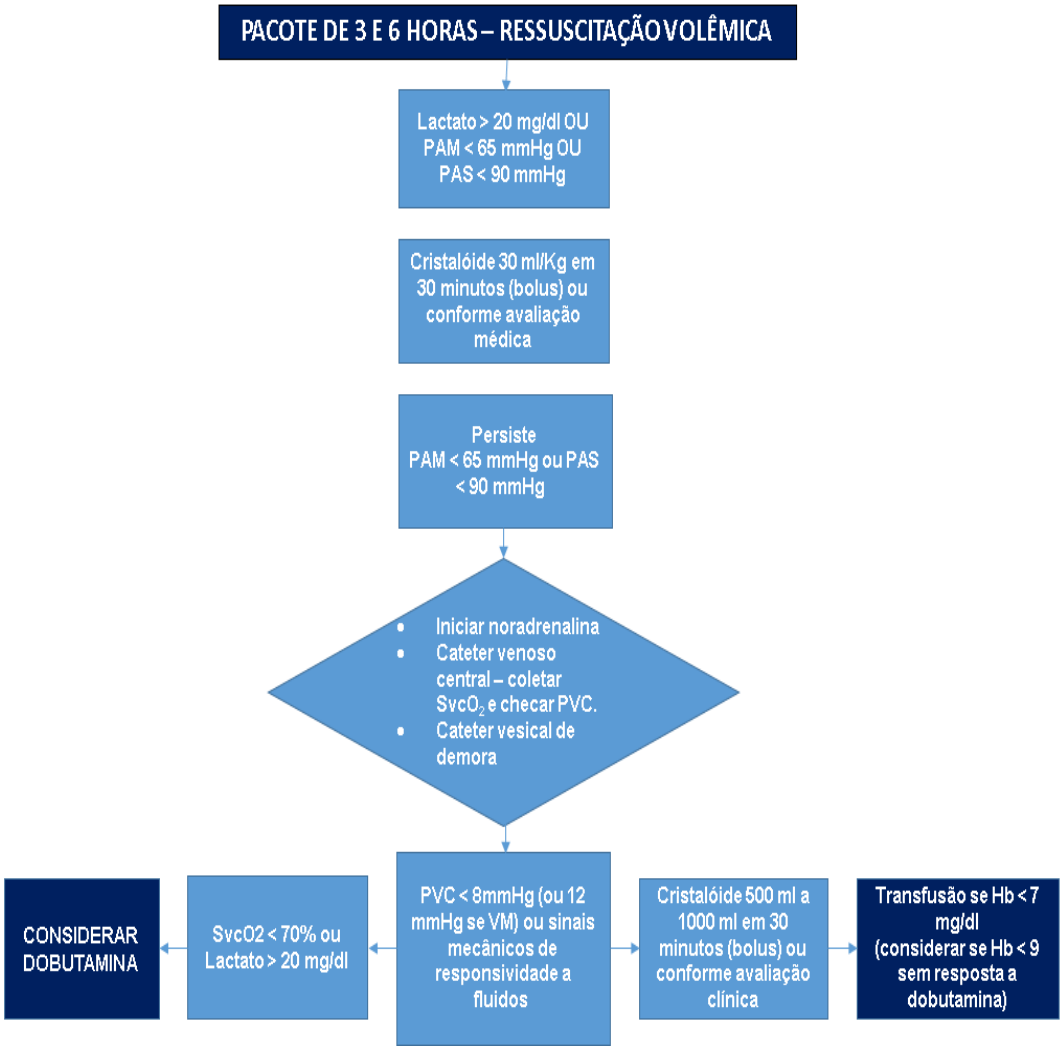
Outras recomendações:

- Somente em paciente com Choque Séptico refratário, pode-se avaliar a prescrição de Hidrocortisona 50 mg de 6/6 h.
- Caso o paciente esteja em ventilação mecânica, todos os esforços devem ser feitos para **manter a pressão de platô abaixo de 30 cm H2O** (se possível).
- Deve-se usar estratégica para controle glicêmico de acordo com os protocolos institucionais, objetivando glicemias entre 110-140 mg/dL.
    - Protocolo I- Choque Séptico

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

- Protocolo II- Sepse



1.1. GUIA DE ANTIMICROBIANOS

FOCO	OBSERVAÇÕES	TERAPIA ANTIMICROBIANA
Foco Não Identificado	Avaliar a possibilidade de presença de: “Beta Lactamases de Espectro Estendido – ESBL” e “Pseudomonas aeruginosa"	Cefrtriaxona 2g IV Ataque; após 1 g IV 12/12 h

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

Provável Foco Pulmonar	SEM fatores de risco para Infecção Associada à Assistência de Saúde	- Ceftriaxona 1-2g de 12/12h +Azitromicina 500 – 1000mg 1x/dia **OU** Ceftriaxona 1-2g IV de 12/12h + Claritromicina 500 – 1000mg 1x / dia
	COM fatores de risco para Infecção Associada à Assistência de Saúde	Piperacilina + Tazobactam 4,5g de 8/8h + Metamizol 7,5mg/kg de 12/12h 15mg/kg/dia + Claritromicina 500-1000mg de 12/12h **OU** Meropenem 1g de 8/8h + Claritromicina 500-1000mg de 12/12h
Provável Foco Urinário	Avaliar a possibilidade de presença de: “Pseudomonas aeruginosa”	Ceftriaxona 1-2g de 12/12h (se fatores de risco)
	Avaliar a possibilidade de presença de: “Beta Lactamases de Espectro Estendido – ESBL”	Se Choque: Piperacilina + Tazobactam 4,5 g IV de 8/8h
Provável Foco Abdominal		Ceftriaxona 1-2g de 12/12h + Metronidazol 500 mg IV de 8/8h **OU** Ciprofloxacina 400 mg IV de 12/12h + Metronidazol 500 mg IV de 8/8h (suspeita de foco pélvico)
Provável Neutropenia Febril		Imipinem 1g IV 6/6h.Se instabilidade hemodinâmica, associar Vancomicina 25 a 30 mg/Kg- dose de ataque (dose máxima 2g) - Dose de Manutenção 15-20 mg/Kg/dose de 12/12 h
Provável Pele e Partes Moles		Vancomicina 25 -30 mg /Kg- dose de ataque (dose máxima 2g) - Dose de Manutenção 15-20 mg/Kg/dose de 12/12 h. **OU** Oxacilina 500 mg IV 4/4h ou 6/6h **OU** Ceftriaxona 2g IV (Dose Ataque) e após 1g IV 12/12 h
Provável Infecção de Sítio Cirúrgico	Colher cultura de ferida cirúrgica segundo técnica descrita pelo laboratório	Vancomicina 25 -30 mg /Kg- dose de ataque (dose máxima 2g) - Dose de Manutenção 15-20 mg/Kg/dose de 12/12 h. **OU** Piperacilina + Tazobactam 4,5 g IV de 8/8 h **OU** Ceftriaxona 2g IV (Ataque) e após,1g IV de 12 /12 h

Indicadores de Qualidade

DS LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

Os 4 principais indicadores de qualidade são relacionados ao pacote de 3 horas:

- Coleta de lactato arterial em até 30 minutos do diagnóstico de sepse;
- Coleta de Hemocultura antes do antibiótico;
- Administração de antibioticoterapia de amplo espectro na primeira hora;
- Reposição volêmica agressiva (30 ml/kg em 30 minutos ou conforme avaliação clínica) nas 03 primeiras horas nos pacientes com lactato arterial maior que 20 mg/dL ou PAM < 65 mmHg.

Metas:

- Atingir 90% dos pacientes diagnosticados com sepse tendo o lactato coletado em até 30 minutos no prazo de 06 meses.
- Atingir 90% dos pacientes com coleta de hemocultura antes da administração do antibiótico em 02 meses.
- Atingir 90% dos pacientes com administração de antibioticoterapia de amplo espectro na primeira hora em 03 meses.
- Atingir 90% dos pacientes com realização de reposição volêmica agressiva nas 03 primeiras horas nos pacientes com lactato arterial maior que 20 mg/dL ou PAM < 65 mmHg. em 03 meses.

ATENÇÃO

É fundamental o registro correto de todas as condutas, tanto na ficha do protocolo, quanto no prontuário, com especial atenção aos horários. É com base nesses registros que será feita a análise dos indicadores.

5 - ABREVIAÇÕES

- ILAS- Instituto Latino Americano Sepse.
- SIRS- Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica.

6 - DEFINIÇÃO

A sepse é definida como presença de disfunção orgânica secundária a uma agressão infecciosa. Apresenta taxas elevadas de incidência e mortalidade.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

O estudo SPREAD, conduzido pelo ILAS, apontou que 30% dos leitos de UTI (Unidade de Terapia Intensiva) do Brasil estão ocupados por pacientes com sepse ou choque séptico. A letalidade nesses pacientes foi de 55%. Assim, todos os profissionais devem ser capazes de reconhecer os sinais e sintomas de sepse e providenciar a conduta imediata para que o tratamento possa ser feito. Isso torna o desafio amplo e não apenas restrito a áreas como terapia intensiva e serviços de urgência/emergência, abrangendo de forma plena as instituições.

INFECÇÃO SEM DISFUNÇÃO: Infecção suspeita ou confirmada, sem disfunção orgânica, de forma independente da presença de sinais de SIRS.

SEPSE: Infecção suspeita ou confirmada associada à disfunção orgânica, de forma independente da presença de sinais de SIRS.

CHOQUE SÉPTICO: Sepse que evoluiu com hipotensão não corrigida com reposição volêmica (PAM ≤65 mmHg), de forma independente de alterações de lactato.

7 – OBSERVAÇÕES

- É fundamental acompanhar e atualizar a ficha dos pacientes incluídos no Protocolo de Sepse/Choque Séptico na CROSS

8 – ANEXO

Anexo 01 - KIT SEPSE

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73



9 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Sepse: Um problema de saúde pública. Instituto Latino Americano para
2. Estudo da Sepse. Brasília, CFM, 2015.
3. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Severe Sepsis and Septic Shock: 2012
4. Eliezer Silva et al. Controlando a infecção, sobrevivendo à SEPSE: manual de abordagem inicial da sepse grave e choque séptico. ILAS, HIAE, MS. São Paulo, 2012.
5. Campanha Sobrevivendo à Sepse: Roteiro de implementação de protocolo assistencial gerenciado.ILAS,2014.
6. Singer M, Deutschman C, Seymour CW, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. Doi: 10.10.1001/jama.2016.0287.
7. Rhodes et al.Surviving Sepssi Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 102**	**VERSÃO:** 1
PROTOCOLO DE TEV	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 13**

Elaborado por:Renata Colamarche	Data: 03/05/2022	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 90E0F55E05D144E...
Revisado por: Carla Casaes	Data: 18/05/2022	Visto: DocuSigned by: FAEFCD486FD6449...
Aprovado por: Tassiana Pita	Data: 01/06/2022	Visto: Assinado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz CEC10F2097164F7...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
1	03/05/2022	Elaboração do procedimento
2	01/03/2024	Revisão

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

1- OBJETIVO

Padronizar condutas baseadas em evidências científicas para a TROMBOEMBOLISMO VENOSO, garantindo boas práticas assistenciais com os seguintes benefícios:

- Redução da mortalidade;
- Redução no tempo de internação hospitalar;
- Redução nos custos do tratamento;
- Retorno precoce do paciente às suas atividades habituais;
- Diferencial na qualidade do atendimento multiprofissional.

2 – COMPETÊNCIA

- Equipes Médica;
- Equipe de Enfermagem;
- Farmácia e;
- Nutrição.

3 – SIGLAS A ABREVIATURAS

- TEV: tromboembolismo venoso
- TEP: tromboembolismo pulmonar
- HBPM: heparina de baixo peso molecular;
- HNF: heparina não fracionada

DS

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

- TIH: trombocitopenia induzida por heparina
- FVC: filtro de veia cava

4 – DEFINIÇÕES

O tromboembolismo pulmonar (TEP) é a complicação aguda mais temível da trombose venosa profunda, sendo a causa de morte evitável mais comum no paciente hospitalizado. A embolia pulmonar pode estar associada a 5 a 10% das mortes de pacientes hospitalizados. Cerca de 25% do total de casos de tromboembolismo venoso (TEV) estão associados a hospitalização e desses, 50 a 75% ocorrem em pacientes clínicos. Em estudos prospectivos de pacientes de alto risco sem profilaxia, a TEV foi detectada em cerca de 2 a 4,9% e o TEP em 0,3 a 1,5% destes casos. A profilaxia da ocorrência de TEV se baseia, além de sua alta frequência, no fato de que a maioria dos pacientes é assintomática ou cursa com sintomas inespecíficos. Além disso, TEV e TEP são causas frequentes de complicações e óbitos em pacientes hospitalizados que podem ser evitadas. Outras complicações tardias da TEV são a trombose venosa recorrente, a hipertensão venosa crônica, e a síndrome pós trombótica, quadros clínicos incapacitantes cujas frequências são incertas.

5 - PROCEDIMENTOS

O protocolo de profilaxia de TEV configura-se como um protocolo que permeia toda a instituição, pois é aplicado a todos os pacientes adultos, sejam eles clínicos ou cirúrgicos. Além disso, a introdução, em um pronto socorro de corpo clínico aberto, de um protocolo que envolve a participação da equipe médica e multiprofissional, onde todos os pacientes precisam ser avaliados na admissão e constantemente reavaliados, é um constante desafio. Dessa forma, a elaboração de um documento que contemple as melhores evidências científicas sobre o tema pode reduzir as taxas de ocorrência destas patologias.

6 – TRIAGEM E INCLUSÃO NO PROTOCOLO

a) Processo de Avaliação De Risco

Na unidade de observação, a avaliação de risco para TEV deve ser realizada na admissão, pelo enfermeiro responsável do setor onde o paciente está sendo admitido, e validada ou contraindicada pelo médico responsável por escrito, com justificativa.

Após o primeiro dia de internação, o paciente deverá ser reavaliado diariamente pelo médico responsável pelo paciente e ausência de profilaxia questionada ativamente pelo enfermeiro responsável pelo setor. Em caso de não conformidade entre o risco de TEV e a prescrição de profilaxia, o caso em particular deverá ser discutido com a supervisão do serviço (RT enfermagem/diretoria clínica), que também será responsável por divulgar as informações deste protocolo, ajudando no processo de atualização multiprofissional.

Casos de TVP e TEP durante a internação podem ser considerados eventos adversos passíveis de prevenção. Assim, estimula-se que seja realizada a notificação de ocorrência nesta situação através do sistema de notificação de ocorrências institucional. Quando o diagnóstico de TEV já estiver presente na admissão, deve ser investigada a presença de internação pregressa recente (90 dias) neste serviço (ocorrência institucional) ou em outra instituição hospitalar (fator de risco presente, porém não associado a evento adverso desta instituição).

DS LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

b) Triagem inicial para pacientes com sintomas de entrada compatíveis com TEV

Será baseada nos sinais clínicos e sintomas apresentados pelo paciente na chegada ao serviço:

- Para TEP: dispneia, dor pleurítica, dor torácica, taquipnéia, taquicardia, cianose, saturação de oxigênio reduzida, hipotensão, choque.
- Para TVP: edema, dor e hiperemia assimétrica em MMII, sem lesão de pele ou história de trauma.

c) Papéis e responsabilidades da equipe multiprofissional

Os papéis dos membros da equipe multidisciplinar em cada momento do atendimento estão citados na tabela 01.

Tabela 01

Profissional	Triagem	Admissão	Observação	Alta
Médico	Atenção à classificação de risco	Médico assistente: avalia risco na admissão e prescreve profilaxia.	Médico diarista/plantonista (fins de semana e feriados): reavaliar paciente diariamente e manter/prescrever profilaxia.	Médico assistente responsável pela alta: avalia e orienta profilaxia após alta.
Enfermeiro	Avalia queixas e sinais vitais do paciente à abertura de ficha.	Avalia risco de TEV à admissão.	- Apraza medicamentos. - Orienta o paciente na administração. - Orienta paciente a realizar deambulação quando possível e exercícios no leito.	- Orientar paciente em relação ao uso seguro do medicamento.
Farmácia			- Realiza fornecimento de profilaxia para a totalidade de pacientes com solicitação na prescrição. - Avalia casos de não adesão à profilaxia e orienta equipe - Comunica gerência em casos de não conformidade.	

7 – APRESENTAÇÃO DO FLUXOGRAMA DE TOMADA DE DECISÃO

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

1. Profilaxia em Pacientes Cirúrgicos

Em pacientes potencialmente cirúrgicos, a chance de desenvolvimento de TEV depende, essencialmente, da idade do paciente, do tipo de cirurgia e da presença de fatores de risco adicionais associados. Pacientes jovens, sem fatores de risco adicionais e que serão submetidos a procedimentos de pequeno porte, não necessitam de quimioprofilaxia específica para TEV. Já pacientes idosos, particularmente na presença de fatores de risco, ou que serão submetidos a procedimentos considerados por si só como de alto risco, como as artroplastias de quadril ou joelho, apresentam alto risco para desenvolvimento desta complicação.

1.1 Esquemas de profilaxia e duração

a) Pacientes de baixo risco. Pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos considerados de baixo risco para TEV podem ainda assim apresentar trombose, particularmente aqueles mais idosos ou com fatores de risco associados, como câncer, história prévia ou familiar de TEV, ou mesmo associações de vários fatores comuns, como tabagismo, varizes, obesidade, reposição hormonal, etc. Nestes pacientes, a avaliação de risco deve ser individualizada, podendo-se optar pela prescrição da profilaxia.

b) Pacientes com risco intermediário. Devem ser submetidos à profilaxia com heparina de baixo peso molecular (HBPM) ou heparina não fracionada (HNF) subcutânea, nas doses profiláticas baixas:

- HNF 5.000 UI a cada 12 horas,
- Enoxaparina 20 mg 1x ao dia.

c) Pacientes com risco alto. Devem ser submetidos à profilaxia com HBPM ou HNF subcutânea, nas doses profiláticas altas:

- HNF 5.000 UI a cada 8 horas,
- Enoxaparina 40 mg 1x ao dia

Estes pacientes, particularmente, devem receber profilaxia mecânica, quando disponível, por pelo menos 18 horas por dia, associada à medicamentosa. Quando possível, solicitar compra de meias compressivas de média intensidade aos familiares.

2 . Profilaxia em Pacientes Clínicos

A profilaxia de TEV em pacientes clínicos não é tão bem estudada como nos pacientes cirúrgicos, embora trabalhos científicos de relevante impacto na prática clínica tenham sido publicados nos últimos anos. Ao contrário dos pacientes cirúrgicos, que muitas vezes apresentam o procedimento cirúrgico como o único fator de risco, os pacientes clínicos

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

podem apresentar vários fatores de risco para TEV que, muitas vezes, se mantém por períodos indeterminados, obrigando a realização de profilaxia por tempo prolongado e despertam discussões entre equipes clínicas assistenciais diariamente.

As recomendações para avaliação de risco em pacientes clínicos se baseiam nas recomendações da diretriz brasileira para avaliação de risco de tromboembolismo venoso em pacientes clínicos e nas recomendações do 9° consenso do American College of Chest Physicians, autoridade mundial no assunto.

2.1 Indicação de quimioprofilaxia:

O principal fator de risco para o desenvolvimento de TEV nesses pacientes é o imobilismo agudo, caracterizado por quando o paciente permanece, durante o período de vigília, limitado apenas a se levantar para ir ao banheiro e/ou deambular com auxílio, com expectativa de manutenção desta condição por pelo menos 3 dias. Essa perda de mobilidade deve ainda ser aguda (inferior a 3 meses) e decorrente da doença que o levou à internação. Vale reforçar que quando o paciente tem perda crônica da mobilidade (superior a 6 meses), mas interna com evento agudo novo, por exemplo, infecção, deve-se considerar, a mobilidade como reduzida, pois há aumento do risco de TEV nesta condição. Para os casos em que não haja condição nova (evento agudo), mas

apenas imobilismo crônico, podemos considerar, na marcação eletrônica nesta mesma ferramenta, como paciente não tendo mobilidade reduzida. Observe que é fundamental conhecer o status de deambulação prévio do paciente. Acamados crônicos ou indivíduos paréticos ou plégicos dos membros inferiores (superiores 6 meses) não devem ter a avaliação de mobilidade classificada como reduzida. Esses pacientes respeitam outra homeostase de coagulação, adaptada ao imobilismo. Todos os pacientes adultos em regime de internação devem ser avaliados quando a mobilidade diariamente. Embora reconheça-se o limite de 40 anos como outro marcado fator de risco para desenvolvimento de TEV, a individualização da análise, independentemente da idade, deve prevalecer, sobretudo quando ao imobilismo, soma(m)-se fator(es) de risco adicional(is). Cabe ressaltar que todo paciente adulto internado na instituição, deve ser considerado como tendo mobilidade reduzida.

2.1.1 Fatores de risco para TEV em pacientes clínicos:

- Idade ≥ 55 anos
- Obesidade (IMC≥30kg/m²)
- Abortamento recorrente (3 ou mais perdas gestacionais antes das 20 semanas ou feto com peso inferior a 500g)
- Acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico
- Uso de anticoncepcional hormonal

DS LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

- Câncer: neoplasia atual / ativa. Obs.: histórico de câncer no passado, tratado e curado, não deve ser considerado.
- Cateter venoso central: cateteres centrais por acesso central ou periférico (PICC) ou cateteres centrais de longa permanência (ex. Porth-a-cath)
- Doença inflamatória intestinal: doença de Chron, retocolite ulcerativa
- Doença pulmonar obstrutiva crônica: DPOC, enfisema
- Doença reumatológica ativa: lúpus eritematoso sistêmico, artrite reumatoide em atividade, espondilite anquilosante, esclerodermia, etc.
- Infarto agudo do miocárdio atual: atenção à possibilidade do paciente estar sob anticoagulação.
- Infecção: ativa, de caráter sistêmico.
- Insuficiência arterial periférica
- Insuficiência cardíaca classe funcional III ou IV: paciente portador de insuficiência cardíaca com sintoma de dispneia aos esforços habituais (III), como por exemplo caminhar no plano e aos esforços mínimos (tomar banho, vestir-se, escovar os dentes) ou mesmo ao repouso.
- Insuficiência respiratória aguda
- Internação em unidade de terapia intensiva
- Paresia (fraqueza) ou paralisia de membros inferiores: aguda. Lembre-se de que perdas crônicas de mobilidade, por exemplo, em pacientes paraplégicos não são consideradas como imobilismo para efeitos de risco de desenvolvimento de TEV, desde que esses pacientes não tenham evento agudo de risco.
- Puerpério (até 6 semanas)
- Quimioterapia atual
- Reposição hormonal

- Síndrome nefrótica: anasarca, associada a perda importante de proteínas na urina. Nesse caso, trata se de um diagnóstico clínico, cujo relato deverá constar em prontuário e deverá ser comunicado à equipe assistencial. Lembre se de questionar esta possibilidade quando vir um paciente anasarcado e/ou com insuficiência renal.
- Tabagismo atual
- Trauma: politrauma TEV prévio: tromboses venosas profundas e tromboembolismo pulmonar
- Trombofilias (e antecedente familiar de trombose)
- Varizes / Insuficiência venosa periférica

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

2.1.2 Avaliação das contraindicações à quimioprofilaxia

Esta é uma etapa que costuma ser responsável por parte expressiva dos erros de avaliação de risco. Deve-se atentar para cada um dos itens abaixo, pois qualquer sinalização aponta possível contraindicação para profilaxia química (ver medicações no item destinado aos anticoagulantes).

a) Absolutas

- Pacientes em uso de anticoagulação
- Hipersensibilidade às heparinas: ter alergia ao anticoagulante.
- Plaquetopenia induzida por heparina: trata-se de um diagnóstico clínico no qual há constatação de queda de plaquetas secundária ao uso de heparinas mediadas por um processo imunológico específico. Por se tratar de um diagnóstico clínico, frequentemente deverá ser sinalizado pela equipe médica, se pregresso ou suspeitado (e, então, confirmado, caso pertinente). A suspeita ocorre quando observada queda de plaquetas concomitante ao uso de heparinas, sobretudo nos primeiros 7-10 dias da introdução da droga. Este item não se refere às plaquetopenias no âmbito geral. A trombocitopenia induzida por heparina (TIH) é uma complicação possível tanto com HNF quanto com HBPM. Há dois tipos de TIH, tipo I e tipo II. A tipo I é menos grave e mais frequente, ocorrendo em aproximadamente 20 a 25% dos pacientes tratados com heparina. Tem início nos primeiros dias de uso e dificilmente as plaquetas atingem níveis inferiores a 100.000/mm3. É devida a um efeito direto da heparina na plaqueta, havendo regressão com a suspensão da medicação. A TIH tipo II ocorre em 2 a 5% dos pacientes e caracteriza-se por plaquetopenia mais intensa, frequentemente inferior a 100.000/mm3, e costuma ocorrer entre 4 a 14 dias do início da heparina. Cerca de 10% dos pacientes desenvolverão eventos trombóticos. É secundária a mecanismo imunológico e, na sua investigação, recomenda-se a dosagem de anticorpos anti fator plaquetário 4/heparina. Para o tratamento, utilizam-se medicamentos que inibem a síntese de trombina, como hirudina, argatroban e danaparóide, mas estes medicamentos não estão disponíveis no Brasil. Durante a utilização de heparinas, recomenda-se a realização de contagem de plaquetas pelo menos 2 vezes por semana e, preferencialmente, que o tratamento seja conduzida por um médico especialista.
- Sangramento ativo – atenção aos drenos e perdas fisiológicas. Costumamos não considerar sangramento ativo que contraindique a profilaxia: menstrução, epistaxes ou micro-hematúria, desde que não sejam volumosos nem comprometam a hemodinâmica do paciente.

b) Relativas

- Cirurgia intracraniana ou ocular recente

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

- Coleta de LCR (líquor) nas últimas 24 horas
- Diátese hemorrágica (alteração de plaquetas ou coagulograma):) plaquetas: verifique o hemograma do paciente. Contagens de plaquetas abaixo de 50.000/mm³ costumam ser limitantes na prescrição de anticoagulantes. Contagens entre 50.000/mm³ e 100.000/mm³ devem ser sinalizadas para a equipe.) coagulograma: quando disponível (indicação clínica de coleta), observar sempre os valores de INR (tempo de protrombina) e de R (tempo de tromboplastina parcial ativada). Quando esses valores estão usualmente acima de 1.5, a introdução e anticoagulantes é ponderada com cautela. Não deixe de sinalizar no sistema, mas comunique e tire a dúvida com a equipe médica assistencial do caso.
- Hipertensão arterial não controlada (>180x110 mmHg)
- Insuficiência renal (clearance < 30 mL/ min): o cálculo do clearance de creatinina não é simples, mas pode ser feito à mão, pela internet ou por meio de calculadoras em aplicativos de saúde. Para calcular, você precisará saber a idade, o peso e a creatinina sérica (mais recente) do paciente e poderá utilizar uma das duas formas abaixo:) Fórmula (Cockcroft & Gault) para cálculo manual: Clearance de creatinina (mL/min) = [(140 – idade) x Peso do Paciente] ÷ 72 x creatinina sérica. - Se for a paciente for mulher, multiplique o resultado por 0,85. - Referência: Cockcroft DW, Gault MH. Prediction of creatinine clearance from serum creatinine. Nephron 1976; 16: 31–41.

2.3 Esquemas de quimioprofilaxia

Fazer a profilaxia com medicação é a forma mais efetiva de prevenir um evento trombótico ou tromboembólico. Para a profilaxia são globalmente aceitas as seguintes medicações, nas seguintes doses:

- Enoxaparina (Heparina de Baixo Peso Molecular, Clexane®): 40mg SC 1x ao dia *não se recomenda profilaxia com Enoxaparina para pacientes com clearance de creatinina inferior a 30mL/min.
- Heparina não fracionada (Liquemine®): 5000UI SC 8 em 8 horas. Não há evidências científicas que corroborem o uso da heparina não fracionada na dose de 5.000 UI a cada 12 horas, mas existe uma tendência de utilizá-la em situações nas quais haja um risco maior de sangramento como, por exemplo, quando o paciente apresenta um clearance de creatinina < 30 ml/min e, também, em pacientes idosos.

Para os casos em que se optar pelo uso da heparina não fracionada na dose de 5.000 UI SC a cada 12 horas, sugere-se a coleta de TTPa 6 horas após a segunda dose. Se não houver alteração neste tempo, como é esperado, isto é, R permanecer menor do que 1,5, um incremento da dose para de 8 em 8 horas, pode ser considerado. É importante ressaltar que a profilaxia química não deve alterar esse tempo de coagulação (TTPa) e, por isso, uma nova medida é recomendada, um dia após a administração a cada 8 horas, para se verificar se não houve “intoxicação” (uma ação maior do que a desejada), representada pela alteração desse tempo de coagulação.

DS LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

A profilaxia com antiagregantes plaquetários usados de forma isolada não é recomendada. Estudos utilizando antiagregantes na profilaxia, ou não mostram benefício ou, quando mostraram, este foi inferior aos esquemas preconizados acima.

Profilaxia mecânica (não disponível neste serviço): Não há estudos suficientes para comprovar melhor eficácia dos métodos físicos, sobre a quimioprofilaxia. Portanto, esta modalidade profilaxia deve ser escolha apenas nos casos em que houver contraindicação ao uso da profilaxia química. São contraindicações ao uso de profilaxia mecânica:

- Fratura exposta;
- Infecção em membros inferiores;
- Insuficiência arterial periférica de membros inferiores;
- Insuficiência cardíaca grave;
- Úlcera em membros inferiores

São consideradas profilaxias mecânicas apenas massageador plantar (18 horas ao dia) e botas pneumáticas (18 horas ao dia). As meias elásticas de compressão gradual tem menor pouca evidência e devem ser usadas na impossibilidade dos demais acima. **Obs.:** meias elásticas simples e fisioterapia motora não configuram formas de profilaxia mecânica estatisticamente testadas e validadas.

2.4 Duração da profilaxia

A profilaxia em pacientes clínicos deve ser mantida por 6 a 14 dias. Não há estudos avaliando a profilaxia por menos de 6 dias. A evidência científica mostra que o uso de profilaxia por mais quatro semanas em pacientes clínicos com risco especialmente elevado (perda importante da mobilidade associada à idade igual ou maior do que 75 anos, TEV prévio ou câncer) diminuiu o risco de TEV, mas aumentou o risco de sangramento, devendo o médico considerar o risco-benefício da manutenção da profilaxia no seu paciente em particular e situações de exceção na qual o protocolo não se aplica, tais como:

- Em pacientes em cuidados de fim de vida, que serão definidos em conjunto com a equipe assistencial, levando

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

em consideração metas de cuidado e proporcionalidade de medidas. Atentar-se para o fato de que a definição de não adoção de medidas de suporte artificial de vida ou ordem de não reanimação cardiopulmonar não necessariamente se correlaciona com a não proporcionalidade da profilaxia.

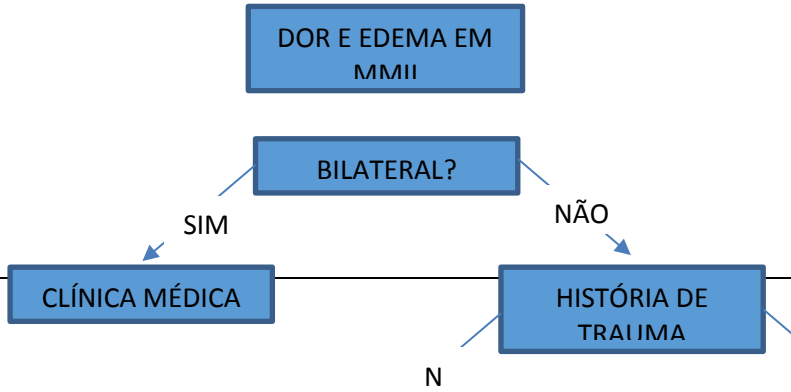
- Em pacientes em uso de anticoagulação OU episódio atual de TEV, porque estes serão submetidos a anticoagulação como tratamento. São drogas anticoagulantes (e suas respectivas doses):
  - Warfarina (Marevan®) VO 1x ao dia (dose ajustada pelo INR)
  - Rivaroxabana (Xarelto®) 15mg 2x ao dia ou 20mg 1x ao dia
  - Dabigatrana (Pradaxa®) 150mg 2x ao dia

2.5 Indicação de filtro de veia cava (FVC)

A despeito da falta de evidências que os FVC estejam associados à menor morbimortalidade dos pacientes internados, seu uso tem crescido substancialmente nos últimos anos, sobretudo como prevenção primária do tromboembolismo pulmonar (TEP). Pode-se atribuir o aumento da frequência de sua indicação ao fato de ser um procedimento de realização simples e com baixo índice de complicações imediatas e tardias. Adicionalmente, a utilização de filtros temporários pode, teoricamente, diminuir a incidência de trombose de veia cava inferior. A indicação primária do implante do FVC é no

paciente com trombose venosa profunda aguda que tenha contraindicação ou falha de anticoagulação terapêutica. Os exemplos mais comuns são o paciente politraumatizado com alto risco de sangramento com anticoagulação, pacientes com tromboses após procedimentos neurocirúrgicos e pacientes no pós-operatório de outras operações com risco considerado elevado de sangramento com uso de anticoagulantes. Considerando-se a potencial gravidade do TEP e o baixo risco do procedimento, o FVC também tem sido indicado em outras situações que ainda necessitam suporte científico.

Podem ser citados casos de pacientes com TEP prévio e alto risco de recorrência, trombose de veias pélvicas, pacientes com hipertensão pulmonar e classificados como de alto risco para TEV, cirurgia bariátrica em pacientes com TVP prévia, trombose venosa proximal em pacientes no pós-operatório de cirurgias plásticas extensas e trombos de veias ilíacas flutuantes na veia cava.



Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

8 - INDICADORES E METAS

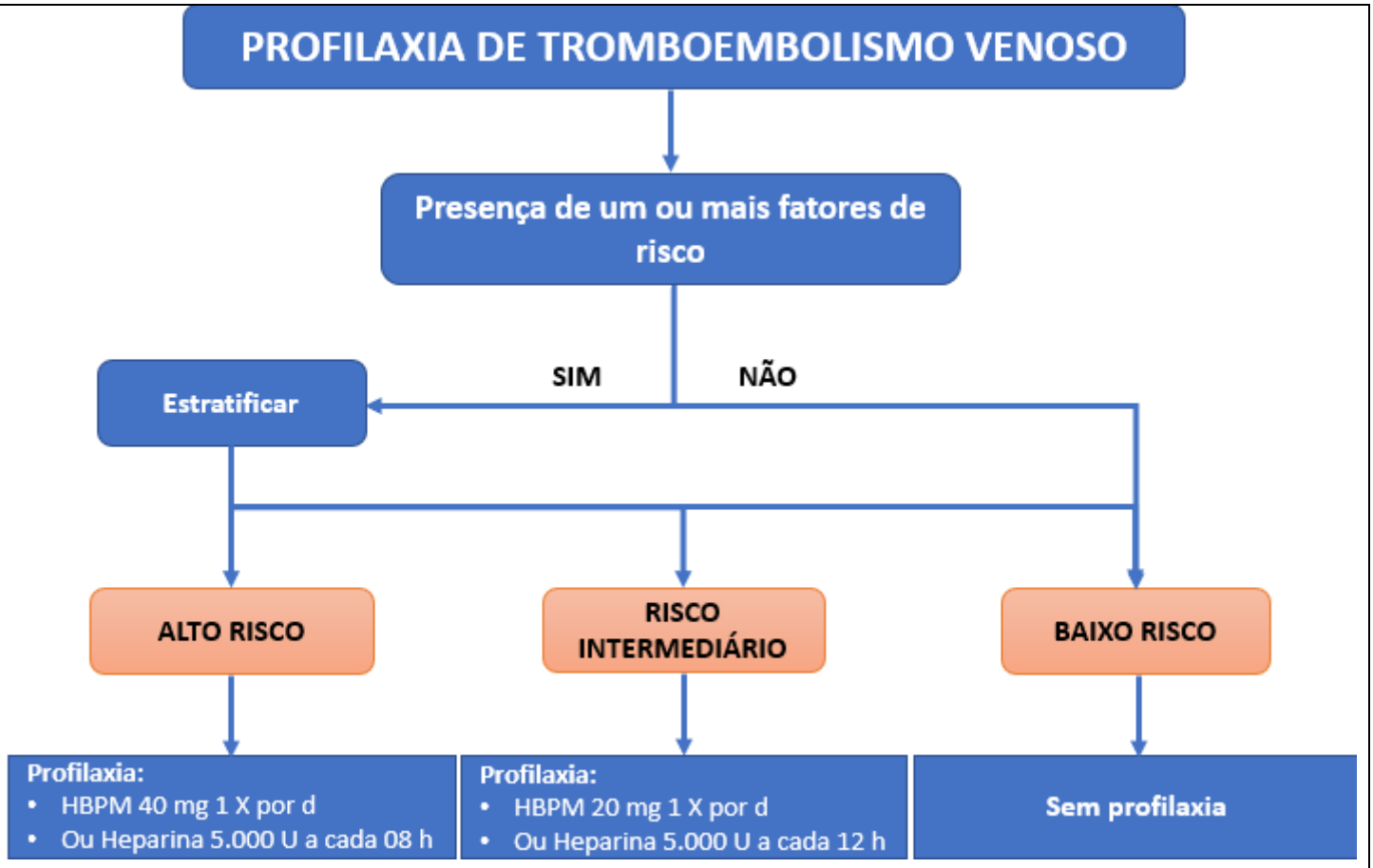
INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	META
Avaliação do risco de TEV em pacientes clínicos	Pacientes clínicos com avaliação de risco para TEV realizada nas primeiras 24h.	Todos os pacientes clínicos internados com > 40 anos de idade	Meta maior ou igual a 90%
Profilaxia TEV em pacientes clínicos	Pacientes que receberam a profilaxia de TEV ou com documentação em prontuário da razão de não ter recebido	Todos os pacientes clínicos sem contraindicação conhecida	Meta maior ou igual a 80%

9 - ANEXOS

A. Profilaxia do tromboembolismo venoso

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73



10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Tooher R, Middleton P, Pham C, et al. Systematic review of strategies to improve prophylaxis for venous thromboembolism in hospitals. Ann Surg. 2005;241(3):397- 415.
- Veiga AGM, Passeri CR, Papini SJ. Tromboembolismo venoso. Rev. Bras. Med. 2014;(1):1–6
- Mcmanus RJ, Fitzmaurice DA, Murray E, Taylor C. Thromboembolism. Clin. Evid. (Online). 2011;(June 2010):1–23.
- Protocolo para prevenção e reconhecimento de TEV do hospital Sirio Libanes.

DS LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 103**	**VERSÃO:** 1
TRANSPORTE DE MATERIAL PARA CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO PARA PRONTO SOCORRO SANTANA	**VALIDADE:** 01/05/2026	**Pag. 1 de 4**

Elaborado por: Renata Colamarche	Data: 25/09/2022	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 90E0F55E05D144E...
Revisado por: Carla Casaes	Data: 28/09/2022	Visto: DocuSigned by: FAEFCD486FD6449...
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	25/09/2022	Atualização do modelo institucional
3	01/05/2024	Segunda revisão e atualização

DS

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

1- OBJETIVO

Definir e estabelecer procedimento padronizado para o transporte dos materiais a serem esterelizados, que serão encaminhados ao CME do PSM Dr. Lauro Ribas Braga – PSA Santana. Delimitar quais serão os materiais encaminhados bem como a forma como este transporte ocorrerá.

Organizar o fluxo de transporte bem como sua periodicidade.

2 – DEFINIÇÕES

- Central de material e esterilização - **CME**: Unidade funcional destinada ao processamento de produtos para saúde dos serviços de saúde;
- Central de material e esterilização de **funcionamento centralizado**: Unidade de processamento de produtos para saúde que atende a mais de um serviço de saúde do mesmo gestor;
- CME Classe I é aquele que realiza o processamento de produtos para a saúde não críticos, semicríticos e críticos de conformação não complexa, passíveis de processamento (RDC 15).
- **Críticos:** São produtos para a saúde utilizados em procedimentos invasivos com penetração de pele e mucosas adjacentes, tecidos subepteliais, e sistema vascular, incluindo também todos os produtos para saúde que estejam diretamente conectados com esses sistemas;
- **Semi-críticos:** Produtos que entram em contato com pele não íntegras ou mucosas íntegras colonizadas;
- **Não críticos:** Produtos que entram em contato com pele íntegra ou não entram em contato com o paciente;
- **Crítico de conformação complexa**: Produtos para saúde que possuam lúmem inferior a cinco milímetros ou com fundo cego, espaços internos inacessíveis para a fricção direta, reentrâncias ou válvulas;
- **Produto para saúde de conformação não complexa:** Produtos para saúde cujas superfícies internas e externas podem ser atingidas por escovação durante o processo de limpeza e tenham diâmetros superiores a cinco milímetros nas estruturas tubulares;

DS LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 103**	**VERSÃO:** 1
TRANSPORTE DE MATERIAL PARA CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO PARA PRONTO SOCORRO SANTANA	**VALIDADE:** 01/05/2026	**Pag. 3 de 4**

3 – MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

- Caixas container com identificação para transporte de caixa “material sujo” e caixa “material limpo” para o CME do PS Municipal Dr. Lauro Ribas Braga - PSA Santana para esterelização e para o retorno de material limpo esterelizado para U.P. A Jaçanã.
- Carro de transporte para uso exclusivo desta função.
- **Materiais que serão encaminhados ao CME do P.S Santana:** Instrumental cirúrgico em geral, materiais inalatórios, circuitos ventilatórios e todos materiais passíveis de esterelização.

4 - EXECUTANTES

- Tecnico de enfermagem da CME será responsável pela recepção do material sujo, separação, higienização, desinfecção e organização dos materiais a serem encaminhados para CME do P.S Santana em caixas containers “material sujo”.
- Enfermeiro deverá realizar a dupla checagem com o técnico de enfermagem antes do envio e no recebimento dos materiais.
- Todos os demais itens esterilizáveis utilizados nos setores deverão ser encaminhados ao CME em caixa de transporte tipo fechada (Kit sutura, caixa pequena cirurgia e etc.).

5 – PROCEDIMENTOS

- O carro de transporte comparecerá a U.P.A Jaçanã segunda à domingo, duas vez ao dia no periodo da manha e tarde, nestes horários todo o material já estará devidamente acondicionado nas caixas lacradas “material sujo” para serrem enviados ao PSA.
- O tecnico de enfermagem acondicionará a ciaxa no carro de transporte e motorista irá leva-lo para o PSA Santana.
- Todo material que for encaminhado deverá ser devidamente registrado para confirmação do recebimento quando chegando à CME do P.S Santana, este registro será realizado em formulário próprio da instituição.
- O mesmo procedimento ocorrerá no retorno do material já esterelizado, acondicionado em caixas contêiner fechadas “material limpo” recebido tecnico de enfermagem que encaminhará diretamente ao Arsenal para que seja realizada a conferência dos itens enviados. Este procedimento ocorre diariamente nos mesmos horários descriminados acima.

6 - OBSERVAÇÃO

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

- Caso haja materiais faltantes na entrega proveniente do P.S Santana o responsável pelo recebimento deverá comunicar imediatamente o Enfermeiro do setor para que seja realizado o controle e resolução da pendência.
- Enfermeiro entrar em contato com P.S Santana, deixar registrado todas as informações no livro de ocorrências da CME e passar em plantão o extravio de materiais e comunicar a coordenação de enfermagem.

7 - REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- **RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA – RDC Nº 15,** DE 15 DE MARÇO DE 2012 Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.
- http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/7599770043e684468b198f45f4f7d4e4/rdc0015_15_03_2012.pdf?MOD=AJPERES. Acesso em: 14/12/2015.
- **https://sobecc.org.br/uploads/files/2022/02/diretrizes-1645454265.pdf**

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 104**	**VERSÃO:** 1
POP ROTINAS E FLUXO DA CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO - CME	**VALIDADE:** 01/05/2026	**Pag. 1 de 12**

Elaborado por: Renata Colamarche	Data: 25/09/2022	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 90E0F55E05D144F...
Revisado por: Carla Casaes	Data: 28/09/2022	Visto: DocuSigned by: EAEECD486ED6449...
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	25/09/2022	Atualização do modelo institucional
3	01/05/2024	Segunda revisão e atualização

DS

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

1- OBJETIVO

Concentrar os artigos e instrumentais esterilizados ou não estéreis, tornando mais fácil o seu controle, conservação e manutenção. Padronizar técnicas de limpeza, preparo, acondicionamento e esterilização. Distribuir artigos esterilizados para todas as unidades ao atendimento a pacientes.

2 – ALCANCE

PSM Dr. Lauro Ribas Braga, UPA Jaçanã, AMA Lauzane Paulista, AMA Jardim Joamar e AMA Wamberto Dias da Costa.

3 – EXIGÊNCIA(s) E JUSTIFICATIVA(s)

Este POP deve ser seguido pelas equipes de enfermagem e de auxiliares de saúde bucal do PSM Dr. Lauro Ribas Braga/ UPA Jaçanã e de todas parceiras que trouxerem materiais para a Unidade.

4 - RESPONSABILIDADES

Enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de saúde bucal.

•Compete ao técnico de enfermagem e/ou enfermeiro assistencial e/ou auxiliar de saúde bucal requisitar e encaminhar materiais para à CME;

•Compete ao enfermeiro supervisionar a realização do procedimento.

5 – ABREVIAÇÕES

POP	Procedimento Operacional Padronizado
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
PSM	Pronto Socorro Municipal
EPI's	Equipamentos de Proteção Individual
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

6 - PROCEDIMENTO

O profissional do plantão diurno deverá no início de cada plantão retirar na farmácia/almoxarifado um kit CME para 24h:

DS LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

- 1 teste de bowie dick, 02 testes biológicos, 02 testes ácido peracético;
- EPI: avental impermeável descartável na ausência do avental plástico, avental descartável, gorro, luvas de procedimento.
    - Luva de borracha cano longo – uso quinzenal – uma por plantão de uso individual;
    - Na necessidade de atuar na área suja e limpa por um mesmo profissional, este deve seguir as instruções de troca de EPI – a saber, o uso do avental impermeável na área suja e de um avental descartável na área limpa.

1. ENTRADA DE MATERIAL SUJO NA CME

Os materiais cirúrgicos e inalatórios sujos da Unidade deverão ser recolhidos pelo profissional escalado na área suja, transportados até o CME em container fechado e identificado como “MATERIAL SUJO”.

Ao entrar na área suja, o colaborador deve-se paramentar com os seguintes EPI’s:

- Avental plástico ou impermeável descartável;
- Botas de borracha branca;
- Touca;
- Máscara Cirúrgica;
- Luvas nitrílicas de cano longo;
- Luvas de procedimento;
- Óculos de Proteção.

Os epis de uso único devem ser descartados imediatamente após o uso; aqueles de uso contínuo devem ser armazenados corretamente.

Após concluir a paramentação, o profissional deverá iniciar a lavagem mecânica dos materiais, para retirar o excesso de sujidade. Em seguida, deverá imergir os materiais em solução desinfectante, conforme tipo de material (inalatórios na solução enzimática e cirúrgicos em ácido peracético). O tempo de imersão e diluição deve ser seguido conforme rótulo do fabricante.

2. DESINFECÇÃO DOS MATERIAIS

A) SOLUÇÃO ENZIMÁTICA

- O detergente enzimático atua na redução de matéria orgânica nos artigos em até 5 minutos, de acordo com o fabricante.

DS LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

- Sua formulação exclusiva contém tensoativos que associados com as enzimas resultam em uma maior eficiência na limpeza.

Indicações:

- É indicado para a limpeza manual e automatizada.
- Dissolve com facilidade a matéria orgânica.
- Indicado para: limpeza de instrumentos médico hospitalares, odontológicos e laboratórios.
- Possui eficácia na remoção e limpeza de matéria orgânica em endoscópios, fibroscópios e canulados.

Validade

- Trocar de acordo com a indicação do fabricante

Modo de Usar

- Limpeza manual ou automatizada: Diluir o detergente enzimatico na proporção e tempo de ação recomendada pelo fabricante (indicada no rótulo da embalagem).
- Adicionar 45 litros de água na temperatura de 40ºC a 55ºC para ter maior eficácia do produto.
- Friccionar o artigo com auxílio de uma fibra de limpeza leve;
- Na sequência enxaguar com água em abundância.
- Secar.

B) ÁCIDO PERACÉTICO

- O Ácido peracético 0,2% caracteriza-se por rápida ação microbicida e age pela desnaturação de proteínas, ruptura de parede celular e oxidação de proteínas, enzimas e outros metabólicos.

Indicações:

- Desinfecção de materiais termossensíveis (Sistema de Bain, Conector de tubo oro/traqueal, Cânula de Guedel e outros)
- Desinfecção de materiais semi-críticos (Nebulizador, Espaçador, Umidificador, Válvula de Venturi, Máscara Comum, Traquéia da Baraka, Conector Branco da fisio)

Contra-Indicações:

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

- Material composto de chumbo, prata, cobre, zinco, latão, bronze e ferro galvanizado.
- Materiais como Máscara Facial Inflável, Bolsa Verde da Baraka e demais materiais que passam pelos processos de esterilização a vapor e ou Peróxido de Hidrogênio.

Validade

- 30 dias – Realizar teste diariamente com fita teste (deve atingir 2000ppm)

Descrição do procedimento:

- Lavar as mãos;
- Colocar EPIs;
- Lavar o material, com detergente ENZIMÁTICO antes da exposição ao agente desinfetante;
- Enxaguar o material abundantemente em água potável para remoção completa do detergente e de detritos;
- Deixar escorrer a água do material e/ou secar com compressa, a fim de não deixar água no material que possa diluir solução de desinfetante após sua imersão;
- Certificar-se da estabilidade/validade da solução de ácido peracético.
- Imergir totalmente o material na solução de ácido peracético;
- Tampar o recipiente logo após o manuseio;
- **OBS:** A imersão deve ser completa, preenchendo todos os lumens para evitar bolhas de ar onde a solução não entre em contato com a superfície impedindo sua ação. Materiais leves, com tendência a boiar, devem ser mantidos imersos com estruturas plásticas perfuradas mais pesadas que o primeiro.
- Respeitar o tempo de exposição definido pelo fabricante, deixando o material todo imerso. Para ***desinfecção de alto nível*** o tempo de exposição dos materiais é de 10 (dez) min ou de acordo com o fabricante. Ao longo desse período não deve ser imerso nenhum outro artigo.
- Retirar o material da solução desinfetante usando luva nitrílica de cano longo, óculos de proteção, máscara cirúrgica, avental impermeável.
- Enxaguar os artigos desinfetados com água limpa em abundância, para remover o odor e qualquer resíduo químico do ácido peracético, que possa causar danos à pele e mucosas.
- Secar com compressa, campo de tecido macio ou com oxigênio.
- Acondicionar material em saco plástico;
- Rotular com a data da embalagem, nome do profissional responsável e validade (7 dias).

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

Teste da Fita do Ácido Peracético:

Este teste deve ser realizado diariamente, com a finalidade de verificar a eficácia do produto com o passar dos dias. A solução diluída tem prazo de validade de até 30 dias conforme o fabricante, porém se a concentração do ácido estiver abaixo de 500 ppm devemos realizar o desprezo da solução e diluir outra nova, mesmo que antes dos 30 dias.

Princípio do teste:

Com o tempo a concentração de peróxidos e ácido peracético no banho tende a diminuir, podendo cair baixo do nível mínimo recomendável de efetividade de 500ppm. Antes da unidade de diálise ou banho ser enxaguada e preparada para uso, a concentração de ácido peracético na solução deve ser verificada com as tiras de teste de ácido peracético para se assegurar que o nível do ácido peracético está em 500ppm ou maior.

Instruções de uso:

Mergulhe a fita na solução por aproximadamente 1-2 segundos. Retire todo o excesso de líquido agitando suavemente a fita ou tocando a base da tira em papel absorvente limpo. Em até 30 segundos efetuar a leitura, comparando a cor desenvolvida na fita com as faixas do rótulo da embalagem. Deixar afixado em planilha própria da Unidade após fim do teste, anotando e quantificando o resultado.

Onde utilizar:

Para o CME, verificar no dia a dia a concentração do ácido peracético que está sendo utilizado, até o momento da troca. Importante verificar a concentração que cada ácido utilizado, mata a Microbacterium Massiliense, através do Laudo fornecido pelos laboratórios credenciados da ANVISA.

Precauções importantes:

Mantenha as fitas no frasco original. Retire somente a quantidade necessária para realizar os testes e feche imediatamente o frasco. Certifique-se que o frasco foi bem fechado e se encontre com a sílica para prevenir absorção de umidade.

A exposição das fitas que estiverem fora da embalagem expostas à luz e a umidade, pode causar a sua descoloração. Não utilizar as fitas após a data de vencimento do lote, estando o frasco aberto ou não. Não tocar com os dedos ou quaisquer outros objetos a almofada que contém o reagente. Não utilizar as tiras para detecção de ácido peracético residual.

Armazenagem:

Armazenar as fitas na temperatura ambiente entre 15·C e 30·C. Não exponha as fitas diretamente à luz do sol. Não refrigerar.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

3. ENTRADA DO MATERIAL NA ÁREA LIMPA

Após os materiais serem enxaguados em água corrente, os mesmos deverão ser secados na área limpa. O transporte do material será feito pela janela que une as 2 áreas e que só deverá ser aberta no momento da passagem do material. Neste momento, o funcionário da área limpa recebe o material e coloca em cima da bancada impermeável para completa secagem dos materiais. Caso haja urgência na secagem do material, pode-se utilizar o ar comprimido neste procedimento. Após o material estiver completamente seco, o funcionário irá embalar em saco plástico (materiais que não utilizam autoclave) ou papel grau cirúrgico (material autoclavável), identificando com data de preparação, data de validade (7 dias para todo material inalatório e de algodão e 30 dias todo material em grau cirúrgico), carimbo e assinatura do funcionário que preparou.

Para o transporte do material para o arsenal e área de autoclave, o profissional da área limpa deve acondicionar os materiais em container fechado, com identificação de **"MATERIAL LIMPO"** e transportar o material pela área interna da Unidade até chegar no arsenal. **O material que será autoclavado passa pela janela do arsenal e entra na autoclave e o material que não necessita deste processo é armazenado no arsenal.**

O profissional da área limpa deverá estar sempre paramentado com:

- Avental descartável;
- Touca;
- Máscara Cirúrgica;
- Óculos de proteção;
- Luvas de procedimento.

Toda vez que o profissional sair da área limpa e/ou do arsenal, deve retirar os EPI's; e, toda vez que entrar, deve se paramentar novamente.

O material limpo e/ou sujo NUNCA deverá circular pela área externa da Unidade.

4. CONTROLES DO PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO

Os controles do processo de esterilização deverão ser realizados diariamente e registrados em impresso próprio, que deverá permanecer no arsenal. O teste de Bowie Dick deverá ser realizado pelo profissional da área limpa às 7h, para liberação das cargas do dia. Todas as cargas deverão conter um integrador químico fora e um dentro de cada pacote. Quando o pacote for utilizado, o integrador que estava dentro deve ser afixado na ficha de atendimento do paciente. Caso seja necessário verificar os testes daquele pacote, haverá como rastrear.

A) TESTE DE BOWIE DICK

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

Realizar no primeiro ciclo do dia da autoclave.

- Ligar a autoclave e submetê-la a um ciclo completo e vazio.
- Colocar a folha teste no meio de uma pilha de campos de tecido com 25 cm a 28 cm de altura.
- Esta pilha pode ser embalada em tecido ou papel, podendo ser atada com fita adesiva.
- Colocar apenas o pacote teste na autoclave na direção do dreno e apoiado no "*rack*".
- Iniciar o ciclo, que poderá ser interrompido antes da fase de secagem; e após o tempo determinado pela temperatura, conforme esquema abaixo:

134° – 3 e meio a 4 minutos
127° – 11 minutos
129° – 15 minutos

Leitura do Teste:

Positivo **(+)** Quando a folha teste apresenta falhas na revelação, que é observada por uma mudança incompleta na coloração, geralmente no centro da mesma.

Negativo **(-)** Quando a mudança na coloração da folha for uniforme em toda a sua extensão, demonstrando não haver ar residual.

Se o teste apresentar falha comunicar a chefia de enfermagem imediatamente, pois a autoclave deverá passar por manutenção corretiva e nenhuma carga poderá ser liberada para uso.

B) INTEGRADORES QUÍMICOS

Os indicadores químicos são fitas de papel impregnadas com uma tinta termocrômica que mudam de cor quando expostas à temperatura elevada por certo tempo. Elas podem apenas indicar a exposição ou não ao calor (indicadores específicos de temperatura) ou ainda indicar a ação de diferentes componentes como tempo, temperatura e vapor (integradores).

Devem ser colocados indicadores externos nos pacotes a serem esterilizados. Essa prática indica apenas se o material passou ou não pelo processo de esterilização.

Indicadores colocados no interior dos pacotes devem estar posicionados em locais de difícil acesso ao agente esterilizante, assim poderá se obter informações sobre falhas na esterilização com relação à penetração do vapor ou concentração de óxido de etileno. Para cada processo existe um tipo de indicador apropriado: autoclave, calor seco ou óxido de etileno.

C) INDICADORES BIOLÓGICOS

A utilização destes indicadores permite a comprovação da eficiência da esterilização, uma vez que o crescimento de microrganismos após a aplicação do processo é diretamente testado.

Este indicador consiste em uma preparação padronizada de esporos bacterianos em suspensões que contém em torno de 10^6 esporos por unidade de papel.

Os microrganismos utilizados são de acordo com o processo de esterilização avaliado (APECIH, 1998):

- autoclave a vapor: *B. stearothermophilus;*

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

- calor seco: *B. subtilis var. niger;*
- autoclave a óxido de etileno: *B. subtilis var. niger;*
- plasma de peróxido de hidrogênio: *B. subtilis var. niger;*
- radiação gama: *Bacillus pumilus;*

Após o processamento dos indicadores, eles devem ser incubados para se verificar se as cepas ainda são viáveis. As condições de incubação e o meio em que os indicadores devem ser incubados devem ser fornecidas pelo fabricante das preparações. O indicador que fora processado é incubado nas mesmas condições e juntamente com um outro que não tenha passado pelo processo de esterilização a fim de se verificar a viabilidade das cepas e as condições adequadas de incubação que favoreçam o crescimento bacteriano.

A realização de testes biológicos deve ser, no mínimo, semanalmente e após cada manutenção ou suspeita de mau funcionamento.

No processo de esterilização a óxido de etileno o teste deve ser realizado em cada ciclo de esterilização devido a complexidade do processo e a maior probabilidade de falhas.

Este procedimento deve ser realizado às 7h da manhã e as cargas só poderão ser liberadas quando os testes finalizarem.

5. CONTROLE DA ÁREA DE ARSENAL

Dentro desta área, o profissional deverá fazer a checagem diária dos materiais, verificando prazos de validade, armazenamento adequado e limpeza das superfícies. Para adentrar a sala, é necessário o uso de toucas para que não caia fios de cabelos nas superfícies. O mesmo profissional que circula essa sala fica escalado na área limpa.

6. RECEBIMENTO DE MATERIAIS DE OUTRAS UNIDADES DE SAUDE

Caso alguma unidade de saude necessite de autoclave ou desinfecção dos seus materiais, o enfermeiro RT da origem deve enviar um email para a coordenação de enfermagem do PS Dr. Lauro Ribas Braga/ UPA Jaçanã, informando data e hora que virá trazer os materiais. É necessário que a origem traga seu próprio profissional e o mesmo irá fazer todo processo de limpeza, desinfecção, embalagem e autoclavagem. O PS Dr. Lauro Ribas Braga/ UPA Jaçanã só irá aceitar o material se vier em container fechado e identificado como **“MATERIAL SUJO”.** Deve também trazer todo material para embalagem, controle dos processos (integradores químicos) e identificação dos seus materiais. Antes de iniciar o processo de limpeza, o profissional externo deverá solicitar permissão para o funcionário do PS/ UPA para iniciar o processo. Quando for iniciar o processo de autoclavagem, o profissional externo deve informar o profissional do PS/ UPA para registro de carga no impresso próprio da Unidade.

7. CONTROLE DA DATA LIMITE DO USO DE MATERIAIS ESTERILIZADOS

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

Objetivos:

Garantir que os materiais sejam utilizados com embalagem íntegra dentro do prazo máximo de vida de prateleira do processo de esterilização.

Etapas do Processo:

Data limite de uso do produto esterilizado: é prazo estabelecido em cada instituição, baseado em um plano de avaliação da integridade das embalagens, fundamentado na resistência das embalagens, eventos relacionados ao seu manuseio (estocagem em gavetas, empilhamento de pacotes, dobras das embalagens), condições de umidade e temperatura, segurança da selagem e rotatividade do estoque armazenado;

Tecido de algodão - 7 dias;

Embalagem Tyvec e papel grau cirúrgico- validade 30 dias conforme instrução do fabricante;

Embalagens SMS - validade de 3 meses.

O tempo de vida de prateleira só deve ser considerado se a embalagem estiver íntegra. A perda da esterilidade de um material está associada a eventos relacionados. O usuário deve inspecionar visualmente a integridade da embalagem antes da abertura do pacote.

Disponibilizar etiquetas com identificação do processo e prazo de validade (3 meses para SMS, papel grau cirúrgico e tyvec) a partir da data de preparo.

Realizar a conferência de validade dos materiais no tecido de algodão diariamente, e nas demais embalagens, no último final de semana do mês, retirando os materiais a vencerem em 10 dias e todos aqueles que não apresentarem a integridade das embalagens.

Registrar a quantidade total de materiais vencidos na CME para fins estatísticos.

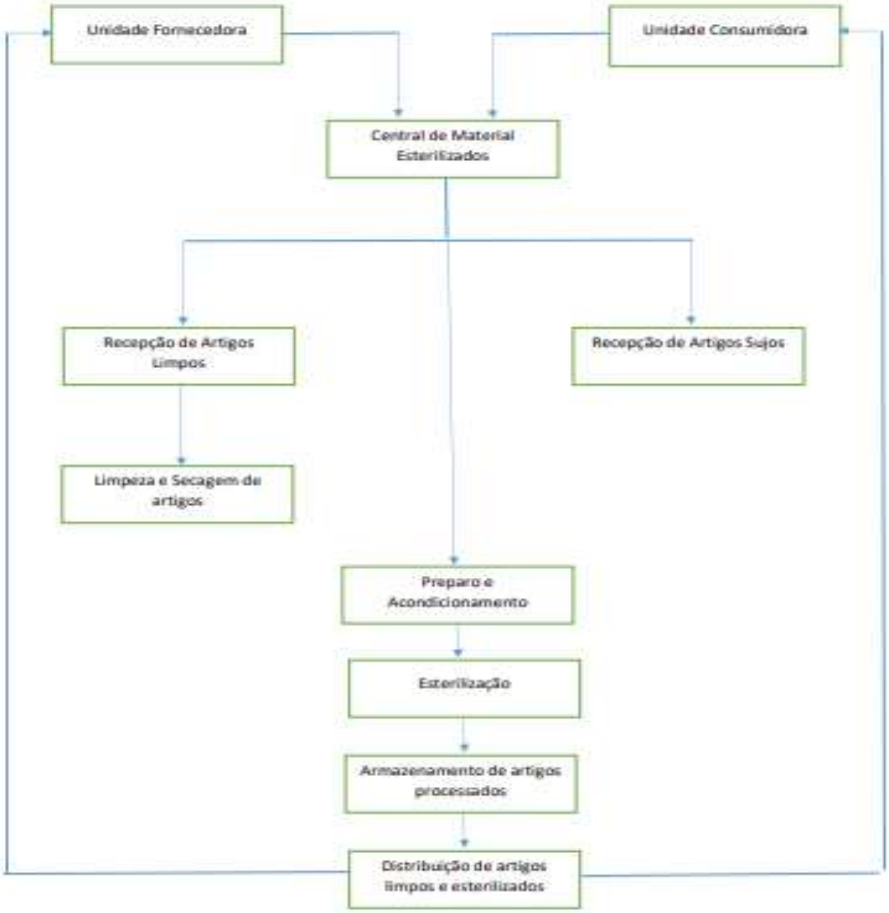
Reprocessar os materiais trocando todos os insumos (embalagens, integradores, etiquetas).

Os materiais odontológicos processados em embalagem de papel grau cirúrgico seguirão tempo de validade de 30 dias em atenção ao descrito na RDC 15 de 2012, sem impedimentos para tal validade desde que a embalagem siga íntegra neste período.

8. FLUXOGRAMA

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73



7 - PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

Categoria de risco	Falhas potenciais geradoras de riscos	Evento	Ações de prevenção	Ações frente ao evento
Ocupacional.	Uso inadequado de EPI.	Exposição a riscos para a saúde.	Orientação quanto ao uso adequado de EPI.	Providenciar EPI se estiver em falta Reforçar a orientação quanto ao uso adequado de EPI.

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

Assistencial.	Falta de material esterilizado Vencimento da validade de materiais esterilizados.	Desabastecimento da unidade de materiais esterilizados.	Conferir periodicamente a validade dos materiais Conferir o estoque dos materiais esterilizados para fazer a requisição e evitar o desabastecimento da unidade.	Providenciar requisição de urgência à CME.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ANVISA**,** Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Normas para Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. 2ª. Edição. Brasília, 2004.

CARVALHO, Antônio Pedro Alves de. Quem tem medo da Arquitetura Hospitalar? FAUFBA- Faculdade de Arquitetura, Curso de Especialização de Arquitetura em Sistema de Saúde. Salvador, 2006.

GRAZIANO, K.U; SILVA, A; PSALTIKIDIS, E.M. **Enfermagem em Centro de Material e esterilização**. Barueri, SPS: Manole, 2011.

MANUAL de Normas e Rotinas Técnicas. Central Distrital de Material Esterilizado. SMSA / PBH. Secretaria Municipal de Saúde. Belo Horizonte.

Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Série Saúde & Tecnologia – Textos de Apoio à Programação Física dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde – Arquitetura na Prevenção de Infecção Hospitalar. Brasília, 1995. 76 páginas.

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC 15 de 15 de março de 2012. Brasília em 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html> Acesso em: 15/01/2018.

DS LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 105**	**VERSÃO:** 1
HIGIENIZAÇÃO DE ESPONJAS E ESCOVAS DESTINADA A LAVAGEM DE MATERIAL NO C.M.E	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 3**

Elaborado por: Renata Colamarche	Data: 20/07/2022	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 90E0F55E05D144F...
Revisado por: Carla Casaes	Data: 26/07/2022	Visto: DocuSigned by: EAEECD486ED6449...
Aprovado por: Tassiana Pita	Data: 10/08/2022	Visto: Assinado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz CEC19F2097164F7...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
1	20/07/2022	Elaboração do procedimento
2	01/03/2024	Revisão

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

1- OBJETIVO

Proporcionar efetiva ação no processo de inspeção e limpeza manual das escovas para lavagem de material na CME

2 – ABRANGÊNCIA

Unidades de Pronto Atendimento - UPA 24h.

3 – SIGLAS E ABREVIATURAS

CME – Central de Material e Esterilização

4 - RESPONSABILIDADES

Técnico de enfermagem

5 – MATERIAL

- Escova;
- Esponja;
- Reservatório para manter as esponjas e as escovas;
- Equipamentos de proteção individual (Luvas, touca, máscara, avental impermeavel, óculos de proteção, bota);
- Detergente neutro;
- Água.

6 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Paramentar-se devidamente utilizando os equipamentos de proteção individual necessários para a realização deste procedimento;

 Inspecionar as escovas e esponjas diariamente substituindo-as quando perderem suas características necessárias para a ação de limpeza (atrito para a remoção da sujidade);

 Lavar com água e sabão neutro, secar as esponjas e escovas a cada uso para manter as condições

DS LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

higiênicas;

● Realizar ao final de cada plantão a desinfecção das escovas e buchas deixando no ácido peracetico por 5 minutos.

 Trocar as esponjas a cada plantão de 24 horas e as escovas a cada 15 dias ou quando perderem sua ação limpadora;

 Registrar em livro de especifico de troca de materiais cada troca de escova, para o.desenvolvimento seguro desta atividade.

7 - ANEXOS

Não se aplica

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- Resolução RDC n° 15 de 15 de março de 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Diário oficial da união, Brasília, DF, 2012.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO (SOBECC) Práticas Recomendadas: Centro cirúrgico, recuperação pós-anestésica e centro de material e esterilização, 7 ed. São Paulo: SOBECC; 2017

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 106**	**VERSÃO:** 1
COLETA DE SWAB PARA IDENTIFICAÇAO DE SARS-COV2 OU H1N1	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 4**

Elaborado por: Fabricio Lopes da Silva	Data: 25/09/2022	Visto: Assinado por: Fabricio Lopes da Silva 07704B2C355C4A3...
Revisado por: Carla Casaes	Data: 28/09/2022	Visto: DocuSigned by: FAEFCD486FD6449...
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

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 106**	**VERSÃO:** 1
COLETA DE SWAB PARA IDENTIFICAÇAO DE SARS-COV2 OU H1N1	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 2 de 4**

1- OBJETIVO

Realizar coleta de swab naso-orofaríngeo para identificação de SARS-CoV 2 ou H1N1.

2 – ALCANCE

Unidades Média Complexidade: Pronto Socorro Santana, UPA Jaçanã, AMA Lauzane, AMA Jardim Joamar e AMA Wamberto Dias da Costa

3 – COMPETÊNCIA

- Técnico de Enfermagem
- Enfermeiro
- Médico

4 - MATERIAL

- 2 Unidades de Swab estéreis, com hastes de plástico, do tipo Rayon
- 1 Tubo Falcon
- Solução Fisiológica 0,9% (1 mL ou 3mL, a depender do laboratório)
- Equipamentos de Proteção Individual (avental, máscara N95, óculos ou protetor facial, gorro, luvas de procedimentos)
- Etiqueta para identificação do tubo
- Tesoura, se necessário

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;
- Reunir o material;
- Realizar identificação do tubo Falcon:

DS LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

- Realizar paramentação na seguinte sequência: avental, máscara N95, óculos ou protetor facial, gorro, luvas de procedimentos;
- Identificar o usuário, perguntando seu nome completo;
- Explicar o procedimento ao usuário;
- Posicionar o usuário (deitado ou sentado com a cabeça levemente inclinada para tras;
- Introduzir o swab de Rayon na narina (cerca de 5 cm), direcionando para cima (direção dos olhos), com uma angulação de 30 a 45°em relação ao lábio superior). A coleta deve ser realizada com a fricção do swab na região posterior do meato nasal tentando obter um pouco das células da mucosa;
- Remover o swab do nariz do usuário, repetir o procedimento com o mesmo swab na outra narina
- Introduzir o swab imediatamente no tubo Falcon;
- Utilizar o segundo swab para coleta na área posterior da faringe e tonsilas, evitando tocar na língua;
- Remover o swab da cavidade oral do usuário e introduzi-lo imediatamente no tubo Falcon;
- Se necessário, utilize a tesoura para aparar as hastes dos swabs;
- Lacrar o tubo Falcon;
- Realizar desparamentação na seguinte sequência: luvas, avental, higienizar as mãos, gorro, óculos ou protetor facial, higienizar as mãos, máscara, higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento.

6 - OBSERVAÇÃO

- A coleta deve ser realizada do 3° ao 7º dia de início dos sintomas;

7 - REGISTRO

- Registrar o procedimento realizado, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em prontuário ou Ficha de Atendimento Ambulatorial

8 – LIMPEZA DA SUPERFICIE

- Deve ser realizada após cada procedimento de coleta.

A. MATERIAL

- Equipamentos de Proteção Individual (EPI's): gorro, óculos de proteção, máscara cirúrgica, avental impermeável, luvas de borracha e calçado fechado;
- Compressas ou panos de limpeza;
- Álcool 70%;

B. PROCEDIMENTO

- Higienização simples das mãos;

DS

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

- Vestir EPIs conforme indicação;
- Borrifar álcool 70% na compressa e aplicar nas superfícies a serem higienizadas em sentido único nos equipamentos de contato com o paciente: Cadeira, carrinho auxiliar de inox e bandeja;
- Retirar os EPIs;
- Higienização simples das mãos;

9 – REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Guia para a Rede Laboratorial de Vigilância de Influenza no Brasil [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Coordenação-Geral de Saúde Bucal. Nota técnica nº 16/2020-CGSB/DESF/SAPS/MS. Assunto - covid-19 e atendimento odontológico no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2020

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 106**	**VERSÃO:** 1
INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL	**VALIDADE:** 23/04/2026	**Pag. 1 de 6**

Elaborado por: Fabricio Lopes da Silva	Data: 25/09/2022	Visto: Assinado por: Fabricio Lopes da Silva 97794B2C355C4A3...
Revisado por: Renata Colamarche	Data: 28/09/2022	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 90E0F55E05D144F...
Aprovado por: Carla Casaes	Data: 01/10/2022	Visto: DocuSigned by: EAEECD486ED6449...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
1	25/09/2022	Elaboração do procedimento
2	23/04/2024	Revisão

1- OBJETIVO

Manter uma ventilação adequada diante da ineficiência ou ausência de respiração para proteger vias aérea

2 – ALCANCE

Unidades Média Complexidade: Pronto Socorro Santana, UPA Jaçanã, AMA Lauzane, AMA Jardim Joamar e AMA Wamberto Dias da Costa

3 – DIRETRIZES E RECOMENDAÇÕES

- A intubação traqueal em paciente acordado deve ser considerada na presença de preditores de dificuldade de controle das vias aéreas
- O oxigênio suplementar deve sempre ser administrado durante o procedimento.

DS LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

- O número de tentativas deve ser limitado a três, com a possibilidade de mais uma tentativa feita por um operador mais experiente (3 + 1).

3 – COMPETÊNCIA

- Médico (execução);
- Enfermeiro (Auxilio na execução);
- Técnico de enfermagem (Auxilio na execução);

4 - MATERIAL

- Carrinho de emergência ou mesa auxiliar;
- Laringoscópio e videolaringoscopio;
- Mandril;
- Luvas de procedimento;
- Ventilador mecânico;
- Sonda de aspiração,
- Tubo oro-traqueal;
- Gel anestésico ou lubrificante hidrossolúvel spray;
- Seringa 20 ml;
- Ressuscitador manual, fonte de oxigênio;
- Cânula de Guedel;
- Esparadrapo;
- Fixador de tubo;
- Gaze;
- Videolaringo;

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

- Estetoscópio.

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Higienizar as mãos conforme protocolo institucional;
- Concentrar o material relacionado no carrinho de emergência (que deverá ser sempre conferido e reposto a cada uso) ou utilização do kit de IOT;
- Montar e testar o laringoscópio acoplando a lâmina selecionada ao cabo e deixar desligado;
- Separar videolaringoscopio (conforme solicitação medica);
- Escolher adequadamente o tamanho do tubo orotraqueal (de acordo com a solicitação médica);
- Proceder à montagem e verificar o funcionamento do respirador e sistemas de aspiração;
- Utilizar EPI´s - luvas de procedimento, óculos e máscara;
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal horizontal com hiperextensão do pescoço. ATENÇÃO: se o paciente for vítima de trauma, NÃO hiperextender o pescoço (a fim de evitar lesão cervical);
- Retirar prótese dentária, se houver e aspirar vias aéreas se necessário;
- Abrir o tubo orotraqueal, deixando-o protegido na embalagem, testar o balão e colocar o mandril em seu interior (a ponta distal do mandril deve estar retraída cerca de 1,5 cm dentro da extremidade distal do tubo), em uso do videolarincopio ofertar o aparelho já ligado ao médico;
- Aplicar pressão ao anel cricóideo (manobra de selick), caso o médico solicite;
- Insuflar o cuff (balão) assim que o tubo estiver na traquéia, utilizando a seringa (manter a pressão do cuff entre 18 e 20 mmHg);
- Auxiliar na ventilação com ressuscitar manual, enquanto o médico regula o respirador;
- Fixar a cânula;
- Instalar o respirador mecânico previamente regulado pelo médico, se necessário;

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

- Observar a expansão torácica e auscultar em busca de sons respiratórios bilaterais;
- Deixar a unidade do paciente limpa e em ordem;
- Encaminhar o material ao expurgo desprezando em local próprio;
- Higienizar as mãos;
- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário;
- Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).

6 – ORIENTAÇÕES PARA INTUBAÇÃO PARA CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADO DE COVID-19

- O profissional médico deve ser o mais experiente em manejo de vias aéreas críticas;
- Material necessário para intubação deve ser separado e identificado, e uma vez aberto, descartado;
- O uso de pinças retas fortes é importante para clampear o tubo quando houver necessidade de mudança de circuitos/ventiladores, com o objetivo de minimizar a aerossolização;
- Para confirmar a intubação orotraqueal, quando possível, utilizar a capnografia, principalmente no contexto de visualização difícil causada pelo uso do EPI;
- SEQUÊNCIA RÁPIDA DE INTUBAÇÃO: Pré - oxigenação com máscara com reservatório com o menor fluxo de ar possível para manter oxigenação efetiva. NÃO VENTILAR COM O DISPOSITIVO DE BOLSAVÁLVULA-MÁSCARA PELO POTENCIAL DE AEROSSOLIZAÇÃO E CONTAMINAÇÃO DOS PROFISSIONAIS.
- Drogas: é preconizada a sequência rápida de intubação, com garantia do bloqueio neuromuscular com rocurônio 1.2mg/kg ou succinilcolina 1mg/kg para facilitar a intubação e evitar tosse do paciente durante o procedimento. A cetamina 1,5mg-2mg/kg foi escolhida como droga de indução pela sua estabilidade hemodinâmica associado com propriedades broncodilatadoras, mas

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

possui contraindicações que devem ser contempladas, e pode ser substituída por outra droga indutora caso necessário (etonidato, fentanil). A Lidocaína na dose de 1.5mg/kg possui a propriedade de abolir os reflexos laríngeos e potencializar o efeito anestésico de outras drogas, e deve ser utilizada como pré-medicação, em média 3 minutos antes da indução.

- A necessidade de possuir vasopressores e cristaloides prontos se dá pelo potencial de hipotensão pós intubação, além de questões logísticas de impossibilidade de busca rápida de material, tendo em vista as precauções de contaminação;
- A epinefrina e a norepinefrina podem ser utilizadas com segurança em veias periféricas quando diluídas, por um período limitado de tempo.
- O Fentanil e Midazolam podem ser utilizados para a sedação e analgesia imediatas pós-IOT, porém é importante lembrar do seu potencial de bradicardia e hipotensão;
- Podem ser feitos bolus de cetamina até as infusões estarem prontas.
- Considerar invasão com veia profunda e linha arterial após, mas para isso os respectivos materiais deverão ser preparados antes do início da intubação orotraqueal.

7 – RESULTADOS ESPERADOS

- Padronização do processo de IOT nas unidades;
- Oxigenação adequada;
- Via aérea pérvia.

8 – AÇÕES CORRETIVAS

- Realizar a manipulação do paciente em IOT com no mínimo dois profissionais, evitando extubação acidental;
- Evitar tracionamento do tudo para que não ocorro lesão em cavidade oral;
- Observar distensão abdominal durante procedimento, caso necessário realizar passagem de cânula gástrica para esvaziamento;
- Verificar fixação da cânula, realizando sua substituição/troca sempre que necessário.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

9 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- ARCHER, Elizabeth et al. Procedimentos e protocolos, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. CARMAGNANI, M. I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009.
- TIMBY, Bárbara K. Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem.8 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 107**	**VERSÃO:** 2
LIMPEZA E DESINFECÇAO DE CAIXAS PARA TRANSPORTE DE MATERIAL BIOLOGICO	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 4**

Elaborado por: Fabricio Lopes da Silva	Data: 25/09/2022	Visto: Assinado por: Fabricio Lopes da Silva 97794D2C355C4A3...
Revisado por: Carla Casaes	Data: 28/09/2022	Visto: DocuSigned by: EAEECD486ED6449...
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

DS

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

1- OBJETIVO
Realizar a limpeza e desinfecção de caixas para transporte de material biológico.
2 – ALCANCE
Unidades Média Complexidade: Pronto Socorro Santana, UPA Jaçanã, AMA Lauzane, AMA Jardim Joamar e AMA Wamberto Dias da Costa
3 – COMPETÊNCIA
• Técnico de Enfermagem • Enfermeiro
4 - MATERIAL
• Equipamentos de Proteção Individual (EPI's): gorro, óculos de proteção, máscara cirúrgica, avental impermeável, luvas de borracha e calçado fechado; • Compressas ou panos de limpeza • Água e detergente hospitalar; • Álcool 70%.
5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE
• Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos; • Vestir EPIs conforme indicação; • Limpar a caixa com uma compressa de limpeza umedecida em solução de água e detergente: • Remover a solução com uma compressa umedecida em água ou proceder enxágüe em água corrente; • Secar a caixa com uma compressa seca, após desprezar a compressa;

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

- Utilizar uma compressa limpa embebida em álcool a 70% fazendo uso do borrifador e aplicar dentro e fora da caixa;
- Deixar secar;
- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de higienização simples das mãos;
- Deverá ser realizada semanalmente ou se necessário.

6 - REGISTRO

Registrar a data da limpeza das caixas em impresso próprio.

7 - ANEXO

Impresso padronizado da instituiçao



ESCALA DE LIMPEZA TERMINAL
CAIXA TÉRMINAL DE TRANSPORTE DE COLETAS
ABRIL - 2023

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco - SBCD

SUS

LIMPEZA TERMINAL DE ROTINA

SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO
Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /
Realizado por:	Realizado por:	Realizado por:	Realizado por:	Realizado por:
Enfermeiro:	Enfermeiro:	Enfermeiro:	Enfermeiro:	Enfermeiro:

LIMPEZA TERMINAL EXTRA

Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /
Realizado por:	Realizado por:	Realizado por:	Realizado por:	Realizado por:
Enfermeiro:	Enfermeiro:	Enfermeiro:	Enfermeiro:	Enfermeiro:

Orientação – A limpeza terminal deve ser realizada pelo Tec. em Enfermagem, responsável pela limpeza terminal do setor com supervisão dos Enfermeiros Assistenciais do plantão, sendo realizado por rotina aos sábados ou sempre que houver sujidades presentes no recipiente que necessitem de uma limpeza terminal fora da rotina.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR. Limpeza, desinfecção e esterilização de artigos em serviços de saúde. São Paulo: APECIH, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC n. 20, de 10 de abril de 2014. Dispõe sobre regulamento sanitário para o transporte de material biológico humano. Brasil: Ministério da Saúde, 2014.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO. Práticas recomendadas. 4. ed. São Paulo: SOBEC, 2007.

DS LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco - SBCD		
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 107**	**VERSÃO:** 2
LIMPEZA E DESINFECÇAO DE CAIXAS PARA TRANSPORTE DE MATERIAL BIOLOGICO	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 4 de 4**

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 108**	**VERSÃO:** 2
ROTINAS E FLUXO DA CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO - CME (AMA)	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 12**

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: EAEECD486ED6449...
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

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

1- OBJETIVO

Concentrar os artigos e instrumentais esterilizados ou não estéreis, tornando mais fácil o seu controle, conservação e manutenção. Padronizar técnicas de limpeza, preparo, acondicionamento e esterilização. Distribuir artigos esterilizados para todas as unidades ao atendimento a pacientes.

2 – ALCANCE

AMA Lauzane Paulista, AMA jardim Joamar e AMA Wamberto Dias Costa

3 – EXIGÊNCIA(s) E JUSTIFICATIVA(s)

Este POP deve ser seguido pelas equipes de enfermagem da AMA Lauzane Paulista, AMA jardim Joamar e AMA Wamberto Dias Costa

4 - RESPONSABILIDADES

- Enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de saúde bucal.
- Compete ao técnico de enfermagem e/ou enfermeiro assistencial e/ou auxiliar de saúde bucal requisitar e encaminhar materiais para à CME;
- Compete ao enfermeiro supervisionar a realização do procedimento.

5 – ABREVIAÇÕES

POP	Procedimento Operacional Padronizado
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
PSM	Pronto Socorro Municipal
EPI’s	Equipamentos de Proteção Individual
AMA	Assistencia médica ambulatorial

6 - PROCEDIMENTO

O profissional do plantão diurno deverá no início de cada plantão retirar na farmácia/almoxarifado um kit CME para 12h:

- 1 teste de bowie dick, 02 testes biológicos, 02 testes ácido peracético;
- EPI: avental impermeável descartável na ausência do avental plástico impermeável, avental descartável, gorro,

DS

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

luvas de procedimento.

- Luva de borracha cano longo – uso quinzenal – uma por plantão de uso individual de cada colaborador;
- Na necessidade de atuar na área suja e limpa por um mesmo profissional, este deve seguir as instruções de troca de EPI – a saber, o uso do avental impermeável na área suja e de um avental descartável na área limpa.

1. ENTRADA DE MATERIAL SUJO NA CME

Os materiais cirúrgicos e inalatórios sujos da Unidade deverão ser recolhidos pelo profissional escalado na área suja, transportados até o CME em container fechado e identificado como “MATERIAL SUJO”.

Ao entrar na área suja, o colaborador deve-se paramentar com os seguintes EPI’s:

- Avental plástico impermeável ou impermeável descartável;
- Botas de borracha branca;
- Touca;
- Máscara Cirúrgica;
- Luvas nitrílicas de cano longo;
- Luvas de procedimento;
- Óculos de Proteção.

Os EPIs de uso único devem ser descartados imediatamente após o uso; aqueles de uso contínuo devem ser armazenados corretamente e identificados.

Após concluir a paramentação, o profissional deverá iniciar a lavagem mecânica dos materiais, para retirar o excesso de sujidade. Em seguida, deverá imergir os materiais em solução desinfectante, conforme tipo de material (inalatórios na solução enzimática e cirúrgicos em ácido peracético). O tempo de imersão e diluição deve ser seguido conforme rótulo do fabricante.

2. DESINFECÇÃO DOS MATERIAIS

A) SOLUÇÃO ENZIMÁTICA

- O detergente enzimático atua na redução de matéria orgânica nos artigos em até 5 minutos, de acordo com o fabricante.
- Sua formulação exclusiva contém tensoativos que associados com as enzimas resultam em uma maior eficiência na limpeza.

DS LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

Indicações:

- É indicado para a limpeza manual e automatizada.
- Dissolve com facilidade a matéria orgânica.
- Indicado para: limpeza de instrumentos médico hospitalares, odontológicos e laboratórios.
- Possui eficácia na remoção e limpeza de matéria orgânica em endoscópios, fibroscópios e canulados.

Validade

- Trocar de acordo com a indicação do fabricante

Modo de Usar

- Limpeza manual ou automatizada: Diluir o detergente enzimatico na proporção e tempo de ação recomendada pelo fabricante (indicada no rótulo da embalagem).
- Adicionar 45 litros de água na temperatura de 40ºC a 55ºC para ter maior eficácia do produto.
- Friccionar o artigo com auxílio de uma fibra de limpeza leve;
- Na sequência enxaguar com água em abundância.
- Secar.

B) ÁCIDO PERACÉTICO

- O Ácido peracético 0,2% caracteriza-se por rápida ação microbicida e age pela desnaturação de proteínas, ruptura de parede celular e oxidação de proteínas, enzimas e outros metabólicos.

Indicações:

- Desinfecção de materiais termossensíveis (Sistema de Bain, Conector de tubo oro/traqueal, Cânula de Guedel e outros)
- Desinfecção de materiais semi-críticos (Nebulizador, Espaçador, Umidificador, Válvula de Venturi, Máscara Comum, Traquéia da Baraka, Conector Branco da fisio)

Contra-Indicações:

- Material composto de chumbo, prata, cobre, zinco, latão, bronze e ferro galvanizado.

DS LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

- Materiais como Máscara Facial Inflável, Bolsa Verde da Baraka e demais materiais que passam pelos processos de esterilização a vapor e ou Peróxido de Hidrogênio.

Validade

- 30 dias – Realizar teste diariamente com fita teste (deve atingir 2000ppm)

Descrição do procedimento:

- Lavar as mãos;
- Colocar EPIs;
- Lavar o material, com detergente ENZIMÁTICO antes da exposição ao agente desinfetante;
- Enxaguar o material abundantemente em água potável para remoção completa do detergente e de detritos;
- Deixar escorrer a água do material e/ou secar com compressa, a fim de não deixar água no material que possa diluir solução de desinfetante após sua imersão;
- Certificar-se da estabilidade/validade da solução de ácido peracético.
- Imergir totalmente o material na solução de ácido peracético;
- Tampar o recipiente logo após o manuseio;
- **OBS:** A imersão deve ser completa, preenchendo todos os lumens para evitar bolhas de ar onde a solução não entre em contato com a superfície impedindo sua ação. Materiais leves, com tendência a boiar, devem ser mantidos imersos com estruturas plásticas perfuradas mais pesadas que o primeiro.
- Respeitar o tempo de exposição definido pelo fabricante, deixando o material todo imerso. Para ***desinfecção de alto nível*** o tempo de exposição dos materiais é de 10 (dez) min ou de acordo com o fabricante. Ao longo desse período não deve ser imerso nenhum outro artigo.
- Retirar o material da solução desinfetante usando luva nitrílica de cano longo, óculos de proteção, máscara cirúrgica, avental impermeável.
- Enxaguar os artigos desinfetados com água limpa em abundância, para remover o odor e qualquer resíduo químico do ácido peracético, que possa causar danos à pele e mucosas.
- Secar com compressa, campo de tecido macio ou com oxigênio.
- Acondicionar material em saco plástico;
- Rotular com a data da embalagem, nome do profissional responsável e validade (7 dias).

Teste da Fita do Ácido Peracético:

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

Este teste deve ser realizado diariamente, com a finalidade de verificar a eficácia do produto com o passar dos dias. A solução diluída tem prazo de validade de até 30 dias conforme o fabricante, porém se a concentração do ácido estiver abaixo de 500 ppm devemos realizar o desprezo da solução e diluir outra nova, mesmo que antes dos 30 dias.

Princípio do teste:

Com o tempo a concentração de peróxidos e ácido peracético no banho tende a diminuir, podendo cair baixo do nível mínimo recomendável de efetividade de 500ppm. Antes da unidade de diálise ou banho ser enxaguada e preparada para uso, a concentração de ácido peracético na solução deve ser verificada com as tiras de teste de ácido peracético para se assegurar que o nível do ácido peracético está em 500ppm ou maior.

Instruções de uso:

Mergulhe a fita na solução por aproximadamente 1-2 segundos. Retire todo o excesso de líquido agitando suavemente a fita ou tocando a base da tira em papel absorvente limpo. Em até 30 segundos efetuar a leitura, comparando a cor desenvolvida na fita com as faixas do rótulo da embalagem. Deixar afixado em planilha própria da Unidade após fim do teste, anotando e quantificando o resultado.

Onde utilizar:

Para o CME, verificar no dia a dia a concentração do ácido peracético que está sendo utilizado, até o momento da troca. Importante verificar a concentração que cada ácido utilizado, mata a Microbacterium Massiliense, através do Laudo fornecido pelos laboratórios credenciados da ANVISA.

Precauções importantes:

Mantenha as fitas no frasco original. Retire somente a quantidade necessária para realizar os testes e feche imediatamente o frasco. Certifique-se que o frasco foi bem fechado e se encontre com a sílica para prevenir absorção de umidade.
A exposição das fitas que estiverem fora da embalagem expostas à luz e a umidade, pode causar a sua descoloração. Não utilizar as fitas após a data de vencimento do lote, estando o frasco aberto ou não. Não tocar com os dedos ou quaisquer outros objetos a almofada que contém o reagente. Não utilizar as tiras para detecção de ácido peracético residual.

Armazenagem:

Armazenar as fitas na temperatura ambiente entre 15·C e 30·C. Não exponha as fitas diretamente à luz do sol. Não refrigerar.

3. ENTRADA DO MATERIAL NA ÁREA LIMPA

Após os materiais serem enxaguados em água corrente, os mesmos deverão ser secados na área limpa. O transporte do material será feito pela janela que une as 2 áreas e que só deverá ser aberta no momento da passagem do material. Neste momento, o funcionário da área limpa recebe o material e coloca em cima da bancada impermeável para completa secagem dos materiais. Caso haja urgência na secagem do material, pode-se utilizar o ar comprimido neste procedimento. Após o

DS LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

material estiver completamente seco, o funcionário irá embalar em saco plástico (materiais que não utilizam autoclave) ou papel grau cirúrgico (material autoclavável), identificando com data de preparação, data de validade (7 dias para todo material inalatório e de algodão e 30 dias todo material em grau cirúrgico), carimbo e assinatura do funcionário que preparou.

Para o transporte do material para o arsenal e área de autoclave, o profissional da área limpa deve acondicionar os materiais em container fechado, com identificação de **"MATERIAL LIMPO"** e transportar o material pela área interna da Unidade até chegar no arsenal. **O material que será autoclavado passa pela janela do arsenal e entra na autoclave e o material que não necessita deste processo é armazenado no arsenal.**

O profissional da área limpa deverá estar sempre paramentado com:

- Avental descartável;
- Touca;
- Máscara Cirúrgica;
- Óculos de proteção;
- Luvas de procedimento.

Toda vez que o profissional sair da área limpa e/ou do arsenal, deve retirar os EPI's; e, toda vez que entrar, deve se paramentar novamente.

O material limpo e/ou sujo NUNCA deverá circular pela área externa da Unidade.

4. CONTROLES DO PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO

Os controles do processo de esterilização deverão ser realizados diariamente e registrados em impresso próprio, que deverá permanecer no arsenal. O teste de Bowie Dick deverá ser realizado pelo profissional da área limpa às 7h, para liberação das cargas do dia. Todas as cargas deverão conter um integrador químico fora e um dentro de cada pacote. Quando o pacote for utilizado, o integrador que estava dentro deve ser afixado na ficha de atendimento do paciente. Caso seja necessário verificar os testes daquele pacote, haverá como rastrear.

A) TESTE DE BOWIE DICK

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

Realizar no primeiro ciclo do dia da autoclave.

- Ligar a autoclave e submetê-la a um ciclo completo e vazio.
- Colocar a folha teste no meio de uma pilha de campos de tecido com 25 cm a 28 cm de altura.
- Esta pilha pode ser embalada em tecido ou papel, podendo ser atada com fita adesiva.
- Colocar apenas o pacote teste na autoclave na direção do dreno e apoiado no "*rack*".
- Iniciar o ciclo, que poderá ser interrompido antes da fase de secagem; e após o tempo determinado pela temperatura, conforme esquema abaixo:

134° – 3 e meio a 4 minutos
127° – 11 minutos
129° – 15 minutos

Leitura do Teste:

Positivo **(+)** Quando a folha teste apresenta falhas na revelação, que é observada por uma mudança incompleta na coloração, geralmente no centro da mesma.

Negativo **(-)** Quando a mudança na coloração da folha for uniforme em toda a sua extensão, demonstrando não haver ar residual.

Se o teste apresentar falha comunicar a chefia de enfermagem imediatamente, pois a autoclave deverá passar por manutenção corretiva e nenhuma carga poderá ser liberada para uso.

B) INTEGRADORES QUÍMICOS

Os indicadores químicos são fitas de papel impregnadas com uma tinta termocrômica que mudam de cor quando expostas à temperatura elevada por certo tempo. Elas podem apenas indicar a exposição ou não ao calor (indicadores específicos de temperatura) ou ainda indicar a ação de diferentes componentes como tempo, temperatura e vapor (integradores).
Devem ser colocados indicadores externos nos pacotes a serem esterilizados. Essa prática indica apenas se o material passou ou não pelo processo de esterilização.
Indicadores colocados no interior dos pacotes devem estar posicionados em locais de difícil acesso ao agente esterilizante, assim poderá se obter informações sobre falhas na esterilização com relação à penetração do vapor ou concentração de óxido de etileno. Para cada processo existe um tipo de indicador apropriado: autoclave, calor seco ou óxido de etileno.

C) INDICADORES BIOLÓGICOS

A utilização destes indicadores permite a comprovação da eficiência da esterilização, uma vez que o crescimento de microrganismos após a aplicação do processo é diretamente testado.
Este indicador consiste em uma preparação padronizada de esporos bacterianos em suspensões que contém em torno de 10^6 esporos por unidade de papel.
Os microrganismos utilizados são de acordo com o processo de esterilização avaliado (APECIH, 1998):

- autoclave a vapor: *B. stearothermophilus;*
- calor seco: *B. subtilis var. niger;*
- autoclave a óxido de etileno: *B. subtilis var. niger;*

DS LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

- plasma de peróxido de hidrogênio: *B. subtilis var. niger;*
- radiação gama: *Bacillus pumilus;*

Após o processamento dos indicadores, eles devem ser incubados para se verificar se as cepas ainda são viáveis. As condições de incubação e o meio em que os indicadores devem ser incubados devem ser fornecidas pelo fabricante das preparações. O indicador que fora processado é incubado nas mesmas condições e juntamente com um outro que não tenha passado pelo processo de esterilização a fim de se verificar a viabilidade das cepas e as condições adequadas de incubação que favoreçam o crescimento bacteriano.

A realização de testes biológicos deve ser, no mínimo, semanalmente e após cada manutenção ou suspeita de mau funcionamento.

No processo de esterilização a óxido de etileno o teste deve ser realizado em cada ciclo de esterilização devido a complexidade do processo e a maior probabilidade de falhas.

Este procedimento deve ser realizado às 7h da manhã e as cargas só poderão ser liberadas quando os testes finalizarem.

5. CONTROLE DA ÁREA DE ARSENAL

Dentro desta área, o profissional deverá fazer a checagem diária dos materiais, verificando prazos de validade, armazenamento adequado e limpeza das superfícies. Para adentrar a sala, é necessário o uso de toucas para que não caia fios de cabelos nas superfícies. O mesmo profissional que circula essa sala fica escalado na área limpa.

6. RECEBIMENTO DE MATERIAIS DE OUTRAS UNIDADES DE SAUDE

Caso alguma unidade de saude necessite de autoclave ou desinfecção dos seus materiais, o enfermeiro RT da origem deve enviar um email para a coordenação de enfermagem do AMA, informando data e hora que virá trazer os materiais. É necessário que a origem traga seu próprio profissional e o mesmo irá fazer todo processo de limpeza, desinfecção, embalagem e autoclavagem. O AMA só irá aceitar o material se vier em container fechado e identificado como **"MATERIAL SUJO".** Deve também trazer todo material para embalagem, controle dos processos (integradores químicos) e identificação dos seus materiais. Antes de iniciar o processo de limpeza, o profissional externo deverá solicitar permissão para o funcionário do AMApara iniciar o processo. Quando for iniciar o processo de autoclavagem, o profissional externo deve informar o profissional do AMA para registro de carga no impresso próprio da Unidade.

7. CONTROLE DA DATA LIMITE DO USO DE MATERIAIS ESTERILIZADOS

Objetivos:

Garantir que os materiais sejam utilizados com embalagem íntegra dentro do prazo máximo de vida de prateleira do processo de esterilização.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

Etapas do Processo:

Data limite de uso do produto esterilizado: é prazo estabelecido em cada instituição, baseado em um plano de avaliação da integridade das embalagens, fundamentado na resistência das embalagens, eventos relacionados ao seu manuseio (estocagem em gavetas, empilhamento de pacotes, dobras das embalagens), condições de umidade e temperatura, segurança da selagem e rotatividade do estoque armazenado;

Tecido de algodão - 7 dias;

Embalagem Tyvec e papel grau cirúrgico- validade 30 dias conforme instrução do fabricante;

Embalagens SMS - validade de 3 meses.

O tempo de vida de prateleira só deve ser considerado se a embalagem estiver íntegra. A perda da esterilidade de um material está associada a eventos relacionados. O usuário deve inspecionar visualmente a integridade da embalagem antes da abertura do pacote.

Disponibilizar etiquetas com identificação do processo e prazo de validade (3 meses para SMS, papel grau cirúrgico e tyvec) a partir da data de preparo.

Realizar a conferência de validade dos materiais no tecido de algodão diariamente, e nas demais embalagens, no último final de semana do mês, retirando os materiais a vencerem em 10 dias e todos aqueles que não apresentarem a integridade das embalagens.

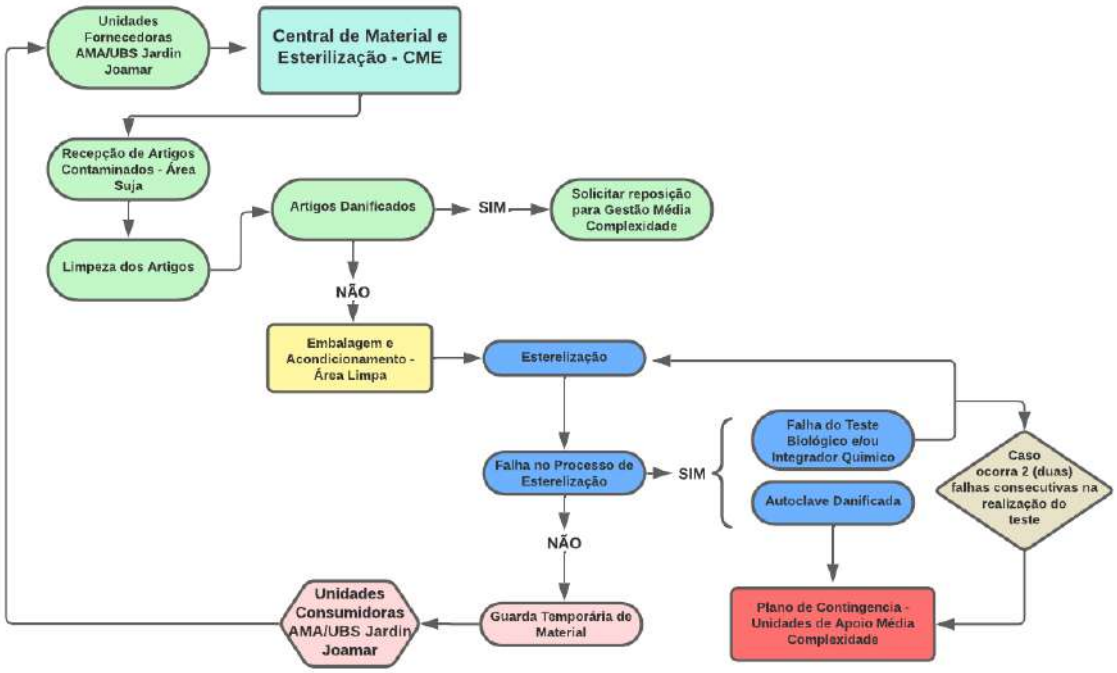
Registrar a quantidade total de materiais vencidos na CME para fins estatísticos.

Reprocessar os materiais trocando todos os insumos (embalagens, integradores, etiquetas).

Os materiais odontológicos processados em embalagem de papel grau cirúrgico seguirão tempo de validade de 30 dias em atenção ao descrito na RDC 15 de 2012, sem impedimentos para tal validade desde que a embalagem siga íntegra neste período.

8. FLUXOGRAMA

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73



7 - PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

Categoria de risco	Falhas potenciais geradoras de riscos	Evento	Ações de prevenção	Ações frente ao evento
Ocupacional.	Uso inadequado de EPI.	Exposição a riscos para a saúde.	Orientação quanto ao uso adequado de EPI.	Providenciar EPI se estiver em falta Reforçar a orientação quanto ao uso adequado de EPI.

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

Assistencial.	Falta de material esterilizado Vencimento da validade de materiais esterilizados.	Desabastecimento da unidade de materiais esterilizados.	Conferir periodicamente a validade dos materiais Conferir o estoque dos materiais esterilizados para fazer a requisição e evitar o desabastecimento da unidade.	Providenciar requisição de urgência à CME.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- ANVISA**,** Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Normas para Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. 2ª. Edição. Brasília, 2004.
- CARVALHO, Antônio Pedro Alves de. Quem tem medo da Arquitetura Hospitalar? FAUFBA- Faculdade de Arquitetura, Curso de Especialização de Arquitetura em Sistema de Saúde. Salvador, 2006.
- GRAZIANO, K.U; SILVA, A; PSALTIKIDIS, E.M. **Enfermagem em Centro de Material e esterilização**. Barueri, SPS: Manole, 2011.
- MANUAL de Normas e Rotinas Técnicas. Central Distrital de Material Esterilizado. SMSA / PBH. Secretaria Municipal de Saúde. Belo Horizonte.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Série Saúde & Tecnologia – Textos de Apoio à Programação Física dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde – Arquitetura na Prevenção de Infecção Hospitalar. Brasília, 1995. 76 páginas.
- ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC 15 de 15 de março de 2012. Brasília em 2012. Disponível em:
- <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html> Acesso em: 15/01/2018.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 109**	**VERSÃO:** 1
POP Direcionamento de pacientes com deterioração clínica em AMA UBS Integrada	**VALIDADE:** 25/06/2025	**Pag. 1 de 6**

Elaborado por: Renata Colamarche	Data: 15/06/2023	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 90E0E55E05D144E...
Revisado por: Carla Casaes	Data: 23/06/2023	Visto: DocuSigned by: FAEFCD486FD6449...
Aprovado por: Tassiana Pita	Data: 25/06/2023	Visto: Assinado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz CEC19F2097164E7...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
1	15/06/2023	Elaboração do procedimento

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

1- OBJETIVO

Descrever a rotina para situações em que usuários dos serviços da Unidade Básica de Saúde (UBS) apresentam deterioração clínica e necessitam de continuidade de sua assistência no serviço de urgência e emergência integrado, seguindo para a AMA.

2 – EXECUTANTES

Enfermeiro, Médico, Técnico de enfermagem, Assistente Administrativo e Assistente Social.

3 – DEFINIÇÕES

Como se sabe as Unidades Básicas de Saúde são a principal porta de acesso à Atenção Primária a Saúde (APS) e consequentemente ao Sistema Único de Saúde (SUS) e por este motivo, diferentes públicos dão entrada, buscando serviços diversos que podem ser oferecidos e referenciados pela unidade.

De acordo com essa demanda espontânea se torna necessário que a equipe multiprofissional tenha um olhar atento e qualificado sobre o estado geral de saúde destes usuários, afim de identificar precocemente casos que possam ser de maior complexidade.

É necessário que haja a correta capacitação dos profissionais não assistenciais para que consigam identificar alterações do estado geral dos usuários e que adotem a comunicação eficaz com as equipes assistenciais para que estas avaliem o quadro e prossigam de acordo com as necessidades de cada caso específico.

Além da identificação precoce de alterações de estado geral é necessário que se estabeleça um fluxo para o atendimento de intercorrências clínicas e seu correto direcionamento ao serviço de urgência e emergência, caso seja necessário.

4 - PROCEDIMENTOS

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

Quando os pacientes dão entrada no serviço de saúde todos deverão ser direcionados ao Totem para retirada de senha, onde contamos com a presença dos controladores de acesso, e neste primeiro contato o usuário irá informar o motivo pelo qual este veio até a UBS. Neste primeiro contato, caso o paciente relate queixas agudas, os controladores de acesso deverão acionar de imediato a equipe de enfermagem do serviço.

Como exemplos destes quadros agudos podemos citar: Falta de ar, dor no peito, dor abdominal, sangramentos em geral, dormência de mãos/braços, tontura, quedas em geral e etc...

Além disso, caso o usuário não apresente relato de queixa aguda, porém seja observado que apresenta alterações de seu estado geral enquanto aguarda, também deverá haver a comunicação para a equipe de enfermagem do serviço, esta comunicação deverá ser realizada por qualquer profissional do serviço que identifique o quadro anormal. Como exemplo de quadros a serem observados podemos citar suor excessivo, dificuldade para caminhar, palidez, apatia, falta de resposta a comandos verbais e etc.

A equipe de enfermagem (técnico de enfermagem ou enfermeiro) ao serem acionados pelo controlador de acesso ou demais membros da equipe, deverão obter as informações sobre aquele usuário e direcioná-lo para o acolhimento para que seja avaliado e tenha seus sinais vitais (SSVV) aferidos, independente do motivo pelo qual este está procurando a unidade de saúde.

Ao realizar o acolhimento dos usuários direcionados pelo controlador de acesso e também dos demais que chegam através do acesso avançado o enfermeiro deverá realizar uma breve entrevista afim de compreender o quadro clínico apresentado e, em identificando alterações de SSVV e/ou queixas potencialmente agudas e graves deverá solicitar a avaliação do médico do serviço.

É fundamental que este usuário quando identificado seja acomodado de forma confortável e privada em ambiente adequado (ex: sala de procedimentos) para que se proceda a avaliação médica, e em confirmação da necessidade de atendimento em unidade especializada (urgência e emergência) o enfermeiro responsável deverá solicitar a outro profissional (técnico de enfermagem ou assistente administrativo) para que prossiga até a AMA integrada e comunique que haverá a necessidade de remoção de um paciente para continuidade do atendimento. É importante que um profissional de saúde permaneça com o usuário durante todo este processo.

O médico da UBS sequencialmente deverá passar o caso para o médico da AMA afim de definir se o paciente prosseguirá para atendimento em consultório ou se necessitará de atendimento em sala de emergência. Na AMA esse paciente terá seu acolhimento com classificação de risco (ACCR), realizado pelo enfermeiro de forma preferencial, bem como abertura da ficha de atendimento (FA).

Após definição da necessidade de atendimento o paciente deverá ser transportado até a AMA, sendo que, caso esteja consciente e capaz de permanecer sentado deverá ser acomodado em cadeira

de rodas a ser conduzida por profissional da saúde da UBS até a AMA integrada, sendo deixado sob a responsabilidade de profissional de saúde também na unidade de destino, onde o atendimento prosseguirá.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

Nos casos de pacientes de maior gravidade, que após passagem de caso médico a médico seja definida a necessidade de atendimento em sala de emergência, este deverá ser transportado pela equipe de saúde em maca de transporte, ou onde não for possível, em prancha rígida (anexo 02) com cintos de fixação. Nos transportes em prancha é fundamental que sejam envolvidos o maior número de profissionais possível (sendo o ideal 06 colaboradores, 03 de cada lado), afim de garantir um transporte seguro.

É importante citarmos que em casos críticos onde o usuário apresenta quadro súbito e inesperado (crise convulsiva, desmaio, parada respiratória e/ou cardíaca) este deverá ser atendido imediatamente, no local onde se encontra e o médico também acionado de imediato. À equipe administrativa, nestes casos, caberá a comunicação do evento à equipe da AMA e orientação dos demais usuários para manter a área livre e se possível garantir alguma privacidade, com uso de biombos por exemplo.

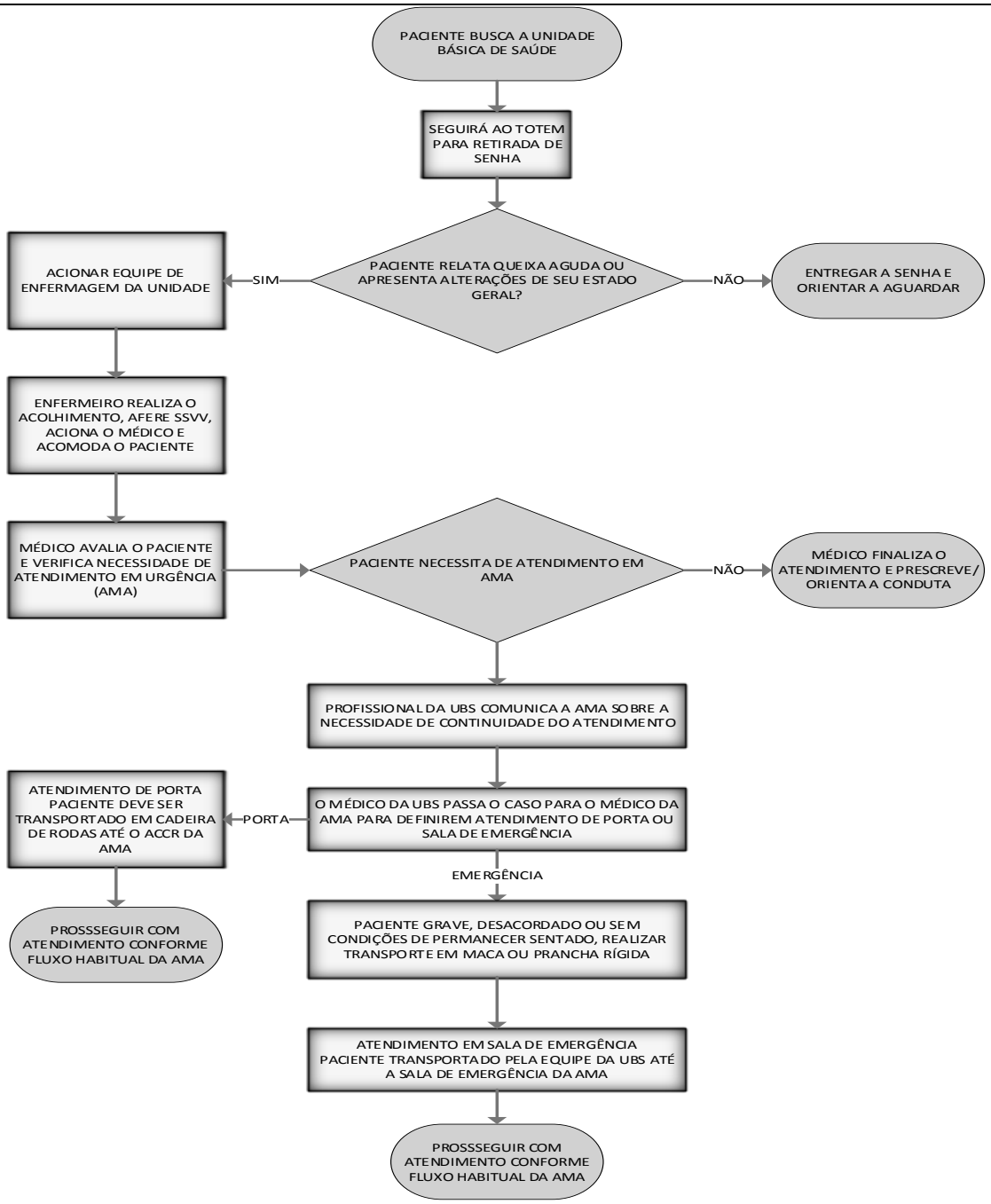
Nestes atendimentos de quadros súbitos a equipe de enfermagem e o médico deverão garantir a segurança deste paciente, evitando possíveis agravos ao quadro e organizar o local para o transporte até a AMA o mais rapidamente possível. Este transporte deverá ocorrer de acordo com a necessidade de cada serviço (maca ou prancha rígida) sendo sempre acompanhada pelo médico da UBS até a admissão deste paciente na sala de emergência da AMA.

Em todos os casos de necessidade de continuidade de atendimento ao paciente em serviço de urgência e emergência, o serviço social da UBS deverá ser comunicado para que possa garantir a apresentação do prontuário do usuário, facilitando a obtenção de seu histórico e ainda prosseguir com a comunicação à familiares/responsáveis caso o paciente esteja desacompanhado.

5 – ANEXOS

1- FLUXO DE ATENDIMENTO DE PACIENTES COM DETERIORAÇÃO CLÍNICA NA UBS

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73



2 – PRANCHA RÍGIDA COM CINTAS DE FIXAÇÃO

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 109**	**VERSÃO:** 1
POP Direcionamento de pacientes com deterioração clínica em AMA UBS Integrada	**VALIDADE:** 25/06/2025	**Pag. 6 de 6**



Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 110**	**VERSÃO:** 1
POP Passagem de plantão - ISBAR	**VALIDADE:** 15/07/2025	**Pag. 1 de 5**

Elaborado por: Renata Colamarche	Data: 05/07/2023	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 90E0F55E05D144F...
Revisado por: Carla Casaes	Data: 10/07/2023	Visto: DocuSigned by: FAEFCD486FD6449...
Aprovado por: Tassiana Pita	Data: 15/07/2023	Visto: Assinado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz CEC19F2097164F7...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
1	05/07/2023	Elaboração do procedimento

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

1- OBJETIVO

Estabelecer os critérios e requisitos para a passagem de plantão na transição do paciente durante o processo assistencial entre profissionais de enfermagem.

Visa garantir a sistematização e organização das informações a serem transmitidas na transição do paciente durante o processo assistencial e a comunicação efetiva sobre as condições do paciente para a continuidade da assistência e segurança do paciente.

2 – EXECUTANTES

Enfermeiros;

3 – DEFINIÇÕES

A passagem de plantão é um processo de compartilhamento de informação sobre o paciente, entre profissionais, setores e Serviços de Saúde.

A passagem de plantão pode ser realizada de forma verbal, escrita e eletrônica.

A comunicação efetiva sobre as condições do paciente está diretamente relacionada às informações relevantes, precisas e claras.

Os processos e fluxos de passagem de plantão são mapeados, os resultados são monitorados e as melhorias são implementadas.

O processo estabelecido para a passagem de plantão do paciente considera:

Transição interna

A transição interna é caracterizada pela transferência do paciente entre setores / áreas dentro da unidade (medicação, observação adulto, observação pediátrica, emergência adulto, emergência pediátrica).

• Deve-se otimizar o tempo da passagem de plantão, evitar interrupções e priorizar as informações necessárias para o cuidado e segurança do paciente;

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

• Todos os exames, procedimentos, transferências ou quaisquer situações que ocorram com o paciente devem ser registrados no prontuário, e o mesmo deve estar sempre na unidade onde o paciente se encontra;

• O documento adotado é o da a técnica de comunicação I-SBAR (Identify - Identificação, Situation - Situação, Background – História breve e Antecedentes relevantes, Assessment – Avaliação e Recommendation - Recomendação) para apoiar o processo de passagem de plantão (anexo 01);

• Um conteúdo crítico padronizado está definido para os diferentes grupos profissionais e/ou setores de atuação, com base no SBAR;

• Em todas as transições de cuidado registradas, preconizadas neste documento, é requerido o registro do profissional informante e do profissional receptor das informações, através de assinatura e registro do número do Conselho de Classe;

• Sempre que o profissional julgar necessário, poderão ser utilizados dados no Prontuário do Paciente para complementar a Passagem de Plantão, como a Prescrição Médica ou de Enfermagem, por exemplo;

• Recomenda-se ao término da passagem de plantão verbal, abrir espaço para questionamentos, para esclarecimento de dúvidas de quem recebe o plantão;

• As siglas e os símbolos devem ser evitados; utilizar apenas aquelas padronizadas pela instituição.

Para as transições internas, foram definidos dois formatos diferenciados: Passagem de Plantão entre Turnos e Passagem de Plantão entre Setores.

4 - PROCEDIMENTOS

a. Passagem de Plantão entre Turnos - Equipe de Enfermagem

Setores de aplicação: Observação adulto, observação pediátrica, sala de emergência adulto e pacientes admitidos em observação de emergência que estejam aguardando leito.

Responsável: Enfermeiro

Arquivo: SBAR (documento disponível em prontuário eletrônico PEP PR) e manter impresso e assinado em prontuário do paciente.

I - Identificação	a. Nome Completo do Paciente b. Data de nascimento / idade

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

	c. Leito / Especialidade d. Data e horário de admissão
S - Situação	a. Hipotese diagnóstica atual b. Dieta c. MEWS d. O_2 / Dispositivos / Precaução
B – História Breve/ Antecedentes	a. Antecedentes relevantes desta admissão b. Alergias c. Uso de medicamentos
A - Avaliação	a. Riscos assistenciais b. O que mudou: resultados de exames relevantes c. Outras condições especiais (ex: curativos)
R - Recomendação	a. Plano Terapêutico b. Acolhimento multiprofissional

b. Passagem de Plantão entre Setores – Equipe de Enfermagem

Transição Interna

Considerando a transição do paciente entre setores o documento SBAR deverá ser preenchido imediatamente antes da saída do paciente do setor de origem, e se faz necessário uma avaliação do estado geral realizada pelo enfermeiro. O controle dos sinais vitais imediatamente antes do encaminhamento do paciente deve acontecer e ser registrado no impresso sempre que o paciente for transferido de setor ou encaminhado para exames externos, com retorno posterior. Após essa avaliação o enfermeiro libera ou não o prosseguimento do transporte.

Transição externa

A transição externa é caracterizada pela transferência do paciente do serviço de saúde de origem para outras instituições de saúde.Neste momento é fundamental que as informações referentes ao paciente sejam transmitidas de forma mais completa possível.

• Provisão de informações relacionadas às condições do paciente, medicamentos, plano de tratamento e resultados de exames. Em casos de comunicação escrita e eletrônica acrescentar data, horário, nome, assinatura e número do conselho de classe.

5 – ANEXOS

5. ANEXOS

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

ANEXO 01 – FICHA SBAR

1. Setor: _____ Data: ____ /____ /_____ Horário: _____ : _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	S: Situação	B: Breve Histórico	A: Avaliação	R: Recomendações	Assinatura
Leito: _____ Especialidade: _____ **Nome completo:** _____ **Data de Nascimento:** ____ /____ / _____ **Idade:** _____ **Data e Horário de Admissão no PSM:** ____ /____ / _____ _____h _____min	**Diagnóstico Atual:** _____ **Dieta:** _____ **MEWS:** _____ **Suporte de O2:** ( ) Não ( ) Sim, _____ Se IOT – data: ____/____ **Dispositivos:**( ) Não ( )Sim, _____ Se SNE – data ___/___ Se SVD – data ___/___ Se AVP – data ___/___ Se CVC – data ___/___ **Precaução:** ( )Padrão ( )Contato ( )Aerossóis ( )Gotículas ATB: _____ Dia ___/___ ATB: _____ Dia ___/___ **Anticoagulantes:** ( )Não ( )Sim, **Bomba de Infusão:** Med _____ Gotej _____ Med _____ Gotej _____	**Antecedentes:** ( )HAS ( )DM ( )Asma ( )DPOC ( )AVC ( )Tabagismo ( )Outros: **Alergia:** ( )Não ( )Sim **Medicamentos de Uso Contínuo - Reconciliados:** **TESTE COVID19:** Teste rápido ( ) SIM – DIA ___/____ Resultado _____ RT-PCR DIA ___/___/____	**Riscos Assistenciais:** ( ) Queda - Morse _____ ( ) LP_____ - Braden _____ ( ) Flebite - Maddox _____ ( ) SCP _____ - _____ ( ) para Tentativa de Fuga ( ) para Agitação Psicomotora ( ) para Tentativa de Suicídio ( ) Outros: **Exames:** ( ) RX ( ) Laboratório ( ) ECG ( ) Tomografia ( ) USG ( ) Outros: **Alteração de Exame Laboratorial:** ( )Não ( )Sim: **Alteração de Exame Físico:** ( )Não ( )Sim: CURATIVO – LESÃO _____ MATERIAL _____ FEITO ___/___ PRÓX___/___ **ROL DE PERTENCES** ( ) NÃO ( ) SIM – ( ) ARM 63 ( ) ADM	**Plano Terapêutico:** **Provável alta em ____/____** **Sugestão/Necessidade de:** **Pendências:** **ACOLHIMENTO SAÚDE BUCAL:** DATA/HORÁRIO/ASB **ACOLHIMENTO SERVIÇO SOCIAL** ( ) Tem documento pessoal ( ) Tem contato familiar	Enfermeiro do Setor / Assinatura / COREN-SP

Esse formulário compõe o prontuário do paciente e deve ser denominado a cada paciente. Usar frente e verso para o mesmo paciente – atualizado 19/01/2023.

6 – REFERÊNCIAS BIVLIOGRÁFICAS

- COREN SP – Passagem de Plantão, Parecer CAT nº 009/2010 Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/pareceres/passagem-de-plantao/ Acesso em: 05/07/2023.
- Felipe TRL, Spiri WC, Juliani CMCM, Mutro MEG. Instrumento de passagem de plantão da equipe de enfermagem - SBAR (Situation-Background-Assessment-Recommendation):

validação e aplicação. Rev Bras Enfermagem [Internet]. 2022;75(6): e20210608. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0608

DS LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 111**	**VERSÃO:** 1
POP Solicitação de Cópia de Prontuário	**VALIDADE:** 12/12/2025	**Pag. 1 de 8**

Elaborado por: Renata Colamarche	Data: 05/12/2021	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 90E0F55E05D144F...
Revisado por: Carla Casaes	Data: 10/12/2021	Visto: DocuSigned by: FAEFCD486FD6449...
Aprovado por: Tassiana Pita	Data: 12/12/2021	Visto: Assinado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz CEC19E2097164E7...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
1	25/09/2022	Elaboração do procedimento
2	12/12/2023	Primeira revisão e atualização

DS

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

1- OBJETIVO

Atender as solicitações dos usuários, através de requerimento próprio para obtenção de cópia de prontuário médico encaminhados ao SAME, respeitando as normas interpostas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).

2 – EXECUTANTES / ABRANGÊNCIA

- Recepção
- SAME
- Equipe administrativa
- Coordenação de Enfermagem
- Diretoria médica;

3 – DEFINIÇÕES

O prontuário médico é o documento que contém informações detalhadas sobre a assistência de saúde prestada ao paciente, desde a sua entrada até a alta médica ou transferência. Os dados sobre o atendimento realizado são sigilosos e dizem respeito apenas ao paciente. O solicitante que recebe a cópia do prontuário assume a responsabilidade da manutenção do sigilo das informações do mesmo, submetendo-se à legislação vigente.

4 - SITUAÇÕES PARA SOLICITAÇÃO

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

A) PACIENTE VIVO E CAPAZ

A cópia do prontuário somente será liberada mediante o preenchimento do formulário de solicitação de cópia de prontuário (anexo 01) a ser efetuada pelo próprio paciente e com firma reconhecida em cartório caso o mesmo não compareça presencialmente à unidade para a solicitação. Em atendimento presencial o paciente deverá assinar o referido formulário na presença de um assistente administrativo da recepção da unidade.

O paciente pode autorizar (em campo específico no formulário) outra pessoa para fazer a retirada da cópia solicitada. Para esta solicitação é obrigatória a apresentação de documento de identificação original com foto no atendimento presencial ou cópia autenticada quando não presencial, tanto do paciente quanto da pessoa autorizada a retirar a cópia do prontuário, quando for o caso.

B) PACIENTE VIVO E INCAPAZ

Havendo qualquer tipo de incapacidade do paciente, a solicitação para fornecimento da cópia do prontuário será realizada mediante o preenchimento do formulário por seu representante legal, atuante de direito ou guardião/responsável de menores, com documento com firma reconhecida em cartório. Somente o representante legal (solicitante) poderá retirar a cópia do prontuário.

É obrigatória a apresentação de documento que comprove a situação de representante legal do paciente:

- Cópia autenticada de termos de tutela/curatela ou de procuração lavrada em cartório e que outorgue os poderes específicos para retirada de cópia de prontuário;
- Cópia autenticada de certidão de nascimento do paciente menor de idade;
- Cópias autenticadas do documento de identificação com foto do paciente e de seu representante legal.

C) PACIENTE FALECIDO

O Conselho Federal de Medicina (CFM) recomenda que copias de prontuários de pacientes falecidos devem ser entregues aos cônjuges/companheiros, ou ainda a parentes em linha reta ou colaterais até o quarto grau, obedecendo a ordem de vocação hereditária e mediante comprovação do vínculo alegado, conforme a Recomendação n° 03/2014 do CFM.

A solicitação para fornecimento da cópia do prontuário será realizada mediante o preenchimento do formulário pelo representante legal atuante de direito. A assinatura do solicitante deverá ter reconhecimento em cartório e cópias autenticadas dos documentos comprobatórios de identidade e vínculo com o paciente falecido serão exigidas. Neste caso, somente o solicitante poderá retirar a cópia do prontuário solicitado.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

D) MANDADO JUDICIAL

Em caso judicial, além do requerimento, deverão estar anexadas os seguintes documentos:

• Cópia autenticada do mandado judicial, a ser disponibilizada pela unidade e anexada em prontuário do paciente.

OBSERVAÇÃO: Caso haja alguma solicitação que não atenda aos critérios estabelecidos, o paciente/familiar será encaminhado à ouvidoria.

5 – PROCEDIMENTOS

- Quando for solicitado ao assistente administrativo na recepção, este deve disponibilizar ao solicitante o formulário para ser preenchido e informar o prazo de 10 dias úteis, após a entrega do formulário preenchido, para a entrega do prontuário, respeitando a normas estabelecidas no item 04.
- Ao receber o formulário preenchido o assistente administrativo da recepção deverá conferir se o preenchimento foi realizado corretamente, se está completo e legível.
- Após a conferência de dados realizada o assistente administrativo da recepção deverá entregar o protocolo de solicitação de prontuário médico ao solicitante (anexo 2).
- O assistente administrativo da recepção deverá comunicar sua liderança imediata sobre a nova solicitação, que deverá direcioná-la ao SAME para que o referido prontuário seja recuperado.
- Quando do recebimento da solicitação o SAME deverá também verificar se as cópias dos documentos anexados estão legíveis e coerentes bem como as cópias de documentos do requerente ou responsável legal e/ou procurador, que comprovem as informações preenchidas no requerimento;
- Nos casos com preenchimento incorreto ou com documentos e cópias que não atenderem aos itens acima citados, deverá o colaborador do SAME devolver o requerimento pedindo à recepção para que contate o paciente/representante legal para que compareça à unidade e realize as correções necessárias.
- No SAME ao identificar o prontuário solicitado, caberá aos assistentes administrativos responsáveis realizarem a revisão e conferência dos documentos do prontuário em questão, bem como a organização dos documentos em ordem cronológica.
- Após a conferência e organização do prontuário, o SAME deverá direcioná-lo para a validação da coordenação de enfermagem e diretoria médica.
- Após validação dos gestores médico e de enfermagem o prontuário será devolvido ao SAME para que se proceda com a cópia e organização para entrega ao paciente/responsável legal.
- Após a montagem da cópia completa ou parcial do prontuário médico, em ordem cronológica, acondicioná-lo em envelope, tamanho padrão, identificado com etiqueta contendo o nome do paciente.
- No prazo determinado, quando o paciente/representante legal comparecer à unidade, este deverá receber a cópia do prontuário solicitado e proceder com a assinatura do comprovante de entrega localizado no

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

verso do formulário de solicitação de cópia de prontuário, o qual deverá ser anexado ao prontuário original do paciente localizado no SAME.

6 - PRAZOS DE ENTREGA

Cópia do prontuário (integral ou parcial): 10 dias úteis após a entrega do formulário preenchido corretamente e dos documentos solicitados; • Declaração, Relatório Médico: 10 dias úteis;

O horário para entrega de cópia de prontuário é das 08h00 às 16h00, horário esse que deve ser informado ao paciente/familiar no momento da solicitação.

OBSERVAÇÃO: Os documentos ficarão disponíveis para retirada pelo prazo de 30 dias. Após este período serão inutilizados e caso o paciente/representante legal deseje requisitar novamente o prontuário, será necessário iniciar um novo processo de solicitação.

7 - ANEXOS

ANEXO 1 – FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
NOME COMPLETO DO PACIENTE:
Nº DO RG DO PACIENTE:
[ ] PACIENTE VIVO E CAPAZ
NOME COMPLETO DO PACIENTE:
Nº DO RG DO PACIENTE:
ENDEREÇO COMPLETO DO PACIENTE:
TELEFONE DE CONTATO:
E-MAIL:
NOME COMPLETO DA PESSOA AUTORIZADA A RETIRAR O PRONTUÁRIO:
Nº DO RG DA PESSOA AUTORIZADA:
TELEFONE DE CONTATO DA PESSOA AUTORIZADA:
DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:
( ) DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO COM FOTO OU CÓPIA AUTENTICADA DO PACIENTE
( ) DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO COM FOTO OU CÓPIA AUTENTICADA DA PESSOA AUTORIZADA A RETIRAR O PRONTUÁRIO
[ ] PACIENTE VIVO E INCAPAZ
NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL:
GRAU DE PARENTESCO:
Nº DO RG DO REPRESENTANTE:
ENDEREÇO COMPLETO DO REPRESENTANTE:
TELEFONE DE CONTATO DO REPRESENTANTE:
E-MAIL DO REPRESENTANTE:
DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:
( ) CÓPIA AUTENTICADA DE TERMOS DE TUTELA/CURATELA OU PROCURAÇÃO
( ) CÓPIA AUTENTICADA DA CERTIDÃO DE NASCIMENTO DE PACIENTE MENOR DE IDADE
( ) CÓPIA DE DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO COM FOTO DO PACIENTE E DE SEU REPRESENTANTE LEGAL
[ ] PACIENTE FALECIDO
NOME COMPLETO DO SOLICITANTE:
GRAU DE PARENTESCO:
Nº DO RG DO SOLICITANTE:
ENDEREÇO COMPLETO DO SOLICITANTE:
TELEFONE DE CONTATO DO SOLICITANTE:
E-MAIL DO SOLICITANTE:
DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:
( ) CÓPIA AUTENTICADA DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE
( ) CÓPIA AUTENTICADA DE DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DE VÍNCULO FAMILIAR
( ) CÓPIA DE CERTIDÃO DE ÓBITO / DECLARAÇÃO DE ÓBITO
DOCUMENTO SOLICITADO
[ ] CÓPIA INTEGRAL DO PRONTUÁRIO
[ ] CÓPIA PARCIAL DO PRONTUÁRIO - QUAL PARTE:
[ ] OUTROS
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO
DATA DA SOLICITAÇÃO: ____/____/_____
ASSINATURA DO SOLICITANTE: _____
(Assinatura com firma reconhecida em cartório, exceto se a solicitação for do próprio paciente e o mesmo compareça presencialmente):

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

SOLICITAÇÃO DE CÓPIA AO SAME	
____/____/_____ DATA DE SOLICITAÇÃO DE CÓPIA AO SAME	____/____/_____ DATA DA ENTREGA DA CÓPIA À DIRETORIA
_____ ASSINATURA DO RECEBEDOR - SAME	_____ ASSINATURA DO RECEBEDOR - DIRETORIA
PARA USO DA GESTÃO LOCAL	
PARECER DA GESTÃO MÉDICA E DE ENFERMAGEM:	
____/____/_____ DATA DA AVALIAÇÃO PELA GESTÃO	_____ ASSINATURA DO GESTOR
LIBERAÇÃO DA CÓPIA PELO SAME	
____/____/_____ DATA DE LIBERAÇÃO DA CÓPIA PELO SAME	_____ ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA CÓPIA
PARA USO DA UNIDADE	
NOME DO RESPONSÁVEL PELA ENTREGA DA CÓPIA:	
____/____/_____ DATA DA ENTREGA DA CÓPIA	_____ ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA ENTREGA
TERMO DE RECEBIMENTO, COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE	
Declaro para os devidos fins de direito, que eu _____ recebi a cópia de prontuário especificado nesta solicitação de cópia, e declaro estar ciente que é de minha inteira responsabilidade a manutenção do sigilo das informações do mesmo, submetendo-me à legislação vigente.	
____/____/_____ DATA DO RECEBIMENTO DA CÓPIA	_____ ASSINATURA DO PACIENTE OU AUTORIZADO

ANEXO 2 – PROTOCOLO DE SOLICITAÇÃO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

PROTOCOLO DE SOLICITAÇÃO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO – VIA DA UNIDADE

PROTOCOLO Nº: _____

DATA DA SOLICITAÇÃO	**ASSINATURA DO PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL / SOLICITANTE**
____/____/_____	_____

____/____/_____
DATA DA ENTREGA DA CÓPIA DO PRONTUÁRIO

Os documentos ficarão disponíveis para retirada pelo prazo de 30 dias. Após este período serão inutilizados. Caso o paciente/representante legal deseje requisitar novamente o prontuário, será necessário iniciar um novo processo de solicitação.

Mais informações, entrar em contato com o NOME DA UNIDADE pelo telefone (11) ____-____

PROTOCOLO DE SOLICITAÇÃO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO – VIA DO SOLICITANTE

PROTOCOLO Nº: _____

DATA DA SOLICITAÇÃO	**ASSINATURA DO PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL / SOLICITANTE**
____/____/_____	_____

____/____/_____
DATA DA ENTREGA DA CÓPIA DO PRONTUÁRIO

Os documentos ficarão disponíveis para retirada pelo prazo de 30 dias. Após este período serão inutilizados. Caso o paciente/representante legal deseje requisitar novamente o prontuário, será necessário iniciar um novo processo de solicitação.

Mais informações, entrar em contato com o NOME DA UNIDADE pelo telefone (11) ____-____

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- RESOLUÇÃO CFM nº 1.638/2002 (Publicada no D.O.U. de 9de agosto de 2002, Seção I, p.184-5)
- RESOLUÇÃO CFM 1821/2007 - Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2002/1638.
- 2.CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA - Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009 – Artigo 70. Acesso em:https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 112**	**VERSÃO:** 2
Plano de Contingencia CME AMA	**VALIDADE:** 01/03/2026	**Pag. 1 de 5**

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: FAEFCD486FD6449...
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

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

1- OBJETIVO
Definir e estabelecer procedimento de contingencia para o transporte dos materiais a serem esterelizados, nas unidades da Média Complexidade, em caso de quebra ou falha das autoclaves. Delimitar quais serão os materiais encaminhados bem como a forma de como este transporte ocorrerá.
2 – ALCANCE
Unidades Média Complexidade: Pronto Socorro Santana, UPA Jaçanã, AMA Lauzane, AMA Jardim Joamar e AMA Wamberto Dias da Costa
3 – DEFINIÇÕES

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

- Central de material e esterilização - **CME**: Unidade funcional destinada ao processamento de produtos para saúde dos serviços de saúde;
- Central de material e esterilização de **funcionamento centralizado**: Unidade de processamento de produtos para saúde que atende a mais de um serviço de saúde do mesmo gestor;
- CME Classe I é aquele que realiza o processamento de produtos para a saúde não críticos, semicríticos e críticos de conformação não complexa, passíveis de processamento (RDC 15).
- **Críticos:** São produtos para a saúde utilizados em procedimentos invasivos com penetração de pele e mucosas adjacentes, tecidos subepteliais, e sistema vascular, incluindo também todos os produtos para saúde que estejam diretamente conectados com esses sistemas;
- **Semi-críticos:** Produtos que entram em contato com pele não íntegras ou mucosas íntegras colonizadas;
- **Não críticos:** Produtos que entram em contato com pele íntegra ou não entram em contato com o paciente;
- **Crítico de conformação complexa**: Produtos para saúde que possuam lúmem inferior a cinco milímetros ou com fundo cego, espaços internos inacessíveis para a fricção direta, reentrâncias ou válvulas;
- **Produto para saúde de conformação não complexa:** Produtos para saúde cujas superfícies internas e externas podem ser atingidas por escovação durante o processo de limpeza e tenham diâmetros superiores a cinco milímetros nas estruturas tubulares;

4 - MATERIAL

- Caixas container com identificação para transporte de caixa “material sujo” e caixa “material limpo” para o CME da unidade de apoio Média Complexidade, para esterelização e para o retorno de material limpo esterelizado.

DS

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

- **Materiais que serão encaminhados ao CME da unidade de apoio Média Complexidade:** Instrumental cirúrgico em geral e todos materiais passíveis de esterilização.

5 – EXECUTANTE

- Tecnico de enfermagem da CME da unidade solicitante, será responsável pela recepção do material sujo, separação, higienização, desinfecção e organização dos materiais a serem encaminhados para CME da unidade de apoio Média Complexidade em caixas containers “material sujo”.
- Enfermeiro deverá realizar a dupla checagem com o técnico de enfermagem antes do envio e no recebimento dos materiais.
- Todos os demais itens esterilizáveis utilizados nos setores deverão ser encaminhados ao CME em caixa de transporte tipo fechada (Kit sutura, retirada de ponto e etc.).

6 - PROCEDIMENTOS

- O tecnico de enfermagem apos o preparo dos materiais (limpeza, desinfecção e organização), irá acondicionar de forma organizada dentro das caixas container “material sujo”, evitando que os mesmo sejam danificados;
- Todo material que for encaminhado deverá ser devidamente registrado para confirmação do recebimento, ao dar entrada na CME da unidade de apoio Média Complexidade, este registro será realizado em formulário próprio da instituição.
- O mesmo procedimento ocorrerá no retorno do material já esterilizado, acondicionado em caixas contêiner fechadas “material limpo” recebido pelo técnico de enfermagem que encaminhará diretamente ao setor de armazenamento “área limpa” para que seja realizada a conferência dos itens enviados.

7 - OBSERVAÇÔES

- Caso haja materiais faltantes na entrega da unidade de apoio Média Complexidade, o responsável pelo recebimento deverá comunicar imediatamente o Enfermeiro do setor para que seja realizado o controle e resolução da pendência.
- Enfermeiro entrar em contato com a unidade de apoio Média Complexidade, deixando registrado todas as informações no livro de ocorrências da CME, informando o enfermeiro RT da unidade.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- **RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA – RDC Nº 15,** DE 15 DE MARÇO DE 2012 Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

- http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/7599770043e684468b198f45f4f7d4e4/rdc0015_15_03_2012.pdf?MOD=AJPERES. Acesso em: 14/12/2015.
- **https://sobecc.org.br/uploads/files/2022/02/diretrizes-1645454265.pdf**

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. 113 - B**	**VERSÃO:** 2
FLUXO ASSISTENCIAL PORTA E EMERGENCIA – UPA JAÇANÃ	**VALIDADE:01/02/2026**	**Pag. 1 de 9**

Elaborado por: Renata Colamarche	Data: 01/02/2022	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 30E0F55E05D144F...
Revisado por: Carla Casaes	Data: 15/02/2022	Visto: DocuSigned by: EAEFCD486ED6449...
Aprovado por: Tassiana Pita	Data: 01/03/2022	Visto: Assinado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz CEC19F2097164F7...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
01	01/02/2022	Elaboração do Protocolo
2	01/02/2024	Revisão

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

1- OBJETIVO

Estabelecer o direcionamento dos pacientes entre as especialidades presentes no serviço.

.

2 – ALCANCE

Unidade Média Complexidade: UPA Jaçanã

3 – COMPETÊNCIA

- Coordenação de enfermagem;
- Coordenação médica;
- Equipe de enfermagem;
- Equipe médica.

4 – DIRETRIZES

Enfermagem: realizar o ACCR e seus registros conforme preconizado e orientar a abertura da FA direcionada à especialidade médica mais indicada segundo as orientações deste documento.

Médicos: realizar o atendimento médico necessário com os procedimentos pertinentes, preenchendo a FA e demais documentos médicos adequadamente, segundo os preceitos do CFM. Solicitar avaliações de outras especialidades, através de interconsulta. Havendo necessidade de recursos externos, médico que indicou deve inserir o caso do paciente na CROSS.

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

ACCR é o processo pelo qual todos os pacientes passam por uma avaliação de enfermagem, em que a queixa e alguns dados semiológicos definem a gravidade do caso e elencam sua prioridade para atendimento médico, de acordo com o Protocolo de Manchester, com seus fluxogramas e discriminadores. Essa prioridade é expressa em cinco cores, a saber: vermelho (emergência – atendimento imediato), laranja (muito urgente – atendimento em até 10 minutos), amarelo (urgente – atendimento em até 1 hora), verde (pouco urgente – atendimento em até 2 horas) e azul (não urgente – atendimento em até 4 horas).

As especialidades médicas para as quais os pacientes podem ser direcionados pelo enfermeiro após o

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

ACCR nesta UPA são as seguintes: Clínica Médica, Cirurgia Geral, Ortopedia e Pediatria.

1. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E CONSULTÓRIOS MÉDICOS DE ESPECIALIDADES

VERMELHOS → EMERGÊNCIA:

Pacientes com esta cor de classificação apresentam risco iminente de morte, perda de órgão ou função.

Estes casos deverão ser atendidos imediatamente pela equipe médica e de enfermagem na Sala de Emergência, onde serão realizados procedimentos invasivos ou não, de acordo com a necessidade clínica do paciente.

Os pacientes podem dar entrada diretamente pela Sala de Emergência, já sendo lá classificados. Podem ser também direcionados pela ACCR da porta ou mesmo pelo médico da porta, a depender de sua avaliação de gravidade.

Todo paciente que dá entrada, trazido pelos serviços de resgate deverá ser acolhido pela enfermagem e pelo médico, presentes na Sala de Emergência. Havendo a necessidade de avaliação de outras especialidades, este médico que recebeu o paciente deverá passar o caso ao colega da especialidade pertinente.



Pacientes pediátricos (até 13 anos, 11 meses, 29 dias com perfil de Sala de Emergência, devem ser encaminhados à Sala de Emergência da Pediatria e serem classificados lá.

Pacientes pediátricos que eventualmente dão entrada pela Emergência de Adultos, devem ser encaminhados imediatamente à Pediatria.

DS LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

Atendimentos de Clínica Médica na Sala de Emergência

- Afogamentos;
- Palpitações e pulso anormal;
- Choque;
- AVE;
- TCE;
- Convulsões;
- Dor torácica / SCA / Seriar troponina, mesmo que classificados como “Amarelo”;
- Insuficiência respiratória aguda (obstrução de vias aéreas, respiração inadequada, estridor, choque, taquipneia, taquicardia, uso de musculatura acessória, respiração paradoxal, cianose, alteração do nível de consciência);
- Intoxicações exógenas (overdose e envenenamento);
- Parada cardiorrespiratória (ausência de pulso palpável);
- Sepse;
- Rebaixamento agudo do nível de consciência;
- Hipertensão grave;
- Cólica renal
- Surtos psiquiátricos graves;
- Abstinências graves;
- Crises álgicas agudas ou crônicas graves;
- Outras condições clínicas graves e instáveis.

Atendimentos de Cirurgia Geral em Sala de Emergência:

- Queimaduras de segundo e terceiro grau;

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

- Ferimento aberto no tórax, abdome ou crânio;
- Traumatismo tóraco-abdominal fechado com repercussão hemodinâmica ou tórax instável;
- Dor abdominal com sinais de descompensação hemodinâmica ou sepse;
- Melena;
- Hematêmese;
- Politraumas de qualquer natureza, mesmo Glasgow 15. Avaliação ortopédica após a avaliação do cirurgião;
- Retenção urinária;
- Epistaxe incoercível;
- Hemorroidas, fissuras ou dor anal de grande intensidade;
- FCC grave;
- FAB / FAF;
- Dor lombar com irradiação abdominal, com sinais de descompensação hemodinâmica ou sepse;
- Hematúria intensa;
- Dor inguinal intensa;
- Suspeita de aborto;
- Outras situações cirúrgicas de maior gravidade.

Atendimento de Cirurgia Geral em conjunto com Pediatria em Sala de Emergência:

- Trabalho de parto de emergência (atendimento à mãe e ao recém-nascido);
- Todas as condições relacionadas no item anterior para adultos, mas ressaltando que o primeiro atendimento deve ser feito pela Pediatria e depois encaminhado à Cirurgia Geral através de solicitação de interconsulta.

Atendimentos de Ortopedia conjunto com Cirurgia Geral em Sala de Emergência:

- Amputações traumáticas;
- Politraumatismo – após a avaliação do cirurgião.

Atendimentos de Ortopedia em Sala de Emergência

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

- Fraturas expostas

Atendimentos de Pediatria em Sala de Emergência Pediátrica

- Afogamentos;
- Choque;
- Convulsões;
- Insuficiência respiratória aguda (obstrução de vias aéreas, respiração inadequada, estridor, choque, taquipneia, taquicardia, uso de musculatura acessória, respiração paradoxal, cianose, alteração do nível de consciência);
- Intoxicações exógenas (envenenamento, etc.);
- Parada cardiorrespiratória (ausência de pulso palpável);
- Sepse;
- Rebaixamento agudo do nível de consciência;
- Crises álgicas agudas ou crônicas graves;
- Outras condições clínicas graves e instáveis.

AMARELOS, VERDES E AZUIS → ATENDIMENTOS DE PORTA

Pacientes com estas classificações não apresentam os riscos de emergência, mas necessitam de atendimento médico nos tempos preconizados pelo ACCR com Protocolo Manchester. Os pacientes serão atendidos em consultórios ou nas salas de procedimentos.

Os pacientes com classificação amarela aguardam no corredor interno; verdes e azuis, aguardam no salão de espera externo.

Pacientes acolhidos na Sala de Emergência, eventualmente podem ser classificados como amarelos, verdes ou azuis. Nestes casos os pacientes podem ser direcionados para atendimento nos consultórios da porta.

Atendimento de Clínica Médica na porta*:

- Afecções cardiovasculares sem indicativos de maior gravidade;
- Afecções neurológicas sem indicativos de maior gravidade;

DS LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

- Afecções respiratórias sem indicativos de maior gravidade;
- Afecções geniturinárias sem indicativos de maior gravidade;
- Dores leves ou moderadas agudas;
- Gestantes (com dor leve ou moderada, hiperemese, sangramento, etc.);
- Afecções gastrointestinais sem indicativos de maior gravidade;
- Dor lombar leve ou moderada associada a sintomas clínicos (febre, disúria, dor em baixo ventre, etc.);
- Febre – exceto quando associada a sinais e sintomas que caracterizem encaminhamento para Cirurgia Geral ou suspeita de sepse;
- Infiltração do soro antirrábico quanto não houver cirurgião no plantão;
- Outros sinais e sintomas que não caracterizem encaminhamento para Cirurgia Geral ou Ortopedia;

***** identificada situação de maior gravidade, os atendimentos devem prosseguir na Sala de Emergência.

Atendimentos em Pediatria na porta:

- Qualquer queixa até 13 anos 11 meses e 29 dias;

Atendimentos de Cirurgia Geral:

- FCC sem maior gravidade, inclusive os pediátricos;
- Infiltração de soro antirrábico, inclusive os pediátricos**;
- Dor abdominal leve ou moderada, sem indicativos de maior gravidade;
- Dor inguinal leve ou moderada, sem indicativos de maior gravidade;
- Dor em flancos e hipocôndrios leve ou moderada, sem indicativos de maior gravidade;
- Obstipação há mais de 3 dias;
- Corpo estranho em VAS;
- Queimaduras de primeiro e segundo grau;
- Traumas abdominais, torácicos ou crânio;
- Drenagem de abscesso;
- Drenagem torácica;
- Extração de unha;
- Avaliação prévia à realização de curativos limpos e contaminados;

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

- Retirada de corpo estranho;
- Epistaxe de menor monta;
- Hemorroidas, fissuras ou dor anal leve ou moderada;
- Avaliação prévia para eventuais trocas de sondas vesicais de demora;
- Cisto pilonidal.

* identificada situação de maior gravidade, os atendimentos devem prosseguir na Sala de Emergência.
** na ausência de médico cirurgião no plantão, o soro deverá ser infiltrado por um dos clínicos presentes no plantão.

Atendimentos de Ortopedia:

- Trauma moderado e leve (fraturas com desvio, deformidade óssea);
- Luxações;
- Entorses;
- Dor uni articular, dor em punho com trauma;
- Dor lombar associada a sintomas ortopédicos (dor a mobilização, dor a deambulação, limitação de movimento, trauma recente, etc.);
- Imobilização, confecção de aparelho gessado, goteiras, trações cutâneas, enfaixamentos, colocação de órteses;
- Infiltrações, retirada de gesso;
- Reduções ortopédicas (a depender das condições gerais dos pacientes e de disponibilidade de insumos).

6 – RESULTADO ESPERADO

- Melhora do fluxo e direcionamentos corretos para pacientes críticos;
- Padronização dos diagnósticos de atendimentos das especialidades

7 – AÇÕES CORRETIVAS

- Controlar casos com direcionamento incorreto, impactando no fluxo da unidade.

12 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

N/A

DS LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. 113 - B**	**VERSÃO:** 2
FLUXO ASSISTENCIAL PORTA E EMERGENCIA – UPA JAÇANÃ	**VALIDADE:01/02/2026**	**Pag. 1 de 9**

Elaborado por: Renata Colamarche	Data: 01/02/2022	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 30E0F55E05D144F...
Revisado por: Carla Casaes	Data: 15/02/2022	Visto: DocuSigned by: EAEFCD486ED6449...
Aprovado por: Tassiana Pita	Data: 01/03/2022	Visto: Assinado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz CEC19F2097164F7...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
01	01/02/2022	Elaboração do Protocolo
2	01/02/2024	Revisão

DS

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

1- OBJETIVO

Estabelecer o direcionamento dos pacientes entre as especialidades presentes no serviço.

.

2 – ALCANCE

Unidade Média Complexidade: UPA Jaçanã

3 – COMPETÊNCIA

- Coordenação de enfermagem;
- Coordenação médica;
- Equipe de enfermagem;
- Equipe médica.

4 – DIRETRIZES

Enfermagem: realizar o ACCR e seus registros conforme preconizado e orientar a abertura da FA direcionada à especialidade médica mais indicada segundo as orientações deste documento.

Médicos: realizar o atendimento médico necessário com os procedimentos pertinentes, preenchendo a FA e demais documentos médicos adequadamente, segundo os preceitos do CFM. Solicitar avaliações de outras especialidades, através de interconsulta. Havendo necessidade de recursos externos, médico que indicou deve inserir o caso do paciente na CROSS.

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

ACCR é o processo pelo qual todos os pacientes passam por uma avaliação de enfermagem, em que a queixa e alguns dados semiológicos definem a gravidade do caso e elencam sua prioridade para atendimento médico, de acordo com o Protocolo de Manchester, com seus fluxogramas e discriminadores. Essa prioridade é expressa em cinco cores, a saber: vermelho (emergência – atendimento imediato), laranja (muito urgente – atendimento em até 10 minutos), amarelo (urgente – atendimento em até 1 hora), verde (pouco urgente – atendimento em até 2 horas) e azul (não urgente – atendimento em até 4 horas).

As especialidades médicas para as quais os pacientes podem ser direcionados pelo enfermeiro após o

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

ACCR nesta UPA são as seguintes: Clínica Médica, Cirurgia Geral, Ortopedia e Pediatria.

1. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E CONSULTÓRIOS MÉDICOS DE ESPECIALIDADES

VERMELHOS → EMERGÊNCIA:

Pacientes com esta cor de classificação apresentam risco iminente de morte, perda de órgão ou função.

Estes casos deverão ser atendidos imediatamente pela equipe médica e de enfermagem na Sala de Emergência, onde serão realizados procedimentos invasivos ou não, de acordo com a necessidade clínica do paciente.

Os pacientes podem dar entrada diretamente pela Sala de Emergência, já sendo lá classificados. Podem ser também direcionados pela ACCR da porta ou mesmo pelo médico da porta, a depender de sua avaliação de gravidade.

Todo paciente que dá entrada, trazido pelos serviços de resgate deverá ser acolhido pela enfermagem e pelo médico, presentes na Sala de Emergência. Havendo a necessidade de avaliação de outras especialidades, este médico que recebeu o paciente deverá passar o caso ao colega da especialidade pertinente.



Pacientes pediátricos (até 13 anos, 11 meses, 29 dias com perfil de Sala de Emergência, devem ser encaminhados à Sala de Emergência da Pediatria e serem classificados lá.

Pacientes pediátricos que eventualmente dão entrada pela Emergência de Adultos, devem ser encaminhados imediatamente à Pediatria.

DS

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

Atendimentos de Clínica Médica na Sala de Emergência

- Afogamentos;
- Palpitações e pulso anormal;
- Choque;
- AVE;
- TCE;
- Convulsões;
- Dor torácica / SCA / Seriar troponina, mesmo que classificados como “Amarelo”;
- Insuficiência respiratória aguda (obstrução de vias aéreas, respiração inadequada, estridor, choque, taquipneia, taquicardia, uso de musculatura acessória, respiração paradoxal, cianose, alteração do nível de consciência);
- Intoxicações exógenas (overdose e envenenamento);
- Parada cardiorrespiratória (ausência de pulso palpável);
- Sepse;
- Rebaixamento agudo do nível de consciência;
- Hipertensão grave;
- Cólica renal
- Surtos psiquiátricos graves;
- Abstinências graves;
- Crises álgicas agudas ou crônicas graves;
- Outras condições clínicas graves e instáveis.

Atendimentos de Cirurgia Geral em Sala de Emergência:

- Queimaduras de segundo e terceiro grau;

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

- Ferimento aberto no tórax, abdome ou crânio;
- Traumatismo tóraco-abdominal fechado com repercussão hemodinâmica ou tórax instável;
- Dor abdominal com sinais de descompensação hemodinâmica ou sepse;
- Melena;
- Hematêmese;
- Politraumas de qualquer natureza, mesmo Glasgow 15. Avaliação ortopédica após a avaliação do cirurgião;
- Retenção urinária;
- Epistaxe incoercível;
- Hemorroidas, fissuras ou dor anal de grande intensidade;
- FCC grave;
- FAB / FAF;
- Dor lombar com irradiação abdominal, com sinais de descompensação hemodinâmica ou sepse;
- Hematúria intensa;
- Dor inguinal intensa;
- Suspeita de aborto;
- Outras situações cirúrgicas de maior gravidade.

Atendimento de Cirurgia Geral em conjunto com Pediatria em Sala de Emergência:

- Trabalho de parto de emergência (atendimento à mãe e ao recém-nascido);
- Todas as condições relacionadas no item anterior para adultos, mas ressaltando que o primeiro atendimento deve ser feito pela Pediatria e depois encaminhado à Cirurgia Geral através de solicitação de interconsulta.

Atendimentos de Ortopedia conjunto com Cirurgia Geral em Sala de Emergência:

- Amputações traumáticas;
- Politraumatismo – após a avaliação do cirurgião.

Atendimentos de Ortopedia em Sala de Emergência

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

- Fraturas expostas

Atendimentos de Pediatria em Sala de Emergência Pediátrica

- Afogamentos;
- Choque;
- Convulsões;
- Insuficiência respiratória aguda (obstrução de vias aéreas, respiração inadequada, estridor, choque, taquipneia, taquicardia, uso de musculatura acessória, respiração paradoxal, cianose, alteração do nível de consciência);
- Intoxicações exógenas (envenenamento, etc.);
- Parada cardiorrespiratória (ausência de pulso palpável);
- Sepse;
- Rebaixamento agudo do nível de consciência;
- Crises álgicas agudas ou crônicas graves;
- Outras condições clínicas graves e instáveis.

AMARELOS, VERDES E AZUIS → ATENDIMENTOS DE PORTA

Pacientes com estas classificações não apresentam os riscos de emergência, mas necessitam de atendimento médico nos tempos preconizados pelo ACCR com Protocolo Manchester. Os pacientes serão atendidos em consultórios ou nas salas de procedimentos.

Os pacientes com classificação amarela aguardam no corredor interno; verdes e azuis, aguardam no salão de espera externo.

Pacientes acolhidos na Sala de Emergência, eventualmente podem ser classificados como amarelos, verdes ou azuis. Nestes casos os pacientes podem ser direcionados para atendimento nos consultórios da porta.

Atendimento de Clínica Médica na porta*:

- Afecções cardiovasculares sem indicativos de maior gravidade;
- Afecções neurológicas sem indicativos de maior gravidade;

DS LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

- Afecções respiratórias sem indicativos de maior gravidade;
- Afecções geniturinárias sem indicativos de maior gravidade;
- Dores leves ou moderadas agudas;
- Gestantes (com dor leve ou moderada, hiperemese, sangramento, etc.);
- Afecções gastrointestinais sem indicativos de maior gravidade;
- Dor lombar leve ou moderada associada a sintomas clínicos (febre, disúria, dor em baixo ventre, etc.);
- Febre – exceto quando associada a sinais e sintomas que caracterizem encaminhamento para Cirurgia Geral ou suspeita de sepse;
- Infiltração do soro antirrábico quanto não houver cirurgião no plantão;
- Outros sinais e sintomas que não caracterizem encaminhamento para Cirurgia Geral ou Ortopedia;

***** identificada situação de maior gravidade, os atendimentos devem prosseguir na Sala de Emergência.

Atendimentos em Pediatria na porta:

- Qualquer queixa até 13 anos 11 meses e 29 dias;

Atendimentos de Cirurgia Geral:

- FCC sem maior gravidade, inclusive os pediátricos;
- Infiltração de soro antirrábico, inclusive os pediátricos**;
- Dor abdominal leve ou moderada, sem indicativos de maior gravidade;
- Dor inguinal leve ou moderada, sem indicativos de maior gravidade;
- Dor em flancos e hipocôndrios leve ou moderada, sem indicativos de maior gravidade;
- Obstipação há mais de 3 dias;
- Corpo estranho em VAS;
- Queimaduras de primeiro e segundo grau;
- Traumas abdominais, torácicos ou crânio;
- Drenagem de abscesso;
- Drenagem torácica;
- Extração de unha;
- Avaliação prévia à realização de curativos limpos e contaminados;

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

- Retirada de corpo estranho;
- Epistaxe de menor monta;
- Hemorroidas, fissuras ou dor anal leve ou moderada;
- Avaliação prévia para eventuais trocas de sondas vesicais de demora;
- Cisto pilonidal.

* identificada situação de maior gravidade, os atendimentos devem prosseguir na Sala de Emergência.
** na ausência de médico cirurgião no plantão, o soro deverá ser infiltrado por um dos clínicos presentes no plantão.

Atendimentos de Ortopedia:

- Trauma moderado e leve (fraturas com desvio, deformidade óssea);
- Luxações;
- Entorses;
- Dor uni articular, dor em punho com trauma;
- Dor lombar associada a sintomas ortopédicos (dor a mobilização, dor a deambulação, limitação de movimento, trauma recente, etc.);
- Imobilização, confecção de aparelho gessado, goteiras, trações cutâneas, enfaixamentos, colocação de órteses;
- Infiltrações, retirada de gesso;
- Reduções ortopédicas (a depender das condições gerais dos pacientes e de disponibilidade de insumos).

6 – RESULTADO ESPERADO

- Melhora do fluxo e direcionamentos corretos para pacientes críticos;
- Padronização dos diagnósticos de atendimentos das especialidades

7 – AÇÕES CORRETIVAS

- Controlar casos com direcionamento incorreto, impactando no fluxo da unidade.

12 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

N/A

DS LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. 114**	**VERSÃO:** 1
CONTRA REFERÊNCIA DA URGENCIA EMERGÊNCIA PARA UNIDADES BASICAS DE SAÚDE (UPA)	**VALIDADE:** 20/10/2026	**Pag. 1 de 6**

Elaborado por: Renata Colamarche	Data: 08/01/2023	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 90E0F55E05D144F...
Revisado por Carla Casaes	Data: 18/01/2023	Visto: DocuSigned by: FAEFCD486FD6449...
Aprovado por: Tassiana Pita	Data: 20/01/2023	Visto: Assinado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz CEC19F2097164F7...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
01	08/01/2023	Elaboração do Protocolo
02	20/10/2024	Revisão

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

1- OBJETIVO

Com base na análise dos dados dos atendimentos realizados pela UPA Jaçanã em 2022, provenientes do BI disponibilizado pela PR Sistemas, foi possível identificar que em sua maioria, envolveram usuários classificados em protocolo Manchester com as cores verde e azul, que nos remetem a casos sem critério de urgência e que podem ser atendidos ou encaminhados através da demanda de agenda avançada para as unidades básicas de saúde (UBS) para um acompanhamento e cuidado longitudinal.

Desta forma, temos como objetivo identificar os casos de usuários que buscam o serviço de urgência e emergência repetidamente, e após atendimento contra referencia-lo para sua unidade de referência para que possamos fornecer orientação adequada através de formulário padronizado de contra referência.

2 – ALCANCE

Unidade Média Complexidade: UPA Jaçanã

3 – COMPETÊNCIA

- Enfermeiros;
- Médicos;
- Administrativos;
- Serviço Social.

4 – DIRETRIZES

N/A

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. 114**	**VERSÃO:** 1
CONTRA REFERÊNCIA DA URGENCIA EMERGÊNCIA PARA UNIDADES BASICAS DE SAÚDE (UPA)	**VALIDADE:** 20/10/2026	**Pag. 3 de 6**

UNIDADES BÁSICAS ENVOLVIDAS:

- AMA/UBS INTEGRADA JARDIM JOAMAR
- AMA/UBS INTEGRADA LAUZANE PAULISTA
- AMA/UBS INTEGRADA WAMBERTO DIAS DA COSTA
- UBS CONJUNTO IPESP
- UBS DONA MARIQUINHA SCIASCIA
- UBS DR JOSÉ DE TOLEDO PIZA
- UBS DR. DOMINGOS MAZZONETO DE CILO - VILA AURORA
- UBS DR. JOAQUIM ANTONIO EIRADO
- UBS FLOR DE MAIO
- UBS HORTO FLORESTAL
- UBS JAÇANÃ - DR SEBASTIÃO GABRIEL SAYAGO DE LAET
- UBS JARDIM APUANÃ
- UBS JARDIM DAS PEDRAS
- UBS JARDIM FONTALIS
- UBS JOVA RURAL
- UBS PARQUE EDU CHAVES
- UBS VILA ALBERTINA - DR. OSVALDO MARÇAL
- UBS VILA NIVI
- UBS VILA NOVA GALVÃO - SÔNIA REGINA CAMPANELLI

No acolhimento:

Quando o enfermeiro realizar o acolhimento e classificação de risco do usuário, identificando sua baixa prioridade conforme protocolo Manchester, (cor verde ou azul de classificação) e até mesmo, busca pela UPA inapropriadamente com base na necessidade apresentada, este deverá questionar ao usuário qual a sua UBS de referência. Ao receber como resposta alguma das UBSs envolvidas neste protocolo (UBS Jardim Apuanã, UBS Jardim Flor de Maio, UBS Jardim Fontalis, UBS Jova Rural ou UBS Vila Nova Galvão) o enfermeiro deverá proceder com o preenchimento do formulário de contra referência (anexo 01) em duas vias, deixando uma delas anexada à ficha de atendimento (FA) impressa na sala de classificação de risco.

DS LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

A outra via deste formulário de contra referência deverá ser entregue ao usuário com a orientação de que, em próximo dia útil este deverá ir até a sua UBS munido deste documento afim de prosseguir com a continuidade de sua assistência junto a equipe da atenção básica. Cabe ao enfermeiro salientar que este documento é suficiente para que seja realizado o acolhimento, avaliação e possíveis agendamentos necessários na unidade.

No consultório médico:

Durante o atendimento médico, em sistema de prontuário eletrônico do paciente (PEP), caso o médico identifique que este usuário possui quadro consistente com seguimento pela atenção básica ou ainda, que possui outros registros de atendimento regulares na UPA, conforme dados do PEP este deverá questionar ao usuário qual a sua UBS de referência. Ao receber como resposta alguma das UBSs envolvidas neste protocolo (UBS Jardim Apuanã, UBS Jardim Flor de Maio, UBS Jardim Fontalis, UBS Jova Rural ou UBS Vila Nova Galvão) o médico deverá proceder com o preenchimento do formulário de contra referência (anexo 01) em duas vias, deixando uma delas anexada à ficha de atendimento (FA).

A outra via deste formulário de contra referência deverá ser entregue ao usuário com a orientação de que, em próximo dia útil este deverá ir até a sua UBS munido deste documento afim de prosseguir com a continuidade de sua assistência junto a equipe da atenção básica. O médico deverá salientar que este documento é suficiente para que seja realizado o acolhimento, avaliação e possíveis agendamentos necessários na unidade.

Usuários provenientes de outras UBS que não as incluídas neste protocolo inicial podem ser referenciadas, através do preenchimento adequado do formulário de contra referência disponibilizado.

Setor administrativo:

Diariamente, durante os procedimentos de baixa das FAs do serviço, a equipe administrativa terá a incumbência de identificar as fichas de contra referência anexadas e separá-las. De posse destes documentos, eles deverão ser escaneados e enviados diariamente, de manhã referente à noite anterior e à noite referente à manhã que precede, para os e-mails dos gestores das 05 UBSs envolvidas neste fluxo, afim de que estes estejam cientes de quais usuários estão sendo direcionados para acolhimento em demanda avançada em seus serviços.

São os e-mails:

- UBS Jardim Apuanã: zn.supervisorubsapuana@sbcdsaude.org.br
- UBS Jardim Flor de Maio: zn.supervisorubsflor@sbcdsaude.org.br
- UBS Jardim Fontalis: zn.supervisorubsfontalis@sbcdsaude.org.br
- UBS Jova Rural: zn.supervisorubsjovarural@sbcdsaude.org.br
- UBS Vila Nova Galvão: zn.supervisorubsgalvao@sbcdsaude.org.br

Além disso caberá a equipe administrativa o preenchimento da planilha de monitoramento das contra

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

referências (anexo 2) emitidas na unidade, também diariamente.

Coordenação médica e de enfermagem:

As coordenações da unidade deverão manter acompanhamento semanal do quantitativo de contra referências emitidas através de planilha padronizada para registro destas informações. Nesta planilha serão inseridos o nome do usuário e seus dados pessoais, a data da emissão da contra referência, o responsável pelo preenchimento e a unidade de destino.

Sugerimos que estes hiperutilizadores sejam também monitorados através da plataforma SIGA para verificar se voltaram a buscar atendimento na UPA Jaçanã ou até mesmo em outro serviço de urgência e emergência. Esta demanda pode ser também compartilhada com a equipe do serviço social.

6 – ANEXOS

ANEXO – 1

FICHA DE ENCAMINHAMENTO E CONTRA-REFERÊNCIA

UPA JAÇANÃ

NOME COMPLETO:	
DATA DE NASCIMENTO:	
CARTÃO SUS:	
UNIDADE DE DESTINO:	
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:	
DATA DA SOLICITAÇÃO:	ASSINATURA:

IMPRIMIR EM 02 VIAS

ANEXO – 2

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. 114**	**VERSÃO:** 1
CONTRA REFERÊNCIA DA URGENCIA EMERGÊNCIA PARA UNIDADES BASICAS DE SAÚDE (UPA)	**VALIDADE:** 20/10/2026	**Pag. 6 de 6**

MONITORAMENTO DE SOLICITAÇÕES DE CONTRA REFERÊNCIA - UPA JAÇANÃ					
DATA DA SOLICITAÇÃO	NOME DO USUÁRIO	DATA DE NASCIMENTO	CARTÃO SUS	RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO	UNIDADE DE DESTINO

7 – AÇÕES CORRETIVAS

N/A

8 – RISCOS DO PROCESSO

N/A

12 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

N/A

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. 115**	**VERSÃO:** 1
ROL DE PERTENCE E VALORES – UPA JAÇANÃ	**VALIDADE:** 27/07/2025	**Pag. 1 de 8**

Elaborado por: Renata Colamarche	Data: 17/07/2023	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 90E0F55E05D144F...
Revisado por Carla Casaes	Data: 20/07/2023	Visto: DocuSigned by: FAEFCD486FD6449...
Aprovado por: Tassiana Pita	Data: 27/07/2023	Visto: Assinado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz CEC19F2097164F7...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
01	17/07/2023	Elaboração do Protocolo

DS

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

1- OBJETIVO

Planejar e organizar o correto armazenamento dos pertences dos pacientes admitidos em leito de observação de emergência no serviço, visando segurança e preservação dos itens. Destina-se ainda a definir os processos para a entrega de pertences a familiares, responsáveis ou para o próprio paciente.

.

2 – ALCANCE

Unidade Média Complexidade: UPA Jaçanã

3 – COMPETÊNCIA

- Técnico de Enfermagem
- Enfermeiro
- Assistente Administrativo

4 – DIRETRIZES

N/A

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

A) ROL DE PERTENCES:

TÉCNICO DE ENFERMAGEM - Deverá, ao receber o paciente sem acompanhante, em leito de observação ou poltrona verificar se o mesmo está de posse de todos os seus pertences e orientá-lo de que estes serão acondicionados em uma sacola plástica, devidamente identificada com os dados do paciente (nome completo, data de nascimento, data da internação e cartão do SUS). Os itens deverão ser conferidos e anotados em impresso de rol de pertences em **02 vias** (anexo 01), na presença de um segundo colaborador, para

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco - SBCD

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

conferência. O técnico de enfermagem deverá recolher os pertences deste usuário, acondicionando-os em saco plástico e fechando-o com lacre plástico sem numeração, fixando uma das vias do rol nesta embalagem.

A embalagem de pertences devidamente identificada será acondicionada pela equipe de enfermagem em armário destinado a este fim, localizado em sala de utilidades e o registro final deverá ser realizado em livro de rol de pertences, disponível na sala do faturamento.

Obs.: Caso o paciente admitido em leito de observação de emergência esteja com acompanhante os pertences deverão ser entregues a este, com relato completo em prontuário dos itens entregues, bem como o nome do responsável pelo recebimento.

B) ROL DE VALORES:

TÉCNICO DE ENFERMAGEM – Caso seja identificado, junto aos pertences do usuário itens de valor (exemplo: dinheiro, joias, relógio, óculos, próteses, aparelhos eletrônicos, documentos e etc.) estes deverão ser acondicionados no envelope de guarda de valores (anexo 02) e os itens serem descritos em seu exterior, juntamente com um profissional do setor administrativo para conferência.

Este envelope será guardado em local apropriado e seguro (cofre) e os dados deverão também ser registrados em livro de rol de valores, disponível na sala de faturamento.

C) DA ENTREGA DOS PERTENCES:

Após a admissão do usuário e guarda dos pertences, o assistente administrativo fará contato com o familiar, conforme cadastro, e este será informado que deverá retirar estes pertences com a enfermagem, e no caso de valores com o assistente administrativo na recepção. Ambos rols deverão ser retirados dentro de horário comercial de segunda a sexta-feira, das 08:00h às 17:00h, sempre informando se são pertences ou valores, afim de que o setor correspondente seja acionado.

O responsável pela retirada terá que apresentar documento de identificação com foto sendo retido cópia do documento, anexando-a em prontuário do paciente. Este responsável deverá conferir os itens contidos no rol com o que está descrito em parte externa.

No caso específico de rol de valores, este só poderá ser retirado pelo próprio paciente ou familiares de primeiro grau, mediante cópia de documento de identificação que comprove o parentesco. Em caso de retirada por amigos ou parentes (sobrinhos, tios ou outros) deverá ser providenciado uma procuração ou carta de próprio punho feita pelo paciente, com cópia de seu documento, autorizando a retirada do rol de valores pela pessoa terceira.

No momento em que o paciente receber alta deste serviço ou obtiver sua vaga em hospital de referência para onde será transferido os pertences e valores deverão ser encaminhados juntamente com este e sua baixa registrada nos livros de registro pertinentes, desde que este se apresente em pleno estado de consciência e possa assinar o recebimento dos referidos rols.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

Para os pacientes que não estejam conscientes ou capazes em momento de transferência para serviço hospitalar, deverão ter seus pertences entregues e arrolados à equipe de tripulação da viatura, que fará a entrega dos itens ao profissional de saúde da unidade receptora, solicitando sua assinatura em vias do rol, e em retorno a unidade, entregará o documento à enfermeira responsável do setor, para que arquive em prontuário do paciente. As informações de tramitação do rol de pertences deverão estar registradas em prontuário do paciente.

Em casos de óbito do usuário os pertences e valores serão entregues aos familiares (1º grau), mediante a apresentação de documento comprobatório do parentesco e a baixa registrada sequencialmente nos respectivos livros.

Caso haja esquecimento dos pertences, ou, após a alta / óbito / transferência não haja retorno do paciente / familiar / responsável para retirada, esse material será mantido na unidade pelo prazo de 30 dias, e após este período será descartado. Especificamente com relação à valores haverá 03 tentativas de contato telefônico e envio de telegrama antes do descarte.

6 – RESULTADO ESPERADO

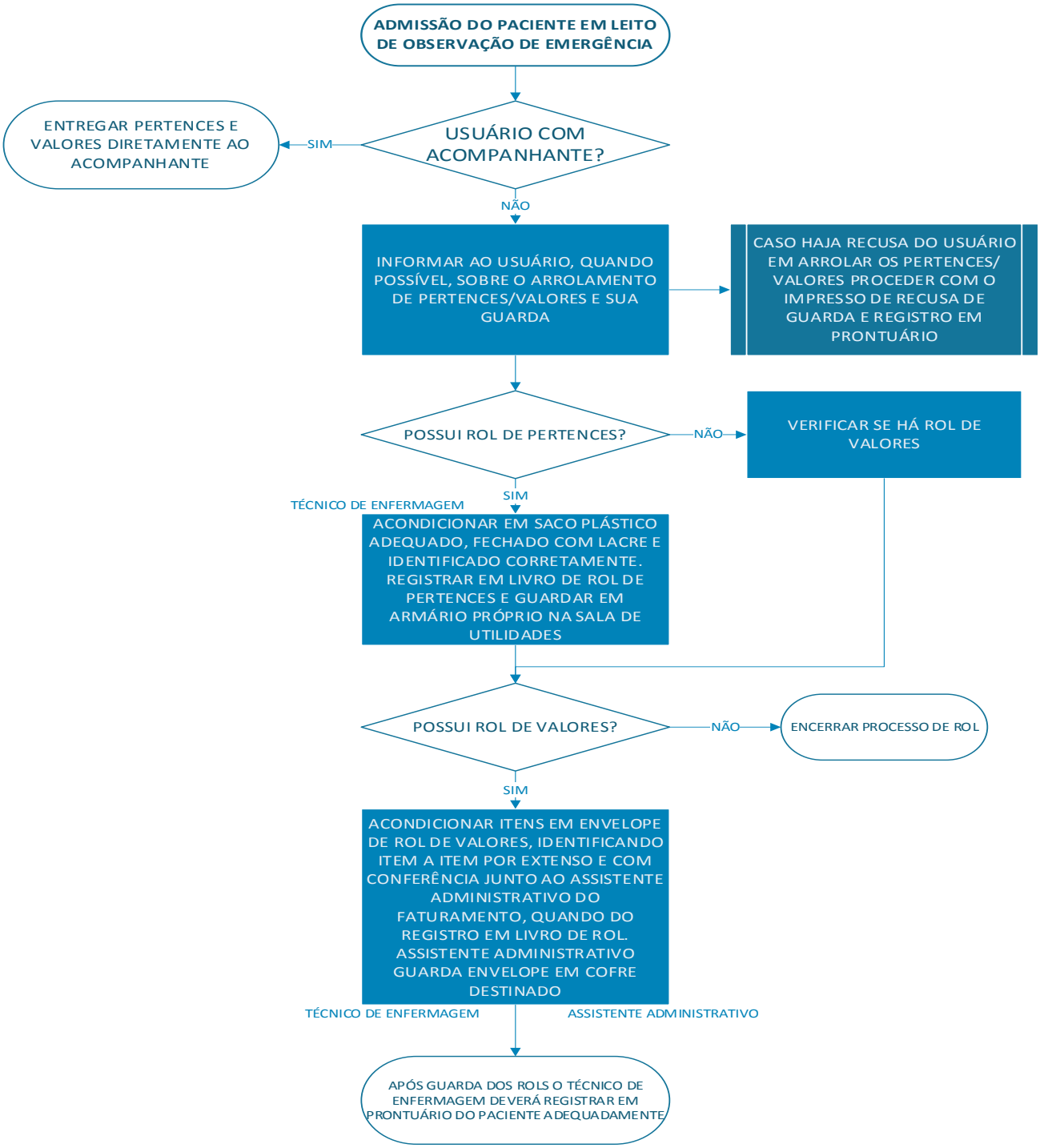
- Armazenamento seguro dos pertences dos usuários;
- Evitar perdas ou extravios de valores.

7 – AÇÕES CORRETIVAS

N/A

8 – FLUXOGRAMA

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73



9 – ANEXO

ANEXO – 1

ROL DE PERTENCES

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

ROL DE PERTENCES

UPA 24h Jaçanã

NOME DO PACIENTE:
CNS:
DATA DE NASCIMENTO: _____/_____/_____
PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:
COREN-SP:
DATA: _____/_____/_____ **1ª VIA - PRONTUÁRIO**
RECEBIDO PERTENCES DO PACIENTE ACIMA DESCRITO PARA GUARDA, CONFORME LISTADO ABAIXO:

RELAÇÃO DE PERTENCES

PERTENCES RELACIONADOS, EMBALADOS E ENTREGUES AO SETOR ADMINISTRATIVO PARA GUARDA:

ASSINATURA ENFERMAGEM	ASSINATURA ADMINISTRATIVO

ATENÇÃO: Os pertences dos pacientes deverão ser retirados pelos responsável/familiar ou entregues ao próprio usuário no momento de sua alta/transferência. Pertences (itens de uso pessoal, roupas, chinelos e etc...) **deixados na unidade e não retirados no prazo de 30 dias** serão descartados.

ENTREGA DE PERTENCES AO USUÁRIO/FAMILIAR RESPONSÁVEL:

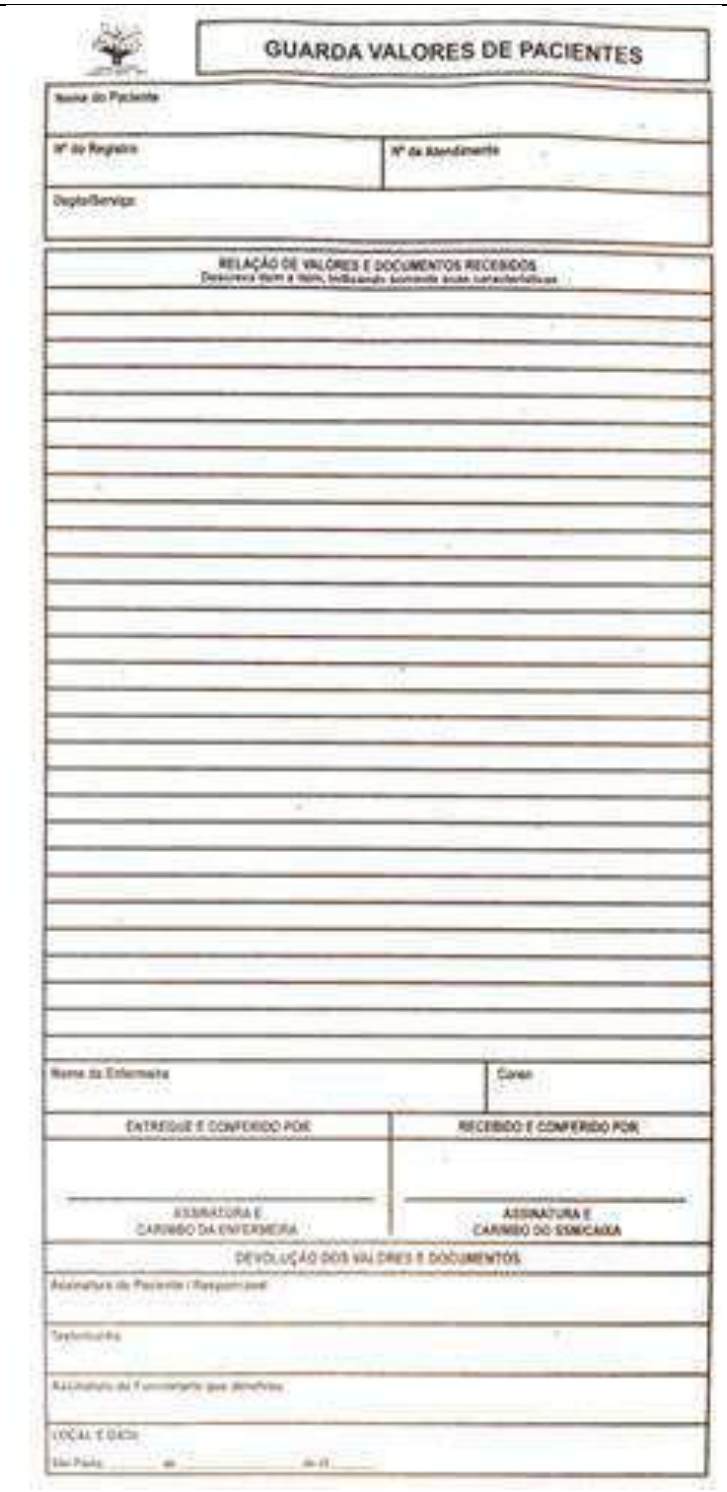
EU, SR. (A) DECLARO TER
RECEBIDO OS PERTENCES ACIMA PRESCRITOS: DATA: _____/_____/_____ HORÁRIO: _____:_____

ASSINATURA PACIENTE/FAMILIAR/RESPONSÁVEL

ANEXO 2 – GUARDA DE VALORES DE PACIENTES

DS LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73



GUARDA VALORES DE PACIENTES

Nome do Paciente

Nº do Registro | Nº de Atendimento

Depto/Serviço

RELAÇÃO DE VALORES E DOCUMENTOS RECEBIDOS
Descrever item a item, indicando somente suas características

Nome da Enfermeira | Coren

ENTREGUE E CONFERIDO POR | RECEBIDO E CONFERIDO POR

ASSINATURA E CARIMBO DA ENFERMEIRA | ASSINATURA E CARIMBO DO SOLICITANTE

DEVOLUÇÃO DOS VALORES E DOCUMENTOS

Assinatura do Paciente / Responsável

Testemunha

Assinatura do Funcionário que devolveu

LOCAL E DATA

São Paulo, ____ de _____ de 20__

12 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- Conselho Regional de Enfermagem – COREN-SP - CÂMARA TÉCNICA - ORIENTAÇÃO FUNDAMENTADA Nº 076/2017 - Assunto: Guarda de pertences do paciente. Disponível em:

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/Orienta%C3%A7%C3%A3o-Fundamentada-076.pdf

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP. ENF.116	VERSÃO: 1
COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS DE ROTINA NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	VALIDADE:01/12/2025	Pag. 1 de 4

Elaborado por: Paula Andrea S. Ferreira Martins	Data: 01/12/2023	Visto: Assinado por: Paula Andrea Shinzato Ferreira Martins 864CAF24F427A4...
Revisado por: Carla Carin Casaes	Data: 06/12/2023	Visto: DocuSigned by: FAEFCD486FD6449...
Aprovado por: Tassiana Pita	Data: 08/12/2023	Visto: Assinado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz CEC19F2097164F7...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
0	01/12/2023	Elaboração do Procedimento

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

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

Setores assistências;

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.

DS

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

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.

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 nas unidades de Urgência e Emergência:

- 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

DS LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

NSP caso evidencie o fato.

6 – RESULTADO ESPERADO

Garantir a disponibilidade de exames laboratoriais atualizados no momento da reavaliação médica diária.
Monitorar adequadamente o quadro clínico do paciente admitido em leito de observação de emergência.

7 – AÇÕES CORRETIVAS

Alinhamento dos procedimentos a serem seguidos pelas coletoras da empresa terceirizada de laboratório.
Monitoramento diário dos enfermeiros dos setores assistenciais, para cumprimento do fluxo proposto.

8 – RISCOS DO PROCESSO

N/A

9 – INDICADORES

N/A

10 – ANEXOS

N/A

12 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

N/A

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. 117**	**VERSÃO:** 1
DEFINIÇÃO DE ORDEM DE PRIORIDADE DE TRANSFERÊNCIAS - CROSS	**VALIDADE:** 17/08/2025	**Pag. 1 de 4**

Elaborado por: André Ramos Neto	Data: 01/08/2023	Visto: Assinado por: André Ramos Neto C1CF8A0386BE43B...
Revisado por Carla Casaes	Data: 12/08/2023	Visto: DocuSigned by: FAEECD486ED6449...
Aprovado por: Tassiana Pita	Data: 17/08/2023	Visto: Assinado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz CEC19F2997164F7...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
01	01/08/2023	Elaboração do Protocolo

DS

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

1- OBJETIVO

Estabelecer diretrizes para definição da ordem de saída dos pacientes com vagas cedidas ao nível hospitalar, a fim de garantir a segurança dos pacientes e otimização do fluxo de ambulâncias.

Formalizar a definição das prioridades, garantindo comunicação efetiva e possibilitando eventuais auditorias.

2 – ALCANCE

Unidades Média Complexidade: Pronto Socorro Santana e UPA Jaçanã.

3 – COMPETÊNCIA

- Equipe Médica;
- Equipe de Enfermagem;
- Liderança Administrativa;
- Supervisores noturnos;
- Assistentes Administrativos;
- Gerência Administrativa;
- Diretoria.

Médicos: quando houver mais de um paciente com vaga cedida aguardando remoção, cabe apenas ao médico definir a prioridade de saída, baseando-se exclusivamente em critérios clínicos. É o médico também quem define qual o tipo de recurso necessário para a remoção. Durante o período diurno, o médico diarista, juntamente com o emergencista, cirurgião geral, ortopedista e pediatra acordam as prioridades. No período noturno, o médico escalado para a Sala de Emergência juntamente com os plantonistas das demais especialidades define as prioridades de remoção.

Enfermagem: preparar o paciente para o transporte e disponibilizar os recursos necessários, como o kit de transporte, monitor multiparâmetros, bomba de infusão, etc. A equipe de Enfermagem também pode apoiar no

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

processo decisório da ordem das transferências.

Liderança Administrativa: autorizar a eventual solicitação de ambulâncias extras e acompanhar as solicitações de viaturas de suporte avançado, buscando entender com a equipe médica a real necessidade da ambulância UTI. Apoia na tentativa de agilizar a obtenção do veículo que fará o transporte do paciente.

Supervisores Noturnos: autorizar a eventual solicitação de ambulâncias extras e acompanhar as solicitações de viaturas de suporte avançado, buscando entender com a equipe médica a real necessidade da ambulância UTI. Também apoia da tentativa de agilizar a obtenção do veículo que fará o transporte do paciente.

Assistentes Administrativos: acompanhar as solicitações de transferências na plataforma do SIRESP; comunicar a equipe de enfermagem e médica quando a vaga for disponibilizada; alimentar a planilha de priorização de pacientes (Anexo), conforme determinado pela equipe médica, colhendo sua assinatura; fazer as solicitações de ambulância e organizar o fluxo de saída, garantindo atender ao que foi determinado pelos médicos plantonistas.

Gerência Administrativa: acompanhar todo o processo, garantindo seu bom andamento; autorizar solicitações de ambulância extra e UTI; apoia nos contatos com a empresa de transporte médico, buscando agilizar a obtenção do veículo que fará o transporte do paciente.

Diretoria Técnica: acompanhar todo o processo, garantindo seu bom andamento; autorizar solicitações de ambulância extra e UTI, julgando sua pertinência e propondo soluções a fim de otimizar os custos, sem prejudicar a segurança do paciente.

4 – DIRETRIZES

N/A

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

Imediatamente após cada vaga ser cedida, a planilha em anexo deverá ser alimentada e a equipe médica acionada a fim de determinar qual será a ordem de remoção. O assistente administrativo do NIR imprime, o médico registra o horário e assina o documento.

A cada vaga cedida, o documento deverá ser revisado e nova ordem de prioridade obedecida.

A cada vinte e quatro horas um novo formulário deverá ser aberto (às 07h) com os pacientes que estiverem aguardando naquele momento. Os documentos assinados deverão ser arquivados em pasta própria, ordenados por data e horário, para futuras consultas que forem necessárias.

6 – RESULTADO ESPERADO

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

- Reforçar os procedimentos relacionados à priorização dos pacientes a serem transferidos, a partir da concessão das vagas para os hospitais de referência, garantindo a formalização da decisão médica das prioridades.

7 – AÇÕES CORRETIVAS

N/A

8 – RISCOS DO PROCESSO

N/A

12 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

N/A

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: ED8480D5-D5B0-4912-80E9-0A571F13BA73

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

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

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: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

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: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

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

DS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

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

DS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

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.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP. 119	VERSÃO: 01
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AS URGÊNCIAS HIPERTENSIVAS	VALIDADE:01/11/2025	Pag. 1 de 11

Elaborado por: Kauê de Cezaro dos Santos	Data: 01/11/2023	Visto: Assinado por: KAUE SANTOS A920D24A445A4DE...
Revisado por: Renata Colamarche	Data: 07/11/2023	Visto DocuSigned by: Renata Colamarche 30E0F53E05D144F...
Aprovado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz	Data: 21/11/2023	Visto: Assinado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz CEC19F2097164F7...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
01	01/11/2023	Elaboração do procedimento

DS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

1- OBJETIVO

Garantir a condução clínica baseada em evidências das situações de urgência e emergência hipertensiva

2 – ALCANCE

Unidades de pronto atendimento (UPA) e Pronto Socorros Municipais (PSM).

3 – COMPETÊNCIA

Médicos
Enfermeiros
Técnicos de enfermagem

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

A CRISE HIPERTENSIVA é definida como pressão arterial **≥180 x 120 mmHg**, acompanhada de sintomas que podem ser brandos como cefaleia, tontura, zumbido, ou sintomas graves como dispneia, dor precordial, coma e morte, podendo haver ou não lesão aguda de órgãos-alvo.

Se os sintomas forem brandos e não acompanhados de lesão aguda de órgãos-alvo, a **CRISE HIPERTENSIVA** é definida como **URGÊNCIA HIPERTENSIVA** (UH).

Se os sintomas colocarem em risco a vida do paciente e estiver associado a lesão aguda de órgão-alvo, define-se como **EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA** (EH).

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

Pacientes com ou sem diagnóstico prévio de hipertensão arterial sistêmica (HAS) podem apresentar episódios agudos, geralmente com pressão arterial sistólica (PAS) superior a 180 mmHg e pressão arterial diastólica (PAD) superior a 120 mmHg. Podem ser sintomáticos, dependendo do órgão primariamente acometido, estando o quadro clínico associado a síndromes vasculares agudas (infarto do miocárdio, acidente vascular encefálico isquêmico ou hemorrágico e síndromes aórticas) ou edema agudo de pulmão. Mais raramente, associa-se à encefalopatia hipertensiva (com alterações principalmente na fundoscopia e manifestações neurológicas) e à hipertensão maligna (igualmente com manifestações neurológicas e fundoscópicas, mas acompanhada de perda progressiva da função renal).

DS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

Atenção: em situações agudas e com sintomas, o tratamento deve ser com anti-hipertensivos de uso endovenoso.

Os sinais e sintomas dependem do órgão acometido:

- Sinais neurológicos focais
- Alterações visuais
- Congestão (edema agudo de pulmão)
- Dor torácica
- Insuficiência renal
- Insuficiência hepática

PACIENTES COM LESÃO AGUDA DE ÓRGÃO ALVO

Pacientes apresentam risco de morte imediata com necessidade de intervenção médica intensiva. Os pacientes devem ser avaliados e investigados para confirmação diagnóstica de patologia de base ou lesão aguda em órgão alvo, de acordo com os sintomas apresentados.

Planejamento Terapêutico - Manejo inicial:

1. Acomodar o paciente em local calmo e tranquilo para afastar casos de pseudocrise (tratados somente com repouso ou uso de analgésicos/tranquilizantes - Diazepam 5 mg/via oral);
2. Medir a PA nos dois braços (no mínimo, 2 medidas); frequência cardíaca e saturação de oxigênio, realizar eletrocardiograma;
3. Questionar sobre a PA usual do paciente e situações que possam desencadear seu aumento (ansiedade, dor, ingesta excessiva de sal ou bebidas alcoólicas, uso de anti-inflamatórios, corticoides, simpaticomiméticos, comorbidades, uso de fármacos anti-hipertensivos (dosagem e adesão) ou que possam aumentar a PA;
4. Manter o paciente em repouso com decúbito elevado;
5. Instalar acesso venoso periférico em membro superior;
6. Manter a permeabilidade das vias aéreas e a ventilação adequada;
7. Administrar oxigênio suplementar por cateter nasal ou máscara, se saturação de oxigênio for < 94% (atentar para pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica);
8. Medir a glicemia capilar. Se a glicemia for < 70 mg/dL, administrar glicose hipertônica 50% / 20 ml via endovenosa / 1 vez, repetir hemoglicoteste em 1 hora;
9. Avaliar nível de consciência: considerar intubação orotraqueal em pacientes com rebaixamento de consciência com claro sinal clínico de insuficiência respiratória, ou se for evidente o risco de aspiração;

TRATAMENTO

DS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

ATENÇÃO: após estabilização inicial do quadro, se condição associada (AVC, IAM, Edema Agudo de Pulmão), inserir na CROSS para transferência à unidade hospitalar, conforme regulação local.

1. Priorizar agentes hipotensores intravenosos passíveis de titulação;
2. Redução rápida da PA para evitar progressão das lesões agudas de órgão-alvo;
3. PA ≤ 25% na primeira hora;
4. PA 160/100 -110 mmHg em 2-6 h;
5. PA 135/85 mmHg 24-48 h.

AGENTES DE USO PARENTERAL NA CRISE HIPERTENSIVA

Terapia anti-hipertensiva

Considerar o sistema ou órgão-alvo acometido para iniciar a terapia anti-hipertensiva.

Quadro 8 – Drogas de escolhas e drogas a serem evitadas de acordo com o quadro clínico

Indicação clínica	Droga de escolha	Drogas que devem ser evitadas
Redução de hipertensão aguda grave	Nitroprussiato de sódio	
Isquemia miocárdica e infarto	Nitroglicerina, beta-bloqueadores*	Hidralazina, Nitroprussiato
Dissecção aórtica	Nitroprussiato de sódio, esmolol/ metoprolol	Hidralazina
Edema agudo de pulmão/ insuficiência cardíaca	Nitroglicerina e diurético de alça, Nitroprussiato de sódio	Hidralazina, beta-bloqueador
Hipertensão maligna	Nitroprussiato de sódio	

Estar atento a:

1. Monitorização contínua durante o manejo terapêutico;
2. Pacientes para os quais não foi estabelecido um diagnóstico clínico associado ao aumento da pressão, após controle inicial da crise hipertensiva, substituir por anti-hipertensivo via oral (se possível).

Metas terapêuticas:

Essencial:

● Objetivo de redução da PA de pelo menos 20 mmHg na PA sistólica e 10 mmHg na PA diastólica, idealmente reduzir a PA para menos de 140/90 mmHg.

● < 65 anos: objetivo de PA < 130/80 mmHg se tolerado (manter PA > 120/70 mmHg);

DS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

- ≥ 65 anos: objetivo de PA < 140/90 mmHg se tolerado, considerar individualmente o contexto de fragilidade individual, grau de independência e tolerabilidade (manter PA > 120/70 mmHg).

MEDICAMENTOS INDICADOS PARA O TRATAMENTO DE EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS DISPONÍVEIS NO BRASIL

(ADAPTADO DAS VII DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2016)

MEDICAMENTOS	CLASSE	DOSE	INÍCIO AÇÃO	DURAÇÃO AÇÃO	INDICAÇÕES
NITROPRUSSIATO DE SÓDIO	VASODILATADOR ARTERIAL E VENOSO (ESTIMULA FORMAÇÃO GMP CÍCLICO)	0,25 µg/Kg/min Infusão EV contínua	Imediata	1-2 min	Maioria das emergências hipertensivas
NITROGLICERINA	VASODILATADOR ARTERIAL E VENOSO, DOADOR DE ÓXIDO NÍTRICO	5-15 mg/h Infusão EV contínua	2-5 min	3-5 min	Insuficiência coronariana, Insuficiência ventricular esquerda com EAP
HIDRALAZINA	VASODILATADOR DE AÇÃO DIRETA	10-20 mg IV ou 10-40 mg IM 6/6h	10-20 min EV 20-30 min IM	3-12 horas	Eclampsia ou iminência de eclampsia
ESMOLOL*	BETA BLOQUEADOR SELETIVO DE AÇÃO ULTRA RÁPIDA	Ataque 500 µg/Kg infusão intermitente 25-50 µg/Kg/min 25 µg/Kg/min cada 10-20 min. Máximo 300 µg/Kg/min.	1-2 min	1-20 min	Dissecção aguda de aorta (em combinação com NPS), hipertensão pós-operatória grave.
FUROSEMIDA	DIURÉTICO DE ALÇA	20-60 mg EV	2-5 min	30-90 min	Insuficiência ventricular esquerda com EAP, situações de hipervolemia.
METOPROLOL	BETA BLOQUEADOR SELETIVO	5 mg EV (repetir de 10/10 min, se necessário até 20 mg)	5-10 min	3-4 h	Insuficiência coronariana, dissecção aguda de aorta (em combinação com NPS).

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

* Este medicamento não está disponível na rede pública, portanto não sendo possível sua prescrição nas unidades de urgência/emergência

PACIENTES SEM LESÃO AGUDA DE ÓRGÃO-ALVO

Pacientes que não apresentam risco imediato de morte, mas têm potencial risco para desenvolver lesões agudas em órgão-alvo, necessitam de redução da PA, mas usualmente não necessitam de internação hospitalar

CONDIÇÃO	AÇÃO
Relato de suspensão recente de anti-hipertensivos	Reiniciar os medicamentos de uso habitual do paciente e reavaliar níveis pressóricos em 3-6 horas.
Paciente sem uso prévio de medicações anti-hipertensivas	Administrar anti-hipertensivos orais como captopril (não administrar captopril por via sublingual, pois a absorção é comprometida).
Elevação de pressão arterial relacionada ao uso de substâncias ilícitas (cocaína, crack, anfetaminas, ecstasy)	O tratamento inclui o uso de bloqueadores do canal de cálcio.
Suspeita de iminente piora clínica com evolução para lesão em órgão alvo	Seguir para o protocolo de atendimento de emergência hipertensiva já apresentado.

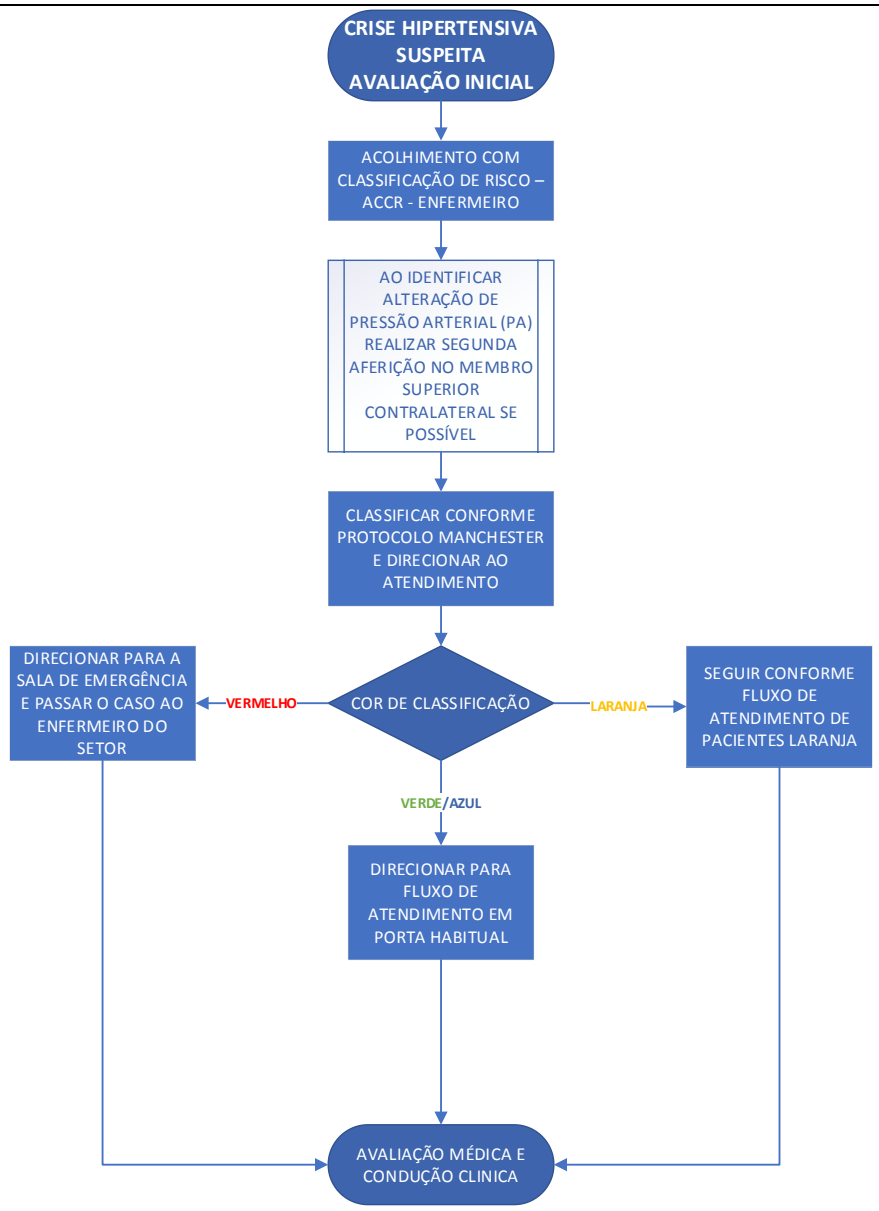
Metas terapêuticas:

- Objetivo de redução da PA de pelo menos 20 mmHg na PA sistólica e 10 mmHg na PA diastólica, idealmente reduzir a PA para menos de 140/90 mmHg.
- < 65 anos: Objetivo de PA < 130/80 mmHg se tolerado (manter PA > 120/70 mmHg);
- ≥ 65 anos: Objetivo de PA < 140/90 mmHg se tolerado, considerar individualmente o contexto de fragilidade individual, grau de independência e tolerabilidade (manter PA > 120/70 mmHg).

FLUXO NA IDENTIFICAÇÃO DE CASOS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641



PLANO DE ALTA

A nota de alta deve conter um resumo detalhado do quadro clínico e da estratégia terapêutica adotada durante o atendimento.

1. Diagnóstico e informação médica relevante.
2. Disponibilizar os resultados dos exames realizados
3. Receita médica completa.

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

4. Encaminhamento à Unidade de Atenção Primária de referência para prevenção secundária em até 7 dias da alta para consulta de revisão através do formulário de Contrarreferência.
5. Ênfase nas medidas de autocuidado - adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

6 – RESULTADO ESPERADO

Redução do tempo de decisão clínica para pacientes com crise hipertensiva

7 – AÇÕES CORRETIVAS

Treinamento através do G*oogle Forms* a cada dois meses com as equipes assistenciais da clínica médica e emergência, aplicando pré e pós teste para as equipes envolvidas.

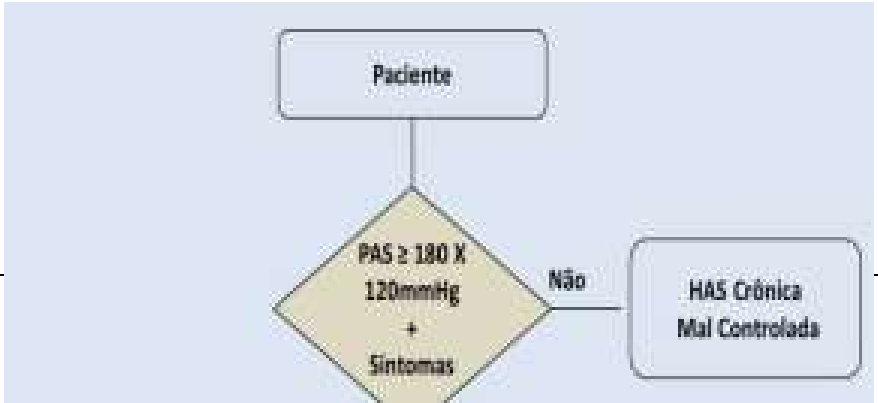
8 – RISCOS DO PROCESSO

Condução inadequada dos casos, determinando maiores tempos de permanência.

9 – INDICADORES

N/A

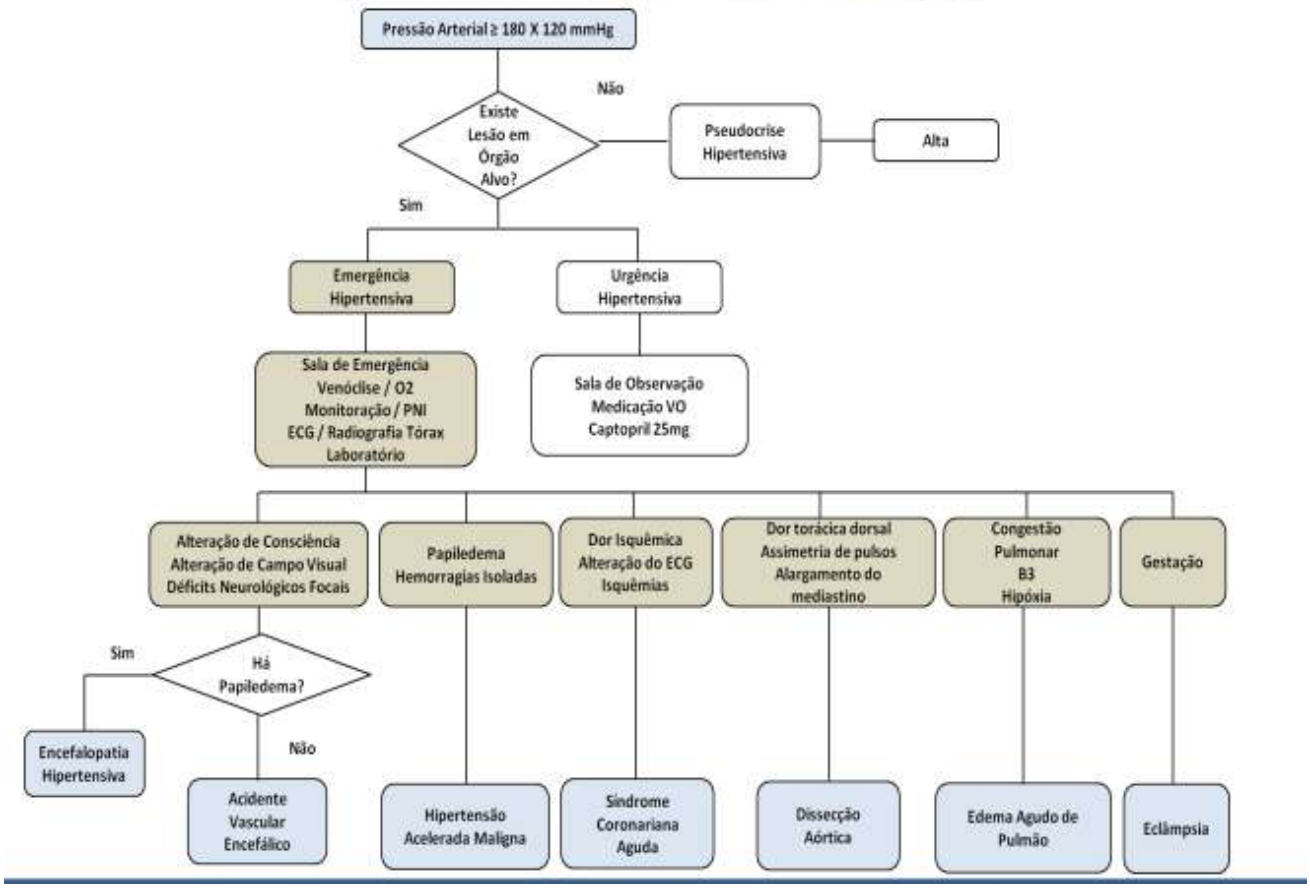
10 – ANEXOS



DS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

FLUXOGRAMA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA



12 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

1. Peixoto AJ. Acute Severe Hypertension. N Engl J Med 2019; 381:1843.
2. Mayer SA, Kurtz P, Wyman A, et al. Clinical practices, complications, and mortality in neurological patients with acute severe hypertension: the Studying the Treatment of Acute hyperTension registry. Crit Care Med 2011; 39:2330.
3. Padilla Ramos A, Varon J. Current and newer agents for hypertensive emergencies. Curr Hypertens Rep 2014; 16:450.
4. Katz JN, Gore JM, Amin A, et al. Practice patterns, outcomes, and end-organ dysfunction for patients with acute severe hypertension: the Studying the Treatment of Acute hyperTension (STAT) registry. Am Heart J 2009; 158:599.
5. Johnson W, Nguyen ML, Patel R. Hypertension crisis in the emergency department. Cardiol Clin 2012; 30:533.
6. Astarita A, Covella M, Vallelonga F, et al. Hypertensive emergencies and urgencies in emergency departments: a systematic review and meta-analysis. J Hypertens 2020; 38:1203.
7. Martin JF, Higashiama E, Garcia E, et al. Hypertensive crisis profile. Prevalence and clinical presentation. Arq Bras Cardiol 2004; 83:131.
8. Salvetti M, Paini A, Colonetti E, et al. Hypertensive emergencies and urgencies: a single-centre experience in Northern Italy 2008-2015. J Hypertens 2020; 38:52.
9. Paini A, Tarozzi L, Bertacchini F, et al. Cardiovascular prognosis in patients admitted to an emergency department with hypertensive emergencies and urgencies. J Hypertens 2021; 39:2514.
10. Zampaglione B, Pascale C, Marchisio M, Cavallo-Perin P. Hypertensive urgencies and emergencies. Prevalence and clinical presentation. Hypertension 1996; 27:144.
11. Kaplan NM, Victor RG. Chapter 8: Hypertensive Emergencies. In: Kaplan's Clinical Hypertension, 11th Ed, Lippincott, Williams & Wilkins, 2014. p.263.
12. Elliott WJ. Clinical features in the management of selected hypertensive emergencies. Prog Cardiovasc Dis 2006; 48:316.
13. Alshami A, Romero C, Avila A, Varon J. Management of hypertensive crises in the elderly. J Geriatr Cardiol 2018; 15:504.
14. Ahmed N, Wahlgren N, Brainin M, et al. Relationship of blood pressure, antihypertensive therapy, and outcome in ischemic stroke treated with intravenous thrombolysis: retrospective analysis from Safe Implementation of Thrombolysis in Stroke-International Stroke Thrombolysis Register (SITS-ISTR). Stroke 2009; 40:2442.
15. Jauch EC, Saver JL, Adams HP Jr, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke 2013; 44:870.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

16. Li JZ, Eagle KA, Vaishnava P. Hypertensive and acute aortic syndromes. Cardiol Clin 2013; 31:493.
17. Anderson CS, Selim MH, Molina CA, Qureshi AI. Intensive Blood Pressure Lowering in Intracerebral Hemorrhage. Stroke 2017; 48:2034.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF 120**	**VERSÃO:** 1
CONTENÇÃO QUIMÍCA	**VALIDADE:** 07/12/2025	**Pag. 1 de 4**

Elaborado por: Fabricio Lopes da Silva	Data: 07/12/2023	Visto: Assinado por: Fabricio Lopes da Silva 97794B2C355C4A3...
Revisado por: Renata Colamarche	Data: 08/12/2023	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 90E0F55E05D144F...
Aprovado por: Carla Casaes	Data: 14/12/2023	Visto: DocuSigned by: FAEFCD486FD6449...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
	07/12/2023	Emissão do Procedimento

1- OBJETIVO

- Padronização do protocolo de contenção química e controle da agitação psicomotora prevenindo danos físicos ao paciente e equipe multidisciplinar

2 – ALCANCE

Este fluxo aplica-se ao Pronto Socorro Municipal Dr. Lauro Ribas Braga – PSM Santana e UPA Jaçanã

3 – COMPETÊNCIA

Equipe de enfermagem;
Equipe médica

4 – DIRETRIZES E RECOMENDAÇÕES

Agitação psicomotora e agressividade devem ser tratadas como emergência psiquiátrica, cuja intervenção terapêutica imediata é imperativa para proteção do paciente, demais pacientes e da equipe. A agitação é caracterizada por inquietação, aumento da excitabilidade psíquica, resposta exacerbada aos estímulos, irritabilidade, atividade motora e verbal aumentada, inadequada e repetitiva, podendo cursar com agressividade. A contenção química, realizada pelo uso de medicamentos, pode evitar o uso da contenção física. Seu objetivo é acalmar o paciente sem uma sedação excessiva.
Contenção química: designa todo o tipo de terapêutica psicoativa que é utilizada para inibir um determinado comportamento ou movimento.

5 – ETAPAS DO PROCESSO

DS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

- Observar criteriosamente a prescrição médica no prontuário;
- Preparar medicação;
- Comunicar aos familiares (caso presente);
- Imobilizar com auxílio das mãos (solicitar auxilio de outro profissional);
- Verificar os 09 certos (paciente, medicação, via de administração, dose , horário documentação, ação, forma ,resposta,)
- Administrar medicação pela via prescrita;
- Checar a administração no prontuário do paciente;
- Associar, se necessário, contenção mecânica;
- Verificar sinais vitais e nível de consciência e registrar no prontuário;
- Reavaliar a necessidade de manutenção da contenção química a cada 2h pelo médico;
- Comunicar as intercorrências.

6 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

ORIENTAÇÕES GERAIS PARA O USO DA CONTENÇÃO QUIMÍCA:

- É desnecessária a utilização da via endovenosa para os procedimentos de sedação em psiquiatria;
- A utilização da via oral deve ser utilizada sempre que houver cooperação do paciente;
- A via IM deve ser utilizada sempre que for necessário ação farmacológica rápida em pacientes não cooperativos;
- Os seguintes esquemas de medicação (VO e IM) são usualmente utilizados para paciente adultos e poderão ser repetidos, após 30 minutos da primeira aplicação, caso não tenha havido sedação adequada do paciente.

MEDICAÇÃO VIA ORAL (VO):

- Clonazepam gotas 2,5mg/ml – Fazer 40 a 60 gotas VO + Haloperidol gotas 2,0mg/ml – Fazer 50 a 100 gotas VO.

MEDICAÇÃO INTRAMUSCULAR (IM):

- Esquema 1 – Haloperidol (5mg/ml) 01 ampola IM + Prometazina (50mg/2ml) 01 ampola IM.
- Esquema 2 - Haloperidol (5mg/ml) 01 ampola IM + Midazolam (15mg/3ml) 01 ampola IM.

Em pacientes com quadro de intoxicação alcoólica há maior risco de depressão respiratória, já que o álcool exerce ação depressiva sobre o Sistema Nervos Central. Nestes casos a utilização de

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

benzodiazepínicos, como o Midazolam, e outros agentes com grande perfil de sedação devem ser evitados. Um esquema seguro para estes casos seria:

MEDICAÇÃO INTRAMUSCULAR (IM):

- Haloperidol (5mg/ml) 01 ampola IM, com repetição da dose em 30 minutos se necessário.

CRIANÇAS

Em crianças com quadro de agitação psicomotora grave apenas a contenção física é geralmente suficiente. O haloperidol deve ser evitado em pacientes com epilepsia, depressão de medula e lesões subcorticais, pelo risco aumentado de síndrome neuroléptica maligna. Se houver necessidade de contenção química em crianças e adolescentes (06 a 12 anos):

MEDICAÇÃO INTRAMUSCULAR (IM) OU VIA ORAL (VO)

- Haloperidol 0,1 a 0,5 mg/kg/dia (máximo de 1,0 mg/kg/dia.

7 – PONTOS CRITICOS E RISCOS

São Necessários cuidados redobrados ao medicar pacientes idosos, pois são mais vulneráveis aos efeitos adversos dos antipsicóticos tradicionais. Nestes casos, metade da dose utilizada em adultos jovens é geralmente suficiente.

8 - NOTAS EXPLICATIVAS

HALOPERIDOL

- Neuroléptico que também pertence ao grupo das butirofenonas, porém com perfil muito menos interessante que o droperidol. A rigor, sua administração EV pode favorecer o tempo de início, mas cabe lembrar que essa via de administração mesmo estando relatada na literatura, se configura como off-label. Em termos gerais, ele oferece um início de ação lenta, entre 15 - 30 min e uma meia vida prolongada aproximadamente 18h. Representa uma janela muito extensa para avaliar se a dose administrada foi adequada, e assim complicando a decisão de replicar as doses, com risco consequente de provocar acumulo plasmático da droga.

CLONAZEPAM

- Esse medicamento faz parte dos benzodiazepínicos que agem inibindo levemente algumas ações do sistema nervoso. Ele tem ação anticonvulsivante, sedativa leve, relaxante muscular e tranquilizante.

PROMETAZINA

- O Cloridrato de Prometazina é um anti-histamínico de uso sistêmico que age em nível do sistema respiratório, do sistema nervoso e da pele. O Cloridrato de Prometazina é um derivado fenotiazínico de cadeia lateral alifática, que possui atividade anti-histamínica, sedativa, antiemética e efeito anticolinérgico.

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

MIDAZOLAM

- Benzodiazepinico, com excelente tempo para início de ação após administração EV, flexibilidade para uso IM. E uma meia vida curta, de 2-6h. Porém, a variação da dose entre sedação adequada e depressão do sistema respiratório é muito pequeno, tornando a necessidade de monitorização e eventual intervenção na via aérea, um risco ativo. Observação: é baseado nestes dados farmacológicos que optamos pela combinação de haloperidol na dose padrão/alta somado ao midazolam dose baixa. Visando a sinergia entre os agentes para atingir sedação alvo, num menor tempo de ação, e diminuindo o risco de depressão respiratória

9 – ANEXOS

NÃO SE APLICA

10 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- **ARAÚJO, Alexandre. DIRETRIZES GERAIS PARA O USO DE CONTENÇÃO QUÍMICA. Nescon. Disponível em** https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1701.pdf . Acesso em:06/12/2023.
- **FABIAN, Rodrigo.CONTENÇÃO DO PACIENTE AGITADO NO DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA. JBMED. Disponível em** https://jbmede.com.br/index.php/jbme/article/download/38/23/181 . Acesso em:06/12/2023
- **PROTOCOLO CLÍNICO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM SAUDE MENTAL. Ministério Publico do Estado do Maranhão. Disponível em** https://mpma.mp.br/arquivos/COCOM/PROTOCOLO_CLINICO_URGENCIA__DE_SAUDE_MENTAL.pdf . Acesso em:06/12/2023

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF..121**	**VERSÃO: 1**
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO – PROTOCOLO MANCHESTER	**VALIDADE:** 01/11//2025	**Pag. 1 de 8**

Elaborado por: Renata Colamarche	Data: 01/11/2021	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 90E0E55E05D144F...
Revisado por: Carla Carin Casaes	Data: 15/11/2021	Visto: DocuSigned by: EAEECD486ED6449...
Aprovado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz	Data: 01/12/2021	Visto: Assinado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz CEC19F2097164F7...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
1	11/2023	Renata Colamarche – Acréscimo de pulseiras de identificação por cor de ACCR.
2	11/2024	Revisão

DS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

1- OBJETIVO

Descrever os procedimentos e processos relacionados ao acolhimento e classificação de risco nas unidades de urgência e emergência, com adoção do protocolo Manchester, através da utilização do Sistema ToLife e aparelho Trius (anexo1)

2 – ALCANCE

Este protocolo atende ao PSM Santana e UPA Jaçanã.

3 – COMPETÊNCIA

Enfermeiros

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

PSM – Pronto Socorro Municipal
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
ACCR - Acolhimento com classificação de risco

Definições:
A palavra “acolher”, em seus vários sentidos, expressa “dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a agasalhar, receber, atender, admitir” (FERREIRA, 1975). O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa uma ação de aproximação, um “estar com” e “perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão, de estar em relação com algo ou alguém. É exatamente no sentido da ação de “estar com” ou “próximo de” que queremos afirmar o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância política, ética e estética da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.

O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ético/estético/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e como ferramenta tecnológica relacional de intervenção na escuta, na construção de vínculo, na garantia do acesso com responsabilização e na resolutividade dos serviços.

O acolhimento é também um dispositivo de intervenção que possibilita analisar o processo de trabalho em saúde com foco nas relações e que pressupõe a mudança das relações profissional/usuário/rede social e profissional/ profissional por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e como participante ativo no processo de produção da saúde.

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

Muitos serviços de atendimento às urgências convivem com grandes filas onde as pessoas disputam o atendimento sem critério algum a não ser a hora da chegada. A não-distinção de riscos ou graus de sofrimento faz com que alguns casos se agravem na fila, ocorrendo às vezes até a morte de pessoas pelo não-atendimento no tempo adequado.

A classificação de risco é uma ferramenta que, além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, tem também outros objetivos importantes, como: garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, sobre o tempo provável de espera; promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo; dar melhores condições de trabalho para os profissionais pela discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; aumentar a satisfação dos usuários e, principalmente, possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento.

O Acolhimento com Avaliação de Risco configura-se, assim, como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização das portas de urgência e na implementação da produção de saúde em rede, pois extrapola o espaço de gestão local afirmando, no cotidiano das práticas em saúde, a coexistência das macro e micropolíticas.

Nas unidades de urgência e emergência (UPA e Pronto-Socorro Municipal) está implantado o modelo de classificação de risco de Manchester adaptado, e atualmente integrado à ToLife com a utilização dos aparelhos Trius e link Prior (anexo 2) para classificação de 100% dos pacientes que dão entrada na unidade.

O Sistema Manchester de Classificação de Risco (SMCR) foi desenvolvido por enfermeiros e médicos do Reino Unido como estratégia para estabelecer, dentre a demanda de pacientes que se apresenta nas Emergências, quais os que, embasados em critérios clínicos, deveriam ter prioridade de atendimento. Serve, portanto, como uma diretriz de ordenamento para o atendimento em emergências, priorizando aqueles pacientes sob condições clínicas de maior risco. A metodologia do SMCR baseia-se na queixa principal do paciente, que direciona o enfermeiro a um fluxograma de condição clínica. Cada fluxograma contém discriminadores que norteiam a investigação e, conforme as respostas que o usuário vai fornecendo, dá-se a classificação de gravidade ou risco clínico.

Esta classificação é descrita por cores, que indicam tempos máximos para o primeiro atendimento médico. A cor vermelha determina uma condição de emergência, sugerindo atendimento imediato; a laranja discrimina condições de muita urgência, cujo tempo para atendimento deve ser ≤ 10 minutos; já a cor amarela sugere urgência, cujo atendimento deve ser em tempo ≤ 60 minutos; os classificados na cor verde seriam de pouca urgência e o atendimento poderia ocorrer em até ≤ 120 minutos; os de cor azul, por sua vez, são

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

considerados não urgentes e seu atendimento está indicado para ocorrer em tempo ≤ 240 minutos. Há ainda a possibilidade de classificação em cor branca, que se dá para usuários em que não há tempo máximo para espera por atendimento médico, como por exemplo, nos retornos para administração de medicamentos prescritos e aplicação de doses de vacina.

O sistema pretende e assegura que a atenção médica ocorra de acordo com o tempo resposta determinado pela gravidade clínica do paciente, além de ser uma ferramenta importante para o manejo seguro do fluxo dos pacientes, auxiliando no correto direcionamento interno e manejo da demanda.

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

Os pacientes, quando dão entrada nas unidades de urgência e emergência serão direcionados pelo controlador de acesso ao totem, onde realizarão a retirada de senha numérica, com orientação do técnico de enfermagem para início do atendimento, havendo as opções de senhas prioritárias (idosos acima de 65 anos), senhas de pediatria, clínica médica, cirurgia geral, síndrome gripal, dor no peito, odontologia e vacina (se houver na unidade), visando assim correto direcionamento para as salas de acolhimento e classificação de risco.

Após a geração desta senha, através de sistema, os pacientes serão chamados em painéis eletrônicos, identificando a qual sala de acolhimento deverão se dirigir. Ao prosseguir para a sala identificada o paciente será atendido por um enfermeiro, capacitado no Protocolo Manchester, que realizará sua classificação de risco, identificando assim sua prioridade de atendimento, conforme mencionado anteriormente, atribuindo a cor correspondente ao fluxograma designado.

O procedimento de classificação de risco será realizado pelo enfermeiro utilizando o aparelho Trius, da empresa ToLife, onde, através de integração com sistema chamador de senhas (IT4D) e sistema de prontuário eletrônico (PR), já existentes nas unidades, promove a continuidade do atendimento através de uma única senha gerada na entrada do serviço.

O enfermeiro procede com o chamado do paciente, conforme prioridades da lei, utilizando o aparelho Trius, e na chegada do mesmo, preenche dados de identificação em mesmo aparelho (nome da mãe do paciente e data de nascimento), sendo estes dados confirmados através de documento de identificação original com foto. Caso o paciente atendido não possua documento de identificação o mesmo será identificado no sistema como “desconhecido” e também com seu nome verbalmente referido.

Após a realização deste registro cadastral o enfermeiro terá acesso à tela de classificação de risco, onde deverá realizar a aferição dos sinais vitais do paciente, através dos equipamentos já acoplados ao aparelho Trius e proceder com os questionamentos pertinentes sobre o quadro apresentado pelo paciente, visando assim classificá-lo de acordo com o fluxograma e prioridade adequados conforme o protocolo Manchester.

Ao finalizar o processo de classificação de risco, que essencialmente deve durar cerca de 03 minutos, o paciente receberá uma pulseira correspondente à cor com a qual ele foi classificado, e de acordo com o Protocolo Manchester (vermelha, laranja, amarela, verde ou azul). Estas pulseiras deverão ser colocadas

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

preferencialmente em membro superior direito (MSD) do usuário, e na impossibilidade em membro superior esquerdo, ou membro inferior.

Após essa identificação o usuário retornará para a recepção da unidade e aguardará sua senha ser novamente chamada em painel, agora para que seja realizada a abertura da ficha de atendimento na recepção, no painel será identificado a qual guichê este deverá se dirigir.

Após abertura da ficha de atendimento o paciente será direcionado para a área de espera adequada, onde será novamente chamado, através de painel digital por sua senha, ao consultório onde seu atendimento terá continuidade.

Através do sistema de prontuário eletrônico (PR) o médico e o dentista possuem acesso à lista de pacientes que aguardam por atendimento, já contendo sua classificação de risco designada por cores, e com o tempo máximo restante até que o mesmo seja atendido, respeitando os limites estabelecidos no protocolo Manchester, possibilitando assim que as chamadas sejam realizadas respeitando a classificação de risco realizada.

Nas unidades de urgência e emergência, além da porta de entrada habitual, de demanda espontânea, temos ainda a porta da sala de emergência, por onde recebemos os pacientes provenientes de serviços móveis de urgência e também de unidades referenciadas pela grade RUE. Estes pacientes, ao serem admitidos são também triados através do protocolo Manchester, através do link prior disponibilizado no computador deste setor, procedimento este realizado pelo enfermeiro responsável, e também identificado imediatamente com a pulseira correspondente à cor de sua classificação de risco.

Nesta classificação de risco, caso o paciente seja classificado como azul, verde ou amarelo este será então direcionado pela equipe de enfermagem para abertura de ficha de atendimento e posterior seguimento em rotina da porta de demanda espontânea da unidade, aguardando pelo atendimento médico. Já os casos classificados como laranja e vermelho permanecerão na sala de emergência onde terão seu atendimento médico imediatamente realizado e serão acomodados em leito de observação neste setor. A ficha de atendimento deste paciente será aberta pela recepção com a apresentação dos documentos do mesmo, levados pelo acompanhante ou equipe de enfermagem.

OBSERVAÇÕES: Pacientes que, durante a classificação de risco foram incluídos nos protocolos de dor torácica ou de sepse deverão seguir os procedimentos conforme descritos em cada protocolo, respeitando as metas de tempo ideais de atendimento, conforme as melhores práticas clínicas.

AUDITORIA DO PROTOCOLO MANCHESTER

A auditoria do Sistema Manchester pode ser definida como uma análise sistemática e independente com o objetivo de determinar se as atividades e resultados satisfazem os requisitos previamente estabelecidos pelo protocolo e se estes estão efetivamente implementados.

A auditoria realizada deverá ser mensal incluindo no mínimo 05 atendimentos de 02 enfermeiros de cada plantão. Os dados destes 40 atendimentos mensais serão registrados em planilha própria para análise e devem subsidiar o desenvolvimento das melhorias necessárias e reorientações sobre o uso do sistema de classificação. A auditoria interna deverá ser realizada por profissionais certificados pelo Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (GBCR) e a unidade deve apresentar duas auditorias anuais onde todos os enfermeiros

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

atuantes sejam auditados em no mínimo 2% dos atendimentos realizado no período.

O Sistema ToLife disponibiliza ainda duas plataformas de monitoramento e auditoria do uso do protocolo Manchester, sendo um deles o emerges, disponibilizado para acesso aos gestores da unidade e também a plataforma de BI online (anexo 4), onde diversos indicadores podem ser acompanhados e medidos em diferentes intervalos de tempo, facilitando o adequado monitoramento do serviço.

6 – RESULTADO ESPERADO

Redução do tempo de espera para acolhimento com o uso do aparelho Trius.
Organização e identificação adequada dos usuários com a cor de classificação de risco.
Direcionamento adequado do atendimento médico com base na gravidade identificada.

7 – AÇÕES CORRETIVAS

Disponibilização de pontos de classificação suficientes para o atendimento da demanda de cada serviço.

8 – RISCOS DO PROCESSO

Utilização inadequada do Protocolo Manchester e/ou equipamento Trius, tornando a classificação de risco ineficaz.
Prolongar o tempo de Classificação de Risco (mais de 03 minutos) impactando no tempo de espera geral da unidade.

9 – INDICADORES

Não se aplica

10 – ANEXOS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

ANEXO 1 – Aparelho Trius



Solução Trius

ANEXO 2 – Link Prior



Solução Prior

ANEXO 3 – Pulseiras de identificação de ACCR



12 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

- Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. Protocolo de Classificação de Risco Manchester.

Sacoman, Thiago Marchi et al. Implantação do Sistema de Classificação de Risco Manchester em uma rede municipal de urgência. Saúde em Debate [online]. v. 43, n. 121 [Acessado 7 julho 2020], pp. 354-367. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912105>. ISSN 2358-2898. https://doi.org/10.1590/0103-1104201912105.

- Silva MFN, Oliveira GN, Pergola-Marconato AM, Marconato RS, Bargas EB, Araújo IEM. Protocolo de avaliação e classificação de risco de pacientes em unidade de emergência. Rev. Latino-Am. Enfermagem mar.-abr. 2014; 22(2): 218-25 DOI: 10.1590/0104-1169.3172.2405 www.eerp.usp.br/rlae

- SOUZA, Cristiane Chaves de; ARAUJO, Francielli Aparecida; CHIANCA, Tânia Couto Machado. Produção científica sobre a validade e confiabilidade do Protocolo de Manchester: revisão integrativa da literatura. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 144-151, Feb. 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo. php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000100144&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 07 de Julho 2020. https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000100019.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. ENF..121**	**VERSÃO: 1**
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO – PROTOCOLO MANCHESTER	**VALIDADE:** 01/11//2025	**Pag. 1 de 8**

Elaborado por: Renata Colamarche	Data: 01/11/2021	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 90E0E55E05D144F...
Revisado por: Carla Carin Casaes	Data: 15/11/2021	Visto: DocuSigned by: EAEECD486ED6449...
Aprovado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz	Data: 01/12/2021	Visto: Assinado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz CEC19F2097164F7...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
1	11/2023	Renata Colamarche – Acréscimo de pulseiras de identificação por cor de ACCR.
2	11/2024	Revisão

DS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

1- OBJETIVO

Descrever os procedimentos e processos relacionados ao acolhimento e classificação de risco nas unidades de urgência e emergência, com adoção do protocolo Manchester, através da utilização do Sistema ToLife e aparelho Trius (anexo1)

2 – ALCANCE

Este protocolo atende ao PSM Santana e UPA Jaçanã.

3 – COMPETÊNCIA

Enfermeiros

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

PSM – Pronto Socorro Municipal
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
ACCR - Acolhimento com classificação de risco

Definições:
A palavra “acolher”, em seus vários sentidos, expressa “dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a agasalhar, receber, atender, admitir” (FERREIRA, 1975). O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa uma ação de aproximação, um “estar com” e “perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão, de estar em relação com algo ou alguém. É exatamente no sentido da ação de “estar com” ou “próximo de” que queremos afirmar o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância política, ética e estética da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.

O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ético/estético/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e como ferramenta tecnológica relacional de intervenção na escuta, na construção de vínculo, na garantia do acesso com responsabilização e na resolutividade dos serviços.

O acolhimento é também um dispositivo de intervenção que possibilita analisar o processo de trabalho em saúde com foco nas relações e que pressupõe a mudança das relações profissional/usuário/rede social e profissional/ profissional por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e como participante ativo no processo de produção da saúde.

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

Muitos serviços de atendimento às urgências convivem com grandes filas onde as pessoas disputam o atendimento sem critério algum a não ser a hora da chegada. A não-distinção de riscos ou graus de sofrimento faz com que alguns casos se agravem na fila, ocorrendo às vezes até a morte de pessoas pelo não-atendimento no tempo adequado.

A classificação de risco é uma ferramenta que, além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, tem também outros objetivos importantes, como: garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, sobre o tempo provável de espera; promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo; dar melhores condições de trabalho para os profissionais pela discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; aumentar a satisfação dos usuários e, principalmente, possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento.

O Acolhimento com Avaliação de Risco configura-se, assim, como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização das portas de urgência e na implementação da produção de saúde em rede, pois extrapola o espaço de gestão local afirmando, no cotidiano das práticas em saúde, a coexistência das macro e micropolíticas.

Nas unidades de urgência e emergência (UPA e Pronto-Socorro Municipal) está implantado o modelo de classificação de risco de Manchester adaptado, e atualmente integrado à ToLife com a utilização dos aparelhos Trius e link Prior (anexo 2) para classificação de 100% dos pacientes que dão entrada na unidade.

O Sistema Manchester de Classificação de Risco (SMCR) foi desenvolvido por enfermeiros e médicos do Reino Unido como estratégia para estabelecer, dentre a demanda de pacientes que se apresenta nas Emergências, quais os que, embasados em critérios clínicos, deveriam ter prioridade de atendimento. Serve, portanto, como uma diretriz de ordenamento para o atendimento em emergências, priorizando aqueles pacientes sob condições clínicas de maior risco. A metodologia do SMCR baseia-se na queixa principal do paciente, que direciona o enfermeiro a um fluxograma de condição clínica. Cada fluxograma contém discriminadores que norteiam a investigação e, conforme as respostas que o usuário vai fornecendo, dá-se a classificação de gravidade ou risco clínico.

Esta classificação é descrita por cores, que indicam tempos máximos para o primeiro atendimento médico. A cor vermelha determina uma condição de emergência, sugerindo atendimento imediato; a laranja discrimina condições de muita urgência, cujo tempo para atendimento deve ser ≤ 10 minutos; já a cor amarela sugere urgência, cujo atendimento deve ser em tempo ≤ 60 minutos; os classificados na cor verde seriam de pouca urgência e o atendimento poderia ocorrer em até ≤ 120 minutos; os de cor azul, por sua vez, são

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

considerados não urgentes e seu atendimento está indicado para ocorrer em tempo ≤ 240 minutos. Há ainda a possibilidade de classificação em cor branca, que se dá para usuários em que não há tempo máximo para espera por atendimento médico, como por exemplo, nos retornos para administração de medicamentos prescritos e aplicação de doses de vacina.

O sistema pretende e assegura que a atenção médica ocorra de acordo com o tempo resposta determinado pela gravidade clínica do paciente, além de ser uma ferramenta importante para o manejo seguro do fluxo dos pacientes, auxiliando no correto direcionamento interno e manejo da demanda.

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

Os pacientes, quando dão entrada nas unidades de urgência e emergência serão direcionados pelo controlador de acesso ao totem, onde realizarão a retirada de senha numérica, com orientação do técnico de enfermagem para início do atendimento, havendo as opções de senhas prioritárias (idosos acima de 65 anos), senhas de pediatria, clínica médica, cirurgia geral, síndrome gripal, dor no peito, odontologia e vacina (se houver na unidade), visando assim correto direcionamento para as salas de acolhimento e classificação de risco.

Após a geração desta senha, através de sistema, os pacientes serão chamados em painéis eletrônicos, identificando a qual sala de acolhimento deverão se dirigir. Ao prosseguir para a sala identificada o paciente será atendido por um enfermeiro, capacitado no Protocolo Manchester, que realizará sua classificação de risco, identificando assim sua prioridade de atendimento, conforme mencionado anteriormente, atribuindo a cor correspondente ao fluxograma designado.

O procedimento de classificação de risco será realizado pelo enfermeiro utilizando o aparelho Trius, da empresa ToLife, onde, através de integração com sistema chamador de senhas (IT4D) e sistema de prontuário eletrônico (PR), já existentes nas unidades, promove a continuidade do atendimento através de uma única senha gerada na entrada do serviço.

O enfermeiro procede com o chamado do paciente, conforme prioridades da lei, utilizando o aparelho Trius, e na chegada do mesmo, preenche dados de identificação em mesmo aparelho (nome da mãe do paciente e data de nascimento), sendo estes dados confirmados através de documento de identificação original com foto. Caso o paciente atendido não possua documento de identificação o mesmo será identificado no sistema como “desconhecido” e também com seu nome verbalmente referido.

Após a realização deste registro cadastral o enfermeiro terá acesso à tela de classificação de risco, onde deverá realizar a aferição dos sinais vitais do paciente, através dos equipamentos já acoplados ao aparelho Trius e proceder com os questionamentos pertinentes sobre o quadro apresentado pelo paciente, visando assim classificá-lo de acordo com o fluxograma e prioridade adequados conforme o protocolo Manchester.

Ao finalizar o processo de classificação de risco, que essencialmente deve durar cerca de 03 minutos, o paciente receberá uma pulseira correspondente à cor com a qual ele foi classificado, e de acordo com o Protocolo Manchester (vermelha, laranja, amarela, verde ou azul). Estas pulseiras deverão ser colocadas

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

preferencialmente em membro superior direito (MSD) do usuário, e na impossibilidade em membro superior esquerdo, ou membro inferior.

Após essa identificação o usuário retornará para a recepção da unidade e aguardará sua senha ser novamente chamada em painel, agora para que seja realizada a abertura da ficha de atendimento na recepção, no painel será identificado a qual guichê este deverá se dirigir.

Após abertura da ficha de atendimento o paciente será direcionado para a área de espera adequada, onde será novamente chamado, através de painel digital por sua senha, ao consultório onde seu atendimento terá continuidade.

Através do sistema de prontuário eletrônico (PR) o médico e o dentista possuem acesso à lista de pacientes que aguardam por atendimento, já contendo sua classificação de risco designada por cores, e com o tempo máximo restante até que o mesmo seja atendido, respeitando os limites estabelecidos no protocolo Manchester, possibilitando assim que as chamadas sejam realizadas respeitando a classificação de risco realizada.

Nas unidades de urgência e emergência, além da porta de entrada habitual, de demanda espontânea, temos ainda a porta da sala de emergência, por onde recebemos os pacientes provenientes de serviços móveis de urgência e também de unidades referenciadas pela grade RUE. Estes pacientes, ao serem admitidos são também triados através do protocolo Manchester, através do link prior disponibilizado no computador deste setor, procedimento este realizado pelo enfermeiro responsável, e também identificado imediatamente com a pulseira correspondente à cor de sua classificação de risco.

Nesta classificação de risco, caso o paciente seja classificado como azul, verde ou amarelo este será então direcionado pela equipe de enfermagem para abertura de ficha de atendimento e posterior seguimento em rotina da porta de demanda espontânea da unidade, aguardando pelo atendimento médico. Já os casos classificados como laranja e vermelho permanecerão na sala de emergência onde terão seu atendimento médico imediatamente realizado e serão acomodados em leito de observação neste setor. A ficha de atendimento deste paciente será aberta pela recepção com a apresentação dos documentos do mesmo, levados pelo acompanhante ou equipe de enfermagem.

OBSERVAÇÕES: Pacientes que, durante a classificação de risco foram incluídos nos protocolos de dor torácica ou de sepse deverão seguir os procedimentos conforme descritos em cada protocolo, respeitando as metas de tempo ideais de atendimento, conforme as melhores práticas clínicas.

AUDITORIA DO PROTOCOLO MANCHESTER

A auditoria do Sistema Manchester pode ser definida como uma análise sistemática e independente com o objetivo de determinar se as atividades e resultados satisfazem os requisitos previamente estabelecidos pelo protocolo e se estes estão efetivamente implementados.

A auditoria realizada deverá ser mensal incluindo no mínimo 05 atendimentos de 02 enfermeiros de cada plantão. Os dados destes 40 atendimentos mensais serão registrados em planilha própria para análise e devem subsidiar o desenvolvimento das melhorias necessárias e reorientações sobre o uso do sistema de classificação. A auditoria interna deverá ser realizada por profissionais certificados pelo Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (GBCR) e a unidade deve apresentar duas auditorias anuais onde todos os enfermeiros

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

atuantes sejam auditados em no mínimo 2% dos atendimentos realizado no período.

O Sistema ToLife disponibiliza ainda duas plataformas de monitoramento e auditoria do uso do protocolo Manchester, sendo um deles o emerges, disponibilizado para acesso aos gestores da unidade e também a plataforma de BI online (anexo 4), onde diversos indicadores podem ser acompanhados e medidos em diferentes intervalos de tempo, facilitando o adequado monitoramento do serviço.

6 – RESULTADO ESPERADO

Redução do tempo de espera para acolhimento com o uso do aparelho Trius.
Organização e identificação adequada dos usuários com a cor de classificação de risco.
Direcionamento adequado do atendimento médico com base na gravidade identificada.

7 – AÇÕES CORRETIVAS

Disponibilização de pontos de classificação suficientes para o atendimento da demanda de cada serviço.

8 – RISCOS DO PROCESSO

Utilização inadequada do Protocolo Manchester e/ou equipamento Trius, tornando a classificação de risco ineficaz.
Prolongar o tempo de Classificação de Risco (mais de 03 minutos) impactando no tempo de espera geral da unidade.

9 – INDICADORES

Não se aplica

10 – ANEXOS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

ANEXO 1 – Aparelho Trius



Solução Trius

ANEXO 2 – Link Prior



Solução Prior

ANEXO 3 – Pulseiras de identificação de ACCR



12 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

- Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. Protocolo de Classificação de Risco Manchester.

Sacoman, Thiago Marchi et al. Implantação do Sistema de Classificação de Risco Manchester em uma rede municipal de urgência. Saúde em Debate [online]. v. 43, n. 121 [Acessado 7 julho 2020], pp. 354-367. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912105>. ISSN 2358-2898. https://doi.org/10.1590/0103-1104201912105.

- Silva MFN, Oliveira GN, Pergola-Marconato AM, Marconato RS, Bargas EB, Araújo IEM. Protocolo de avaliação e classificação de risco de pacientes em unidade de emergência. Rev. Latino-Am. Enfermagem mar.-abr. 2014; 22(2): 218-25 DOI: 10.1590/0104-1169.3172.2405 www.eerp.usp.br/rlae

- SOUZA, Cristiane Chaves de; ARAUJO, Francielli Aparecida; CHIANCA, Tânia Couto Machado. Produção científica sobre a validade e confiabilidade do Protocolo de Manchester: revisão integrativa da literatura. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 144-151, Feb. 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo. php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000100144&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 07 de Julho 2020. https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000100019.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. 122**	**VERSÃO:** 1
CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM FLEBITE, SOROMA E EXTRAVASAMENTO.	**VALIDADE:** 12/02/2026	**Pag. 1 de 7**

Elaborado por: Renata Colamarche	Data: 01/02/2024	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 00E0F56E06D144F...
Revisado por Carla Casaes	Data: 05/02/2024	Visto: DocuSigned by: FAEFCD486FD6449...
Aprovado por: Tassiana Pita	Data: 12/02/2024	Visto: Assinado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz CEC19E2097164E7...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
01	01/02/2024	Elaboração do Protocolo

DS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

1- OBJETIVO

Prevenir, identificar e monitorar a ocorrência de flebites, soromas e extravasamentos durante a assistência ao paciente e detectar sinais e sintomas de inflamação ou infecção na inserção do acesso venoso.

2 – ALCANCE

Unidades Média Complexidade: Pronto Socorro Santana, UPA Jaçanã, AMA Lauzane, AMA Jardim Joamar e AMA Wamberto Dias da Costa

3 – DEFINIÇÕES

- Flebite: Processo inflamatório decorrente de um vasoespasmo ocasionado pelo uso excessivo de uma veia (longo período de tempo de permanência do cateter no mesmo local.); pela infusão de uma solução irritante; pela formação de coágulo em uma veia inflamada.
- Sinais e sintomas: Edema, Rubro, Calor, Dor, Diminuição da mobilidade e motricidade do membro afetado.
- Tipos de Flebite:

Flebite Mecânica	Apresenta irritação mecânica, causando uma flebite ou inflamação na veia, podendo ser atribuída ao uso de cateter de grosso calibre inserido em uma veia pequena. Utilizando um cateter de grosso calibre em veia com lúmen menor do que o cateter, isto pode levar a uma irritação da camada interna da veia, provocando inflamação e flebite. A punção inapropriada causa também uma flebite, porque a ponta do cateter tampa a parede da veia lesando as células endoteliais.
Flebite Química	Causada por administração de medicações ou soluções irritantes, medicações diluídas ou misturadas impropriamente, infusão muito rápida, presença de pequenas partículas na solução.Um fato que contribui na formação de flebite química são as partículas ínfimas na solução, tais

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

	como partículas de drogas que não se dissolvem totalmente durante a diluição e que não são visíveis. Infusões intermitentes heparenizadas causam menos irritação na parede da veia no decorrer do tempo do que infusões contínuas.
Flebite Bacteriana	Inflamação da parede interna da veia associada com infecção bacteriana. Fatores que contribuem para o desenvolvimento da flebite bacteriana incluem técnicas assépticas inadequada de inserção do cateter, fixação ineficaz do cateter e falha na realização de avaliação dos locais.
Flebite Pós-infusão	Inflamação da veia que em 8 a 96 horas torna-se evidente. Fatores que contribuem para seu desenvolvimento são técnica da inserção do cateter, condição da veia utilizada, tipo, compatibilidade e o PH da solução ou medicações infundidas, calibre, tamanho, comprimento e material do cateter e tempo de permanecia do cateter.

- Soroma: causado pelo extravasamento de solução fora do espaço vascular. É perceptível pela elevação da pele na ponta distal do cateter.
- Extravasamento: é a infiltração de medicamentos vesicantes, que podem causar bolhas e necrose. A severidade da lesão é diretamente relacionada ao tipo, concentração e volume do fluído infiltrado nos tecidos intersticiais. As medicações vesicantes que causam maiores danos são os agentes antineoplásicos

4 – COMPETÊNCIA

- Enfermeiro;
- Técnico/Auxiliar de enfermagem

5– DIRETRIZES

Com base nas diretrizes do Programa Nacional de Segurança do Paciente[8], a assistência em saúde deve ser realizada com vistas a segurança dos pacientes, reduzindo os riscos de danos ao mínimo aceitável. Segundo a Infusion Nurses Society[7] a taxa aceitável de flebite deve ser 5% ou menos, para uma determinada população.

6 – MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

- Bandeja;
- Cuba rim;
- Medicação Prescrita;

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

- Material de punção venosa, se necessário;
- Gazes;
- Faixa crepe se necessário;
- Micropore se necessário;
- Seringa de 10 ml;
- Luva de procedimento.

7 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Lavar as mãos;
- Separar material em uma bandeja;
- Levar a bandeja preparada até o leito do paciente;
- Orientar o paciente/ acompanhante sobre o procedimento;

FLEBITE

- Retirar o acesso imediatamente ao primeiro sinal ou queixa de dor;
- Preencher o formulário de notificação de flebite pelo Enfermeiro (ANEXO 1);
- Notificar o Médico responsável se a flebite for identificada como intensidade 3+;
- Inspecionar o local e evolução de sinais flogísticos a cada 6 horas;
- Realizar anotação de enfermagem relacionada ao local, se mantendo salinizado ou com soroterapia. Descrever os sinais e sintomas e condutas;
- Realizar prescrição de enfermagem;
- Registrar intercorrências na evolução de enfermagem.
  <u>Flebite Grau 1+, 2+ e 3+</u>
- Retirar o cateter;
- Realizar compressas frias inicialmente e quente após.
  <u>Flebite com rompimento da pele sem exsudato</u>
- Aplicar Hidrogel placa. Curativo oclusivo;
- Trocar a cada 5 dias;

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

- Aplicar Hidrogel bisnaga. Aplicar Hidrogel + Rayon umedecido com SF 0,9%. Curativo oclusivo;
- Trocar a cada 24 horas.
  Flebite com rompimento da pele e exsudato seroso ou purulento (pústula/abscesso)
- Verificar com médico responsável a necessidade de coletar cultura da secreção drenante;
- Utilizar Alginato de Cálcio. Curativo oclusivo;
- Trocar a cada 24 horas.
  Flebite com rompimento da pele, vesículas ou bolhas
- Aspirar as bolhas e hidratar com Rayon + Dersani. Curativo oclusivo;
- Trocar a cada 24 horas;
- Aplicar protetor de pele (Hidrocolóide pó). Fazer curativo;
- Trocar a cada 24 horas.

SOROMA

- Observar sintomas locais: edema, descoloração da pele, desconforto, temperatura mais fria da pele no local;
- Interromper a infusão imediatamente e retirar o acesso;
- Aplicar compressas mornas sobre o local, para aumentar a absorção hídrica;
- Enfaixar a área se necessário;
- Adotar medidas preventivas: fixar a agulha ou Abocath com segurança, limitar o movimento do braço.

8 – OBSERVAÇÕES

- Realizar a medicação somente com prescrição médica.
- Questionar o cliente sobre ocorrência de qualquer alteração da sensibilidade local durante a administração, estimulando-o a verbalizar sobre suas sensações durante o procedimento.
- Trocar o acesso venoso e dispositivo a cada 72 horas.
- Rodiziar local da punção obedecendo a ordem do distal para proximal, preferencialmente as veias basílicas e cefálica.

DS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

- Trocar imediatamente o local do acesso se aparecimento de sinais flogísticos e/ou dor durante a infusão medicamentosa.
- Trocar a fixação do acesso venoso a cada 24 horas, preferencialmente após o banho e sempre que necessário, respeitando a técnica asséptica.
- Utilizar película transparente para fixação do cateter. Identificar com data e nome do profissional que realizou o procedimento.
- Utilizar calibre do cateter adequado ao calibre venoso.
- Utilizar técnica asséptica em cateter central.
- Realizar desinfecção dos dispositivos EV com álcool 70% antes da administração de medicamentos. Cuidado com o preparo da solução, velocidade de infusão, temperatura e diluição e presença de corpos estranhos

9 – RESULTADO ESPERADO

- Minimizar danos relacionados a infusão de medicamentos vesicantes e irritante;
- Segurança e conforto ao paciente quanto infusão dos medicamentos;
- Conduta padronizada mediante condutas corretivas de possíveis não conformidades

10 – AÇÕES CORRETIVAS

- Evitar punção de acesso venoso periférico em região de fossa antecubital, e de punho devido a maior incidência, relacionado à movimentação constante da articulação local.

11 – ANEXOS

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

CLASSIFICAÇÃO DE FLEBITE

Classificação	Intensidade	Critério Clínico
( ) GRAU 1 +	**1+**	Dor no local, eritema ou edema, sem endurecimento, cordão fibroso não palpável.
( ) GRAU 2 +	**2+**	Dor local, eritema ou edema, formação de endurecimento, cordão fibroso não palpável.
( ) GRAU 3	**3+**	Dor local, eritema ou edema, formação de endurecimento, cordão fibroso palpável.

DS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

	+		

12 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- ARCHER, Et al. **Procedimentos e Protocolos**. Vol.1. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2005.
- CALTELLANOS, B. **Injeções, Modos e Métodos**. São Paulo. Editora Ática, 1997.
- DIAS, D. C. **Introdução à Terapia Intravenosa**. Unioeste. Disponível em: http://www.unioeste.br/projetos/terapiaintravenosa/pdf/1.pdf. Acesso em 24 de Fevereiro de 2012.
- HONÓRIO, M. O., NASCIMENTO, K. C. **Acessos Venosos Periféricos**. Núcleo de Educação em Urgências. Santa Catarina. Disponível em: http://neu.saude.sc.gov.br/arquivos/acessos_venosos_perifericos.pdf. Acesso em 25 de Fevereiro de 2012.
- MODES, P. S. S. A., et al. Cuidados de Enfermagem nas complicações da punção venosa periférica em recém-nascidos. **Rev Rene, Fortaleza, abr/jun; 12 (2):324-32. 2011. Disponível em:** http://www.revistarene.ufc.br/vol12n2_html_site/a14v12n2.htm. Acesso em 25 de Fevereiro de 2012.
- MOREIRA, C. M.; SOUZA, S. R. **Procedimentos e Protocolos**. 1 Ed. Rio de Janeiro: Guanabara - koogan, 2005, Vol.1, 408 p.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. 123**	**VERSÃO: 3**
Rotinas da Recepção	**VALIDADE:** 02/2026	**Pag. 1 de 5**

Elaborado por: Flávio Poli	Data: 18/10/2020	Visto: DocuSigned by: Flavio Poli 193AC0C18572443...
Revisado por: Carla Casaes	Data: 18/10/2020	Visto: DocuSigned by: EAEFCD486ED6449...
Aprovado por: Tassiana Pita	Data: 18/10/2020	Visto: Assinado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz CEC19F2097164E7...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
01	10/2020	Elaboração do Protocolo
02	02/2022	Revisão do Protocolo
03	02/2024	Revisão do Protocolo

DS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

1- OBJETIVO

Conscientizar os colaboradores da importância de seguir os padrões de atendimento. Mostrar que eles existem para dar direcionamento e organização ao trabalho. A expectativa do paciente está alicerçada nesses padrões, por isto, precisam ser cumpridos para obter sua satisfação e oferecer um trabalho de qualidade. Facilitar ao funcionário a familiaridade, entendendo o porquê de cada etapa, bem como sua perfeita execução, ajudando-o no envolvimento e comprometimento com a qualidade do seu trabalho

As pessoas devem ser bem tratadas e acolhidas quando chegam ao pronto socorro, pois o primeiro atendimento é crucial para criar uma boa impressão sobre o lugar.

2 – ALCANCE

Unidades Média Complexidade: Pronto Socorro Santana, UPA Jaçanã, AMA Lauzane, AMA Jardim Joamar e AMA Wamberto Dias da Costa

3 – COMPETÊNCIA

- Assistente Administrativo
- Supervisor Administrativo
- Enfermeiro (Ausência do Supervisor Administrativo)
- Auxiliar Operacional

4 – CONCEITO

A identificação do paciente é prática indispensável para garantir a segurança do paciente em qualquer ambiente do pronto socorro.

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

DS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

Na ausência do supervisor na unidade quem responde pelo plantão é o ENFERMEIRO. Qualquer situação (problemas administrativos e/ou assistenciais) solicitar ao Enfermeiro que verifique a situação e ele dirá se há necessidade de acionar ajuda externa, exemplo: polícia e etc);

É Restrito o uso do celular, (Nunca utilizar na frente do paciente e/ou durante o atendimento);

ROTINA DE ATIVIDADE

- Passar o plantão para a equipe que estiver entrando, com foco nas pendências, solicitações de remoção e principais acontecimentos, sempre com registro e assinatura em livro de passagem de plantão;

- Na procura de alguma especialidade que não faça parte do Plano de Trabalho do PS Santana (exemplo: Ginecologia, Oftalmologia e etc), perguntar se o paciente deseja abrir a ficha de atendimento com o médico Clínico Geral;

- Após o início do chamador de senha, todos os casos clínicos, ortopédicos e pediátricos passarão primeiramente pela classificação de risco (CR) e a recepção priorizará a abertura de ficha conforme a cor dada na classificação. Os pacientes para, **Suturas, Odontologia e Retorno de Vacina** não passarão, à princípio, pela Classificação de Risco (CR) sendo que todos estes pacientes serão tratados como prioridade;

- Iniciar o atendimento ao usuário solicitando o cartão SUS e documento com foto, confirmar se o endereço e telefone estão atualizados, solicitar ao usuário ou responsável que confira todos os dados e, após conferência, colher a assinatura. Atualizar os dados necessários;

    1. No caso de pacientes analfabetos ou cegos, a ficha de atendimento será assinada com sua digital.

- Escrever o número da senha no canto superior direito da ficha (pois todo atendimento será realizado pelo número da senha) e solicitar que o mesmo aguarde atendimento na sala de espera em poder da senha até o final do atendimento;

    1. Caso o usuário não traga documento com foto, a ficha será aberta como Desconhecido.

- Pacientes com relato de acidente de trabalho: carimbar a ficha com o carimbo “ACIDENTE DE TRABALHO”, anexar duas fichas do relatório médico com os dados do paciente preenchido de forma legível; VIDE POP 26 - Rotina administrativa de Acidente de trabalho.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

- Pacientes com relato de agressão, carimbar a ficha com o carimbo “NPV”;

- Importante identificar se o paciente está com acompanhante para constar na abertura da ficha, para possíveis declarações;

- Após a abertura de ficha, o auxiliar operacional e na ausência dele, funcionários da recepção, levam as fichas para os escaninhos no corredor dos consultórios, colocando as fichas no suporte conforme cor classificada. Este tópico refere-se as fichas de CLÍNICA MÉDICA E SUTURA.

- Para as fichas de PEDIATRIA, ODONTOLOGIA e ORTOPEDIA: os pediatras, auxiliares de saúde bucal e técnicos de imobilização respectivamente, pegam as fichas na recepção. As fichas de RETORNO DE EXAMES em até 12h e de AGENDAMENTO DE VACINA serão chamadas diretamente pelos técnicos das respectivas salas.

    1. Após 12h da coleta do exame, o paciente terá que passar novamente pelo médico e iniciar o fluxo do PS.

- Após atendimento médico, o auxiliar operacional, o enfermeiro e/ou o técnico de enfermagem do corredor, recolhe as fichas do consultório e leva para o setor que o médico encaminhou (medicação, exames, raio X, coleta etc);

- Recolher as fichas atendidas em todos os setores (coleta, serviço social, consultórios, medicação, vacina e odontologia) a cada 6horas (6h, 12, 18h e 00h), colocar em ordem de horário e finalizar o atendimento no sistema SIGA, conforme as fichas voltarem para a recepção. É de responsabilidade do plantão fazer a passagem com as fichas finalizadas e em ordem cronológica

- Realizar Agendamento das Consultas de Ortopedia no Hospital São Luis Gonzaga via Sistema SIGA conforme descrito no memorando 020/17, respeitando o prazo que o médico solicitou, caso a agenda ultrapasse muitos dias, solicitar orientação ao médico ortopedista, ele decidirá se agenda no Hospital São Luis ou se encaminha para o Hospital Mandaqui;

- As declarações de comparecimento deverão ser feitas pelo SIGA com a ficha finalizada, as declarações manuais só deverão ser usadas quando o sistema estiver inoperante;

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

1. Declarações para acompanhantes de pacientes internados serão feitas pela recepção, desde que haja comprovação em prontuário, na parte da anotação de enfermagem, que o acompanhante em questão esteve presente por todo plantão (Ex.: 7h00 – paciente segue no leito, acompanhado de seu esposo). Lembrando que as declarações de comparecimento não devem conter CID.

- Na ausência do assistente administrativo fixo da regulação é responsabilidade do plantão dar seguimento a toda a rotina conforme. Ressaltando que o setor de REMOÇÃO é primordial ao OS.

6 – RESULTADO ESPERADO

- Melhor organização nas atividades desenvolvidas pelos colaboradores;
- Minimização/redução de erros durante os processos

7 – AÇÕES CORRETIVAS

N/A

12 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

N/A

DS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP. 157	VERSÃO: 1
FAST TRACK	VALIDADE: 22/06/2026	Pag. 1

Elaborado por: André Ramos Neto	Data: 22/06/2024	Visto: Assinado por: André Ramos Neto C1CF8A0386BE43B...
Revisado por: Carla Carin Casaes	Data: 24/06/2024	Visto: DocuSigned by: FAEFCD486FD6440...
Aprovado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz	Data: 01/07/2024	Visto: Assinado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz CEC19F2097164F7...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
1	22/06/2024	Elaboração do documento

DS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

1- OBJETIVO

Reduzir o tempo de espera para atendimento médico dos pacientes classificados como verde e azul, conforme Protocolo Manchester.
Reduzir o tempo de espera para medicação após atendimento médico na unidade.

2 – ALCANCE

Pacientes portadores de patologias dita de baixa complexidade, triados pelo Protocolo Manchester como azul ou verde, com condições clínicas como:

- Odinofagia, disfagia, conjuntivites, dores articulares crônicas sem trauma, dor lombar crônica sem trauma, dor miccional, rinorreia, tosse, fraqueza e prostração, diarreia/vômitos leves, enxaqueca, resultados de exames, acidentes leves com animais.

São Critérios de exclusão: Crianças, idosos, pacientes com mais de uma queixa simultânea, gestantes, multi comorbidades e pacientes com mais de duas passagens nos últimos 30 dias.

3 – COMPETÊNCIA

ENFERMEIROS

- Direcionar os pacientes elegíveis para os ambientes de atendimento, sinalizados com FILIPETA DO FAST TRACK (anexo 01), direcionando à recepção após a classificação de risco;

RECEPÇÃO

- Abrir a ficha de atendimento com sinalização “FT” na filipeta, alertando o paciente para aguardar na recepção o chamado pelo painel para o consultório 06.
- Encaminhar a FA para a “especialidade” FT, criada no sistema dos chamadores.

MÉDICOS

- Examinar, diagnosticar, prescrever e conduzir os casos.
- Realizar a contra referência para unidades básicas de saúde, se indicado.

FARMACÊUTICO

DS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

- O farmacêutico do plantão, deve ao menos uma vez a cada 24 horas visitar a sala de fast track a fim de avaliar se há necessidade de reposição de medicação no estoque local da sala.

Observações:

- Na contingência manual – sem nenhum sistema – imprimir ficha do SIGA e emitir lista com os pacientes FT para entregar ao Médico do consultório 06.
- Na contingência manual por demanda, imprimir as FAs direcionadas ao FT e entregar no consultório 06.

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

Siglas:
FT - *Fast Track* – "passagem rápida", tem como intuito reduzir o tempo de espera para o atendimento médico.
FA – Ficha de atendimento
CR – Classificação de risco.
VO – Via oral
IM – Via intramuscular

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

A Sala 06 será o local designado para esta atividade;

Os médicos eleitos para o *Fast Track* serão os mais experientes em atendimento de porta em urgência e emergência, no momento;

- O médico chamará para a consulta a ficha sinalizada pela Classificação de Risco que se encaixe nos critérios definidos acima – conforme filipeta entregue pelo enfermeiro na ocasião da classificação de risco;
- Após o atendimento, o médico deverá prescrever preferencialmente as medicações padronizadas no fast track, conforme tabela em anexo, a ser administrada pelo técnico de enfermagem alocado na mesma sala 06.
- O técnico de enfermagem do Fast Track por sua vez, realiza conferência de identificação do paciente, conforme meta de segurança 01, e prepara as medicações já prescritas pelo médico, administrando-as conforme meta de segurança 03; uma vez o paciente atendido e medicado, o

DS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

mesmo está pronto para deixar a sala 06, para seu domicílio munido de receituário e encaminhamento à UBS, conforme necessidade.

- Na eventualidade de situação de maior complexidade, o paciente deverá ser conduzido conforme o caso, porém a reavaliação será feita por outro plantonista ou em sala de emergência.

Obs.: registros médicos e de enfermagem serão feitos conforme rotina do serviço.

6 – RESULTADO ESPERADO

Redução dos tempos de espera para consulta e medicação.
Redução da movimentação dos pacientes pela unidade.

7 – AÇÕES CORRETIVAS

Em caso de paciente admitido com necessidade de investigação diagnóstica ou dor não passível de tratamento com medicação intramuscular ou via oral, a situação deve ser conduzida inicialmente com completude da consulta pelo médico do FAST TRACK, solicitando exames laboratoriais, radiografia ou outros que considere relevante para condução do caso. Este paciente, não deve ser novamente conduzido a fila para novo atendimento, mas sim, direcionado pelo técnico de enfermagem à sala de medicação.
Após medicação e condução clínica adequada, outro médico da porta deve ser acionado pela equipe de enfermagem para reavaliar o paciente a fim de realizar a conclusão do diagnóstico e condução clínica do caso citado.

8 – RISCOS DO PROCESSO

Encaminhamento de pacientes não elegíveis para o modelo *fast track.*
Aumento do tempo de espera das fichas com classificação de risco amarela

9 – INDICADORES

Número de pacientes atendidos pelo fast track

Número de medicações realizadas no fast track

Número de medicações IM realizadas no fast track

Número de medicações VO realizadas no fast track

Tempo total de jornada do paciente após retirada de triagem

Tempo para atendimento inicial na fila exclusiva de fast track

Indice de retorno pós atendimento em modelo FAST TRACK em até 30 dias corridos

10 – ANEXOS

ANEXO 1
Foto da filipeta FT

ANEXO 2

DS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

LISTA DE MEDICAMENTOS ELEGÍVEIS

12 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1 – Chaves, S. M. A; FAST TRACK NAS UPA - ANÁLISE DAS OPORTUNIDADES E DAS MELHORIAS CONTÍNUAS - Universidade Federal Fluminense, Niterói 2021. Disponível em: https://app.uff.br/riuff/bitstream/handle/1/28709/Tese-SandradoAmaral.pdf?sequence=1&isAllowed=y Acesso em: 10/02/2024.

1. Lindner G, Woitok BK. Emergency department overcrowding : Analysis and strategies to manage an international phenomenon. Wien Klin Wochenschr. 2021 Mar;133(5-6):229-233. doi: 10.1007/s00508-019-01596-7. Epub 2020 Jan 13. PMID: 31932966.

Fazzalari A, Srinivas S, Panjwani S, Pozzi N, Friedrich A, Sheoran R, Sabato J, Durocher D, Reznek M, Aiello F, Litwin D, Cahan MA. A Fast-Track Pathway for Emergency General Surgery at an Academic Medical Center. J Surg Res. 2021 Nov;267:1-8. doi: 10.1016/j.jss.2021.04.012. Epub 2021 Jun 8. PMID: 34116389.

2. De Freitas L, Goodacre S, O'Hara R, Thokala P, Hariharan S. Interventions to improve patient flow in emergency departments: an umbrella review. Emerg Med J. 2018 Oct;35(10):626-637. doi: 10.1136/emermed-2017-207263. Epub 2018 Aug 9. PMID: 30093379.

3. Gasperini B, Pierri F, Espinosa E, Fazi A, Maracchini G, Cherubini A. Is the fast-track process efficient and safe for older adults admitted to the emergency department? BMC Geriatr. 2020 Apr 28;20(1):154. doi: 10.1186/s12877-020-01536-5. PMID: 32345234; PMCID: PMC7189513.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. 125**	**VERSÃO:** 1
ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO NO CONTAINER	**VALIDADE:** 02/2025	**Pag. 1 de 3**

Elaborado por: Paula A.S.F Martins	Data: 02/02/2024	Visto: Assinado por: Paula Andrea Shinzato Ferreira Martins 864CAF24E4274A4...
Revisado por Carla Casaes	Data: 15/02/2024	Visto DocuSigned by: FAEFCD486ED6449...
Aprovado por: Tassiana Pita	Data: 22/02/2024	Visto: Assinado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz CEC19E2097164E7...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
01	02/2024	Elaboração do Protocolo

DS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

1- OBJETIVO

Orientar os profissionais de assistência quanto ao fluxo de atendimento e rotinas do setor odontológico na unidade Pronto Socorro Santana, no container, durante o período de obras.

2 – ALCANCE

Unidades Média Complexidade: Pronto Socorro Municipal Dr. Lauro Ribas Braga

3 – COMPETÊNCIA

- Equipe de Enfermagem TOTEM
- Auxiliar de Saúde Bucal
- Cirurgião Dentista.

4 – SIGLAS E ABREVIATURAS

- ASB – AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL
- FA – FICHA DE ATENDIMENTO

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

O atendimento odontológico foi deslocado para o container instalado na área em frente a unidade com acesso interno pela recepção. Para tanto, foi instituído o procedimento abaixo e adequação das rotinas para o atendimento.

Após retirada da senha D no totem, o usuário fará abertura da FA na recepão e então será encaminhado para a área de espera da odontologia no lado esquerdo da recepção da unidade, para acesso ao container de atendimento. O ASB é o responsável pela instalação de PULSEIRA BRANCA com descrição ODONTOLOGIA registrada manualmente por este profissional. Esse procedimento será realizado no primeiro contato da ASB com o usuário, no momento em que se aplica o formulário de admissão do paciente imediatamente anterior ao atendimento.

DS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

Decorrido o atendimento em sala – container, o usuário será dispensado de alta e em caso de encaminhamento para a sala de medicação, o ASB deve acompanhá-lo até o local, entregando a FA original, em mãos da equipe de enfermagem do setor. Após medicação, a FA ficará retida na sala de medicação e se necessário o paciente retornará ao container para reavaliação.

Sobre as rotinas em sala-container, seguiremos:

1. Recebimento e passagem de plantão presencial entre ASB e livro de registro de plantão;
2. Limpeza concorrente entre atendimentos;
3. Conferência e controle efetivo de cotas de materiais, medicamentos e instrumentais para atendimento com as respectivas datas de validades e reposições;
4. Limpeza e preparo de instrumentais utilizados para envio à esterilização externa;
5. Acolhimento inicial do usuário com aplicação do formulário de admissão e instalação da pulseira de identificação do atendimento odontológico conforme padronização;
6. Realização das visitas de acolhimento aos pacientes em leitos de observação de emergência na unidade conforme programa estabelecido;
7. Auxílio ao cirurgião dentista durante o atendimento;
8. Comunicação com a equipe de liderança para todo e qualquer evento em sala e ao núcleo de segurança do paciente em casos de eventos que atinjam o paciente durante o atendimento;
9. Participação do NPV com o preenchimento de notificações de violência de agravos evidenciados em atendimento odontológico e demais atividades do núcleo.

6 – RESULTADO ESPERADO

N/A

7 – AÇÕES CORRETIVAS

N/A

8 – RISCOS DO PROCESSO

N/A

12 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

N/A

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP. - ENF 126	VERSÃO: 01
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DE PACIENTES LARANJA	VALIDADE: 01/09/2025	Pag. 1 de 7

Elaborado por: Joyce Mattos de Abeu	Data: 20/08/2023	Visto: Assinado por: 34FC8402145E426...
Revisado por: Renata Colamarche	Data: 10/09/2023	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 90E0E55E05D144E...
Aprovado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz	Data: 01/09/2023	Visto: Assinado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz CEC19F2097164F7...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
1	20/08/2023	Elaboração do Documento

DS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

1- OBJETIVO

Garantir a priorização do atendimento de pacientes classificados como urgência maior segundo os parâmetros pré-definidos da metodologia Manchester.

2 – ALCANCE

Unidade de pronto atendimento (UPA)

3 – COMPETÊNCIA

Médicos
Enfermeiros
Técnicos de enfermagem

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

MEWS – escala criada que detecta alterações agudas de múltiplos parâmetros de sistemas fisiológicos diversos refletem precocemente uma deterioração clínica que precedem um evento grave.

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

Uma vez o paciente na unidade, é necessário definir sua via de admissão, isto é, emergência ou consultórios.

Sendo admitido pela emergência, o enfermeiro será responsável pela classificação do paciente, que uma vez triado Laranja (Urgência maior), com sinais de gravidade, sendo eles MEWS maior ou igual a 5, permanecerá na sala de urgência para atendimento pela equipe médica.

Em caso de atendimento inicial pelos consultórios, a classificação de risco definirá a triagem inicial e em seguida, avaliará o MEWS, que se menor ou igual a 4, será encaminhado, pelo técnico de enfermagem do

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

corredor até a frente do consultório destinado ao atendimento laranja, local que o médico chamará o paciente. Por outro lado, caso maior ou igual a 5, na escala MEWS, paciente deverá ser encaminhado pelo técnico de enfermagem para a sala de emergência, onde deverá permanecer até o atendimento médico e redução do MEWS menor que 4.

Para pacientes triados como laranja, com MEWS menor que 4, as poltronas do terceiro nicho da medicação devem ser alocadas para pacientes triados nesta classificação.

6 – RESULTADO ESPERADO

Com a implantação do fluxo de atendimento ao paciente triado como laranja, esperamos a redução do número de pacientes circulando pela unidade, assim como a redução do tempo médio de espera para a especialidade maior, como clínica médica.

É esperado também, a redução de eventos graves ou catastróficos na região de espera ou medicação, considerando o MEWS como uma ferramenta de triagem e alocação de pacientes no local adequada

7 – AÇÕES CORRETIVAS

N/A

8 – RISCOS DO PROCESSO

Erro no processo de triagem
Realização errônea da pontuação MEWS
Falha no direcionamento do pacientes com MEWS elevado a emergência
Desconhecimento do fluxo pela equipe de enfermagem
Desconhecimento do fluxo pela equipe médica

9 – INDICADORES

Tempo da classificação de risco até o atendimento médico
Número absoluto de pacientes triados como laranja
Tempo de tomada de decisão frente aos pacientes triados como Laranja

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

10 – ANEXOS

Tabela MEWS

PONTUAÇÃO	3	2	1	0	1	2	3
Nível de Consciência				ALERTA	CONFUSO	RESPONDE A DOR	INCONSCIENTE
Frequência cardíaca (bat/min)		≤40	41 - 50	51-100	101-110	111-120	>120
Frequência respiratória (inc/min)		<9		9-14	15-20	21-29	≥30
Pressão arterial Sistólica (mmHg)	≤70	71-80	81 – 100	101-199		>200	
Temperatura(ºC)		≤35		35,1 – 37,8		>37,8	



Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP. - ENF 126	VERSÃO: 01
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DE PACIENTES LARANJA	VALIDADE: 01/09/2025	Pag. 5 de 7

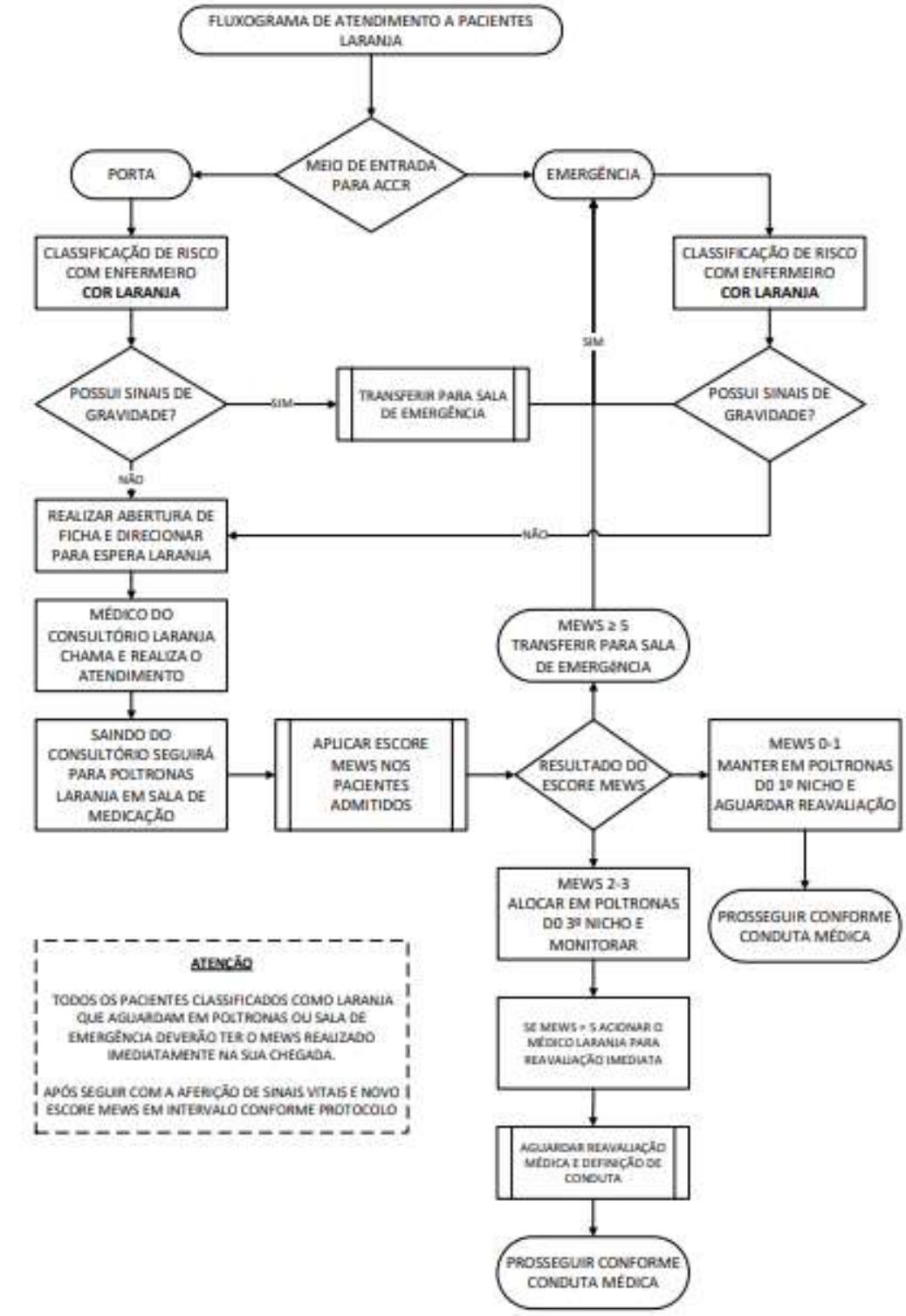
FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE LARANJA

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP. - ENF 126	VERSÃO: 01
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DE PACIENTES LARANJA	VALIDADE: 01/09/2025	Pag. 6 de 7



12 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP. - ENF 126**	**VERSÃO: 01**
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DE PACIENTES LARANJA	**VALIDADE: 01/09/2025**	**Pag. 7 de 7**

N/A

DS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

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 Shingato 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

DS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP. ENF 127	VERSÃO:1
COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS DE ROTINA	VALIDADE: 11/2025	Pag. 2 de 4

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.

DS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

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

DS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

12 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

N/**A**

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP – ENF 128**	VERSÃO: 01
DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES DE TRANSFERÊNCIA - CROSS	VALIDADE:08/2025	Pag. 1 de 6

Elaborado por: André Ramos Neto	Data: 08/2023	Visto: Assinado por: André Ramos Neto C1CF8A0386E143B...
Revisado por: Renata Colamarche	Data: 08/2023	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 90E0E55E05D144E...
Aprovado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz	Data: 09/2023	Visto: Assinado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz C5C19F2007164F7...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
1	08/2023	Elaboração do Documento

DS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

1- OBJETIVO

Estabelecer diretrizes para definição da ordem de saída dos pacientes com vagas cedidas ao nível hospitalar, a fim de garantir a segurança dos pacientes e otimização do fluxo de ambulâncias.

Formalizar a definição das prioridades, garantindo comunicação efetiva e possibilitando eventuais auditorias.

2 – ALCANCE

Unidades de Urgência e Emergência

3 – COMPETÊNCIA

- Equipe Médica;
- Equipe de Enfermagem;
- Liderança Administrativa;
- Supervisores Administrativos Noturnos;
- Assistentes Administrativos;
- Gerência Administrativa;
- Diretoria.

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

NIR – Núcleo Integrado de Regulação

SIRESP – Sistema Integrado de Regulação do Estado de São Paulo

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

Médicos: quando houver mais de um paciente com vaga cedida aguardando remoção, cabe apenas ao médico definir a prioridade de saída, baseando-se exclusivamente em critérios clínicos. É o médico também quem define qual o tipo de recurso necessário para a remoção. Durante o período diurno, o médico diarista, juntamente com o emergencista, cirurgião geral, ortopedista e pediatra acordam as prioridades. No período noturno, o médico escalado para a

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

Sala de Emergência juntamente com os plantonistas das demais especialidades define as prioridades de remoção.

Enfermagem: preparar o paciente para o transporte e disponibilizar os recursos necessários, como o kit de transporte, monitor multiparâmetros, bomba de infusão, etc. A equipe de Enfermagem também pode apoiar no processo decisório da ordem das transferências.

Liderança Administrativa: autorizar a eventual solicitação de ambulâncias extras e acompanhar as solicitações de viaturas de suporte avançado, buscando entender com a equipe médica a real necessidade da ambulância UTI. Apoia na tentativa de agilizar a obtenção do veículo que fará o transporte do paciente. Monitorar a correta utilização da planilha de priorização, bem como seu cumprimento conforme ordem definida.

Supervisores Noturnos: autorizar a eventual solicitação de ambulâncias extras e acompanhar as solicitações de viaturas de suporte avançado, buscando entender com a equipe médica a real necessidade da ambulância UTI. Também apoia da tentativa de agilizar a obtenção do veículo que fará o transporte do paciente. Monitorar a correta utilização da planilha de priorização, bem como seu cumprimento conforme ordem definida

Assistentes Administrativos: acompanhar as solicitações de transferências na plataforma do SIRESP; comunicar a equipe de enfermagem e médica quando a vaga for disponibilizada; alimentar a planilha de priorização de pacientes (anexo 1) conforme determinado pela equipe médica, colhendo sua assinatura; e também a planilha de monitoramento da CROSS (anexo 2); fazer as solicitações de ambulância e organizar o fluxo de saída, garantindo atender ao que foi determinado pelos médicos plantonistas.

Gerência Administrativa: acompanhar todo o processo, garantindo seu bom andamento; autorizar solicitações de ambulância extra e UTI; apoia nos contatos com a empresa de transporte médico, buscando agilizar a obtenção do veículo que fará o transporte do paciente.

Diretoria Técnica: acompanhar todo o processo, garantindo seu bom andamento; autorizar solicitações de ambulância extra e UTI, julgando sua pertinência e propondo soluções a fim de otimizar os custos, sem prejudicar a segurança do paciente.

Procedimentos

DS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

Imediatamente após cada vaga ser cedida, a planilha em anexo deverá ser alimentada e a equipe médica acionada a fim de determinar qual será a ordem de remoção. O assistente administrativo do NIR imprime, o médico registra o horário e assina o documento.

A cada vaga cedida, o documento deverá ser revisado e nova ordem de prioridade obedecida.

A cada vinte e quatro horas um novo formulário deverá ser aberto (às 07h) com os pacientes que estiverem aguardando naquele momento. Os documentos assinados deverão ser arquivados em pasta própria, ordenados por data e horário, para futuras consultas que forem necessárias.

6 – RESULTADO ESPERADO

Justifica-se a implantação deste POP pela necessidade de reforçar os procedimentos relacionados à priorização dos pacientes a serem transferidos, a partir da concessão das vagas para os hospitais de referência, garantindo a formalização da decisão médica das prioridades.

7 – AÇÕES CORRETIVAS

N/A

8 – RISCOS DO PROCESSO

N/A

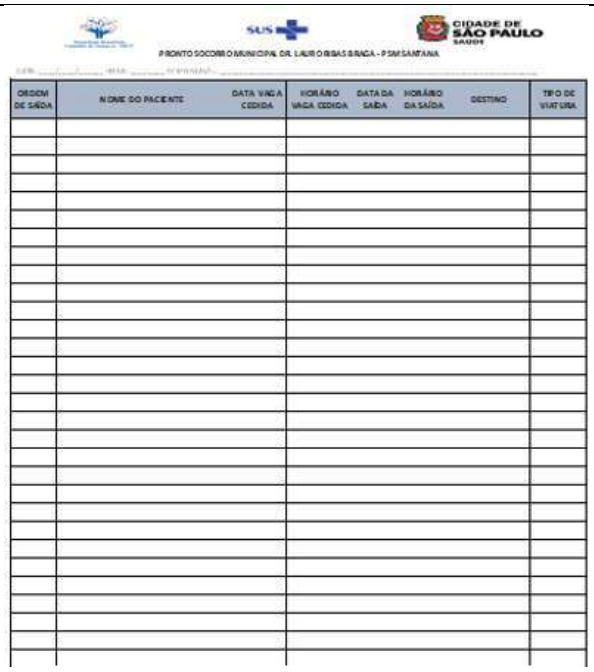
9 – INDICADORES

N/A

10 – ANEXOS

1- FICHA DE PRIORIZAÇÃO DE REMOÇÕES

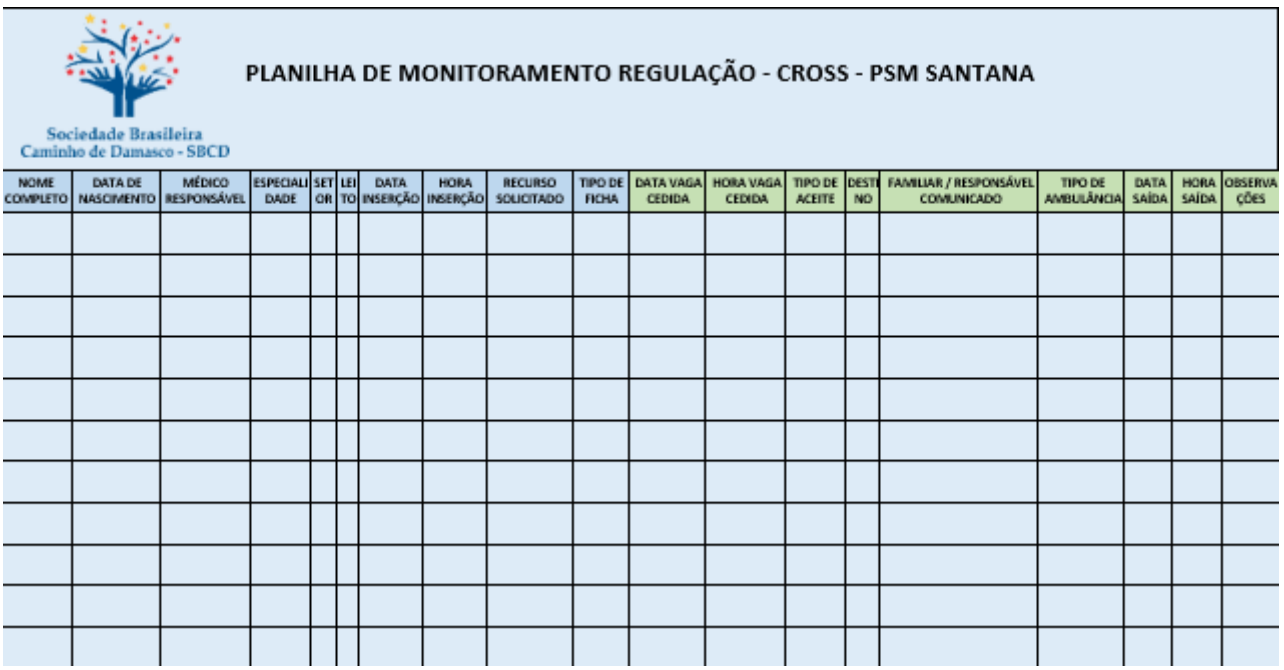
Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641



PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DR. LAURO RIBAS BRAGA - PSM SANTANA

ORDEM DE SAÍDA	NOME DO PACIENTE	DATA VAGA CEDIDA	HORÁRIO VAGA CEDIDA	DATA DA SAÍDA	HORÁRIO DA SAÍDA	DESTINO	TIPO DE VIATURA

2- PLANILHA DE MONITORAMENTO DA CROSS



Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PLANILHA DE MONITORAMENTO REGULAÇÃO - CROSS - PSM SANTANA

NOME COMPLETO	DATA DE NASCIMENTO	MÉDICO RESPONSÁVEL	ESPECIALIDADE	SETOR	LEITO	DATA INSERÇÃO	HORA INSERÇÃO	RECURSO SOLICITADO	TIPO DE FICHA	DATA VAGA CEDIDA	HORA VAGA CEDIDA	TIPO DE ACEITE	DESTINO	FAMILIAR / RESPONSÁVEL COMUNICADO	TIPO DE AMBULÂNCIA	DATA SAÍDA	HORA SAÍDA	OBSERVAÇÕES

12 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

N/A

DS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP – ENF 128**	VERSÃO: 01
DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES DE TRANSFERÊNCIA - CROSS	VALIDADE:08/2025	Pag. 6 de 6

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP – ENF 129**	**VERSÃO:** 1
FLUXO DE ACIONAENTO CÓDIGO ROXO – VISITANTES EXTERNOS	**VALIDADE:** 10/2025	**Pag. 1 de 4**

Elaborado por: Renata Colamarche	Data: 30/09/2023	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 90E0E55E05D144E...
Revisado por: Carla Carin Casaes	Data: 10/10/2023	Visto: DocuSigned by: FAEFCD486FD6449...
Aprovado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz	Data: 20/10/2023	Visto: Assinado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz CEC19F2097164F7...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
1	30/09/2023	Elaboração do Documento

DS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP – ENF 129**	**VERSÃO:** 1
FLUXO DE ACIONAENTO CÓDIGO ROXO – VISITANTES EXTERNOS	**VALIDADE:** 10/2025	**Pag. 2 de 4**

1- OBJETIVO

Definir os procedimentos a serem adotados quando houver visitas técnicas ou de imprensa na unidades, de modo a identifica-las de modo efetivo, acionando as lideranças responsáveis com agilidade.

2 – ALCANCE

Este fluxo aplica-se à UPA Jaçanã

3 – COMPETÊNCIA

Equipe administrativa;
Lideranças;
Gestão e diretoria.

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

1. Os vigilantes, alocados em recepção central da unidade (posto 01) deverão realizar a abordagem das pessoas que acessam a unidade, de forma contínua. Em identificando que se trata de uma visita técnica ou de imprensa, este deverá se apresentar de modo cordial, solicitar a identificação dos visitantes e avisar à recepção, para que os colaboradores possam comunicar as lideranças administrativas de imediato. Na ausência da abordagem do vigilante, fica responsável por esse processo o técnico de enfermagem do Totem.
2. Após a liderança administrativa ser informada, esta deverá se apresentar aos visitantes, confirmando os dados passados, e solicitando para que se identifiquem novamente, se colocando à disposição, acompanhando a visita e informando que está comunicando a diretoria.
3. Comunicar no grupo de liderança sobre a visita, informando os seguintes dados:
   - Horário de chegada;
   - Nomes e funções dos visitantes;
   - Qual o motivo da visita em questão.
4. Solicitar acompanhamento da áreas através da comunicação da visita em andamento pela coordenação/supervisão de enfermagem, gerência/lideranças administrativas e diretoria/coordenação médica.
5. Comunicar a gestão por telefone durante a visita, para que sejam acionados os setores responsáveis.
6. Ao término da visita, enviar um e-mail sobre a visita, e um áudio em resumo para direção.

6 – RESULTADO ESPERADO

DS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

Efetividade na identificação e comunicação as lideranças sobre a presença de visitantes.
Organização dos processos relacionados ao acompanhamento das visitas.
Direcionamento eficaz dos visitantes dentro do serviço.

7 – AÇÕES CORRETIVAS

N/A

8 – RISCOS DO PROCESSO

Despadronização dos procedimentos adotados quando da presença de vigilantes em cobertura esporádica.
Comunicação ineficaz entre os envolvidos no processo.

9 – INDICADORES

Não se aplica

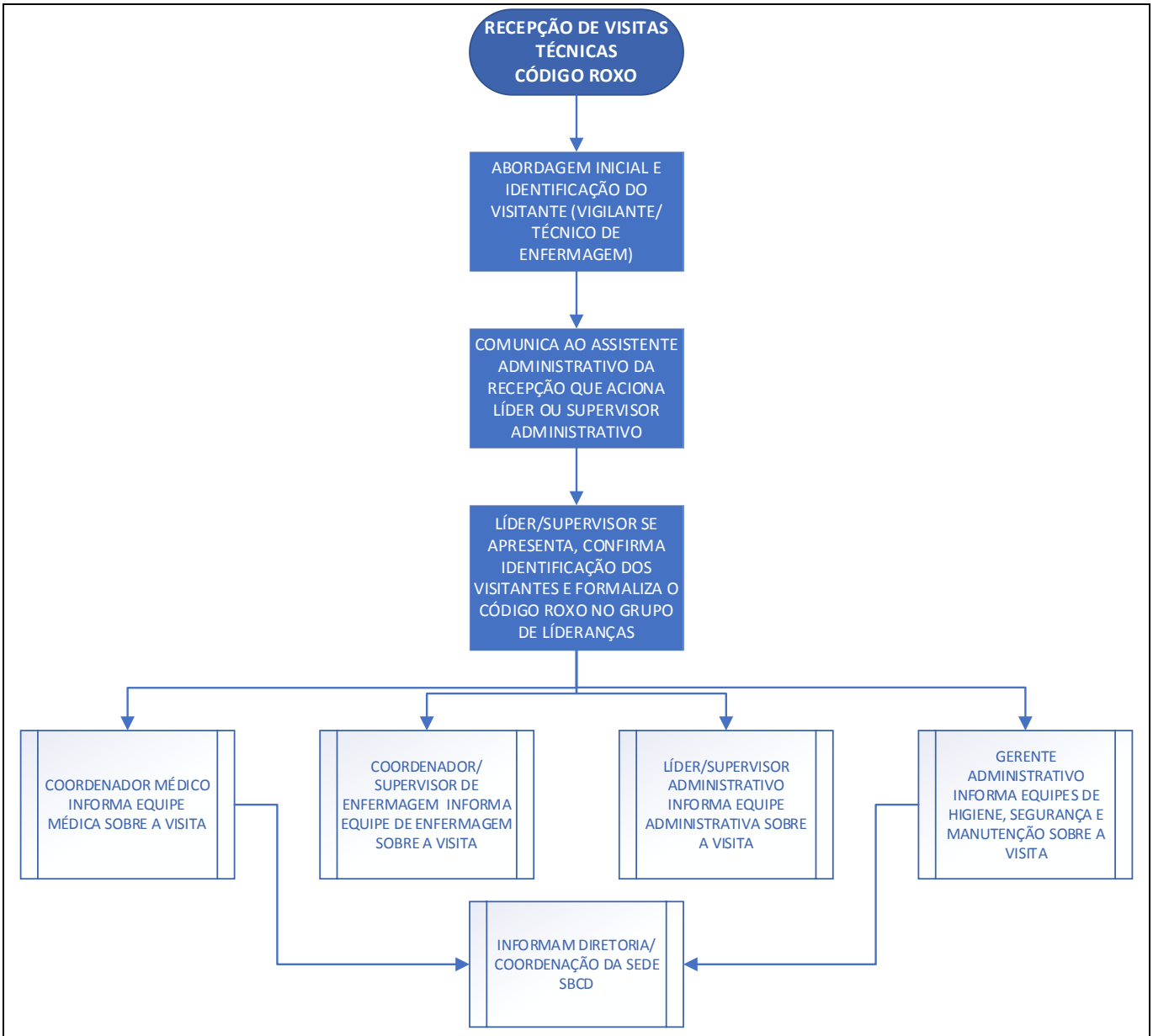
10 – ANEXOS

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP – ENF 129**	**VERSÃO:** 1
FLUXO DE ACIONAENTO CÓDIGO ROXO – VISITANTES EXTERNOS	**VALIDADE:** 10/2025	**Pag. 4 de 4**

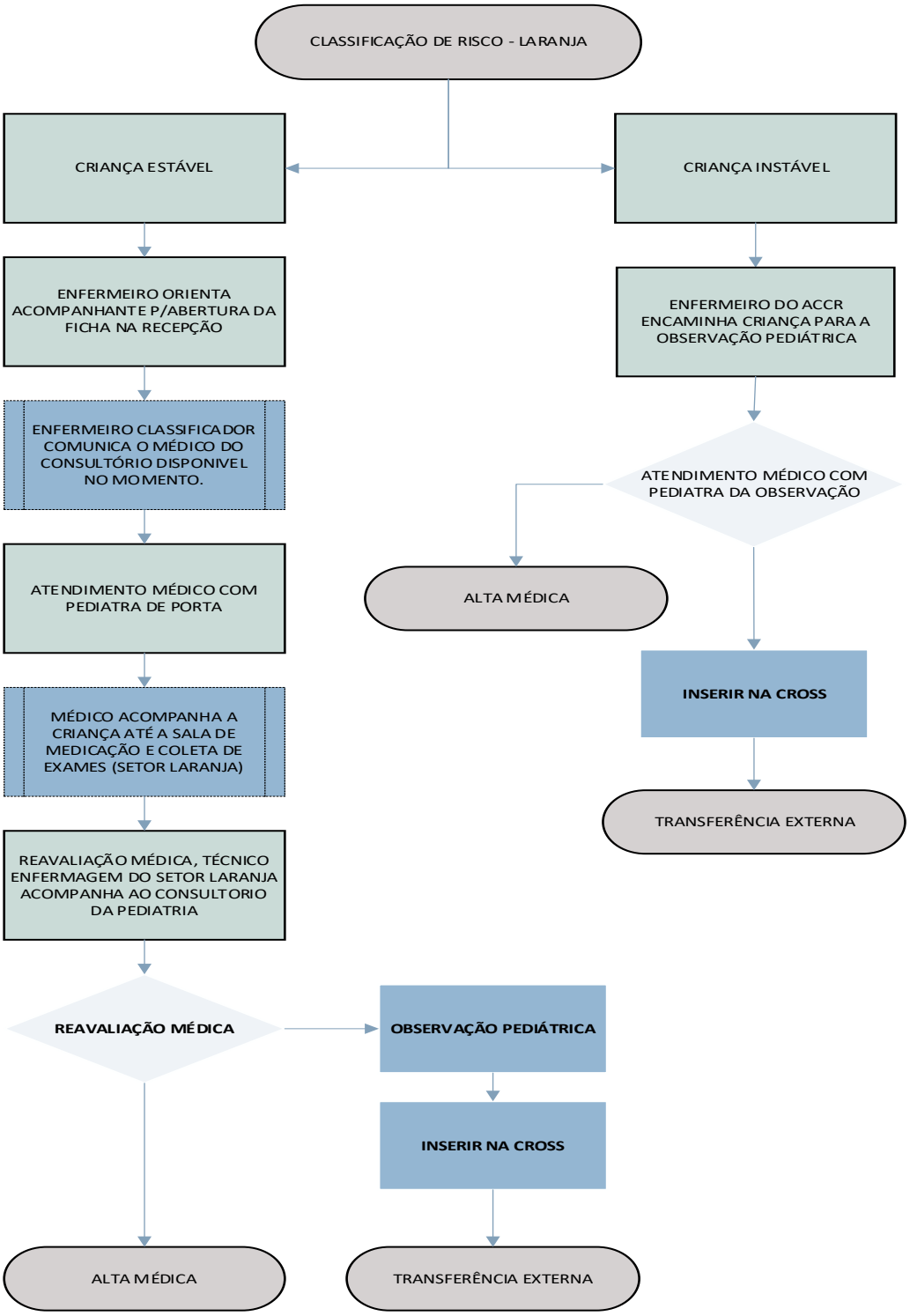


12 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Não se aplica

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

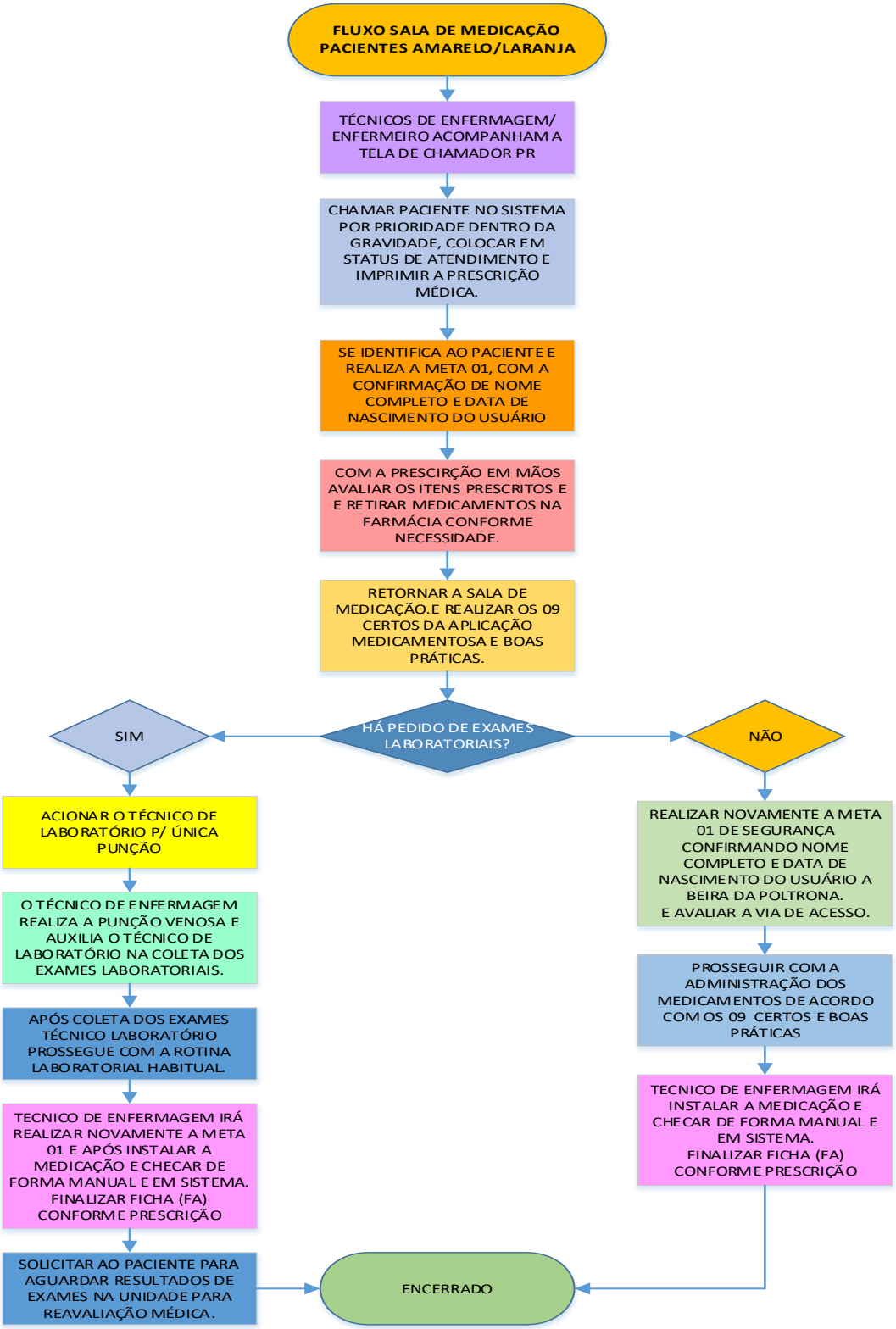
Sociedade Brasileira Caminho de Damasco - SBCD	FLUXOGRAMA 1432	
	ATENDIMENTO DE PACIENTES LARANJA EM PEDIATRIA	
	Código:	Versão: 1



HISTÓRICO DO DOCUMENTO			Data elaboração: 10/2023 Vencimento: 10/2025
Número da Revisão	Data da Revisão	Responsável pela Revisão	Descrição do que foi revisado
Não Aplica			
ASSINATURAS E CARIMBOS:			

DS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641



HISTÓRICO DO DOCUMENTO			Data elaboração: 10/2023 Vencimento: 10/2025
Número da Revisão	Data da Revisão	Responsável pela Revisão	Descrição do que foi revisado
Não Aplica			
ASSINATURAS E CARIMBOS:			

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP. – ENF 132	VERSÃO: 01
MONITORAMENTO DE ATENDIMENTOS E FINALIZAÇÃO DE FA	VALIDADE:15/09/2025	Pag. 1 de 5

Elaborado por: André Ramos Neto	Data: 07/2023	Visto: Assinado por: André Ramos Neto CTCF8A0386BE43B...
Revisado por: Renata Colamarche	Data: 08/2023	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 90E0E55E05D144E...
Aprovado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz	Data: 09/2023	Visto: Assinado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz CEC19F209Z164E7...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
1	07/2023	Elaboração do Documento

DS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

1- OBJETIVO

Estabelecer o fluxo de monitoramento do atendimento de porta e emergência, no que concerne ao tempo de espera para a consulta e reavaliação, além da baixa das fichas no sistema de prontuário eletrônico.

Definir as ações imediatas para que não haja extrapolação do prazo determinado pela Classificação de Risco para o atendimento e garantir que todas as reavaliações médicas sejam feitas no sistema de prontuário eletrônico, com a devida baixa da ficha de atendimento.

2 – ALCANCE

Unidades de Urgência e Emergência

3 – COMPETÊNCIA

- Equipe Médica;
- Equipe de Enfermagem;
- Equipe Administrativa;
- Empresa de prestação de serviços médicos.

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

ACCR – Acolhimento com Classificação de Risco

Todos os atendimentos, sejam as consultas iniciais ou os retornos devem ser registrados no prontuário eletrônico, salvo em situações de contingência:

- Queda do sistema com demora no retorno;
- Instabilidade e lentidão no sistema que inviabilize sua utilização;
- Aumento extraordinário na demanda e situações de catástrofe;
- Outras situações em que a gestão julgue pertinente acionar a contingência.

Os atendimentos manuais só podem ocorrer após autorização da Gerência Administrativa ou Diretoria Técnica.

DS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

Os tempos padronizados pelo ACCR são os seguintes:

- Classificação Vermelha: atendimento imediato;
- Classificação Laranja: atendimento em até 10 minutos;
- Classificação Amarela: atendimento em até 60 minutos;
- Classificação Verde: atendimento em até 120 minutos;
- Classificação Azul: atendimento em até 240 minutos.

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

Técnico de Enfermagem/Enfermeiro: garantir que todos os pacientes encaminhados à Sala de Medicação e demais setores assistenciais tenham suas fichas baixadas imediatamente ao término do procedimento, antes de encaminhar o paciente para reavaliação médica ou alta.

Médicos: atender os pacientes respeitando a ordem definida no ACCR, segundo suas cores, sem permitir que o prazo seja excedido.

Os médicos devem realizar todos os atendimentos valendo-se do sistema de prontuário eletrônico, registrando anamnese, evoluções, reavaliações e prescrições. As anotações manuais só podem ser aceitas em situações de contingência., com a devida autorização da gestão. Ao término do atendimento, devem encerrar (baixar) a ficha no sistema informatizado.

Supervisão Noturna: acompanhar através do sistema o fluxo de atendimento e das reavaliações e intervir junto às equipes médicas visando evitar as extrapolações de tempo. Atuar junto às equipes de enfermagem e médica sempre que observar acúmulo no sistema de pacientes aguardando reavaliação. Comunicar em relatório as dificuldades enfrentadas neste tema, para que a gestão tome as devidas providências.

Liderança administrativa diurna: acompanhar através do sistema o fluxo de atendimento e das reavaliações e intervir junto às equipes médicas visando evitar as extrapolações de tempo e acúmulo de pacientes aguardando reavaliação. Comunicar a Coordenação de Enfermagem, Gerência Administrativa e Diretoria Técnica quando enfrentar dificuldades que comprometam o fluxo adequado.

Procedimentos

O Líder Administrativo e o Supervisor Noturno devem monitorar o sistema de prontuário eletrônico, acompanhando o tempo de espera dos pacientes que aguardam atendimento. Ao

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

observar que o tempo de uma ficha se aproxima de ultrapassar o prazo de acordo com o ACCR, deve se dirigir à equipe médica solicitando o atendimento imediato do paciente, se necessário remanejando profissionais de outros setores.

Em todo início de plantão, os médicos e enfermeiros, especialmente os recém contratados e coberturas eventuais, devem ser alertados quanto à necessidade do uso do sistema eletrônico, bem como as devidas baixas das fichas de atendimento.

A cada duas horas, o Líder Administrativo ou o Supervisor noturno, conforme o período, deve analisar no sistema os pacientes que aguardam reavaliação e verificar se já foram dispensados. Caso positivo, devem acionar o médico para que a reavaliação seja registrada no sistema e a baixa realizada.

Em paralelo, a cada duas horas o Enfermeiro do Corredor deverá realizar a conferência em sistema das baixas das fichas de atendimento relacionadas à medicação/vacina, identificando as que efetivamente permanecem em atendimento no local e solicitando oportunamente a baixa das demais.

Ao término de cada plantão o Supervisor Noturno deve fazer a verificação dos pacientes não baixados durante o respectivo plantão e providenciar as baixas, antes da troca do turno.

6 – RESULTADO ESPERADO

Justifica-se a implantação deste POP pela necessidade de reforçar os procedimentos relacionados ao uso do sistema de prontuário eletrônico, garantindo que os registros sejam efetivamente realizados, as fichas encerradas no sistema, bem como o tempo de espera seja adequado, de acordo com a ACCR.

7 – AÇÕES CORRETIVAS

N/A

8 – RISCOS DO PROCESSO

N/A

9 – INDICADORES

N/A

10 – ANEXOS

N/A

12 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP. – ENF 132	VERSÃO: 01
MONITORAMENTO DE ATENDIMENTOS E FINALIZAÇÃO DE FA	VALIDADE:15/09/2025	Pag. 5 de 5

N/A

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP. ENF.133	VERSÃO: 1
COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS DE ROTINA NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	VALIDADE:12/2025	Pag. 1 de 4

Elaborado por:	Paula Andrea S. Ferreira Martins	Data: 01/12/2023	Visto: Assinado por: Paula Andrea Shinzato Ferreira Martins 864CAF245427...
Revisado por:	Renata Colamarche	Data: 06/12/2023	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 90E0F55E05D144F...
Aprovado por:	Carla Carin Casaes	Data: 14/12/2023	Visto: DocuSigned by: FAEFCD486ED6449...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
1	01/12/2023	Elaboração do Documento

DS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP. ENF.133	VERSÃO: 1
COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS DE ROTINA NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	VALIDADE:12/2025	Pag. 2 de 4

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

Setores assistências;

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.

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

DS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP. ENF.133	VERSÃO: 1
COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS DE ROTINA NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	VALIDADE:12/2025	Pag. 3 de 4

"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 nas unidades de Urgência e Emergência:

- 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

Garantir a disponibilidade de exames laboratoriais atualizados no momento da reavaliação médica diária.
Monitorar adequadamente o quadro clínico do paciente admitido em leito de observação de emergência.

7 – AÇÕES CORRETIVAS

Alinhamento dos procedimentos a serem seguidos pelas coletoras da empresa terceirizada de laboratório.

Monitoramento diário dos enfermeiros dos setores assistenciais, para cumprimento do fluxo proposto.

8 – RISCOS DO PROCESSO

N/A

9 – INDICADORES

N/A

10 – ANEXOS

N/A

12 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

N/A

DS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP. ENF.133	VERSÃO: 1
COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS DE ROTINA NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	VALIDADE:12/2025	Pag. 4 de 4

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP. ENF 134B	VERSÃO:2
PROTOCOLO DE MANEJO DO ÓBITO	VALIDADE: 07/2025	Pag. 1 de 11

Elaborado por: Paula A. S. Ferreira Martins	Data: 07/2021	Visto: Assinado por: Paula Andrea Shinzato Ferreira Martins 864CAF24E4274A4...
Revisado por: Renata Colamarche	Data: 08/2021	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 90E0E55E05D144E...
Aprovado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz	Data: 08/2021	Visto: Assinado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz CEC18F2097104F7...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
1	07/2021	Elaboração do Documento
2	07/2023	Revisão do Documento

DS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

1- OBJETIVO

Padronizar os procedimentos para o Manejo do Óbito;

Descrever a rotina dos cuidados prestados ao corpo após a morte constatada;

Garantir orientação aos familiares.

2 – ALCANCE

Unidades de Urgência e Emergência

Documentos complementares:

- Formulário SVO e Formulário DO.
- Planilha de Óbitos
- Formulário de identificação de óbito
- Guia de Transporte de Cadáver – ANEXO 1
- Formulário para Relatório Médico

3 – COMPETÊNCIA

- Equipe Administrativa,
- Enfermagem;
- Médica;
- Serviço Social;
- Vigilantes;
- Higiene.

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

- SVO: Serviço de Verificação de Óbito
- IML: Instituto de Medicina Legal
- EPI: Equipamento de Proteção Individual
- BO: Boletim de Ocorrência

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

- DO: Declaração de óbito

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

Materiais e Medicamentos

- Equipamentos de Proteção Individual (máscara cirúrgica, óculos protetores, avental e luvas de procedimento);
- Bandeja;
- Pinça Cheron;
- Tesoura (se necessário);
- Algodão e/ou gaze não esterilizada;
- Atadura crepe;
- Água e sabão;
- Bacia;
- Impresso (etiqueta) de identificação do corpo;
- Cobertura de óbito.

Médico:

O Médico tem responsabilidade ética e jurídica pelo preenchimento e pela assinatura da DO e do relatório médico após o óbito, assim como pelas informações registradas em todos os campos deste documento. Deve, portanto:

- Revisar o documento antes de assiná-lo.
- Preencher os dados de identificação utilizando um documento oficial da pessoa falecida.
- Na ausência de documento, caberá à autoridade policial proceder ao reconhecimento do cadáver.
- Registrar os dados na DO, sempre, com letra legível e sem abreviações ou rasuras.
- Registrar as causas da morte, obedecendo ao disposto nas regras internacionais,

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

anotando, preferencialmente, apenas um diagnóstico por linha e o tempo aproximado entre o início da doença e a morte.

- Revisar se todos os campos estão preenchidos corretamente antes de assinar.

O profissional Médico não poderá:

- Assinar a DO em branco.
- Preencher a DO sem estar presente, examinar o corpo e constatar a morte.
- Utilizar termos vagos para o registro das causas de morte, como: Parada cardíaca, Parada Cardiorrespiratória ou Falência de múltiplos órgãos.

Equipe de Enfermagem:

Compete à equipe de Enfermagem não realizar comentários desnecessários e manter atitude de respeito durante todo o procedimento e cuidado com o corpo. Após constatação do óbito pelo médico, a enfermagem deverá:

- Realizar a cobertura do corpo em área privativa usando biombos e iniciar os procedimentos de preparo do corpo;
- Colocar os equipamentos de proteção individual;
- Elevar um pouco a cabeceira da cama para impedir a descoloração, devido ao sangue retido na face;
- Realizar o tamponamento dos orifícios naturais do corpo (oral, retal, nasal) com algodão seco, por meio de uma pinça cheron, de tal maneira que não apareça o algodão (vide item 5.5)
- Posicionar o corpo em decúbito dorsal, com os braços ao lado do corpo;
- Se o paciente usava prótese dentária, colocá-las delicadamente e em seguida fechar a boca;
- Fechar os olhos pressionando com cuidado as pálpebras com as pontas dos dedos. Se os olhos não permanecerem fechados, colocar bolas úmidas de algodão sobre as pálpebras por alguns minutos e depois tentar fechá-los novamente;
- Colocar uma toalha dobrada sob o mento (queixo) para manter a mandíbula

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

fechada;

- Remover dispositivos invasivos, se houver, aplicando bandagens adesivas nos locais perfurados;
- Remover as roupas para serem entregues aos familiares;
- Remover todos os pertences do paciente e proceder com o arrolamento de pertences e valores, para serem entregues aos familiares;
- Limpar o corpo com cuidado, usando sabonete, uma bacia com água e pano de banho;
- Remover a toalha colocada sob o mento (queixo) do corpo e colocar as fitas de fixação, prendendo de forma folgada na parte superior da cabeça;
- Unir as mãos sobre a região epigástrica e fixá-las com atadura crepe ou esparadrapo;
- Juntar os pés e fixá-los com atadura crepe;
- Preencher as etiquetas de identificação do corpo em três vias.
- Fixar uma etiqueta no pé do paciente, outra no tórax parte central e a última na parte externa da cobertura. Não remover a pulseira de identificação, caso haja;
- Envolver o corpo na cobertura plástica devidamente identificada;
- Solicitar ao profissional designado para abertura do Morgue.
- O profissional da enfermagem deverá acomodar o corpo devidamente identificado.
- A abertura e fechamento do morgue é de responsabilidade da equipe Enfermagem.
- Fazer a anotação de Enfermagem detalhada em prontuário;

Procedimento pós encaminhamento ao morgue:

- O enfermeiro preencherá o livro de óbito com nome completo, número da declaração de óbito ou o número do formulário de SVO, destino, anotar placa e modelo do carro/viatura de retirada do corpo, observações e médico responsável.
- O técnico de enfermagem solicitará ao profissional designado para abertura do Morgue e sob a supervisão do enfermeiro ficará responsável pela vigilância do

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

morgue, realizará ronda a cada 02 horas até a retirada pelo serviço funerário, atentando-se aos sinais de vazamentos corporais.

- Permitir que, no máximo, duas pessoas da família/ responsável vejam o corpo, respeitando seu momento de privacidade e acionando o Vigilante para a abertura;
- Ao chegar o carro da funerária ou IML, o administrativo e o vigilante deverão conferir todos os dados do óbito e do serviço funerário ou IML, realizando os devidos registros, acompanhando até a retirada do corpo.
- Nas retiradas de corpos realizas pelo serviço funerário do município de São Paulo (SPRegula), é obrigatório a apresentação da Guia de Transporte de Cadáver pelo colaborador da funerária. Este documento deverá ser recebido pelo enfermeiro da sala de emergência, que de posse deste seguirá até a sala da supervisão para escanear o código QR, em período diurno com a supervisão de enfermagem e noturno supervisão administrativa, e confirmar os dados do óbito antes de sua efetiva retirada. Após esta checagem o enfermeiro retorna à sala de emergência e libera o transporte do corpo. Caso os dados da ficha não sejam condizentes com os apresentados em QR Code a retirada do corpo não deverá ser liberada e a equipe de transporte da funerária deverá obter o documento correto e retornar reapresentando-o.
- Após a liberação manter no prontuário do paciente a cópia da Guia de Transporte de Cadáver.

Aos vigilantes, compete:

- Os vigilantes são responsáveis pela abertura e fechamento do morgue.
- Acompanham o serviço funerário até a retirada do corpo.
- Após a retirada do corpo o vigilante deve acionar a equipe de Higiene e solicitar limpeza terminal.

Encaminhamento ao SVO:

O Serviço de Verificação de Óbitos é especializado na investigação de causas de óbitos naturais mal definidos, a solicitação é através de requisição médica.

Causas mortis que não realiza tamponamento:

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

- Casos de morte súbita em adultos jovem por causa natural não elucidada;
- Não realizar os procedimentos de higienização e tamponamento para o corpo que será encaminhado ao IML ou SVO e que esteve hospitalizado por um período inferior a 24 horas. Nesses casos, deve ser feita somente a identificação, e os cuidados com o corpo passam a ser do local onde o corpo será encaminhado.
- Óbito com ou sem assistência médica onde a causa morte não foi definida;
- Óbitos não suspeito de causa externa não violenta,
- Óbito em Pronto atendimento sem causa conhecida.
- Casos notificados ou em estudo pela vigilância epidemiológica.
- Aspiração de vômitos e corpos estranhos em pessoas saudáveis;
- Choque anafilático, descarga elétrica;
- Intoxicação por álcool, drogas, medicamentos, raticidas, produtos agrícolas, picadas de animais;
- Morte súbita em adultos jovens com história de uso de drogas;Queda da própria altura com fraturas;
- Presidiários;
- Morte súbita em bebês que dormiam na mesma cama com adultos;
- Morte natural sem documentação de identidade;
- Estrangeiros residentes no Brasil que serão sepultados em outro País;

Encaminhamento ao IML:

O Instituto Médico Legal está subordinado à Superintendência da Polícia Técnico-Científica e foi criado com o intuito de fornecer bases técnicas em Medicina Legal para o julgamento de causas criminais. A mais conhecida das funções do IML é a necropsia, vulgarmente chamada de autópsia - exame do indivíduo após a morte. No entanto, associar o IML exclusivamente às necropsias é errado, pois este tipo de exame constitui-se em apenas 30% do movimento do instituto.

Orientações para o preenchimento de documentos necessário para serem encaminhados para SVO/IML

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

Médico:

- Preencher a guia de encaminhamento de cadáver. Todos os campos devem estar preenchidos (data e horário do óbito) e entregar ao administrativo;
- Médico comunicará sobre o óbito para a família;
- A equipe chamará a família, caso não estejam na unidade – o contato pode ser realizado por uma administrativo, enfermeiro e ou assistente social, garantindo agilidade ao contato para comparecimento urgente na unidade;
- Observar se todos os campos do formulário SVO estão devidamente preenchidos, principalmente data e horário da constatação do óbito, tirar uma cópia da folha original e anexar no prontuário, caso haja algum item do cabeçalho sem preenchimento, poderá ser preenchido pelo administrativo;
- Entregar primeira via (branca) e segunda via (amarela) para o familiar e a terceira via (rosa) entregar à assistência para anexar ao prontuário;
- O Administrativo avisará ao familiar para abrir o boletim de ocorrência na delegacia mais próxima da unidade- 73º DP;
- Orientar o familiar a aguardar em sua residência e a entrar em contato após 02 ou 03hs para saber se o corpo foi retirado pelo IML, ou se preferir poderá aguardar na instituição;
- Orientar o familiar para procurar o serviço funerário;
- O administrativo preencherá o livro de óbito com nome completo, número da declaração de óbito ou o número do formulário de SVO, destino, anotar placa e modelo do carro da funerária e nome do médico responsável que constatou o óbito.

Procedimentos em caso de pacientes não identificados:

- Enfermagem comunica o óbito ao NIR para realizar buscas conforme orientação do Serviço Social a fim de encontrar qualquer referência e/ou familiar do paciente, caso não consiga localizar aciona o Serviço Social nos dias da semana para buscas durante o **máximo de 06 horas** após o óbito;
- Na ausência do Serviço Social, o NIR recolhe com a enfermagem a ficha de

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

"caracterização de óbito" preenchida e a declaração de óbito; após 06 horas de tentativas e caso não tenha sido encontrado ou reclamado por nenhum familiar ou conhecido, o profissional administrativo, munidos dos documentos acima, se encaminha ao 73º DP para realizar Boletim de Ocorrência;

Orientações para paciente Declarado Óbito:

- Em todos os óbitos (natural ou violento);
- Quando a criança nascer viva e morrer logo após o nascimento, independente da duração da gestação, do peso do recém-nascido e do tempo que tenha permanecido vivo.
- No óbito fetal, se a gestação teve duração igual ou superior a 20 semanas, ou o feto com peso igual ou superior a 500 gramas, ou estatura igual ou superior a 25 centímetros.

Administrativo:

- O Administrativo (NIR) fará contato com a família, caso não estejam na unidade, e solicitar que venham munidos de documento original com foto (CNH ou RG);
- Observar se todos os campos do formulário DO estão devidamente preenchidos, principalmente data e horário da constatação do óbito, tirar uma cópia da folha original e anexar no prontuário, caso haja algum item do cabeçalho sem preenchimento, poderá ser preenchido pelo administrativo;
- Entregar primeira via (branca) e segunda via (amarela) para o familiar e a terceira via (rosa) entregar à assistência para anexar ao prontuário;
- Orientar o familiar para procurar o serviço funerário;
- O administrativo preencherá o livro de óbito com nome completo, número da declaração de óbito ou o número do formulário de DO destino, anotar placa e modelo do carro da funerária e nome do médico responsável que constatou o óbito.

Endereços dos serviços:

- Avenida Paulo Lincoln do Valle Pontin, 744 - Jaçanã - 73º DP

Todos os incidentes envolvendo o processo aqui descrito devem ser notificados por

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

quaisquer profissionais, colaboradores e mesmos prestadores de serviço dentro da organização. O Núcleo de Segurança será responsável pelo monitoramento e investigações dos incidentes notificados e melhorias serão discutidas e implantadas.

6 – RESULTADO ESPERADO

Garantir as informações pertinentes à área da assistência para manejo do óbito dentro de cada contexto, conforme explicitado.

Segurança na execução dos procedimentos pertinentes ao óbito ocorrido no serviço com consequente redução de falhas no processo.

7 – AÇÕES CORRETIVAS

N/A

8 – RISCOS DO PROCESSO

N/A

9 – INDICADORES

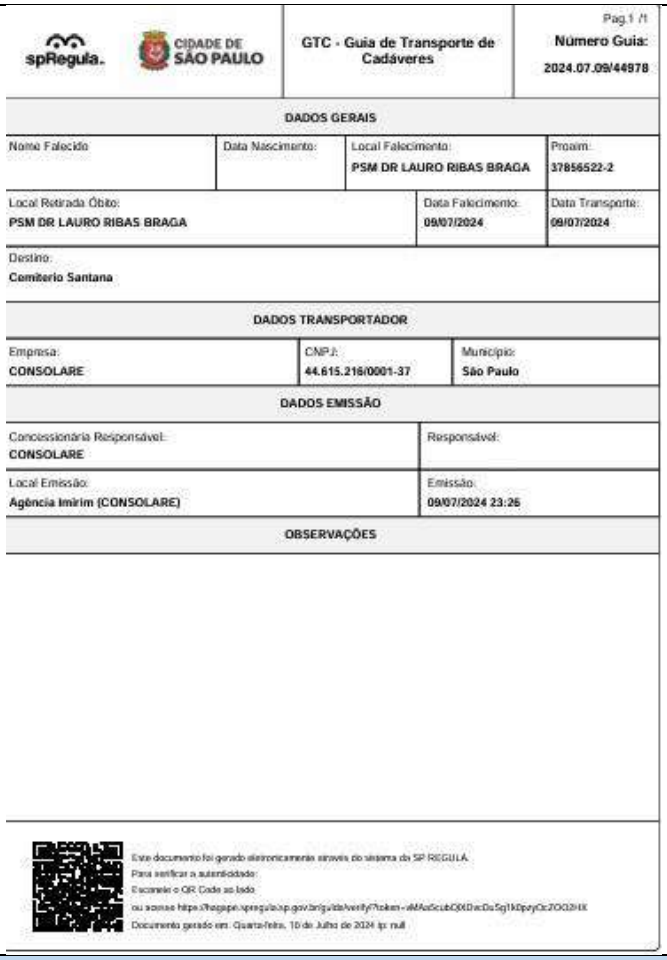
N/A

10 – ANEXOS

1 **– GUIA DE TRANSPORTE DE CADÁVER**

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641



spRegula. CIDADE DE SÃO PAULO

GTC - Guia de Transporte de Cadáveres

Pag.1 /1

Número Guia: 2024.07.09/44978

DADOS GERAIS

Nome Falecido	Data Nascimento:	Local Falecimento:	Proaim:
		PSM DR LAURO RIBAS BRAGA	37856522-2

Local Retirada Óbito:	Data Falecimento:	Data Transporte:
PSM DR LAURO RIBAS BRAGA	09/07/2024	09/07/2024

Destino: Cemiterio Santana

DADOS TRANSPORTADOR

Empresa:	CNPJ:	Município:
CONSOLARE	44.615.216/0001-37	São Paulo

DADOS EMISSÃO

Concessionária Responsável:	Responsável:
CONSOLARE	
Local Emissão:	Emissão:
Agência Imirim (CONSOLARE)	09/07/2024 23:26

OBSERVAÇÕES

Este documento foi gerado eletronicamente através do sistema da SP REGULA.
Para verificar a autenticidade:
Escaneie o QR Code ao lado
ou acesse https://hspgge.spregula.sp.gov.br/gu/da/verify?token=...
Documento gerado em: Quarta-feira, 10 de Julho de 2024 às null

12 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL. Conselho Regional de Enfermagem. Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde. 2. ed. revista e corrigida – Rio de Janeiro: SMSDC, COREN, 2012.128 p.: Il. color. – (Série B. Normas e Manuais Técnicos).
- SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem médico cirúrgica. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP. ENF 134	VERSÃO: 2
POP PROTOCOLO DE MANEJO DO ÓBITO – UPA JAÇANÃ	VALIDADE: 08/2025	Pag. 1 de 11

Elaborado por: Renata Colamarche	Data: 07/2021	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 09E0F55E95D144F...
Revisado por: Carla Carin Casaes	Data: 08/2021	Visto: DocuSigned by: EAEECD486ED6449...
Aprovado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz	Data: 08/2021	Visto: Assinado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz CEC19F2997184F7...

Rev.	Data	Descrição da Revisão / Data / Responsável
1	08/2021	Elaboração do Documento
2	08/2023	Revisão Do Documento

DS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP. ENF 134	VERSÃO: 2
POP PROTOCOLO DE MANEJO DO ÓBITO – UPA JAÇANÃ	VALIDADE: 08/2025	Pag. 2 de 11

1- OBJETIVO

Padronizar os procedimentos para o Manejo do Óbito;

Descrever a rotina dos cuidados prestados ao corpo após a morte constatada;

Garantir orientação aos familiares.

2 – ALCANCE

Unidades de Urgência e Emergência – UPA Jaçanã

3 – COMPETÊNCIA

Equipe Administrativa,

Enfermagem;

Médica;

Serviço Social;

Vigilantes;

Higiene.

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

SVO: Serviço de Verificação de Óbito

IML: Instituto de Medicina Legal

EPI: Equipamento de Proteção Individual

BO: Boletim de Ocorrência

DO: Declaração de óbito

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

Materiais e Medicamentos

Equipamentos de Proteção Individual (máscara cirúrgica, óculos protetores, avental e luvas de procedimento);

Bandeja;

Pinça Cheron;

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

Tesoura (se necessário);

Algodão e/ou gaze não esterilizada;

Atadura crepe;

Água e sabão;

Bacia;

Maca fria

Impresso (etiqueta) de identificação do corpo;

Cobertura de óbito.

Médico:

O Médico tem responsabilidade ética e jurídica pelo preenchimento e pela assinatura da DO e do relatório médico após o óbito, assim como pelas informações registradas em todos os campos deste documento. Deve, portanto:

Revisar o documento antes de assiná-lo.

Preencher os dados de identificação utilizando um documento oficial da pessoa falecida.

Na ausência de documento, caberá à autoridade policial proceder ao reconhecimento do cadáver.

Registrar os dados na DO, sempre, com letra legível e sem abreviações ou rasuras.

Registrar as causas da morte, obedecendo ao disposto nas regras internacionais, anotando, preferencialmente, apenas um diagnóstico por linha e o tempo aproximado entre o início da doença e a morte.

Revisar se todos os campos estão preenchidos corretamente antes de assinar.

O profissional Médico não poderá:

Assinar a DO em branco.

Preencher a DO sem estar presente, examinar o corpo e constatar a morte.

Utilizar termos vagos para o registro das causas de morte, como: Parada cardíaca, Parada Cardiorrespiratória ou Falência de múltiplos órgãos.

Equipe de Enfermagem:

Compete à equipe de Enfermagem não realizar comentários desnecessários e manter atitude de respeito durante todo o procedimento e cuidado com o corpo. Após constatação do óbito pelo médico, a enfermagem deverá:

DS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

Realizar a cobertura do corpo em área privativa usando biombos e iniciar os procedimentos de preparo do corpo;

Colocar os equipamentos de proteção individual;

Manter a pulseira de identificação legível;

Elevar um pouco a cabeceira da cama para impedir a descoloração, devido ao sangue retido na face;

Realizar o tamponamento dos orifícios naturais do corpo (oral, retal, nasal) com algodão seco, por meio de uma pinça cheron, de tal maneira que não apareça o algodão (vide item 5.5)

Posicionar o corpo em decúbito dorsal, com os braços ao lado do corpo;

Se o paciente usava prótese dentária, colocá-las delicadamente e em seguida fechar a boca;

Fechar os olhos pressionando com cuidado as pálpebras com as pontas dos dedos. Se os olhos não permanecerem fechados, colocar bolas úmidas de algodão sobre as pálpebras por alguns minutos e depois tentar fechá-los novamente;

Colocar uma toalha dobrada sob o mento (queixo) para manter a mandíbula fechada;;

Remover dispositivos invasivos, se houver, aplicando bandagens adesivas nos locais perfurados;

Remover as roupas para serem entregues aos familiares;

Remover todos os pertences do paciente e proceder com o arrolamento de pertences e valores, realizar roll de pertences e valores para serem entregues aos familiares;

Limpar o corpo com cuidado, usando sabonete, uma bacia com água e pano de banho;

Remover a toalha colocada sob o mento (queixo) do corpo e colocar as fitas de fixação, prendendo de forma folgada na parte superior da cabeça;;

Unir as mãos sobre a região epigástrica e fixá-las com atadura crepe ou esparadrapo;;

Juntar os pés e fixá-los com atadura crepe;

Preencher as etiquetas de identificação do corpo em três vias.

Fixar uma etiqueta no pé do paciente, outra no tórax parte central e a última na parte externa da cobertura.

Não remover a pulseira de identificação obrigatório manter;

Envolver o corpo na cobertura plástica devidamente identificada;

Solicitar ao profissional designado para abertura do Morgue.

O profissional da enfermagem deverá acomodar o corpo devidamente identificado.

A abertura e fechamento do morgue é de responsabilidade da equipe Enfermagem.

Fazer a anotação de Enfermagem detalhada em prontuário em tempo real;

DS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

Procedimento pós encaminhamento ao morgue:

O enfermeiro deve finalizar o prontuário após a saída do corpo morgue todo cuidado pós morte deve ser registrado em tempo real.

O enfermeiro preencherá o livro de óbito com nome completo, número da declaração de óbito ou o número do formulário de SVO, destino, anotar placa e modelo do carro/viatura de retirada do corpo, observações e médico responsável.

O técnico de enfermagem solicitará ao profissional designado para abertura do Morgue e sob a supervisão do enfermeiro ficará responsável pela vigilância do morgue, realizará ronda a cada 02 horas até a retirada pelo serviço funerário, atentando-se aos sinais de vazamentos corporais.

Permitir que, no máximo, duas pessoas da família/ responsável vejam o corpo, respeitando seu momento de privacidade e acionando o Vigilante para a abertura;

Ao chegar o carro da funerária ou IML, o administrativo e o vigilante deverão conferir todos os dados do óbito e do serviço funerário ou IML, realizando os devidos registros, acompanhando até a retirada do corpo.

Nas retiradas de corpos realizas pelo serviço funerário do município de São Paulo (SPRegula), é obrigatório a apresentação da Guia de Transporte de Cadáver pelo colaborador da funerária. Este documento deverá ser recebido pelo enfermeiro da sala de emergência, que de posse deste seguirá até a sala de faturamento para escanear o código QR, utilizando o celular corporativo do NIR, e confirmar os dados do óbito antes de sua efetiva retirada. Após esta checagem o enfermeiro retorna à sala de emergência e libera o transporte do corpo. Caso os dados da ficha não sejam condizentes com os apresentados em QR Code a retirada do corpo não deverá ser liberada e a equipe de transporte da funerária deverá obter o documento correto e retornar reapresentando-o.

Após a liberação manter no prontuário do paciente a cópia da Guia de Transporte de Cadáver.

Aos vigilantes, compete:

Os vigilantes são responsáveis pela abertura e fechamento do morgue.

Acompanham o serviço funerário até a retirada do corpo.

Após a retirada do corpo o vigilante deve acionar a equipe de enfermagem para que solicitem a limpeza terminal.

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

Encaminhamento ao SVO:

O Serviço de Verificação de Óbitos é especializado na investigação de causas de óbitos naturais mal definidos, a solicitação é através de requisição médica.

Causas mortis que não realiza tamponamento:

- Casos de morte súbita em adultos jovem por causa natural não elucidada;

Não realizar os procedimentos de higienização e tamponamento para o corpo que será encaminhado ao IML ou SVO e que esteve hospitalizado por um período inferior a 24 horas. Nesses casos, deve ser feita somente a identificação, e os cuidados com o corpo passam a ser do local onde o corpo será encaminhado.

- Óbito com ou sem assistência médica onde a causa morte não foi definida;
- Óbitos não suspeito de causa externa não violenta,
- Óbito em Pronto atendimento sem causa conhecida.
- Casos notificados ou em estudo pela vigilância epidemiológica.
- Aspiração de vômitos e corpos estranhos em pessoas saudáveis;
- Choque anafilático, descarga elétrica;
- Intoxicação por álcool, drogas, medicamentos, raticidas, produtos agrícolas, picadas de animais;
- Morte súbita em adultos jovens com história de uso de drogas;
- Queda da própria altura com fraturas;
- Presidiários;
- Morte súbita em bebês que dormiam na mesma cama com adultos;
- Morte natural sem documentação de identidade;
- Estrangeiros residentes no Brasil que serão sepultados em outro País;

Encaminhamento ao IML:

O Instituto Médico Legal está subordinado à Superintendência da Polícia Técnico-Científica e foi criado com o intuito de fornecer bases técnicas em Medicina Legal para o julgamento de causas criminais. A mais conhecida das funções do IML é a necropsia, vulgarmente chamada de autópsia - exame do indivíduo após a morte. No entanto, associar o IML exclusivamente às necropsias é errado, pois este tipo de exame constitui-se em apenas 30% do movimento do instituto.

Orientações para o preenchimento de documentos necessário para serem encaminhados para

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

SVO/IML

Médico:

Preencher a guia de encaminhamento de cadáver. Todos os campos devem estar preenchidos (data e horário do óbito) e entregar ao administrativo;

Médico comunicará sobre o óbito para a família;

A equipe chamará a família, caso não estejam na unidade – o contato pode ser realizado por uma administrativo, enfermeiro e ou assistente social, garantindo agilidade ao contato para comparecimento urgente na unidade;

Observar se todos os campos do formulário SVO estão devidamente preenchidos, principalmente data e horário da constatação do óbito, tirar uma cópia da folha original e anexar no prontuário, caso haja algum item do cabeçalho sem preenchimento, poderá ser preenchido pelo administrativo;

Entregar primeira via (branca) e segunda via (amarela) para o familiar e a terceira via (rosa) entregar à assistência para anexar ao prontuário;

O Administrativo avisará ao familiar para abrir o boletim de ocorrência na delegacia mais próxima da unidade- 73º DP;

Orientar o familiar a aguardar em sua residência e a entrar em contato após 02 ou 03hs para saber se o corpo foi retirado pelo IML, ou se preferir poderá aguardar na instituição;

Orientar o familiar para procurar o serviço funerário;

O administrativo preencherá o livro de óbito com nome completo, número da declaração de óbito ou o número do formulário de SVO, destino, anotar placa e modelo do carro da funerária e nome do médico responsável que constatou o óbito.

Procedimentos em caso de pacientes não identificados:

Enfermagem comunica o óbito ao NIR para realizar buscas conforme orientação do Serviço Social a fim de encontrar qualquer referência e/ou familiar do paciente, caso não consiga localizar aciona o Serviço Social nos dias da semana para buscas durante o **máximo de 06 horas** após o óbito;

Na ausência do Serviço Social, o NIR recolhe com a enfermagem a ficha de "caracterização de óbito" preenchida e a declaração de óbito; após 06 horas de tentativas e caso não tenha sido encontrado ou reclamado por nenhum familiar ou conhecido, o profissional administrativo, munidos dos documentos acima, se encaminha ao 73º DP para realizar Boletim de Ocorrência;

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP. ENF 134	VERSÃO: 2
POP PROTOCOLO DE MANEJO DO ÓBITO – UPA JAÇANÃ	VALIDADE: 08/2025	Pag. 8 de 11

Orientações para paciente Declarado Óbito:

Em todos os óbitos (natural ou violento);

Quando a criança nascer viva e morrer logo após o nascimento, independente da duração da gestação, do peso do recém-nascido e do tempo que tenha permanecido vivo.

No óbito fetal, se a gestação teve duração igual ou superior a 20 semanas, ou o feto com peso igual ou superior a 500 gramas, ou estatura igual ou superior a 25 centímetros.

Administrativo:

O Administrativo (NIR) fará contato com a família, caso não estejam na unidade, e solicitar que venham munidos de documento original com foto (CNH ou RG);

Observar se todos os campos do formulário DO estão devidamente preenchidos, principalmente data e horário da constatação do óbito, tirar uma cópia da folha original e anexar no prontuário, caso haja algum item do cabeçalho sem preenchimento, poderá ser preenchido pelo administrativo;

Entregar primeira via (branca) e segunda via (amarela) para o familiar e a terceira via (rosa) entregar à assistência para anexar ao prontuário;

Orientar o familiar para procurar o serviço funerário;

O administrativo preencherá o livro de óbito com nome completo, número da declaração de óbito ou o número do formulário de DO destino, anotar placa e modelo do carro da funerária e nome do médico responsável que constatou o óbito.

Endereços dos serviços:

Avenida Paulo Lincoln do Valle Pontin, 744 - Jaçanã - 73º DP

6 – RESULTADO ESPERADO

Garantir que as atividades sejam executadas de forma padronizada, com agilidade e forma segura, assegurando a continuidade do processo assistencial pós óbito.

7 – AÇÕES CORRETIVAS

Todos os incidentes envolvendo o processo aqui descrito devem ser notificados por quaisquer profissionais, colaboradores e mesmos prestadores de serviço dentro da organização. O Núcleo de Segurança será responsável pelo monitoramento e investigações dos incidentes notificados e melhorias serão discutidas e implantadas.

8 – RISCOS DO PROCESSO

DS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

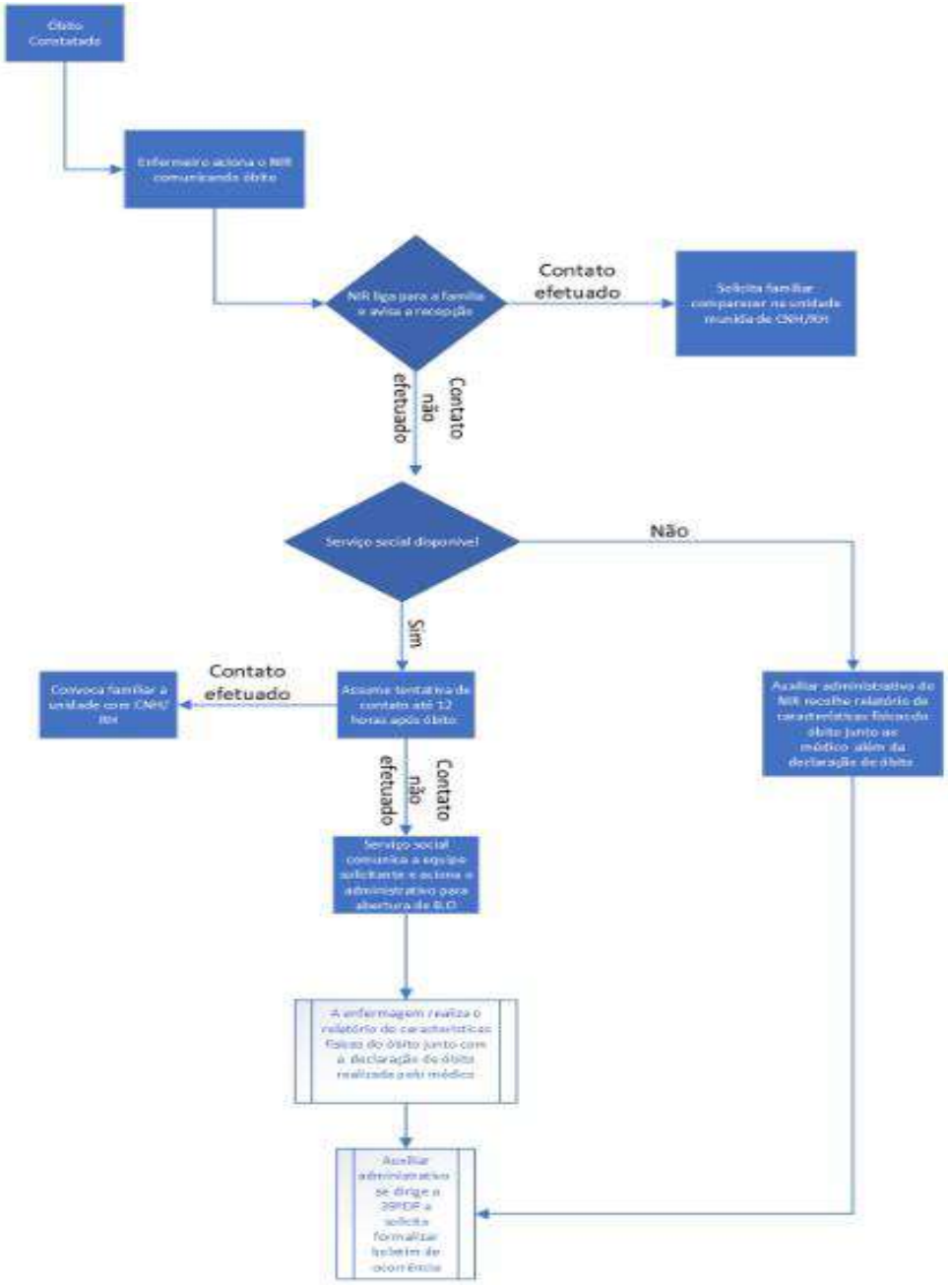
O não seguimento do POP pode gerar relatórios inconsistentes, ruídos de comunicação entre áreas, dificuldade em encontrar dados e problemas de continuidade nas tarefas, atraso na liberação do corpo e comunicação familiar.

9 – INDICADORES

Comissão de prontuário de óbito.

10 – ANEXOS

ANEXO 1-FLUXO DE COMUNICAÇÃO DE ÓBITO



Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

ANEXO 2 – CARACTERIZAÇÃO FISICA DO ÓBITO DESCONHECIDO



Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PREFEITURA DE SÃO PAULO

SUS

"Ficha de Caracterização Paciente Desconhecido - ÓBITO "

NOME:_____ DATA DE NASCIMENTO:_____

NOME DA MÃE:_____ CONTATOS:_____

DATA DE ENTRADA NA UNIDADE:_____ HORARIO APROXIMADO_____ TRAZIDO POR_____

SEXO: ( ) MASCULINO ( ) FEMININO PESO APROXIMADO:_____ ALTURA APROXIMADA:_____

DESCONHECIDO: ( ) SIM ( ) NÃO SITUAÇÃO DE RUA: ( ) SIM ( ) NÃO

COR DA PELE: ( ) BRANCA ( ) AMARELA ( ) PARDA ( ) NEGRA COR DOS OLHOS:_____

BARBA: ( ) SIM ( ) NÃO BIGODE: ( ) SIM ( ) NÃO

CABELOS: ( ) CURTO ( ) MÉDIO ( ) LONGO ( ) CALVO ( ) CARECA

COR DOS CABELOS:_____ CARACTERISTICAS ( ) CASTANHO ( ) PRETO ( ) LOIRO ( ) GRISALHO

PRÓTESE: ( ) SIM ( ) NÃO – ESPECIFICAR LOCAL DO CORPO:_____

AMPUTAÇÃO DE MEMBROS: ( ) SIM ( ) NÃO

ESPECIFICAR:_____

TATUAGENS: ( ) SIM ( ) NÃO

ESPECIFICAR:_____

CICATRIZES: ( ) SIM ( ) NÃO

ESPECIFICAR:_____

ÓCULOS: ( ) SIM ( ) NÃO

PIERCING: ( ) SIM ( ) NÃO - LOCAL:_____

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

_____

_____

12 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL. Conselho Regional de Enfermagem. Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde. 2. ed. revista e corrigida – Rio de Janeiro: SMSDC, COREN, 2012.128 p.: II. color. – (Série B. Normas e Manuais Técnicos).

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem médico cirúrgica. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP.ENF 135**	**VERSÃO:** Nº1
TRANSPORTE INTERNO / EXTERNO DE PACIENTES	**VALIDADE:01/12/2025**	**Pag. 1 de 8**

Elaborado por: Camila Cardoso Barral	Data: 01/12/2023	Visto: DocuSigned by: Camila Cardoso Barral 11B251578CB042E...
Revisado por: Renata Colamarche	Data: 10/01/2024	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 90E0E55E05D144E...
Aprovado por: Carla Carin Casaes	Data: 06/03/2024	Visto: DocuSigned by: FAEFCD486FD6449...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
1	01/12/2023	Elaboração do Documento

DS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

1 - OBJETIVO

Sistematizar o transporte do paciente de forma a assistir, monitorar e prevenir complicações fisiológicas e otimizar o fluxo do mesmo entre unidades, proporcionando segurança e continuidade da assistência.
A remoção de pacientes se define pela realização do transporte em condições controladas que assegurem ao paciente a manutenção das funções vitais e a continuidade da assistência de enfermagem, quando transferidos para outros serviços de saúde.

2 – ALCANCE

Unidades de Urgência e Emergência

3 – COMPETÊNCIA

Equipe de ambulância (condutor COND, técnico de enfermagem TE, enfermeiro ENF, médico MÉD)
Médicos
Equipe de enfermagem
Equipe Administrativa (Regulação / NIR)

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

Nas unidades de urgência e emergência, sejam elas as de Atendimento Médico Ambulatorial (AMAs), Pronto Socorro Municipal (PSM) ou Unidade de Pronto Atendimento (UPA), há a necessidade de transferência / remoção de pacientes que necessitam de estrutura complementar para continuidade da assistência à saúde, desta forma, o transporte de pacientes em ambulância é rotina adotada nestas unidades.

O transporte de pacientes não é isento de riscos e deve ser um procedimento indicado, planejado e executado de forma segura e eficiente, visando minimizar possíveis riscos e danos para o paciente transportado e a equipe assistencial. O médico é o profissional responsável por solicitar e autorizar o transporte de pacientes nos serviços de urgência e emergência.

Atualmente possuímos viaturas de Suporte Básico (AMAs e PSM) e de Suporte Avançado (UPA), de acordo com a complexidade assistencial de cada serviço, essas ambulâncias se diferenciam conforme abaixo:

Ambulância de Suporte Básico (USB) – Tipo B: veículo destinado ao transporte de pacientes com risco de vida conhecido e ao atendimento pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido, não classificado, com potencial de necessitar de intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço de destino. Tripulada por no mínimo 2 (dois) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência e um técnico de enfermagem;

Ambulância de Suporte Avançado (USA) – Tipo D: adulto, criança e neonatal, veículo destinado ao atendimento e transporte de pacientes de alto risco em emergências pré-hospitalares e/ou de transporte inter-hospitalar que

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

necessitam de cuidados médicos intensivos. Deve contar com os equipamentos médicos necessários para esta função. Tripulada por no mínimo 3 (três) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência, um enfermeiro e um médico.

Além disso, para que haja adequada definição do tipo de viatura necessário ao transporte de cada paciente é necessário classifica-los de acordo com sua complexidade:
I – BAXO RISCO (A): Pacientes estáveis, sem alterações críticas nas últimas 48 horas e que não sejam dependentes de oxigenoterapia.
II – MÉDIO RISCO (B): Pacientes estáveis, sem alterações críticas nas últimas 24 horas, porém que necessitam de monitoração hemodinâmica ou oxigenoterapia.
III - ALTO RISCO (C): Pacientes em uso de droga vasoativa e/ou assistência ventilatória mecânica.

Composição mínima de profissionais, de acordo com a classificação do risco do transporte

CLASSIFICAÇÃO	COMPOSIÇÃO MÍNIMA DE PROFISSIONAIS
Baixo Risco	(1) Técnico de Enfermagem
Médio Risco	(1) Técnico de Enfermagem e (1) Enfermeiro ou (1) Médico
Alto Risco	(1) Enfermeiro (1) Técnico de enfermagem e (1) Médico

No transporte de baixo risco, o paciente não precisará ser monitorizado, mas os sinais vitais deverão ser aferidos antes e após o transporte e registrados em impresso próprio (formulário de transferência interna e externa). Já no transporte de médio e de alto risco, os pacientes deverão ser transportados monitorizados (frequência cardíaca, saturação de oxigênio, pressão arterial) e um dos profissionais da equipe (médico ou enfermeiro) deverá ser eleito como responsável pela monitorização da ventilação e dos sinais vitais durante o transporte;

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

Os pacientes a serem removidos das unidades de urgência e emergência devem ser primeiramente avaliados pelo médico responsável, afim que se defina se há condições de transferência. A contraindicação do transporte será sempre a critério médico, nos casos de pacientes instáveis do ponto de vista hemodinâmico, que não suportariam o transporte previsto. Neste momento deverá também ser definido qual o tipo de viatura empregada na remoção, se ambulância de suporte básico ou avançado.

Após avaliação médica o paciente deverá ser comunicado sobre sua transferência, informando a unidade de destino e o meio de transporte, bem como deverá haver comunicação com a família/responsáveis deste paciente, pessoalmente ou via contato telefônico, caso este não esteja presente na unidade no momento da remoção.

Sequencialmente, a equipe de enfermagem deverá providenciar os documentos de prontuário do paciente, bem como a contrarreferência e iniciar o preenchimento do formulário de transferência interna / externa, conjuntamente com o enfermeiro que realizará a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

A unidade que irá receber o cliente, classificado como de alta complexidade, deverá ser comunicada da condição clínica do paciente, pelo enfermeiro e / ou médico da unidade de origem e preenchido em formulário de transferência

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

interna / externa, informando as especificações dos tipos de dispositivos invasivos, os materiais/equipamentos necessários, a descrição do uso de medicamentos e a necessidade de adoção de precauções específicas, caso haja. Esta comunicação poderá ser realizada através de contato médico a médico nas AMAs e via CROSS

ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE REMOÇÃO

CONDUTOR

- Realizar diariamente, antes do primeiro transporte, check list das condições da viatura;
- Acompanhar o check list realizado pelos profissionais de saúde;
- Conhecer integralmente o veículo e comunicar a necessidade de manutenção básica do mesmo;
- Conhecer a malha viária local;
- Conhecer a localização de todos os estabelecimentos de saúde integrados ao sistema assistencial local;
- Auxiliar os profissionais de saúde na retirada dos pacientes da maca ou cadeira até a ambulância;
- Auxiliar a equipe de saúde nos cuidados básicos de suporte à vida;
- Auxiliar a equipe nas imobilizações e transporte de vítimas;
- Realizar medidas de reanimação cardiorrespiratória básica;
- Saber identificar todos os tipos de materiais existentes nos veículos de socorro e sua utilidade, a fim de auxiliar a equipe de saúde.

TÉCNICO DE ENFERMAGEM

- A equipe multidisciplinar envolvida deverá ter conhecimento sobre este POP multiprofissional do transporte e seguir as normas estabelecidas neste;
- Manter-se atualizada e capacitada para manipular os equipamentos necessários durante o transporte. Caso o profissional não esteja apto a manipular o equipamento procurar ajuda de um profissional habilitado para tal;
- Realizar checklist dos equipamentos e materiais diariamente, antes do início da primeira remoção;
- Conferir a provisão de equipamentos necessários a assistência durante o transporte/remoção;
- Certificar-se de que todos os equipamentos necessários na ambulância estão fixados e/ou alocados em local seguro, sem risco de queda ou causar lesão no paciente e na equipe;
- Apresentar-se ao enfermeiro responsável no setor de origem do paciente, para receber as informações necessárias antes de retirá-lo do leito;
- Confirmar junto a enfermagem unidade de origem, o nome do paciente, as condições clínicas informadas pelo médico solicitante, a data e o local da transferência;
- Conferir toda a documentação necessária para o transporte do paciente preparada pela equipe de enfermagem do setor de origem do paciente (solicitação do exame, prontuário, exames anteriores, prescrição médica e quando necessário, medicações em uso)
- Realizar higienização das mãos;
- Preparar o paciente para o transporte/remoção;
- Assegurar a integridade física do paciente;
- Paramentar-se corretamente de acordo com a indicação clínica do paciente (precaução padrão, contato ou respiratória) s/n;

DS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

- Solicitar o auxílio do enfermeiro e/ou do técnico de enfermagem da unidade de origem, responsável pelo paciente, para passá-lo para maca ou cadeira de rodas, sempre que necessário;
- Transportar o paciente do leito até a ambulância sempre em maca ou cadeira de rodas;
- Assentar no banco atrás na ambulância, permanecer com cinto de segurança durante todo o percurso, mantendo vigilância constante junto ao paciente;
- Prestar assistência de enfermagem durante a remoção do paciente;
- Observar os devidos cuidados com conexões, sondas, cateteres e drenos, caso existam (atentar para o clampeamento do cateter vesical de demora, drenos e demais dispositivos durante o transporte e seu desclampeamento após o mesmo);
- Utilizar medidas de proteção e segurança durante o transporte/remoção do paciente (grades da maca elevada, usos de cinto de segurança, proteção de proeminências ósseas);
- Redobrar a vigilância nos casos de transporte de pacientes instáveis, obesos, inquietos, idosos, crianças, politraumatizados e sob sedação;
- Monitorar o nível de consciência e as funções vitais de acordo com o estado geral do paciente;
- Atuar na prevenção de possíveis instabilidades e complicações no estado geral do paciente;
- Comunicar ao Enfermeiro/Médico do setor de origem do paciente, qualquer alteração no estado geral do mesmo; e Enfermeiro/Médico do setor de destino qualquer alteração durante a remoção;
- Obedecer a lei do exercício profissional e o código de ética de enfermagem.
- Realizar a limpeza da maca com água e sabão, se sujidade visível, e desinfecção com álcool a 70%, sempre entre uma remoção e outra.
- Realizar a limpeza dos equipamentos e dispositivos médicos;

ENFERMEIRO

- A equipe multidisciplinar envolvida deverá ter conhecimento sobre este POP multiprofissional do transporte e seguir as normas estabelecidas neste;
- Manter-se atualizada e capacitada para manipular os equipamentos necessários durante o transporte. Caso o profissional não esteja apto a manipular o equipamento procurar ajuda de um profissional habilitado para tal;
- Após avaliação médica sendo optado pelo mesmo por remoção TIPO D com Ambulância de Suporte Avançado (USA) o Enfermeiro, nas AMAs deverá contatar o NIR da UPA Jaçanã, pelo PABX 11-4979-3070 e informar a necessidade de apoio, já no PSM Santana a solicitação deverá ser feita pelo NIR à empresa terceirizada Starex.
- Realizar checklist dos equipamentos e materiais diariamente, antes do início da primeira remoção;
- Conferir a provisão de equipamentos necessários a assistência durante o transporte/remoção;
- Certificar-se de que todos os equipamentos necessários na ambulância estão fixados e/ou alocados em local seguro, sem risco de queda ou causar lesão no paciente e na equipe;
- Apresentar-se ao enfermeiro responsável no setor de origem do paciente, para receber as informações necessárias antes de retirá-lo do leito;
- Confirmar junto a enfermagem unidade de origem, o nome do paciente, as condições clínicas informadas pelo médico solicitante, a data e o local da transferência;
- Conferir toda a documentação necessária para o transporte do paciente preparada pela equipe de enfermagem do setor de origem do paciente (solicitação do exame, prontuário, exames anteriores, prescrição médica e quando necessário, medicações em uso)
- Preparar o paciente para o transporte/remoção;
- Realizar higienização das mãos;

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP.ENF 135**	**VERSÃO:** Nº1
TRANSPORTE INTERNO / EXTERNO DE PACIENTES	**VALIDADE:01/12/2025**	**Pag. 6 de 8**

- Auxiliar o técnico de enfermagem da equipe de remoção na transferência do paciente da cama/maca para a maca e/ou cadeira de rodas de transporte.
- Paramentar-se corretamente de acordo com a indicação clínica do paciente (precaução padrão, contato ou respiratória) s/n;
- Observar os devidos cuidados com conexões, sondas, cateteres e drenos, caso existam (atentar para o clampeamento do cateter vesical de demora, drenos e demais dispositivos durante o transporte e seu desclampeamento após o mesmo);
- Utilizar medidas de proteção e segurança durante o transporte/remoção do paciente (grades da maca elevada, usos de cinto de segurança, proteção de proeminências ósseas);
- Assegurar a integridade física do paciente;
- Redobrar a vigilância nos casos de transporte de pacientes instáveis, obesos, inquietos, idosos, crianças, politraumatizados e sob sedação;
- Monitorar o nível de consciência e as funções vitais de acordo com o estado geral do paciente;
- Avaliar a condição clínica do paciente de modo a evitar o agravamento de seu quadro clínico com a remoção.
- Atuar na prevenção de possíveis instabilidade e complicações no estado geral do paciente;
- 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/conhecimento em suporte básico/avançado de vida, ventilação pulmonar assistida e obtenção de via aérea artificial.
- Informar a precaução do paciente conforme necessidade e sinalizar no formulário de transferência interna e externa (padrão, contato, gotículas e/ou aerossóis);
- Avaliar e registrar os sinais vitais (temperatura corporal, frequências cardíaca e respiratória e pressão arterial) em formulário de transferência interna e externa
- Comunicar ao Enfermeiro/Médico do setor de origem do paciente, qualquer alteração no estado geral do mesmo; e Enfermeiro/Médico do setor de destino qualquer alteração durante a remoção;
- Solicitar o auxílio do enfermeiro e/ou do técnico de enfermagem da unidade de origem, responsável pelo paciente, para passá-lo para maca ou cadeira de rodas, sempre que necessário;
- Transportar o paciente do leito até a ambulância sempre em maca ou cadeira de rodas;
- Assentar no banco atrás na ambulância, permanecer com cinto de segurança durante todo o percurso, mantendo vigilância constante junto ao paciente;
- Prestar assistência de enfermagem durante a remoção do paciente;
- Obedecer a lei do exercício profissional e o código de ética de enfermagem.
- Supervisionar e avaliar as ações de enfermagem da equipe exclusiva do transporte;
- Realizar orientações a toda equipe dos cuidados necessários para uma remoção segura;
- Prestar cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica a pacientes graves e com risco de vida, que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas;

MÉDICO

- A equipe multidisciplinar envolvida deverá ter conhecimento sobre este POP multiprofissional do transporte e seguir as normas estabelecidas neste;
- Manter-se atualizada e capacitada para manipular os equipamentos necessários durante o transporte. Caso o profissional não esteja apto a manipular o equipamento procurar ajuda de um profissional habilitado para tal;

DS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

- Avaliar a condição atual do paciente e a necessidade do transporte/remoção;
- Analisar o risco benefício do transporte de alto risco;
- Realizar higienização das mãos;
- Auxiliar o técnico de enfermagem da equipe de remoção na transferência do paciente da cama/maca para a maca e/ou cadeira de rodas de transporte.
- Paramentar-se corretamente de acordo com a indicação clínica do paciente (precaução padrão, contato ou respiratória) s/n;
- Observar os devidos cuidados com conexões, sondas, cateteres e drenos, caso existam (atentar para o clampeamento do cateter vesical de demora, drenos e demais dispositivos durante o transporte e seu desclampeamento após o mesmo);
- Utilizar medidas de proteção e segurança durante o transporte/remoção do paciente (grades da maca elevada, usos de cinto de segurança, proteção de proeminências ósseas);
- Assegurar a integridade física do paciente;
- Redobrar a vigilância nos casos de transporte de pacientes instáveis, obesos, inquietos, idosos, crianças, politraumatizados e sob sedação;
- Monitorar o nível de consciência e as funções vitais de acordo com o estado geral do paciente;
- Avaliar a condição clínica do paciente de modo a evitar o agravamento de seu quadro clínico com a remoção.
- Atuar na prevenção de possíveis instabilidade e complicações no estado geral do paciente;
- 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/conhecimento em suporte básico/avançado de vida, ventilação pulmonar assistida e obtenção de via aérea artificial.
- Preencher os documentos inerentes à atividade do médico;
- Registrar o procedimento e/ou intercorrências no prontuário /ficha do paciente.
- Preencher os documentos inerentes à atividade do médico;
- Garantir a continuidade da atenção médica ao paciente grave, até a sua recepção por outro médico;
- Obedecer ao código de ética médica.

OBSERVAÇÕES:
O transporte de acompanhantes será permitido somente para pacientes em que há previsão legal;
As crianças somente poderão ser transportadas no colo do responsável ou do profissional de saúde, se o mesmo estiver sentado na cadeira de rodas, com cinto de segurança. Deve-se utilizar a maca conforme necessidade.
A limpeza e desinfecção da ambulância ficará a cargo dos profissionais da equipe exclusiva do transporte contratada pela instituição.

6 – RESULTADO ESPERADO

Transportar todos os pacientes com agilidade, de forma segura, não alterando o seu estado hemodinâmico atual e garantindo a continuidade do processo assistencial em tempo hábil.

7 – AÇÕES CORRETIVAS

DS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP.ENF 135**	**VERSÃO:** Nº1
TRANSPORTE INTERNO / EXTERNO DE PACIENTES	**VALIDADE:01/12/2025**	**Pag. 8 de 8**

8 – RISCOS DO PROCESSO

- Demora na realização do transporte, gerando ansiedade no paciente/família/equipe e ou perda da vaga cedida via CROSS
- Falta de material, equipamento e pessoal adequados.
- Alteração hemodinâmica com piora do estado atual.

9 – INDICADORES

N/A

10 – ANEXOS

Check list de ambulância
Formulário de Transferência

12 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

N/A

DS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP. 138	VERSÃO:01
ATENDIMENTO MÉDICO AOS COLABORADORES EM HORÁRIO DE TRABALHO	VALIDADE:08/2026	Pag. 1 de 5

Elaborado por: Kauê de Cezaro dos Santos	Data: 30/07/2024	Visto: Assinado por: KAUE SANTOS A023D24A445A4DE...
Revisado por: Carla Carin Casaes	Data: 31/07/2024	Visto: DocuSigned by: FAEF0D486FD6449...
Aprovado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz	Data: 01/08/2024	Visto: Assinado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz C5C19F20071845...

Rev.	Data	Descrição da Revisão / Data / Responsável
1	30/07/2024	Elaboração do documento

DS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP. 138	VERSÃO:01
ATENDIMENTO MÉDICO AOS COLABORADORES EM HORÁRIO DE TRABALHO	VALIDADE:08/2026	Pag. 2 de 5

1- OBJETIVO

Estabelecer diretrizes para o atendimento médico de colaboradores da organização social, durante sua jornada de trabalho, dentro da unidade de urgência e emergência, a fim de garantir rápido desfecho e balizando-se nas diretrizes éticas e bioéticas de atendimento.

2– ALCANCE

Unidades de urgência e emergência (UPA Jaçanã)

3 – COMPETÊNCIA

Enfermeiro

Médico

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

Acolhimento com classificação de risco (ACCR): Método de classificação de pacientes com base no Protocolo Manchester visando priorização do atendimento conforme gravidade.

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP. 138	VERSÃO:01
ATENDIMENTO MÉDICO AOS COLABORADORES EM HORÁRIO DE TRABALHO	VALIDADE:08/2026	Pag. 3 de 5

Uma vez o colaborador, seja ele em regime de contratação direta ou terceiro, em seu horário de trabalho, necessitar de atendimento médico, este deverá comunicar sua gestão imediata, registrar biometria em ponto eletrônico e ir até o totem de retirada de senha, conforme fluxo interno da unidade.

Após retirada de senha, deverá ser acolhido pelo enfermeiro classificador de risco, definindo a priorização de atendimento conforme o protocolo institucional e em seguida direcionado ao consultório do médico referência do plantão (consultório atendimento laranja – UPA Jaçanã).

Obs.: Caso haja pacientes do serviço, classificados como laranja, estes serão atendidos prioritariamente em relação aos colaboradores classificados como azul, verde ou amarelo.

Este médico, atenderá o colaborador inicialmente, com avaliação global e caso julgue necessário encaminhará para o atendimento do especialista ou encerrará o atendimento com as devidas orientações e medicações.

Colaboradores fora do horário de trabalho, deverão seguir o fluxo habitual de atendimento, não sendo priorizado o atendimento destes de forma alguma.

Para atendimento por parte dos especialistas médicos aos colaboradores em horário de expediente, obrigatoriamente, se faz necessária a avaliação prévia do médico referência do dia, não sendo permitido o encaminhamento direto a estes.

6 – RESULTADO ESPERADO

Agilidade no atendimento dos colaboradores em horário de trabalho e direcionamento eficiente para médico de referência do serviço.

7 – AÇÕES CORRETIVAS

N/A

8 – RISCOS DO PROCESSO

DS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

Recusa em consulta pelo médico do setor de alto risco.
Encaminhamento direto do colaborador em horário de trabalho para atendimento com especialista

9 – INDICADORES

N/A

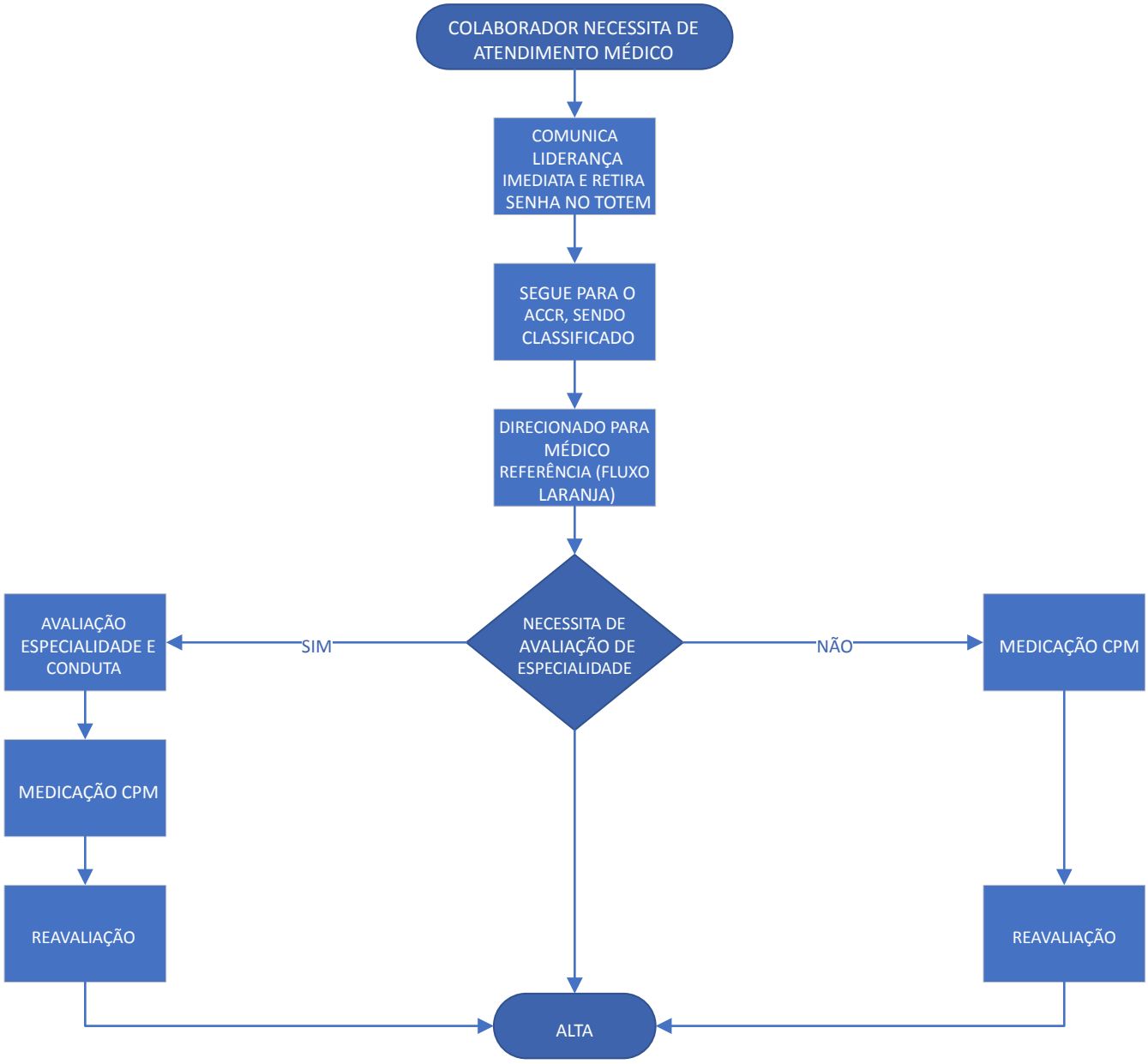
10 – ANEXOS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP. 138	VERSÃO:01
ATENDIMENTO MÉDICO AOS COLABORADORES EM HORÁRIO DE TRABALHO	VALIDADE:08/2026	Pag. 5 de 5

ATENDIMENTO MÉDICO DE COLABORADORES EM HORÁRIO DE TRABALHO

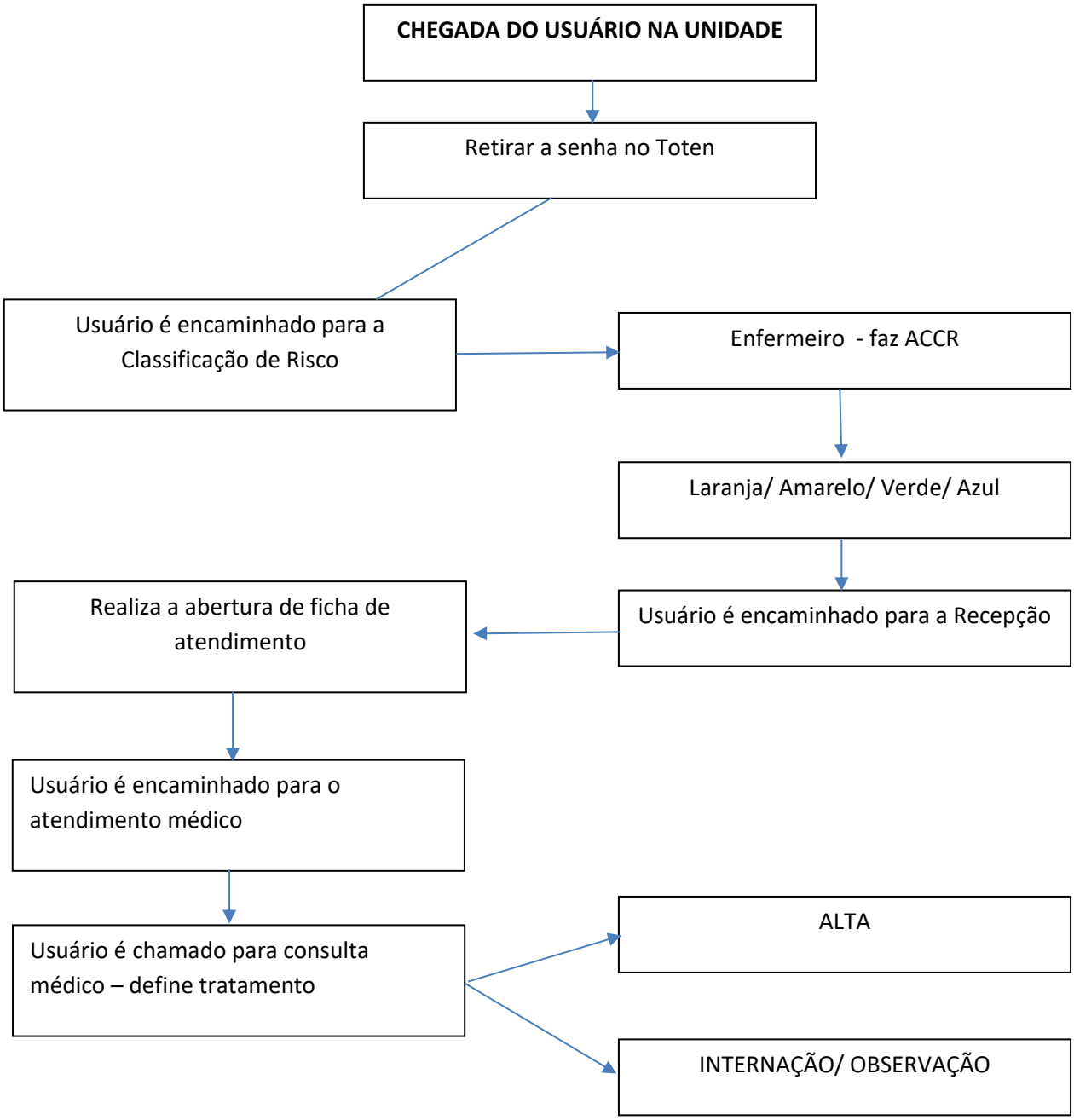


11 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

N/A

DS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641



HISTÓRICO DO DOCUMENTO			Data elaboração: 10/2023 Vencimento: 10/2025
Número da Revisão	Data da Revisão	Responsável pela Revisão	Descrição do que foi revisado
Não Aplica			
ASSINATURAS E CARIMBOS: Carla Carin Casaes			

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP Enf - 140	
CONTROLE DE ACESSO NAS UNIDADES DE SAÚDE	VALIDADE: 08//2026	Pag. 1 de 4

Elaborado por: Coordenação Facilities	Data: 08/2024	Visto: DocuSigned by: Alexandra Cassiano Molinero 61DB6855C9E2434...
Verificado por: Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente	Data: 08/2024	Visto: DocuSigned by: Erica de Cassia Lamindo C3591491EA564CF...
Aprovado por Coordenação da Urgência e Emergência - ZN	Data: 08/2024	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 80E0F55E05D144F...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
0	Não se aplica	Elaboração do documento

DS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

1- OBJETIVO

Normatizar e Disciplinar os procedimentos para um efetivo controle de entrada, circulação e saída de pessoas.

2 – ALCANCE

Este documento aplica-se a todas as áreas que integram a estrutura organizacional da Urgência e Emergência – ZN – UPA, PSM e AMAs.

3 – COMPETÊNCIA

Controladores de Acesso e ou Vigilantes, Recepção e Administrativo da Unidade.

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

Visitante Externo Autorizado – aplica-se a toda e qualquer pessoa que não seja funcionário fixo da Unidade e à prestadores de serviços.

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

ENTRADA PRINCIPAL

O controle desse acesso é realizado pelo controlador de acesso e ou vigilante e sempre pela entrada principal da unidade.

Em caso de **visitantes e prestadores de serviços,** o controlador de acesso e ou vigilante deve recepcionar e encaminhar para recepção para dar início ao cadastro.

- A recepção irá efetuar o cadastro através de uma planilha, contendo todas as informações necessárias, data, nome completo, empresa, telefone de contato, documento de identificação, placa do veículo, área a ser visitada, horário de entrada e saída.

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

- Após a identificação, a recepção entrará em contato com o setor responsável, em caso de liberação será entregue um crachá de identificação, o qual o visitante ou o prestador de serviço deverá usar em local visível durante toda permanência na unidade.

- Ao término da visita/serviço, o visitante/prestador terá que se dirigir à recepção para dar a saída no cadastro e efetuar a devolução do crachá de identificação, sua saída da unidade sempre se dará pela porta principal.

ESTACIONAMENTO (quando disponível na unidade)

O estacionamento é de uso exclusivo dos colaboradores da unidade ou corporativos.

Prestadores de serviços obrigatoriamente devem adentrar à Unidade pela entrada principal.

6 – RESULTADO ESPERADO

Zelar pelo patrimônio da instituição e integridade física dos servidores ou de terceiros, aumentando assim o nível de segurança na unidade.

7 – AÇÕES CORRETIVAS

Reavaliação do processo e treinamento da equipe.

8 – RISCOS DO PROCESSO

Danos físicos e materiais aos funcionários e bens patrimoniais.

9 – INDICADORES

Não se aplica

10 – ANEXOS

Não se aplica

11 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

DS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

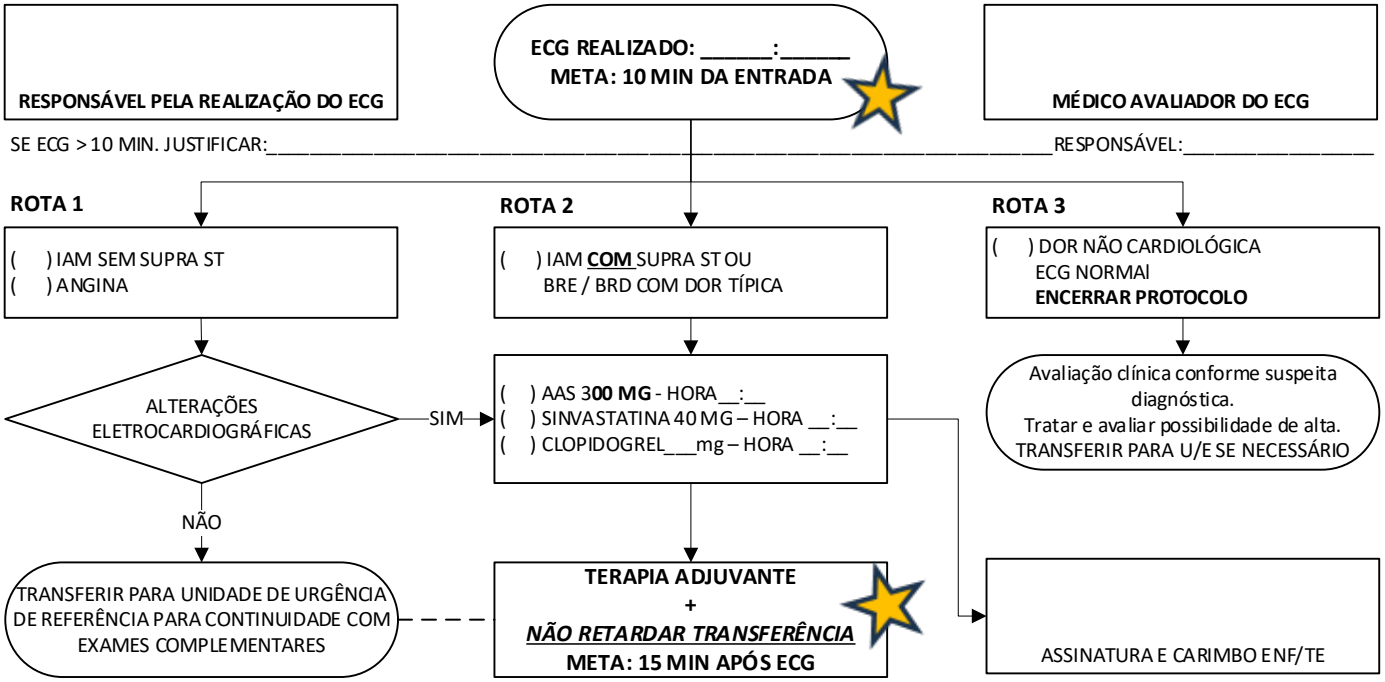
Não se aplica

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA - AMA

NOME COMPLETO:	
DATA DE NASCIMENTO: _____/_____/_____ PESO:	
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:	
DOR TORÁCICA → ELETROCARDIOGRAMA (VISTO PELO MÉDICO - META < 10 MIN)	
ENTRADA NA UNIDADE: DATA ____/____/_____ HORÁRIO: _____:_____	
INÍCIO DOS SINTOMAS: DATA ____/____/_____ HORÁRIO: _____:_____	**ENFERMEIRO CLASSIFICADOR**



ATENÇÃO
< 75 anos:
Clopidrogrel: 300 mg

> 75 anos:
Clopidrogrel: 75 mg

ATENTAR PARA CONTRAINDICAÇÕES NO USO DO ÁCIDO ACETILSALICÍLICO (AAS)

LEGENDA: PERIGOS DO PROCESSO



( ) DOR TIPO A (Definitivamente Anginosa)	**( ) DOR TIPO B (Provavelmente Anginosa)**	**( ) DOR TIPO C (Provavelmente Não Anginosa)**	**( ) DOR TIPO D (Definitivamente Não Anginosa)**
Dor/Desconforto retroesternal ou precordial, geralmente precipitado pelo esforço físico, podendo ter irradiação para o ombro, mandíbula ou face interna do braço, comduração de minutos. A mesma pode ser aliviada com o repouso ou com o uso de Nitrato em um período <10 minutos. Não são necessários exames complementares para a definição diagnóstica.	As características da dor torácica fazem da insuficiência coronária a principal hipótese, porém, são necessários exames complementares para a definição diagnóstica.	Dor torácica cujas características não fazem da insuficiência coronária a principal hipótese (dor torácica atípica), porém, são necessários exames complementares para excluí-la.	As características não incluem a Síndrome Coronariana Aguda como hipótese diagnóstica. Não apresenta nenhuma das características da dor típica anginosa.

Manter protocolo: ( ) **SIM** ( ) **NÃO** ASS/CARIMBO MÉDICO: _____

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.SBCD.ASS.047	VERSÃO:01
COMUNICAÇÃO EM SITUAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS/ DESFECHOS CRÍTICOS	VALIDADE: 08/2025	Pag. 1 de 7

Elaborado por: Silvia Urbaniski	Data: 08/2023	Visto:
Elaborado por: Flavio Scordamai	Data: 08/2023	Visto:
Revisado por: NGQSP	Data: 08/2023	Visto:
Aprovado por: Gerencia Assistencial	Data: 08/2023	Visto:

Rev.	Data	Descrição da Revisão / Data / Responsável
1	08/2023	Emissão inicial.

1- OBJETIVOS

Implementar estratégias de comunicação adequada para reportar de forma digna, humana e efetiva as situações de desfechos críticos.

2 – ALCANCE

Este POP se aplica a todos os profissionais que prestam assistência direta ou indiretamente aos pacientes nas unidades básicas de saúde geridas pela SBCD.

3 – COMPETÊNCIA

Médicos;
Enfermeiros;
Equipe multiprofissional.

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

Comunicação: O processo de comunicação consiste na transmissão de informação entre um emissor e um receptor que decodifica (interpreta) uma determinada mensagem.

Segurança do Paciente: Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) Segurança do Paciente é a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável. Podendo ser entendido como a redução de atos inseguros nos processos assistenciais e utilização de melhoras práticas assistenciais, buscando alcançar os melhores resultados possíveis para o paciente.

Humanização: A humanização é um conceito construído por relacionamentos interpessoais de qualidade, questões estruturais e éticas, significa reconhecer integralmente as necessidades que o paciente tem, ou seja, tanto no âmbito físico como psicológico.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

Cuidado Paliativo: é uma abordagem que melhora a qualidade de vida de seus pacientes (adultos e crianças) e famílias, que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida. Previne e alivia sofrimento através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas, sejam físicos, psicossociais ou espirituais.

S – Setting up: Preparando-se para o encontro. Treinar antes é uma boa estratégia. Apesar de a notícia ser triste, é importante manter a calma, pois as informações dadas podem ajudar o paciente a planejar seu futuro. Procure por um lugar calmo e que permita que a conversa seja particular. Mantenha um acompanhante com seu paciente, isso costuma deixá-lo mais seguro. Sente-se e procure não ter objetos entre você e seu paciente. Escute atentamente o que o paciente diz e mostre atenção e carinho.

P – Perception: Percebendo o paciente. Investigue o que o paciente já sabe do que está acontecendo. Procure usar perguntas abertas.

I – Invitation: Convidando para o diálogo. Identifique até onde o paciente quer saber do que está acontecendo, se quer ser totalmente informado ou se prefere que um familiar tome as decisões por ele. Isso acontece! Se o paciente deixar claro que não quer saber detalhes, mantenha-se disponível para conversar no momento que ele quiser.

K – Knowledge: Transmitindo as informações. Introduções como "infelizmente não trago boas notícias" podem ser um bom começo. Use sempre palavras adequadas ao vocabulário do paciente. Use frases curtas e pergunte, com certa frequência, como o paciente está e o que está entendendo. Se o prognóstico for muito ruim, evite termos como "não há mais nada que possamos fazer". Sempre deve existir um plano!

E – Emotions: Expressando emoções. Aguarde a resposta emocional que pode vir, dê tempo ao paciente, ele pode chorar, ficar em silêncio, em choque.

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

As unidades básicas de saúde deverão implantar este POP em todos os pontos de atenção da assistência a fim de alcançar a melhoria na comunicação frente a diagnósticos/ desfechos críticos.

COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS:

Pode-se definir uma má notícia como qualquer informação que possa afetar de forma séria e adversa a visão de um indivíduo sobre seu futuro. As situações podem variar conforme a especialidade envolvida; pode ser um diagnóstico de uma doença que ameace a vida, como o câncer ou a AIDS; uma doença crônica, como diabetes; a amputação de um membro; o fim das possibilidades curativas; um prognóstico ruim; a perda da visão ou audição; uma intercorrência em uma cirurgia; o custo de um tratamento; a proximidade da morte e muitas outras situações

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

que gerem grande estresse para este profissional.

Quem deve informar?

É de responsabilidade do médico participar do processo de informação, pois é ele quem está apto a responder à maioria das questões, prestar maiores esclarecimentos sobre a situação de saúde do indivíduo, após uma má notícia em saúde, e traçar estratégias terapêuticas futuras, bem como envolver a equipe de saúde que se fizer necessária para o apoio. Todos envolvidos devem informar de forma clara, com profissionalismo e de forma humanizada.

Não se deve deixar a critério de parentes ou familiares a decisão (ou maneira) de se informar a um paciente uma notícia ruim em saúde.

O profissional de saúde é proibido de transferir a responsabilidade de informar uma notícia ruim, ou qualquer informação relacionada a exames, diagnósticos ou prognósticos, para membros da família do paciente, salvo em situações excepcionais amparados por lei.

A comunicação entre equipe de saúde e o paciente pode influenciar a adesão ao tratamento e a satisfação com o atendimento realizado. Além disso, não se têm sempre notícias boas e comunicá-las não é tarefa fácil. Para ajudar a comunicar más notícias, o método SPIKES (Anexo1), é um passo a passo para abordagem de pontos importantes a serem trabalhados ao longo desse tipo de situação limite. O objetivo do protocolo SPIKES é, de alguma maneira, organizar este momento, ajudando profissionais e pacientes a manter uma comunicação clara e aberta. Este método é baseado em uma técnica mnemônica e consiste em:

S – Setting up

Em primeiro lugar, é importante que a informação a ser revelada seja confirmada. Ler novamente o prontuário e ter em mãos os resultados de exames laboratoriais, clínicos ou de imagem é, inicialmente, uma boa estratégia. A postura do médico que irá informar uma notícia ruim deve indicar conexão, segurança e apoio. Uma estratégia para o estabelecimento de uma conexão interpessoal eficiente é a de tentar imitar pequenos gestos, de assentir com a cabeça enquanto o paciente se expressa, de tentar utilizar a mesma velocidade de discurso do paciente, de não cruzar as pernas, de apontar os joelhos para o paciente inclinando o tórax ligeiramente em sua direção, de não cruzar os braços e de estar sempre na altura dos olhos do interlocutor. Estas são técnicas que podem aumentar a empatia e ajudar a estabelecer proximidade e confiança com o paciente.

O ambiente também deve ser preparado, garantindo toda a privacidade e conforto possível. Eventualmente, não é possível que todos os elementos sejam revelados em uma única vez. Os profissionais da saúde podem necessitar de mais de uma consulta para revelar todos os dados e responder a todas as questões. Por conseguinte, tempo e disponibilidade são fundamentais.

P – Perception:

Percebendo o paciente. Investigue o que o paciente já sabe do que está acontecendo. Procure usar perguntas abertas. Alguns exemplos de questões que podem ajudar nesta etapa são:

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

- O que o senhor sabe sobre a sua doença?
- Quando o senhor fez os exames, quais a possibilidades de resultados foram discutidas?
- O que já foi explicado para o senhor?
- Por que o senhor procurou assistência médica?
- O que o senhor imaginou que poderia ser? E agora?
- O senhor sabe por que foi encaminhado para este serviço?

I – Invitation

Avaliar o quanto o paciente sabe e o quanto quer saber, também, tem a finalidade de ser um preâmbulo para a informação. O paciente também tem o direito de não ser informado; neste caso, este deve nomear a pessoa com quem se deve discutir a questão. Uma boa estratégia é aguardar e deixar espaço para que o paciente convide o médico a compartilhar a informação e pergunte diretamente sobre o seu diagnóstico, prognóstico ou resultado de exames. A partir deste ponto, a maioria dos pacientes pode já estar preparada para o próximo passo: receber uma informação desagradável.

K- Knowledge

Introduções como "infelizmente não trago boas notícias" podem ser um bom começo. Use sempre palavras adequadas ao vocabulário do paciente. Use frases curtas e pergunte, com certa frequência, como o paciente está e o que está entendendo. Se o prognóstico for muito ruim, evite termos como "não há mais nada que possamos fazer". A literatura mostra que o profissional da saúde não deve se desculpar por uma notícia ruim, pois o paciente e até seus familiares podem interpretar como se, de alguma forma, o médico fosse responsável pela situação. É mais comum, no momento do diagnóstico, que o paciente e seus familiares demandem uma quantidade grande de informações e, no decorrer do processo de adoecimento, essa exigência diminua, especialmente, em relação à expectativa de vida e prognóstico. Há de se ter cuidado especial em relação aos pacientes portadores de doença que ameace a vida, como o câncer, no momento de discutir o prognóstico. É aconselhável evitar a informação com exatidão quanto a meses ou anos de vida, pois estudos indicam que os médicos tendem a superestimar expectativa de vida na maioria dos casos. Se o paciente fizer absoluta questão, gráficos e tabelas sobre tempo médio estimado de vida atinente à doença em questão podem ser úteis nesta discussão e facilitar o entendimento do paciente. Por sua vez, uma estimativa pode ser necessária e muito útil para que o paciente possa fazer planos e, ainda, sentir-se com algum controle sobre sua vida.

E – Emotions

Cada indivíduo reage de uma forma distinta. Aguarde a resposta emocional que pode vir, dê tempo ao paciente, ele pode chorar, ficar em silêncio, em choque. Neste ponto as diferenças étnicas e culturais são marcantes no que concerne ao tipo de resposta emocional apresentada por aquele que recebeu a má notícia. A equipe de saúde deve estar preparada para qualquer tipo de reação. Considerando-se os diversos cenários possíveis, é recomendado que o profissional da saúde simplesmente permita ao paciente sentir toda a emoção e

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS LAPH

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

ter tempo para chorar e se expressar livremente. Sugere-se que a equipe ouça, muito mais do que fale, com paciência e solidariedade, deixando o paciente se acalmar.

S – Strategy and Summary:

É importante deixar claro para o paciente que ele não será abandonado, que existe um plano ou tratamento, curativo ou não. É aconselhável envolver o paciente, valorizando sua autonomia e individualidade nas decisões sobre o melhor caminho a seguir. É possível planejar com o enfermo os próximos cuidados a serem oferecidos e as opções de tratamento. Incluir, no planejamento, conforme a situação, cuidados interdisciplinares como a fisioterapia, a nutrição, o acompanhamento psicológico, a terapia sexual, a terapia ocupacional, o acompanhamento espiritual e outras especialidades médicas que poderiam auxiliar no melhor controle dos sintomas. As opções devem ser apresentadas com segurança e os riscos e benefícios expostos de maneira clara e objetiva. O paciente deve saber que existe um plano traçado para seu cuidado. Ao final do atendimento, é aconselhável que a próxima consulta seja prontamente agendada e que se assegure a disponibilidade da equipe para os esclarecimentos do paciente e de sua família.

COMUNICAÇÃO DE RESULTADOS CRÍTICOS: A comunicação dos valores ou resultados críticos para exames laboratoriais foi alinhada (POP.SBCD.ASS.007), conforme rotina estabelecida, entre os profissionais do laboratório e equipe assistencial.

PROTOCOLO DE COMUNICAÇÃO EFETIVA: A comunicação é fundamental para um bom desenvolvimento do trabalho, pois é o elo de interação que fortalece o vínculo entre a equipe interdisciplinar e o paciente. Uma comunicação efetiva, que seja oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade e compreendida pelo receptor, reduz a ocorrência de erros e resulta na melhoria de segurança do paciente. (POP.SBCD.ASS.018)

***INCLUSÃO DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS*:** A inclusão do paciente pode ocorrer por solicitação espontânea do médico assistente ou após Busca Ativa da equipe, que ao reconhecer necessidade de abordagem de Cuidados Paliativos, sinaliza ao médico da equipe assistente. O atendimento é realizado preferencialmente na presença de familiar/responsável legal, porém se indisponível é realizada avaliação inicial e agendada reunião familiar em segundo momento. No atendimento inicial os objetivos são de coletar dados biográficos, acessar valores humanos individuais de cada pessoa, formar vínculo terapêutico com pacientes e familiares, revisar dados biológicos, identificar necessidade de ações imediatas para controle de sofrimento físico ou psíquico e, se possível, definir um plano terapêutico individualizado (PTS).

REGISTRO EM PRONTUÁRIO: Um dos quesitos que mais impacta na segurança do paciente é o registro assertivo, pois informações fidedignas são imprescindíveis para uma assistência segura. Portanto faz se necessário que os registros em prontuários sejam completos, atualizados, precisos, fidedignos, legíveis e com terminologia própria da profissão. Faz-se necessário ainda, a garantia da compreensão por parte do interlocutor e dos familiares.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.SBCD.ASS.047	VERSÃO:01
COMUNICAÇÃO EM SITUAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS/ DESFECHOS CRÍTICOS	VALIDADE: 08/2025	Pag. 6 de 7

6 – RESULTADO ESPERADO

1) Reduzir a ocorrência de erros relacionados à falha de comunicação entre a equipe de saúde;

2) Garantir que todo o processo de troca de informação entre pessoas resulte em compreensão sobre o que está sendo comunicado frente a situações delicadas;

3) Garantir a proximidade e vínculo entre profissional de saúde e paciente, que ultrapassa barreiras, e facilita a troca de informações.

7 – AÇÕES CORRETIVAS

1) Correção imediata da comunicação;
2) Ajuste imediato do processo de registro.

8 – RISCOS DO PROCESSO

1) Ausência/ ineficiência na comunicação intersetorial.
2) Incerteza e falta de informação por parte do profissional;
3) Confusão gerada pela utilização do linguajar médico;
4) Tempo curto de escuta ativa durante a consulta.
5) Ouvinte apresenta déficit da cognição/compreensão.

9 – INDICADORES

Não aplica.

10 – ANEXOS

Tabela 1 - O Protocolo SPIKES

S	*Setting up*	Preparando-se para o encontro
P	*Perception*	Percebendo o paciente
I	*Invitation*	Convidando para o diálogo
K	*Knowledge*	Transmitindo as informações
E	*Emotions*	Expressando emoções
S	*Strategy and Summary*	Resumindo e organizando estratégias

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

12 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Programa Nacional de Segurança. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdAcessado em: 09/08/2023

Comunicando Más Notícias – Protocolo SPIKES https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1365/rdt_v21n3_106-108.pdf - Acesso em 10/08/2023

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco - SBCD		
MANUAL	MAN.SBCD.UE.001	**VERSÃO: 01**
MANUAL CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - PROTOCOLO MANCHESTER AMAs	**VALIDADE: 07/2027**	Página **1** de **107**

Elaborado por: Assessora Técnica Renata Colamarche	Data: 07/2025	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 90E0F55E05D144F...
Revisado por: Sabrina Benetti - Coordenadora da Qualidade	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Sabrina Benetti 36842B6BE0BF4CE...
Aprovado por: Gerência Assistencial - Carla Carin Casaes	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Carla Carin Casaes FAEFCD486FD6449...

MANUAL – ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

DS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

INTRODUÇÃO

A **Portaria 2048 do Ministério da Saúde** propõe a implantação nas unidades de atendimento de urgências o acolhimento e a "triagem classificatória de risco". De acordo com esta Portaria, este processo "deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento" (BRASIL, 2002). **O Acolhimento com Classificação de Risco – ACCR** - se mostra como um instrumento reorganizador dos processos de trabalho na tentativa de melhorar e consolidar o Sistema Único de Saúde. Vai estabelecer mudanças na forma e no resultado do atendimento do usuário do SUS. Será um instrumento de humanização. A estratégia de implantação da sistemática do Acolhimento com Classificação de Risco possibilita abrir processos de reflexão e aprendizado institucional de modo a reestruturar as práticas assistenciais e construir novos sentidos e valores, avançando em ações humanizadas e compartilhadas, pois necessariamente é um trabalho coletivo e cooperativo. Possibilita a ampliação da resolutividade ao incorporar critérios de avaliação de riscos, que levam em conta toda a complexidade dos fenômenos saúde/doença, o grau de sofrimento dos usuários e seus familiares, a priorização da atenção no tempo, diminuindo o número de mortes evitáveis, sequelas e internações. A Classificação de Risco deve ser um instrumento para melhor organizar o fluxo de pacientes que procuram as portas de entrada de urgência/emergência, gerando um atendimento resolutivo e humanizado.

Acolhimento com Classificação de Risco Por Cores

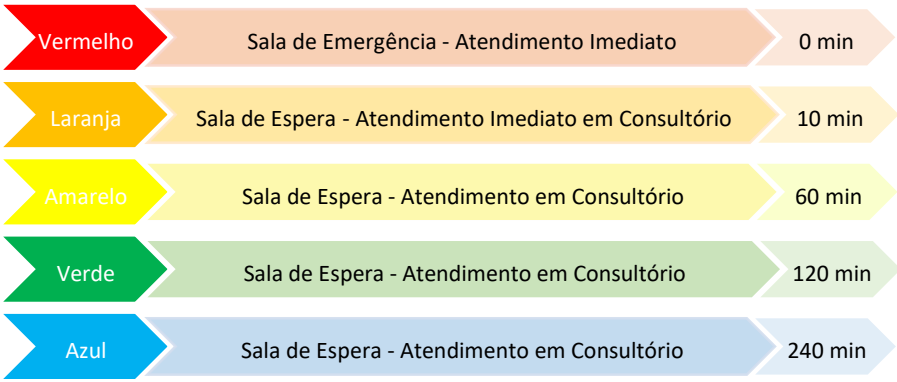
O **Protocolo de Classificação de Risco por Cores** classifica os doentes por cores, após uma triagem baseada em sintomas, de forma a representar a gravidade do quadro e o tempo de espera para cada paciente, conforme a tabela abaixo:

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

	COR	NOME	TEMPO
Primeiro	**Vermelho**	Emergência	0
Segundo	**Laranja**	Muito urgente	10
Terceiro	**Amarelo**	Urgente	60
Quarto	**Verde**	Pouco urgente	120
Quinto	**Azul**	Não urgente	240

A escolha de uma destas classificações também determina o fluxo interno da unidade, determinando o setor e a priorização do atendimento médico. Eles devem ser da seguinte forma:



Classificador / Tomada de Decisão

Conforme a lei do exercício profissional, o enfermeiro é o profissional habilitado para a realização da triagem (BRASIL, 2005*). Diante desse cenário

DS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

e mediante as necessidades de implantação da classificação de risco na Rede de Atenção à Saúde no Brasil, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), conforme a Resolução Nº 423/2012, ressalta que o acolhimento com classificação de risco pode ser realizado pelo enfermeiro desde que não haja exclusão de pacientes, que o atendimento médico seja garantido e que sejam firmados protocolos, promovendo a agilidade do atendimento de forma digna e harmonizada (BRASIL, 2005; COFEN, 2012*).

A tomada de decisão

A tomada de decisão é parte integrante e importante da prática clínica e de enfermagem. Uma adequada **avaliação clínica** de um paciente requer tanto **raciocínio** como **intuição**, e ambos devem se basear em conhecimentos e aptidões profissionais. Assim, como parte de seu processo de aptidão é preciso que você aprenda a **interpretar**, **discriminar** e **avaliar.**

Dessa forma, a tomada de decisão deve ser orientada por 05(cinco) passos de acordo com este sistema (FREITAS, 1997):

A) Identificação do problema

Realizada mediante a obtenção de informações relacionadas ao próprio paciente, das pessoas que lhe prestaram cuidados e/ou qualquer pessoal de saúde pré-hospitalar.

B) Coleta e análise das informações relacionadas a solução do problema

Uma vez identificando o fluxograma, esta fase se torna menos complexa, pois se podem procurar os discriminadores em cada nível do fluxograma. Os fluxogramas facilitam a avaliação rápida a partir de perguntas estruturadas.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

C) Avaliação de todas as alternativas e seleção de uma delas para implementação

Os enfermeiros obtêm uma grande quantidade de dados sobre os pacientes que observam. Estes são integrados aos fluxogramas, aos quais fornecem o quadro organizacional para a ordenação dos processos do raciocínio para durante a triagem. Ou seja, os fluxogramas integram o processo de tomada de decisão no quadro clínico.

D) Implementação da alternativa selecionada

Os profissionais classificadores aplicam uma das cinco categorias existentes com nome, cor e identificações específicos que melhor se adapta à urgência da condição apresentada pelo paciente.

E) Monitoramento da implementação e avaliação dos resultados

O resultado é identificado a medida em que é identificado em como e quando chegou-se aquela categoria. Isso facilita a reavaliação e posterior confirmação ou alteração da categoria.

Na **coleta e análise das informações** o destaque é para os discriminadores que são fatores que fazem a seleção dos pacientes, de modo a permitir a sua inclusão em uma das cinco prioridades clínicas. Estes **Discriminadores** podem ser gerais ou específicos (FREITAS, 1997).

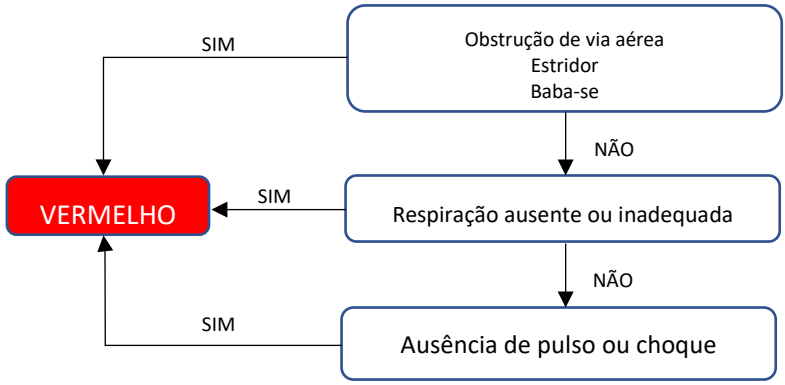
DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

Os discriminadores gerais se aplicam a todos os pacientes, independentemente da condição que apresentam e surgem repetidamente ao longo dos fluxogramas. Os discriminadores específicos nos remetem aos casos individuais ou a pequenos grupos de apresentações e tendem a se relacionar com características-chave de condições particulares. Ex: Dor aguda é um discriminador geral, dor precordial e dor pleurítica são discriminadores específicos.

Os **discriminadores gerais** são: risco de morte; dor; hemorragia; nível de consciência; temperatura e agravamento. Segundo Freitas (1997*), os discriminadores gerais são uma característica recorrente dos fluxogramas e, por essa razão, precisamos entender cada um deles detalhadamente a fim de termos uma boa compreensão do método de triagem. Acompanhe na animação os detalhes de cada um:

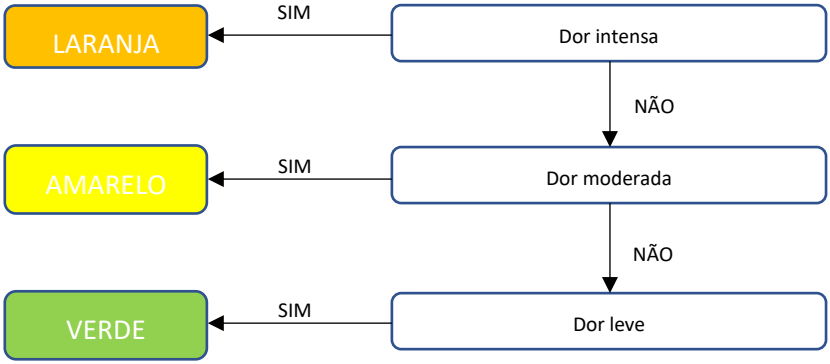
Risco de Morte - Este discriminador reconhece que qualquer perda ou ameaça das funções vitais (vias aéreas, respiração e circulação) coloca o paciente no primeiro grupo de prioridades.



DS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

Dor - Todas as avaliações de triagem devem incluir uma avaliação da dor. A dor severa indica uma dor intolerável – significativa e insuportável. Qualquer paciente com grau de dor inferior a esta deve, por exclusão - salvo se existirem outros discriminadores que sugiram maior gravidade - no mínimo, ser colocado na prioridade pouco urgente e não na prioridade não urgente.



Hemorragia - A hemorragia apresenta-se de várias formas, principalmente, mas não exclusivamente, na que envolve traumatismo. Os discriminadores de traumatismo são: exsanguinante, grande hemorragia incontrolável ou pequena hemorragia incontrolável. A tentativa de controlar com sucesso a hemorragia por compressão determina a gravidade da mesma. De modo geral,

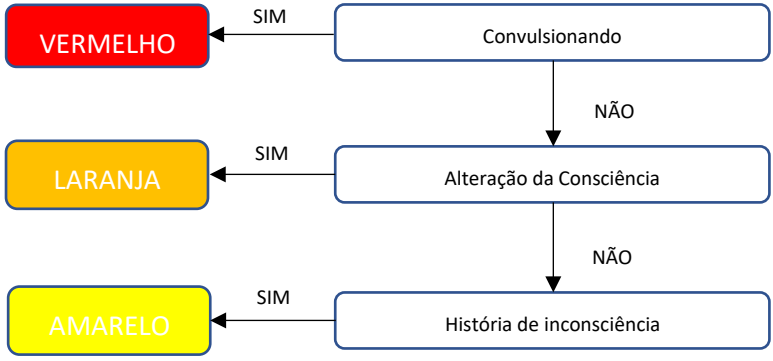
DS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

uma hemorragia contínua tem maior prioridade clínica. Uma hemorragia que não é controlada pela aplicação de pressão direta constante e que continua a sangrar abundantemente ou ensopa rapidamente compressas ou chumaços grandes é descrita como grande hemorragia incontrolável, enquanto que uma hemorragia que continua a sangrar ligeiramente ou intermitentemente é descrita como pequena hemorragia incontrolável. Qualquer hemorragia por menor que seja, deverá - salvo se existirem outros discriminadores que conduzam a uma maior prioridade clínica – merecer, pelo menos, a prioridade urgente.

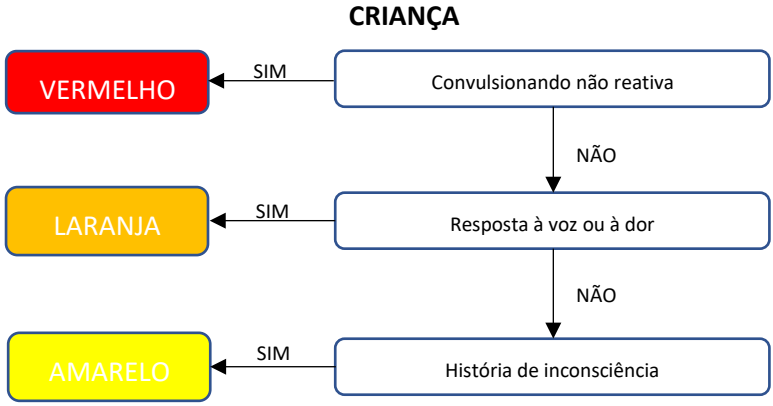
Consciência - O nível de consciência é analisado separadamente para adultos e crianças. Nos adultos apenas os pacientes em estado de mal epilético são sempre colocados na categoria de intervenção emergente (vermelho). Os pacientes adultos com grau de consciência alterado (apenas respondem a voz ou a dor pela ECG, ou que não respondem) são incluídos na categoria de muito urgentes. Todos os pacientes com história de alteração do nível de consciência devem ser colocados na categoria urgente.

ADULTO

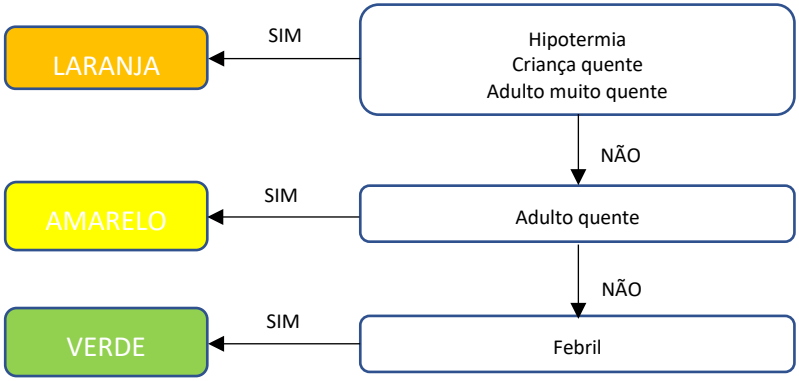


DS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641



Temperatura (T) - Se o paciente estiver muito quente, com T = ou > de 41ºC, deve receber a categoria muito urgente (laranja); se estiver quente, com T



DS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

entre 38,5 a 40,9 ºC, deve receber a categoria urgente (amarelo) e, se apresentar a temperatura em torno de 37,5 a 38,4 ºC (febrícula/subfebril), deve receber a categoria pouco urgente (verde). Procure sempre verificar a temperatura timpânica por ser rápida e mais exata. Ver quadro de temperatura.

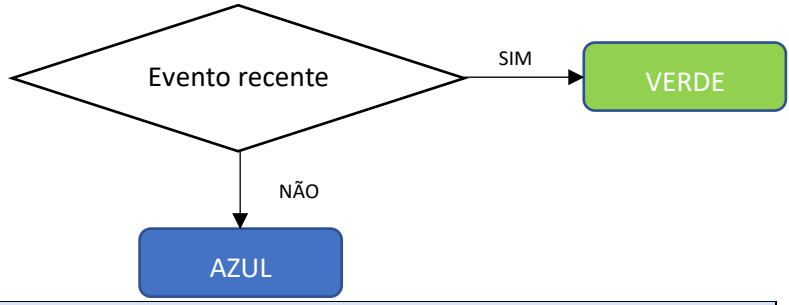
Tabela de Temperatura		
	Adultos	Crianças
Muito quente	≥ 41°C	≥ 39°C
Quente	38,5 – 40,9°C	38,5 – 38,9°C
Febril	37,5 – 38,4°C	37,5 – 38,4°C

Agravamento - Para esta avaliação é determinado o tempo de instalação de um problema como forma de enquadrar temporalmente o aparecimento da situação. Assim, avalie se o problema é recente. Se é ou não uma lesão ou

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

ferimento recente, pois um tempo relativamente longo de existência de um problema pode ser incluído **na prioridade não urgente, sem risco clínico.**



Início da Queixa / Agravamento	
Repentino / Abrupto	Minutos / Segundos
Súbito	≤ 12 horas
Agudo	≤ 24 horas
Recente	< 7 dias
Não recente	≥ 7 dias

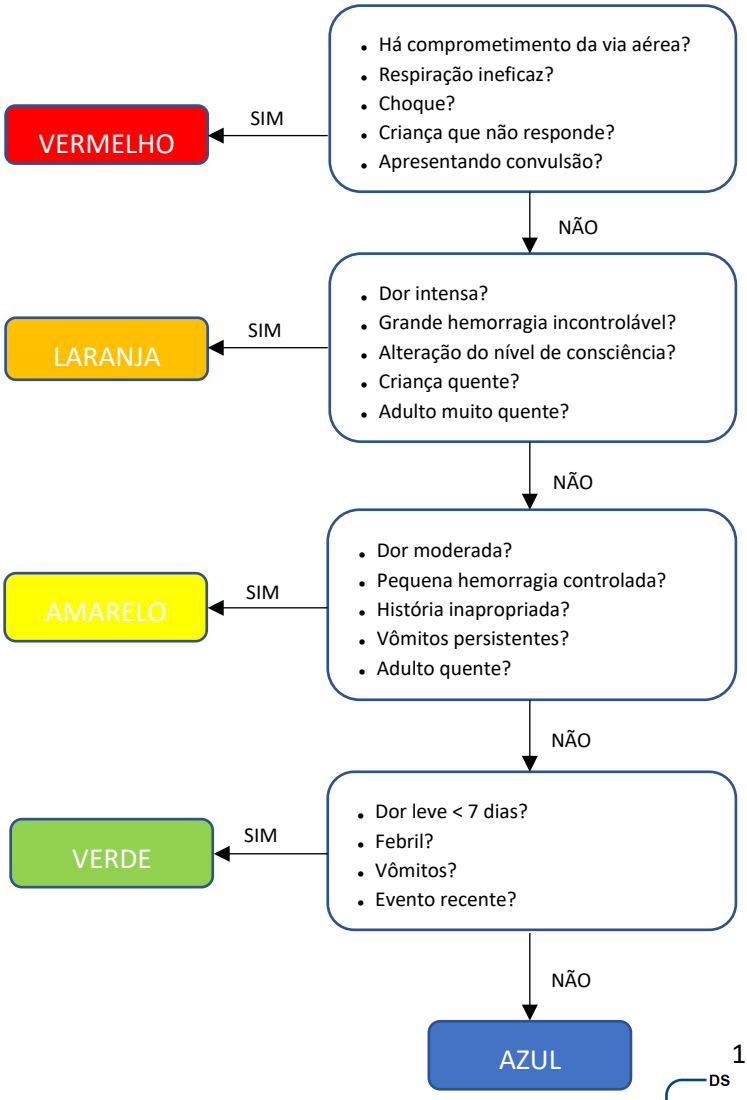
DS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

Para podermos entender os discriminadores gerais e os específicos mais comuns, independentemente da condição apresentada, o fluxograma a seguir descreve resumidamente os discriminadores gerais, analise os detalhes:

DS
LAPH

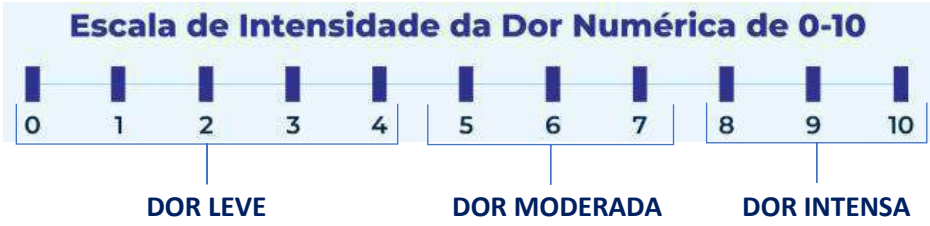
Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

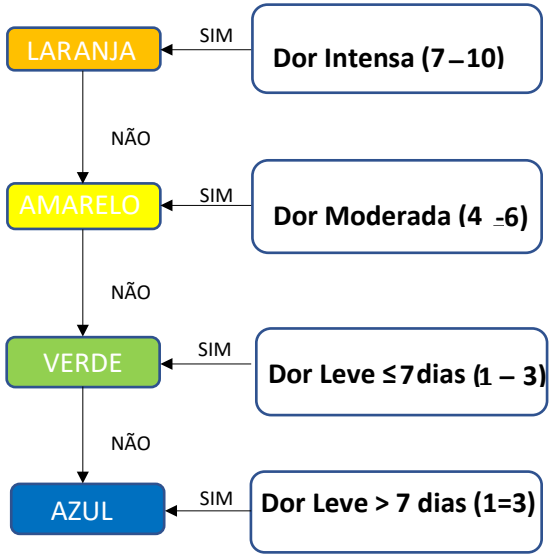


DS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

ESCALA DE DOR





DS

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

ESCALA DE GLASGOW

VARIÁVEIS		ESCORE
ABERTURA OCULAR 	✓ Espontânea	4
	✓ À voz (estímulo verbal)	3
	✓ À dor (estímulo doloroso)	2
	✓ Nenhuma	1
RESPOSTA VERBAL 	✓ Orientada	5
	✓ Confusa	4
	✓ Palavras inapropriadas	3
	✓ Palavras incompreensivas	2
	✓ Nenhuma	1
RESPOSTA MOTORA 	✓ Obedece comandos	6
	✓ Localiza dor	5
	✓ Movimento de retirada	4
	✓ Flexão anormal	3
	✓ Extensão anormal	2
	✓ Nenhuma	1
RESPOSTA PUPILAR 	✓ Nenhuma	2
	✓ Apenas uma reage ao estímulo luminoso	1
	✓ Reação bilateral ao estímulo luminoso	0

A nova escala varia de **1 a 15 pontos**. Sendo a pontuação da **RESPOSTA PUPILAR** subtraída do total encontrado. **(A resposta pupilar deve ser verificada após a avaliação dos três outros fatores).**

PONTUAÇÃO TOTAL: DE 1 A 15

- 1 – 2 = Coma profundo; (considerando avaliação de resposta pupilar) *.
- 3 = Coma profundo; (85% de probabilidade de morte; estado vegetativo)
- 4 = Coma profundo;
- 5 - 7 = Coma intermediário;
- 8 - 11 = Coma superficial;
- 12 - 15 = Normalidade.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

*A pontuação da Escala de Coma de Glasgow permanece a mesma, de 03 a 15 pontos. Caso utilize a avaliação pupilar para complementar seu exame, o escore de ficara entre 1 e 15.

ÍNDICE DE FLUXOGRAMAS DE APRESENTAÇÃO

Nº Fluxograma	Sinal/Sintoma de Apresentação	PG.	Nº Fluxograma	Sinal/Sintoma de Apresentação	PG.
1	Agressão	14	**26**	Embriaguez aparente	39
2	Alergia	15	**27**	Erupção cutânea	40
3	Alteração de Comportamento	16	**28**	Exposição a agente químico	41
4	Asma	17	**29**	Feridas	42
5	Autoagressão	18	**30**	Gravidez	43
6	Bebê chorando	19	**31**	Hemorragia digestiva	44
7	Cefaleia	20	**32**	Infecções locais e abcessos	45
8	Convulsões	21	**33**	Mal estar em adulto	46
9	Corpo estranho	22	**34**	Mal estar em criança	47
10	Criança Irritadiça	23	**35**	Mordeduras e picadas	48
11	Criança Mancando	24	**36**	Overdose e envenenamento	49
12	Desmaio no adulto	25	**37**	Pais preocupados	50
13	Diabetes	26	**38**	Palpitações	51
14	Diarreia e/ou vômitos	27	**39**	Problemas em extremidades	52
15	Dispneia em adulto	28	**40**	Problemas em face	53
16	Dispneia em criança	29	**41**	Problemas em olhos	54
17	Doença mental	30	**42**	Problemas em ouvidos	55
18	Doença sexualmente	31	**43**	Problemas urinários	56
19	Dor abdominal em adulto	32	**44**	Quedas	57
20	Dor abdominal em criança	33	**45**	Queimaduras	58
21	Dor cervical	34	**46**	Sangramento vaginal	59
22	Dor de garganta	35	**47**	Trauma cranioencefálico	60
23	Dor lombar	36	**48**	Trauma maior	61

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

24	Dor testicular	37	**49**	Trauma tóraco abdominal	62
25	Dor torácica	38			

FLUXOGRAMA 1	
AGRESSÃO	
Obstrução de vias aéreas	EMERGÊNCIA
Respiração inadequada	EMERGÊNCIA
Hemorragia exsanguinante	EMERGÊNCIA
Choque	EMERGÊNCIA
Mecanismo de trauma significativo	CONSULTÓRIO
Dispneia aguda	CONSULTÓRIO
Hemorragia maior incontrolável	CONSULTÓRIO
Alteração súbita da consciência	CONSULTÓRIO
Déficit neurológico agudo	CONSULTÓRIO
Dor intensa	CONSULTÓRIO
Hemorragia menor incontrolável	CONSULTÓRIO
História de inconsciência	CONSULTÓRIO
Déficit neurológico novo	CONSULTÓRIO
Distúrbio de coagulação	CONSULTÓRIO
História discordante	CONSULTÓRIO

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

Dor moderada	CONSULTÓRIO
Edema	CONSULTÓRIO
Deformidade	CONSULTÓRIO
Dor leve recente	CONSULTÓRIO
Evento recente	CONSULTÓRIO
Todos os discriminadores negados	CONSULTÓRIO

FLUXOGRAMA 2	
ALERGIA	
Obstrução de vias aéreas	EMERGÊNCIA
Respiração inadequada	EMERGÊNCIA
Estridor	EMERGÊNCIA
Choque	EMERGÊNCIA
Criança não reativa	EMERGÊNCIA
Edema facial	CONSULTÓRIO
Edema de língua	CONSULTÓRIO
História alérgica importante	CONSULTÓRIO
Frases entrecortadas	CONSULTÓRIO
Pulso anormal	CONSULTÓRIO
Alteração súbita da consciência	CONSULTÓRIO
Sat O2 muito baixa	CONSULTÓRIO
Dor ou coceira intensas	CONSULTÓRIO
Sat O2 baixa	CONSULTÓRIO
Erupção ou vesículas disseminadas	CONSULTÓRIO

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

Dor ou coceira moderadas	CONSULTÓRIO
Inflamação local	CONSULTÓRIO
Dor ou coceira leves recentes	CONSULTÓRIO
Evento recente	CONSULTÓRIO
Todos os discriminadores negados	CONSULTÓRIO

FLUXOGRAMA 3	
ALTERAÇÃO DO COMPORTAMENTO	
Obstrução de vias aéreas	EMERGÊNCIA
Respiração inadequada	EMERGÊNCIA
Choque	EMERGÊNCIA
Hipoglicemia	EMERGÊNCIA
Alteração súbita da consciência	CONSULTÓRIO
Déficit neurológico agudo	CONSULTÓRIO
História de overdose ou envenenamento	CONSULTÓRIO
Alto risco de agredir outros	CONSULTÓRIO
Alto risco de autoagressão	CONSULTÓRIO

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

História de trauma cranioencefálico	CONSULTÓRIO
História de inconsciência	CONSULTÓRIO
Déficit neurológico novo	CONSULTÓRIO
História psiquiátrica importante	CONSULTÓRIO
Risco moderado de agredir outros	CONSULTÓRIO
Risco moderado de autoagressão	CONSULTÓRIO
Todos os discriminadores negados	CONSULTÓRIO

FLUXOGRAMA 4	
ASMA	
Obstrução de vias aéreas	EMERGÊNCIA
Respiração inadequada	EMERGÊNCIA
Choque	EMERGÊNCIA
Criança não reativa	EMERGÊNCIA
Frases entrecortadas	CONSULTÓRIO
História respiratória significativa	CONSULTÓRIO
Pulso anormal	CONSULTÓRIO
Sat O2 muito baixa	CONSULTÓRIO
Alteração súbita de consciência	CONSULTÓRIO

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

Sat O2 baixa	CONSULTÓRIO
Sem melhora com sua medicação habitual	CONSULTÓRIO
PFE baixo	CONSULTÓRIO
Chieira	CONSULTÓRIO
Tosse produtiva	CONSULTÓRIO
Evento recente	CONSULTÓRIO
Todos os discriminadores negados	CONSULTÓRIO

FLUXOGRAMA 5	
AUTOAGRESSÃO	
Obstrução de vias aéreas	EMERGÊNCIA
Respiração inadequada	EMERGÊNCIA
Hemorragia exanguinante	EMERGÊNCIA
Choque	EMERGÊNCIA

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

Dispneia aguda	CONSULTÓRIO
Hemorragia maior incontrolável	CONSULTÓRIO
Alteração súbita da consciência	CONSULTÓRIO
Mecanismo de trauma significativo	CONSULTÓRIO
Alto risco de nova autoagressão	CONSULTÓRIO
Dor intensa	CONSULTÓRIO
Hemorragia menor incontrolável	CONSULTÓRIO
Risco moderado de nova autoagressão	CONSULTÓRIO
História psiquiátrica importante	CONSULTÓRIO
História discordante	CONSULTÓRIO
Distúrbio de coagulação	CONSULTÓRIO
Agitação psicomotora	CONSULTÓRIO
Dor moderada	CONSULTÓRIO
Todos os discriminadores negados	CONSULTÓRIO

FLUXOGRAMA 6	
BEBÊ CHORANDO	
Obstrução de vias aéreas	EMERGÊNCIA
Respiração inadequada	EMERGÊNCIA
Choque	EMERGÊNCIA
Não reativo	EMERGÊNCIA

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

Sinais de dor intensa	CONSULTÓRIO
Resposta à voz ou à dor apenas	CONSULTÓRIO
Prostração, hipotonia	CONSULTÓRIO
Purpura	CONSULTÓRIO
Erupção cutânea fixa	CONSULTÓRIO
Criança quente	CONSULTÓRIO
Sinais de dor moderada	CONSULTÓRIO
História de inconsciência	CONSULTÓRIO
História discordante	CONSULTÓRIO
Inconsolável pelos pais	CONSULTÓRIO
Choro prolongado ou ininterrupto	CONSULTÓRIO
Incapaz de se alimentar	CONSULTÓRIO
Sinais de dor leve recente	CONSULTÓRIO
Febril	CONSULTÓRIO
Comportamento atípico	CONSULTÓRIO
Evento recente	CONSULTÓRIO
Todos os discriminadores negados	CONSULTÓRIO

FLUXOGRAMA 7

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 68BC7979-A1A3-4DD2-9982-161A59FB5641

CEFALEIA	
Obstrução de vias aéreas	EMERGÊNCIA
Respiração inadequada	EMERGÊNCIA
Choque	EMERGÊNCIA
Criança não reativa	EMERGÊNCIA
Convulsionando	EMERGÊNCIA
Início abrupto	CONSULTÓRIO
Alteração súbita da consciência	CONSULTÓRIO
Déficit neurológico agudo	CONSULTÓRIO
Perda total da visão aguda	CONSULTÓRIO
Sinais de meningismo	CONSULTÓRIO
Erupção cutânea fixa	CONSULTÓRIO
Púrpura	CONSULTÓRIO
Criança quente	CONSULTÓRIO
Adulto muito quente	CONSULTÓRIO
Dor intensa	CONSULTÓRIO
História de trauma cranioencefálico	CONSULTÓRIO
História de inconsciência	CONSULTÓRIO
Distúrbio de coagulação	CONSULTÓRIO
História discordante	CONSULTÓRIO
Redução recente da acuidade visual	CONSULTÓRIO
Vômitos persistentes	CONSULTÓRIO
Déficit neurológico novo	CONSULTÓRIO
Couro cabeludo temporal dolorido	CONSULTÓRIO
Adulto quente	CONSULTÓRIO
Dor moderada	CONSULTÓRIO
Febril	CONSULTÓRIO
Vômitos	CONSULTÓRIO
Dor leve recente	CONSULTÓRIO
Evento recente	CONSULTÓRIO
Todos os discriminadores negados	CONSULTÓRIO

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

FLUXOGRAMA 8	
CONVULSÕES	
Obstrução de vias aéreas	EMERGÊNCIA
Respiração inadequada	EMERGÊNCIA
Choque	EMERGÊNCIA
Criança não reativa	EMERGÊNCIA
Convulsionando	EMERGÊNCIA
Hipoglicemia	EMERGÊNCIA
Alteração súbita da consciência	CONSULTÓRIO
Déficit neurológico agudo	CONSULTÓRIO
Sinais de meningismo	CONSULTÓRIO
História de overdose ou	CONSULTÓRIO
Erupção cutânea fixa	CONSULTÓRIO
Púrpura	CONSULTÓRIO
Criança quente	CONSULTÓRIO
Adulto muito quente	CONSULTÓRIO
História de trauma cranioencefálico	CONSULTÓRIO
História discordante	CONSULTÓRIO
Déficit neurológico novo	CONSULTÓRIO
Adulto quente	CONSULTÓRIO
História de convulsão	CONSULTÓRIO
Febril	CONSULTÓRIO

DS

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

Cefaleia	CONSULTÓRIO
Dor leve recente	CONSULTÓRIO
Evento recente	CONSULTÓRIO
Todos os discriminadores negados	CONSULTÓRIO

FLUXOGRAMA 9	
CORPO ESTRANHO	
Obstrução de vias aéreas	EMERGÊNCIA
Estridor	EMERGÊNCIA
Respiração inadequada	EMERGÊNCIA
Hemorragia exanguinante	EMERGÊNCIA
Choque	EMERGÊNCIA
Hemorragia maior incontrolável	CONSULTÓRIO
Mecanismo de trauma significativo	CONSULTÓRIO
Alteração súbita da consciência	CONSULTÓRIO
Trauma ocular penetrante	CONSULTÓRIO
Dor intensa	CONSULTÓRIO
História discordante	CONSULTÓRIO
Hemorragia menor incontrolável	CONSULTÓRIO
Dor moderada	CONSULTÓRIO
Inflamação local	CONSULTÓRIO
Infecção local	CONSULTÓRIO
Olho vermelho	CONSULTÓRIO
Dor leve recente	CONSULTÓRIO
Evento recente	CONSULTÓRIO
Todos os discriminadores negados	CONSULTÓRIO

DS LAPH

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

FLUXOGRAMA 10	
CRIANÇA IRRITADIÇA	
Obstrução de vias aéreas	EMERGÊNCIA
Respiração inadequada	EMERGÊNCIA
Choque	EMERGÊNCIA
Hipoglicemia	EMERGÊNCIA
Não reativo	EMERGÊNCIA
Sinais de dor intensa	CONSULTÓRIO
Resposta à voz ou à dor apenas	CONSULTÓRIO
História de overdose ou envenenamento	CONSULTÓRIO
Sinais de meningismo	CONSULTÓRIO
Erupção cutânea fixa	CONSULTÓRIO
Púrpura	CONSULTÓRIO
Criança quente	CONSULTÓRIO
Sinais de dor moderada	CONSULTÓRIO
Não entretível	CONSULTÓRIO
Não se alimenta	CONSULTÓRIO

DS

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

História discordante	CONSULTÓRIO
Choro prolongado ou ininterrupto	CONSULTÓRIO
Sinais de dor leve recente	CONSULTÓRIO
Febril	CONSULTÓRIO
Comportamento atípico	CONSULTÓRIO
Evento recente	CONSULTÓRIO
Todos os discriminadores negados	CONSULTÓRIO

FLUXOGRAMA 11	
CRIANÇA MANCANDO	
Obstrução de vias aéreas	EMERGÊNCIA
Respiração inadequada	EMERGÊNCIA
Choque	EMERGÊNCIA
Sinais de dor intensa	CONSULTÓRIO
Comprometimento vascular distal	CONSULTÓRIO
Erupção cutânea fixa	CONSULTÓRIO
Purpura	CONSULTÓRIO
Criança quente	CONSULTÓRIO
Sinais de dor moderada	CONSULTÓRIO
Dor ao movimento articular	CONSULTÓRIO
História discordante	CONSULTÓRIO
Distúrbio de coagulação	CONSULTÓRIO
Articulação quente	CONSULTÓRIO
Sinais de dor leve recente	CONSULTÓRIO
Febril	CONSULTÓRIO

DS

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

Deformidade	CONSULTÓRIO
Inchaço	CONSULTÓRIO
Evento recente	CONSULTÓRIO
Todos os discriminadores negados	CONSULTÓRIO

FLUXOGRAMA 12	
DESMAIO NO ADULTO	
Obstrução de vias aéreas	EMERGÊNCIA
Respiração inadequada	EMERGÊNCIA
Choque	EMERGÊNCIA
Hipoglicemia	EMERGÊNCIA
Convulsionando	EMERGÊNCIA
Dor precordial ou cardíaca	CONSULTÓRIO
História de alergia importante	CONSULTÓRIO
Dispneia aguda	CONSULTÓRIO
Pulso anormal	CONSULTÓRIO
Alteração súbita da consciência	CONSULTÓRIO

DS

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

Déficit neurológico agudo	CONSULTÓRIO
Púrpura	CONSULTÓRIO
Erupção cutânea fixa	CONSULTÓRIO
Adulto muito quente	CONSULTÓRIO
Hipotermia	CONSULTÓRIO
Dor intensa	CONSULTÓRIO
História de trauma	CONSULTÓRIO
História de inconsciência	CONSULTÓRIO
História discordante	CONSULTÓRIO
Déficit neurológico novo	CONSULTÓRIO
Adulto quente	CONSULTÓRIO
Dor moderada	CONSULTÓRIO
Febril	CONSULTÓRIO
Dor leve recente	CONSULTÓRIO
Evento recente	CONSULTÓRIO
Todos os discriminadores negados	CONSULTÓRIO

FLUXOGRAMA 13	
DIABETES	
Obstrução de vias aéreas	EMERGÊNCIA
Respiração inadequada	EMERGÊNCIA
Choque	EMERGÊNCIA
Criança não reativa	EMERGÊNCIA
Hipoglicemia	EMERGÊNCIA
Alteração súbita da consciência	CONSULTÓRIO
Hiperglicemia com cetose	CONSULTÓRIO
Criança quente	CONSULTÓRIO
Adulto muito quente	CONSULTÓRIO

DS

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

Hipotermia	CONSULTÓRIO
Dor intensa	CONSULTÓRIO
Hiperglicemia	CONSULTÓRIO
Adulto quente	CONSULTÓRIO
Vômitos persistentes	CONSULTÓRIO
Dor moderada	CONSULTÓRIO
Febril	CONSULTÓRIO
Vômitos	CONSULTÓRIO
Dor leve recente	CONSULTÓRIO
Evento recente	CONSULTÓRIO
Todos os discriminadores negados	CONSULTÓRIO

FLUXOGRAMA 14	
DIARRÉIA E/OU VÔMITOS	
Obstrução de vias aéreas	EMERGÊNCIA
Respiração inadequada	EMERGÊNCIA
Choque	EMERGÊNCIA

DS

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

Criança não reativa	EMERGÊNCIA
Alteração súbita da consciência	CONSULTÓRIO
Não reage aos pais	CONSULTÓRIO
Evacuação de sangue vivo ou escurecido	CONSULTÓRIO
Vômito de sangue	CONSULTÓRIO
Prostração, hipotonia	CONSULTÓRIO
Criança quente	CONSULTÓRIO
Adulto muito quente	CONSULTÓRIO
Dor intensa	CONSULTÓRIO
Fezes pretas ou em groselha	CONSULTÓRIO
História aguda de vômito de sangue	CONSULTÓRIO
Sinais de desidratação	CONSULTÓRIO
Vômitos persistentes	CONSULTÓRIO
Adulto quente	CONSULTÓRIO
Dor moderada	CONSULTÓRIO
Febril	CONSULTÓRIO
Vômito	CONSULTÓRIO
Dor leve recente	CONSULTÓRIO
Evento recente	CONSULTÓRIO
Todos os discriminadores negados	CONSULTÓRIO

FLUXOGRAMA 15	
DISPNÉIA EM ADULTO	
Obstrução de vias aéreas	EMERGÊNCIA
Respiração inadequada	EMERGÊNCIA
Estridor	EMERGÊNCIA

DS

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

Baba-se	EMERGÊNCIA
Choque	EMERGÊNCIA
Dor precordial ou cardíaca	CONSULTÓRIO
Sat O2 muito baixa	CONSULTÓRIO
Frases entrecortadas	CONSULTÓRIO
Hemoptise	CONSULTÓRIO
História respiratória significativa	CONSULTÓRIO
Início agudo após trauma	CONSULTÓRIO
Pulso anormal	CONSULTÓRIO
Alteração súbita da consciência	CONSULTÓRIO
Exaustão	CONSULTÓRIO
Dor epigástrica	CONSULTÓRIO
Sat O2 baixa	CONSULTÓRIO
História de hemoptise	CONSULTÓRIO
Dor pleurítica	CONSULTÓRIO
Chieira	CONSULTÓRIO
Tosse produtiva	CONSULTÓRIO
Trauma torácico	CONSULTÓRIO
Evento recente	CONSULTÓRIO
Todos os discriminadores negados	CONSULTÓRIO

DS

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

FLUXOGRAMA 16	
DISPNÉIA EM CRIANÇA	
Obstrução de vias aéreas	EMERGÊNCIA
Respiração inadequada	EMERGÊNCIA
Estridor	EMERGÊNCIA
Baba-se	EMERGÊNCIA
Choque	EMERGÊNCIA
Crianca não reativa	EMERGÊNCIA
Sat O2 muito baixa	CONSULTÓRIO
Esforço respiratório aumentado	CONSULTÓRIO
Frases entrecortadas	CONSULTÓRIO
Hemoptise	CONSULTÓRIO
História respiratória significativa	CONSULTÓRIO
Início agudo após trauma	CONSULTÓRIO
Resposta à voz ou à dor apenas	CONSULTÓRIO
Exaustão	CONSULTÓRIO
Sat O2 baixa	CONSULTÓRIO
História de hemoptise	CONSULTÓRIO
História discordante	CONSULTÓRIO
Dor pleurítica	CONSULTÓRIO
Chieira	CONSULTÓRIO
Tosse produtiva	CONSULTÓRIO
Trauma torácico	CONSULTÓRIO
Evento recente	CONSULTÓRIO
Todos os discriminadores negados	CONSULTÓRIO

DS

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

FLUXOGRAMA 17	
DOENÇA MENTAL	
Obstrução de vias aéreas	EMERGÊNCIA
Respiração inadequada	EMERGÊNCIA
Choque	EMERGÊNCIA
Hipoglicemia	EMERGÊNCIA
Alteração súbita da consciência	CONSULTÓRIO
Alto risco de agredir outros	CONSULTÓRIO
Alto risco de autoagressão	CONSULTÓRIO
História psiquiátrica importante	CONSULTÓRIO
Risco moderado de agredir outros	CONSULTÓRIO
Risco moderado de autoagressão	CONSULTÓRIO
Agitação psicomotora	CONSULTÓRIO
Comportamento conturbador	CONSULTÓRIO
Todos os discriminadores negados	CONSULTÓRIO

DS

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

FLUXOGRAMA 18	
DOENÇA SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL	
Obstrução de vias aéreas	EMERGÊNCIA
Respiração ineficaz	EMERGÊNCIA
Choque	EMERGÊNCIA
Alteração súbita da consciência	CONSULTÓRIO
Erupção cutânea fixa	CONSULTÓRIO
Púrpura	CONSULTÓRIO
Adulto muito quente	CONSULTÓRIO
Dor intensa	CONSULTÓRIO
Dor testicular	CONSULTÓRIO
Erupção ou vesículas disseminadas	CONSULTÓRIO
Imunossupressão conhecida	CONSULTÓRIO
Dor ao movimento articular	CONSULTÓRIO
Articulação quente	CONSULTÓRIO
Adulto quente	CONSULTÓRIO
Dor moderada	CONSULTÓRIO
Febril	CONSULTÓRIO
Corrimento	CONSULTÓRIO
Dor leve recente	CONSULTÓRIO
Evento recente	CONSULTÓRIO
Todos os discriminadores negados	CONSULTÓRIO

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

FLUXOGRAMA 19	
DOR ABDOMINAL EM ADULTO	
Obstrução de vias aéreas	EMERGÊNCIA
Respiração inadequada	EMERGÊNCIA
Choque	EMERGÊNCIA
Dor irradiada para o dorso	CONSULTÓRIO
Vômito de sangue	CONSULTÓRIO
Evacuação de sangue vivo ou escurecido	CONSULTÓRIO
Sangramento vaginal, > 20 semanas de gr	CONSULTÓRIO
Adulto muito quente	CONSULTÓRIO
Dor epigástrica	CONSULTÓRIO
Dor intensa	CONSULTÓRIO
Gravidez possível	CONSULTÓRIO
Dor irradiada para ombro	CONSULTÓRIO
Fezes pretas ou em groselha	CONSULTÓRIO
História aguda de vômito de sangue	CONSULTÓRIO
Vômitos persistentes	CONSULTÓRIO
Adulto quente	CONSULTÓRIO

DS

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

Dor moderada	CONSULTÓRIO
Vômitos	CONSULTÓRIO
Dor leve recente	CONSULTÓRIO
Evento recente	CONSULTÓRIO
Todos os discriminadores negados	CONSULTÓRIO

FLUXOGRAMA 20	
DOR ABDOMINAL EM CRIANÇA	
Obstrução de vias aéreas	EMERGÊNCIA
Respiração inadequada	EMERGÊNCIA
Choque	EMERGÊNCIA
Sinais de dor intensa	CONSULTÓRIO
Vômito de sangue	CONSULTÓRIO
Evacuação de sangue vivo ou escurecido	CONSULTÓRIO
Criança quente	CONSULTÓRIO
Purpura	CONSULTÓRIO
Erupção cutânea fixa	CONSULTÓRIO
Sinais de dor moderada	CONSULTÓRIO
Inconsolável pelos pais	CONSULTÓRIO
Massa abdominal visível	CONSULTÓRIO
Fezes pretas ou em groselha	CONSULTÓRIO
História aguda de vômito de sangue	CONSULTÓRIO
Vômitos persistentes	CONSULTÓRIO
História discordante	CONSULTÓRIO

DS

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

Sinais de dor leve recente	CONSULTÓRIO
Vômitos	CONSULTÓRIO
Evento recente	CONSULTÓRIO
Todos os discriminadores negados	CONSULTÓRIO

FLUXOGRAMA 21	
DOR CERVICAL	
Obstrução de vias aéreas	EMERGÊNCIA
Respiração inadequada	EMERGÊNCIA
Choque	EMERGÊNCIA
Sinais de meningismo	CONSULTÓRIO
Déficit neurológico agudo	CONSULTÓRIO
Erupção cutânea fixa	CONSULTÓRIO
Púrpura	CONSULTÓRIO
Criança quente	CONSULTÓRIO
Adulto muito quente	CONSULTÓRIO
Dor intensa	CONSULTÓRIO

DS

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

Trauma direto no pescoço	CONSULTÓRIO
Déficit neurológico novo	CONSULTÓRIO
Adulto quente	CONSULTÓRIO
Dor moderada	CONSULTÓRIO
Dor leve recente	CONSULTÓRIO
Evento leve recente	CONSULTÓRIO
Todos os discriminadores negados	CONSULTÓRIO

FLUXOGRAMA 22	
DOR DE GARGANTA	
Obstrução de vias aéreas	EMERGÊNCIA
Respiração inadequada	EMERGÊNCIA
Estridor	EMERGÊNCIA
Baba-se	EMERGÊNCIA
Choque	EMERGÊNCIA
Alteração súbita da consciência	CONSULTÓRIO
Adulto muito quente	CONSULTÓRIO
Criança quente	CONSULTÓRIO
Dor intensa	CONSULTÓRIO
História de viagem recente	CONSULTÓRIO

DS

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

Início súbito	CONSULTÓRIO
Adulto quente	CONSULTÓRIO
Dor moderada	CONSULTÓRIO
Febril	CONSULTÓRIO
Dor leve recente	CONSULTÓRIO
Evento recente	CONSULTÓRIO
Todos os discriminadores negados	CONSULTÓRIO

FLUXOGRAMA 23	
DOR LOMBAR	
Obstrução de vias aéreas	EMERGÊNCIA
Respiração inadequada	EMERGÊNCIA
Choque	EMERGÊNCIA
Déficit neurológico agudo	CONSULTÓRIO
Mecanismo de trauma significativo	CONSULTÓRIO

DS

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

Criança quente	CONSULTÓRIO
Adulto muito quente	CONSULTÓRIO
Dor abdominal	CONSULTÓRIO
Dor intensa	CONSULTÓRIO
Déficit neurológico novo	CONSULTÓRIO
Trauma direto no dorso	CONSULTÓRIO
Incapaz de andar	CONSULTÓRIO
Adulto quente	CONSULTÓRIO
Cólicas	CONSULTÓRIO
História discordante	CONSULTÓRIO
Dor moderada	CONSULTÓRIO
Dor leve recente	CONSULTÓRIO
Evento recente	CONSULTÓRIO
Todos os discriminadores negados	CONSULTÓRIO

FLUXOGRAMA 24	
DOR TESTICULAR	
Obstrução de vias aéreas	EMERGÊNCIA
Respiração inadequada	EMERGÊNCIA
Choque	EMERGÊNCIA
Idade < 25 anos	CONSULTÓRIO
Gangrena de escroto	CONSULTÓRIO

DS

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

Adulto muito quente	CONSULTÓRIO
Criança quente	CONSULTÓRIO
Dor intensa	CONSULTÓRIO
Celulite de escroto	CONSULTÓRIO
Cólicas	CONSULTÓRIO
Vômitos persistentes	CONSULTÓRIO
Adulto quente	CONSULTÓRIO
Dor moderada	CONSULTÓRIO
Trauma de escroto	CONSULTÓRIO
Vômitos	CONSULTÓRIO
Dor leve recente	CONSULTÓRIO
Evento recente	CONSULTÓRIO
Todos os discriminadores negados	CONSULTÓRIO

FLUXOGRAMA 25
DOR TORÁCICA

DS

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

Obstrução de vias aéreas **	EMERGÊNCIA
Respiração inadequada	EMERGÊNCIA
Choque	EMERGÊNCIA
Dor precordial ou cardíaca **	CONSULTÓRIO
Dispneia aguda	CONSULTÓRIO
Pulso anormal	CONSULTÓRIO
Dor intensa	CONSULTÓRIO
Dor pleurítica	CONSULTÓRIO
Vômitos persistentes	CONSULTÓRIO
História cardíaca importante ***	CONSULTÓRIO
Dor moderada	CONSULTÓRIO
Vômitos	CONSULTÓRIO
Dor leve recente	CONSULTÓRIO
Evento recente	CONSULTÓRIO
Todos os discriminadores negados	CONSULTÓRIO
****ENCAMINHAR PARA ECG IMEDIATAMENTE**	

FLUXOGRAMA 26

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

EMBRIAGUEZ APARENTE	
Obstrução de vias aéreas	EMERGÊNCIA
Respiração inadequada	EMERGÊNCIA
Choque	EMERGÊNCIA
Criança não reativa	EMERGÊNCIA
Convulsionando	EMERGÊNCIA
Hipoglicemia	EMERGÊNCIA
Alteração da consciência não totalmente	CONSULTÓRIO
Déficit neurológico agudo	CONSULTÓRIO
História inadequada	CONSULTÓRIO
Hipotermia	CONSULTÓRIO
Alteração da consciência totalmente atrib	CONSULTÓRIO
Déficit neurológico novo	CONSULTÓRIO
História de inconsciência	CONSULTÓRIO
História discordante	CONSULTÓRIO
História de trauma cranioencefálico	CONSULTÓRIO
Trauma recente	CONSULTÓRIO
Dor leve recente	CONSULTÓRIO
Todos os discriminadores negados	CONSULTÓRIO

DS

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

FLUXOGRAMA 27	
ERUPÇÃO CUTÂNEA	
Obstrução de vias aéreas	EMERGÊNCIA
Respiração inadequada	EMERGÊNCIA
Estridor	EMERGÊNCIA
	EMERGÊNCIA
Criança não reativa	EMERGÊNCIA
Edema facial	CONSULTÓRIO
Edema de língua	CONSULTÓRIO
Dispneia aguda	CONSULTÓRIO
Alteração súbita da consciência	CONSULTÓRIO
História alérgica importante	CONSULTÓRIO
Erupção cutânea fixa	CONSULTÓRIO
Púrpura	CONSULTÓRIO
Adulto muito quente	CONSULTÓRIO
Criança quente	CONSULTÓRIO
Dor ou coceira intensa	CONSULTÓRIO
Erupção ou vesícula disseminadas	CONSULTÓRIO
História discordante	CONSULTÓRIO
Adulto quente	CONSULTÓRIO
Dor ou coceira moderadas	CONSULTÓRIO
Febril	CONSULTÓRIO
Dor ou coceira leves recentes	CONSULTÓRIO
Evento recente	CONSULTÓRIO

DS

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

Todos os discriminadores negados	CONSULTÓRIO

FLUXOGRAMA 28	
EXPOSIÇÃO A AGENTE QUÍMICO	
Obstrução de vias aéreas	EMERGÊNCIA
Estridor	EMERGÊNCIA
Respiração inadequada	EMERGÊNCIA
Choque	EMERGÊNCIA
Convulsionando	EMERGÊNCIA
Lesão ocular química aguda	EMERGÊNCIA
Mortalidade alta	CONSULTÓRIO
Edema facial	CONSULTÓRIO
Edema de língua	CONSULTÓRIO
Alteração súbita da consciência	CONSULTÓRIO
Risco de contaminação persistente	CONSULTÓRIO
Sat O^2 muito baixa	CONSULTÓRIO
Dor intensa	CONSULTÓRIO
Mortalidade moderada	CONSULTÓRIO
Erupção ou vesículas disseminadas	CONSULTÓRIO
História discordante	CONSULTÓRIO
Sat O^2 baixa	CONSULTÓRIO

DS

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

Dor moderada	CONSULTÓRIO
Dor leve recente	CONSULTÓRIO
Evento recente	CONSULTÓRIO
Todos os discriminadores negados	CONSULTÓRIO

FLUXOGRAMA 29	
FERIDAS	
Obstrução de vias aéreas	EMERGÊNCIA
Respiração inadequada	EMERGÊNCIA
Hemorragia exanguinante	EMERGÊNCIA
Choque	EMERGÊNCIA
Hemorragia maior incontrolável	CONSULTÓRIO
Comprometimento vascular distal	CONSULTÓRIO
Alteração súbita da consciência	CONSULTÓRIO
Dor intensa	CONSULTÓRIO
História discordante	CONSULTÓRIO
Hemorragia menor incontrolável	CONSULTÓRIO
Déficit neurológico novo	CONSULTÓRIO
Dor moderada	CONSULTÓRIO
Infecção local	CONSULTÓRIO
Inflamação local	CONSULTÓRIO
Evento recente	CONSULTÓRIO
Dor leve recente	CONSULTÓRIO
Todos os discriminadores negados	CONSULTÓRIO

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

FLUXOGRAMA 30	
GRAVIDEZ	
Obstrução de vias aéreas	EMERGÊNCIA
Respiração inadequada	EMERGÊNCIA
Hemorragia exanguinante	EMERGÊNCIA
Choque	EMERGÊNCIA
Apresentação de partes fetais	EMERGÊNCIA
Prolapso de cordão umbilical	EMERGÊNCIA
Convulsionando	EMERGÊNCIA
Trabalho de parto	CONSULTÓRIO
Alteração súbita da consciência	CONSULTÓRIO
História de convulsão	CONSULTÓRIO
Sangramento vaginal intenso	CONSULTÓRIO
Sangramento vaginal, > 20 semanas	CONSULTÓRIO

DS

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

Dor intensa	CONSULTÓRIO
Dor abdominal	CONSULTÓRIO
Pressão arterial elevada	CONSULTÓRIO
História de trauma	CONSULTÓRIO
História discordante	CONSULTÓRIO
Dor irradiada para ombro	CONSULTÓRIO
Sangramento vaginal	CONSULTÓRIO
Dor moderada	CONSULTÓRIO
Febril	CONSULTÓRIO
Dor leve recente	CONSULTÓRIO
Todos os discriminadores negados	CONSULTÓRIO

FLUXOGRAMA 31	
HEMORRAGIA DIGESTIVA	
Obstrução de vias aéreas	EMERGÊNCIA
Respiração inadequada	EMERGÊNCIA
Hemorragia exanguinante	EMERGÊNCIA
Choque	EMERGÊNCIA
Vômito de sangue	CONSULTÓRIO
Evacuação de sangue vivo ou	CONSULTÓRIO
História de hemorragia digestiva n	CONSULTÓRIO
Alteração súbita da consciência	CONSULTÓRIO
Dor intensa	CONSULTÓRIO
Fezes pretas ou em groselha	CONSULTÓRIO
História aguda de vômito de sangue	CONSULTÓRIO
Distúrbio de coagulação	CONSULTÓRIO

DS

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

Vômitos persistentes	CONSULTÓRIO
Dor moderada	CONSULTÓRIO
Vômitos	CONSULTÓRIO
Dor leve recente	CONSULTÓRIO
Evento recente	CONSULTÓRIO
Todos os discriminadores negados	CONSULTÓRIO

FLUXOGRAMA 32	
INFECÇÕES LOCAIS E ABCESSOS	
Obstrução de vias aéreas	EMERGÊNCIA
Respiração inadequada	EMERGÊNCIA
Choque	EMERGÊNCIA
Comprometimento vascular distal	CONSULTÓRIO
Enfisema subcutâneo	CONSULTÓRIO
Criança quente	CONSULTÓRIO
Adulto muito quente	CONSULTÓRIO

DS

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

Dor intensa	CONSULTÓRIO
Dor ao movimento articular	CONSULTÓRIO
Articulação quente	CONSULTÓRIO
Adulto quente	CONSULTÓRIO
Dor moderada	CONSULTÓRIO
Febril	CONSULTÓRIO
Evento recente	CONSULTÓRIO
Dor leve recente	CONSULTÓRIO
Todos os discriminadores negados	CONSULTÓRIO

FLUXOGRAMA 33	
MAL ESTAR EM ADULTO	
Obstrução de vias aéreas	EMERGÊNCIA
Respiração inadequada	EMERGÊNCIA
Choque	EMERGÊNCIA
Hipoglicemia	EMERGÊNCIA
Convulsionando	EMERGÊNCIA
Alteração súbita da consciência	CONSULTÓRIO
Hemoptise	CONSULTÓRIO
Pulso anormal	CONSULTÓRIO
Sinais de meningismo	CONSULTÓRIO

DS

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

Déficit neurológico agudo	CONSULTÓRIO
Risco especial de infecção	CONSULTÓRIO
Erupção cutânea fixa	CONSULTÓRIO
Púrpura	CONSULTÓRIO
Adulto muito quente	CONSULTÓRIO
Hipotermia	CONSULTÓRIO
Dor intensa	CONSULTÓRIO
Início súbito	CONSULTÓRIO
História de hemoptise	CONSULTÓRIO
História de viagem recente	CONSULTÓRIO
Déficit neurológico novo	CONSULTÓRIO
Imunossupressão conhecida	CONSULTÓRIO
Distúrbio de coagulação	CONSULTÓRIO
Erupção ou vesículas disseminadas	CONSULTÓRIO
Adulto quente	CONSULTÓRIO
Dor moderada	CONSULTÓRIO
Febril	CONSULTÓRIO
Dor leve recente	CONSULTÓRIO
Evento recente	CONSULTÓRIO
Todos os discriminadores negados	CONSULTÓRIO

FLUXOGRAMA 34	
MAL ESTAR EM CRIANÇA	
Obstrução de vias aéreas	EMERGÊNCIA
Respiração inadequada	EMERGÊNCIA

DS

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

Choque	EMERGÊNCIA
Hipoglicemia	EMERGÊNCIA
Convulsionando	EMERGÊNCIA
Crianca não reativa	CONSULTÓRIO
Sinais de dor intensa	CONSULTÓRIO
Resposta à voz ou à dor apenas	CONSULTÓRIO
Não reage aos pais	CONSULTÓRIO
Sinais de meningismo	CONSULTÓRIO
Erupção cutânea fixa	CONSULTÓRIO
Púrpura	CONSULTÓRIO
Criança quente	CONSULTÓRIO
Hipotermia	CONSULTÓRIO
Sinais de dor moderada	CONSULTÓRIO
História discordante	CONSULTÓRIO
Sinais de desidratação	CONSULTÓRIO
Sem urinar	CONSULTÓRIO
Não se alimenta	CONSULTÓRIO
Sinais de dor leve recente	CONSULTÓRIO
Febril	CONSULTÓRIO
Comportamento atípico	CONSULTÓRIO
Evento recente	CONSULTÓRIO
Todos os discriminadores negados	CONSULTÓRIO

FLUXOGRAMA 35	
MORDEDURAS E PICADAS	
Obstrução de vias aéreas	EMERGÊNCIA
Respiração inadequada	EMERGÊNCIA
Estridor	EMERGÊNCIA

DS

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

Hemorragia exanguinante	EMERGÊNCIA
Choque	EMERGÊNCIA
Edema facial	CONSULTÓRIO
Edema de língua	CONSULTÓRIO
Frases entrecortadas	CONSULTÓRIO
Hemorragia maior incontrolável	CONSULTÓRIO
História alérgica importante	CONSULTÓRIO
Envenenamento de alta mortalidade	CONSULTÓRIO
Alteração súbita da consciência	CONSULTÓRIO
Sat O^2 muito baixa	CONSULTÓRIO
Criança quente	CONSULTÓRIO
Adulto muito quente	CONSULTÓRIO
Dor ou coceira intensas	CONSULTÓRIO
Sat O^2 baixa	CONSULTÓRIO
Hemorragia menor incontrolável	CONSULTÓRIO
Erupção ou vesículas disseminadas	CONSULTÓRIO
Envenenamento de moderada	e CONSULTÓRIO
Adulto quente	CONSULTÓRIO
Dor ou coceira moderadas	CONSULTÓRIO
Inflamação local	CONSULTÓRIO
Infecção local	CONSULTÓRIO
Dor leve recente	CONSULTÓRIO
Evento recente	CONSULTÓRIO
Todos os discriminadores negados	CONSULTÓRIO

DS

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

FLUXOGRAMA 36	
OVERDOSE E ENVENENAMENTO	
Obstrução de vias aéreas	EMERGÊNCIA
Respiração inadequada	EMERGÊNCIA
Choque	EMERGÊNCIA
Criança não reativa	EMERGÊNCIA
Hipoglicemia	EMERGÊNCIA
Convulsionando	EMERGÊNCIA
Pulso anormal	CONSULTÓRIO
Mortalidade alta	CONSULTÓRIO
Alteração súbita da consciência	CONSULTÓRIO
Alto risco de nova autoagressão	CONSULTÓRIO
Sat O_2muito baixa	CONSULTÓRIO
Mortalidade moderada	CONSULTÓRIO
Risco moderado de nova	CONSULTÓRIO
História psiquiátrica importante	CONSULTÓRIO
História de inconsciência	CONSULTÓRIO
Agitação psicomotora	CONSULTÓRIO
História discordante	CONSULTÓRIO
Sat O_2baixa	CONSULTÓRIO
Todos os discriminadores negados	CONSULTÓRIO

DS LAPH

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

FLUXOGRAMA 37	
PAIS PREOCUPADOS	
Obstrução de vias aéreas	EMERGÊNCIA
Respiração inadequada	EMERGÊNCIA
Choque	EMERGÊNCIA
Crianca não reativa	EMERGÊNCIA
Sinais de dor intensa	EMERGÊNCIA
Resposta à voz ou à dor apenas	CONSULTÓRIO
Não reage aos pais	CONSULTÓRIO
História de overdose ou	CONSULTÓRIO
Erupção cutânea fixa	CONSULTÓRIO
Púrpura	CONSULTÓRIO
Prostação, hipotonia	CONSULTÓRIO
Criança quente	CONSULTÓRIO
Sinais de dor moderada	CONSULTÓRIO
Choro prolongado ou ininterrupto	CONSULTÓRIO
Inconsolável pelos pais	CONSULTÓRIO
História discordante	CONSULTÓRIO
Sinais de desidratação	CONSULTÓRIO
Sem urinar	CONSULTÓRIO
Não se alimenta	CONSULTÓRIO
Sinais de dor leve recente	CONSULTÓRIO

DS

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

Febril	CONSULTÓRIO
Comportamento atípico	CONSULTÓRIO
Evento recente	CONSULTÓRIO
Todos os discriminadores negados	CONSULTÓRIO

FLUXOGRAMA 38	
PALPITAÇÕES	
Obstrução de vias aéreas	EMERGÊNCIA
Respiração inadequada	EMERGÊNCIA
Choque	EMERGÊNCIA
Dor precordial ou cardíaca	CONSULTÓRIO
Dispneia aguda	CONSULTÓRIO
História de overdose ou envenenamento	CONSULTÓRIO
Pulso anormal	CONSULTÓRIO
Alteração súbita da consciência	CONSULTÓRIO
Criança quente	CONSULTÓRIO
Adulto muito quente	CONSULTÓRIO
Palpitação atual	CONSULTÓRIO
História de inconsciência	CONSULTÓRIO
História cardíaca importante	CONSULTÓRIO
Adulto quente	CONSULTÓRIO
Evento recente	CONSULTÓRIO
Todos os discriminadores negados	CONSULTÓRIO

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

FLUXOGRAMA 39	
PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	
Obstrução de vias aéreas	EMERGÊNCIA
Respiração inadequada	EMERGÊNCIA
Hemorragia exanguinante	EMERGÊNCIA
Choque	EMERGÊNCIA
Dispneia aguda	CONSULTÓRIO
Pele crítica	CONSULTÓRIO
Comprometimento vascular distal	CONSULTÓRIO
Hemorragia maior incontrolável	CONSULTÓRIO
Dor intensa	CONSULTÓRIO
Dor pleurítica	CONSULTÓRIO
Deformidade grosseira	CONSULTÓRIO
Fratura exposta	CONSULTÓRIO
Hemorragia menor incontrolável	CONSULTÓRIO
Déficit neurológico novo	CONSULTÓRIO

DS

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

Distúrbio de coagulação	CONSULTÓRIO
História discordante	CONSULTÓRIO
Dor moderada	CONSULTÓRIO
Deformidade	CONSULTÓRIO
Edema	CONSULTÓRIO
Dor leve recente	CONSULTÓRIO
Evento recente	CONSULTÓRIO
Todos os discriminadores negados	CONSULTÓRIO

FLUXOGRAMA 40	
PROBLEMAS EM FACE	
Obstrução de vias aéreas	EMERGÊNCIA
Respiração inadequada	EMERGÊNCIA
Hemorragia exanguinante	EMERGÊNCIA
Choque	EMERGÊNCIA
Alteração súbita da consciência	CONSULTÓRIO
Hemorragia maior incontrolável	CONSULTÓRIO
Criança quente	CONSULTÓRIO
Adulto muito quente	CONSULTÓRIO
Dor intensa	CONSULTÓRIO
Deformidade grosseira	CONSULTÓRIO
Distúrbio de coagulação	CONSULTÓRIO
Redução recente da acuidade visual	CONSULTÓRIO
Hemorragia menor incontrolável	CONSULTÓRIO
História de inconsciência	CONSULTÓRIO
Avulsão dentária aguda	CONSULTÓRIO
História discordante	CONSULTÓRIO

DS

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

Adulto quente	CONSULTÓRIO
Dor moderada	CONSULTÓRIO
Febril	CONSULTÓRIO
Diplopia	CONSULTÓRIO
Hematoma de orelha	CONSULTÓRIO
Sensibilidade na face alterada	CONSULTÓRIO
Inchaço na face	CONSULTÓRIO
Olho vermelho	CONSULTÓRIO
Dor leve recente	CONSULTÓRIO
Evento recente	CONSULTÓRIO
Todos os discriminadores negados	CONSULTÓRIO
*TODA HISTÓRIA DISCORDANTE ACIONAR O NÚCLEO DE PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIA	

FLUXOGRAMA 41	
PROBLEMAS EM OLHOS	
Obstrução de vias aéreas	EMERGÊNCIA
Respiração inadequada	EMERGÊNCIA
Choque	EMERGÊNCIA
Lesão ocular química aguda	EMERGÊNCIA
Trauma ocular penetrante	CONSULTÓRIO
Perda total da visão aguda	CONSULTÓRIO
Adulto muito quente	CONSULTÓRIO
Criança quente	CONSULTÓRIO
Dor intensa	CONSULTÓRIO

DS

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

Redução recente da acuidade	CONSULTÓRIO
História discordante	CONSULTÓRIO
Adulto quente	CONSULTÓRIO
Dor moderada	CONSULTÓRIO
Olho vermelho	CONSULTÓRIO
Sensação de corpo estranho	CONSULTÓRIO
Diplopia	CONSULTÓRIO
Dor leve recente	CONSULTÓRIO
Evento recente	CONSULTÓRIO
Todos os discriminadores	CONSULTÓRIO

FLUXOGRAMA 42	
PROBLEMAS EM OUVIDOS	
Obstrução de vias aéreas	EMERGÊNCIA
Respiração inadequada	EMERGÊNCIA
Choque	EMERGÊNCIA
Alteração súbita da consciência	CONSULTÓRIO
Hemorragia maior incontrolável	CONSULTÓRIO
Criança quente	CONSULTÓRIO
Adulto muito quente	CONSULTÓRIO
Dor intensa	CONSULTÓRIO

DS

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

Hemorragia menor incontrolável	CONSULTÓRIO
História de trauma cranioencefálico	CONSULTÓRIO
Vômitos persistentes	CONSULTÓRIO
História discordante	CONSULTÓRIO
Adulto quente	CONSULTÓRIO
Dor moderada	CONSULTÓRIO
Febril	CONSULTÓRIO
Perda recente da audição	CONSULTÓRIO
Hematoma de orelha	CONSULTÓRIO
Vertigem	CONSULTÓRIO
Dor leve recente	CONSULTÓRIO
Evento recente	CONSULTÓRIO
Todos os discriminadores negados	CONSULTÓRIO

FLUXOGRAMA 43	
PROBLEMAS URINÁRIOS	
Obstrução de vias aéreas	EMERGÊNCIA
Respiração inadequada	EMERGÊNCIA

DS

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

Hemorragia exanguinante	EMERGÊNCIA
Choque	EMERGÊNCIA
Priapismo	CONSULTÓRIO
Adulto muito quente	CONSULTÓRIO
Criança quente	CONSULTÓRIO
Dor intensa	CONSULTÓRIO
Cólicas	CONSULTÓRIO
Hematúria franca	CONSULTÓRIO
Retenção urinária	CONSULTÓRIO
Vômitos persistentes	CONSULTÓRIO
Adulto quente	CONSULTÓRIO
Dor moderada	CONSULTÓRIO
Vômito	CONSULTÓRIO
Disúria	CONSULTÓRIO
Dor leve recente	CONSULTÓRIO
Evento recente	CONSULTÓRIO
Todos os discriminadores negados	CONSULTÓRIO

FLUXOGRAMA 44	
QUEDAS	
Obstrução de vias aéreas	EMERGÊNCIA
Respiração inadequada	EMERGÊNCIA
Choque	EMERGÊNCIA

DS

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

Criança não reativa	EMERGÊNCIA
Convulsionando	EMERGÊNCIA
Hipoglicemia	EMERGÊNCIA
Mecanismo de trauma significativo	CONSULTÓRIO
Pulso anormal	CONSULTÓRIO
Hemorragia maior incontrolável	CONSULTÓRIO
Déficit neurológico agudo	CONSULTÓRIO
Alteração súbita da consciência	CONSULTÓRIO
Hipotermia	CONSULTÓRIO
Dor intensa	CONSULTÓRIO
História de inconsciência	CONSULTÓRIO
Distúrbio de coagulação	CONSULTÓRIO
História discordante	CONSULTÓRIO
Hemorragia menor incontrolável	CONSULTÓRIO
Déficit neurológico novo	CONSULTÓRIO
Deformidade grosseira	CONSULTÓRIO
Fratura exposta	CONSULTÓRIO
Dor moderada	CONSULTÓRIO
Deformidade	CONSULTÓRIO
Inchaço	CONSULTÓRIO
Dor leve recente	CONSULTÓRIO
Evento recente	CONSULTÓRIO
Todos os discriminadores negados	CONSULTÓRIO

DS

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

FLUXOGRAMA 45	
QUEIMADURAS	
Obstrução de vias aéreas	EMERGÊNCIA
Respiração inadequada	EMERGÊNCIA
Estridor	EMERGÊNCIA
Choque	EMERGÊNCIA
Criança não reativa	EMERGÊNCIA
Edema facial	CONSULTÓRIO
Lesão por inalação	CONSULTÓRIO
Dispneia aguda	CONSULTÓRIO
Mecanismo de trauma significativo	CONSULTÓRIO
Alteração súbita da consciência	CONSULTÓRIO
Sat O^2 muito baixa	CONSULTÓRIO
Dor intensa	CONSULTÓRIO
Sat O^2 baixa	CONSULTÓRIO
Inalação de fumaça	CONSULTÓRIO
História discordante	CONSULTÓRIO
Queimadura elétrica	CONSULTÓRIO
Queimadura química	CONSULTÓRIO
Dor moderada	CONSULTÓRIO
Inflamação local	CONSULTÓRIO
Infecção local	CONSULTÓRIO
Dor leve recente	CONSULTÓRIO
Evento recente	CONSULTÓRIO
Todos os discriminadores negados	CONSULTÓRIO

DS

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

FLUXOGRAMA 46	
SANGRAMENTO VAGINAL	
Obstrução de vias aéreas	EMERGÊNCIA
Respiração inadequada	EMERGÊNCIA
Hemorragia exanguinante	EMERGÊNCIA
Choque	EMERGÊNCIA
Alteração súbita da consciência	CONSULTÓRIO
Sangramento vaginal, > 20 semanas de gr	CONSULTÓRIO
Sangramento vaginal intenso	CONSULTÓRIO
Dor intensa	CONSULTÓRIO
Dor abdominal	CONSULTÓRIO
Dor irradiada para ombro	CONSULTÓRIO
Trauma vaginal	CONSULTÓRIO
Distúrbio de coagulação	CONSULTÓRIO
História discordante	CONSULTÓRIO
Gravidez possível	CONSULTÓRIO
Dor moderada	CONSULTÓRIO
Dor leve recente	CONSULTÓRIO
Evento recente	CONSULTÓRIO
Todos os discriminadores negados	CONSULTÓRIO

DS

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

FLUXOGRAMA 47	
TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO	
Obstrução de vias aéreas	EMERGÊNCIA
Respiração inadequada	EMERGÊNCIA
Hemorragia exanguinante	EMERGÊNCIA
Choque	EMERGÊNCIA
Criança não reativa	EMERGÊNCIA
Convulsionando	EMERGÊNCIA
Hipoglicemia	EMERGÊNCIA
Mecanismo de trauma significativo	CONSULTÓRIO
Hemorragia maior incontrolável	CONSULTÓRIO
Alteração súbita da consciência	CONSULTÓRIO
Déficit neurológico agudo	CONSULTÓRIO
Dor intensa	CONSULTÓRIO
História de inconsciência	CONSULTÓRIO
Distúrbio de coagulação	CONSULTÓRIO
História discordante	CONSULTÓRIO
Hemorragia menor incontrolável	CONSULTÓRIO
Vômitos persistentes	CONSULTÓRIO
Déficit neurológico novo	CONSULTÓRIO
Dor moderada	CONSULTÓRIO
Hematoma de couro cabeludo	CONSULTÓRIO
Vômito	CONSULTÓRIO

DS

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

Dor leve recente	CONSULTÓRIO
Evento recente	CONSULTÓRIO
Todos os discriminadores negados	CONSULTÓRIO

FLUXOGRAMA 48	
TRAUMA MAIOR	
Obstrução de vias aéreas	EMERGÊNCIA
Respiração inadequada	EMERGÊNCIA
Hemorragia exanguinante	EMERGÊNCIA
Choque	EMERGÊNCIA
Criança não reativa	EMERGÊNCIA
Dispneia aguda	CONSULTÓRIO
Hemorragia maior incontrolável	CONSULTÓRIO
Alteração súbita da consciência	CONSULTÓRIO
Déficit neurológico agudo	CONSULTÓRIO
Mecanismo de trauma significativo	CONSULTÓRIO
Dor intensa	CONSULTÓRIO
Hemorragia menor incontrolável	CONSULTÓRIO
História de inconsciência	CONSULTÓRIO
Comorbidade importante	CONSULTÓRIO
Distúrbio de coagulação	CONSULTÓRIO
Dor moderada	CONSULTÓRIO

DS

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

TODOS OS DISCRIMINADORES NEGADOS (USE O OUTRO FLUXOGRAMA)

FLUXOGRAMA 49	
TRAUMA TORACO ABDOMINAL	
Obstrução de vias aéreas	EMERGÊNCIA
Respiração inadequada	EMERGÊNCIA
Hemorragia exanguinante	EMERGÊNCIA
Choque	EMERGÊNCIA
Dispneia aguda	CONSULTÓRIO
Hemorragia maior incontrolável	CONSULTÓRIO
Mecanismo de trauma significativo	CONSULTÓRIO
Evisceração	CONSULTÓRIO
Dor intensa	CONSULTÓRIO
Dor pleurítica	CONSULTÓRIO
Hemorragia menor incontrolável	CONSULTÓRIO
Distúrbio de coagulação	CONSULTÓRIO
História discordante	CONSULTÓRIO
Dor moderada	CONSULTÓRIO
Inflamação local	CONSULTÓRIO
Infecção local	CONSULTÓRIO

DS

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

Dor leve recente	CONSULTÓRIO
Evento recente	CONSULTÓRIO
Todos os discriminadores negados	CONSULTÓRIO

DS

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

DICIONÁRIO DE DISCRIMINADORES:	
ACUIDADE VISUAL REDUZIDA	Qualquer redução na acuidade visual corrigida.
ALTA MORTALIDADE	A mortalidade representa o potencial de uma substância absorvida causar danos. É possível que seja necessário obter aconselhamento do centro de informação Antivenenos para estabelecimento risco de doença grave ou morte. Em caso de dúvida, presumir alto risco.
ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	Não totalmente atento e reagindo apenas à voz ou à dor, ou não reagindo. Alteração da Escala de Coma de Glasgow.
ALTERAÇÃO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA NÃO TOTALMENTE ATRIBUÍVEL AO ÁLCOOL	Pessoa que não se encontra totalmente alerta, com história de ingestão de álcool e, sobre que não há dúvidas da presença de outras causas de perda do nível de consciência preenchem este critério.

DS

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

ALTERAÇÃO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA TOTALMENTE ATRIBUÍVEL AO ÁLCOOL	Pessoa que não se encontra totalmente alerta, com história clara de ingestão de álcool e que não existem dúvidas de que todas as outras causas do nível de consciência reduzida terem sido excluídos, preenche este critério.
ANGÚSTIA DEVIDO A DOR	Uma criança sente-se angustiada e inconsolável devido à dor.
ANGÚSTIA MARCADA	Pessoa que apresenta perturbações físicas, ou emocionais acentuadas preenchem este critério.
APRESENTAÇÃO FETAL	Fase do nascimento ou o aparecimento de outros de outras partes fetais na vagina.
ARTICULAÇÃO QUENTE	Qualquer aquecimento ao redor de uma articulação preenche este critério. Frequentemente acompanhado de eritema.
ASMA SEM MELHORIA COM O SEU TRATAMENTO HABITUAL	Esta história deve ser transmitida pelo próprio doente. A ausência de melhoria com a terapêutica broncodilatadora administrada pelo médico é igualmente significativa.

DS

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

AUSÊNCIA DE PULSO	Nenhum pulso central é sentido por um período de 5(cinco) segundos.
AVALIAÇÃO DE RESPIRAÇÃO	Algumas vezes a respiração é irregular. Quando é demasiado elevada maior/igual 29 ou muito baixa menor/igual a (10mrpm) a pessoa é classificada com a cor vermelha.
BABA	Saliva que escorre da boca devido à incapacidade de engolir.
BRONCOESPASMO	Pode ser sibilância audível. Deve ter-se em mente que a dificuldade respiratória grave é silenciosa (o ar pode movimentar-se).
CEFALEIA	Qualquer dor de cabeça não relacionada com uma determinada estrutura anatômica. A dor facial não está incluída.
CELULITE ESCROTAL	Vermelhidão e inchaço em torno da bolsa escrotal.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

CHOQUE	O choque deve-se à distribuição inadequada de oxigênio pelos tecidos. Os sinais clássicos incluem sudorese, palidez, taquicardia, hipotensão e nível de consciência reduzido.
CHORO PROLONGADO OU ININTERRUPTO	Qualquer criança que chore continuamente durante duas horas ou mais preenche este critério.
CÓLICAS	Dores intermitentes. A cólica renal tem tendência a aparecer e a desaparecer durante um período de mais ou menos 20 min.
COMPORTAMENTO ESTRANHO	Criança que se comporta de forma não habitual numa
COMPROMETIMENTO VASCULAR DISTAL	determinada situação. Os tutores prestam frequentemente esta informação de forma voluntária. Estas crianças são muitas vezes referidas como rabugentas ou “indispostas”.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

	Trata-se de uma combinação de palidez, frio, alteração da sensibilidade e dor, com ou sem ausência de pulsação distal à lesão.
COMPROMETIMENTO DA VIA AÉREA	A via aérea poderá estar comprometida, quer por não conseguir mantê-la aberta ou porque os reflexos protetores da via respiratória (que evitam aspirações) se perderam. A incapacidade de manter a via aérea aberta poderá resultar de uma obstrução total intermitente, ou de uma obstrução parcial. Isto manifestar-se-á por sons como ressonar ou de gorgolejo durante a respiração.
CONTAMINAÇÃO DE FERIMENTOS	Um ferimento que contém matéria extrínseca de qualquer tipo diz estar contaminado.
CONVULSÃO ATUAL	Pessoa que se encontra em fase tônica ou clônica de uma convulsão epilética.
COURO CABELUDO DOLOROSO	Dor à palpação da região temporal (especialmente sobre a artéria.)

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

CRIANÇA NÃO REATIVA	As crianças que não reagem a estímulos verbais ou dolorosos dizem-se não reativas.
DEFORMAÇÃO	Alteração na forma normal. Situação sempre objetiva. Estão implícitas angulações ou rotações anormais.
DEFORMAÇÃO GROSSEIRA	Esta situação será sempre subjetiva. Está implícita uma angulação ou rotação grosseira e anormal de qualquer membro.
DISPNÉIA AGUDA	Dificuldade respiratória que se desenvolve subitamente, ou uma repentina exacerbação de dispneia crônica.
DISTÚRBIO HEMORRÁGICO	Distúrbio sanguíneo que pode ser congênito ou adquirido.
DISÚRIA	Dor ou dificuldade em urinar.
DOENTE QUE ANDA	Num incidente grave, qualquer doente que possa andar preenche este critério.
DOR	Qualquer expressão de dor preenche este critério.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

DOR QUE IRRADIA PARA O OMBRO	Dor sentida na extremidade do ombro.
DOR QUE IRRADIA PARA REGIÃO DORSAL	Dor que é sentida no dorso, quer de forma intermitente ou constante.
DOR MODERADA	Dor significativa, mas suportável.
DOR NAS ARTICULAÇÕES EM MOVIMENTO	Poderá tratar-se de uma dor por movimento ativo (do doente) ou por movimento passivo (pelo examinador).
DOR PLEURÍTICA	Dor aguda no peito, piora quando se respira, tosse ou espirra.
DOR PRECORDIAL	Classicamente, uma dor "constritiva" ou "pesada" no centro do peito, podendo irradiar para o braço esquerdo ou para o pescoço. Poderá estar associada a sudorese ou náusea.
DOR SEVERA	Dor significativa e insuportável, frequentemente referida como a pior de todas as já sentidas.
DOR TESTICULAR	Dor nos testículos.

DS

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

EDEMA DE FACE	Inchaço difuso na face, envolvendo habitualmente os lábios.
EDEMA DE LÍNGUA	Inchaço de língua em qualquer grau.
ENFISEMA SUBCUTÂNEO	Presença de ar no interstício do tecido conjuntivo de um órgão. O enfisema subcutâneo pode ser detectado quando se sente uma espécie de "crepitação" à palpação.
ESTRIDOR	Som que poderá ser inspiratório ou expiratório, ou ambos. O estridor é ouvido mais claramente quando se respira de boca aberta.
EXANTEMA ERITEMATOSO OU BULHOSO	Qualquer erupção de vesículas que cobrem uma área superior a 10% da superfície corporal.
EXANTEMA GENERALIZADO	É uma erupção cutânea difusa e mais ou menos extensa ao longo da superfície do corpo. O exantema poderá aparentar

DS

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

	qualquer forma, mas será habitualmente eritematoso ou urticariforme.
ERUPÇÃO CUTÂNEA DESCONHECIDA	Qualquer erupção que não se possa identificar.
EXAUSTÃO	Uma pessoa exausta aparenta reduzir o esforço de respirar, embora continuando com insuficiência respiratória.
EVISCERAÇÃO DE ORGÃOS	Herniação ou fraca extrusão de órgãos internos.
EXTRAÇÃO DENTÁRIA RECENTE	Dente que foi extraído intacto nas 24 horas anteriores.
INCAPACIDADE DE SE ALIMENTAR	Crianças que não ingerem alimentos sólidos ou líquidos (como se espera) por via oral. Crianças que ingerem alimentos, mas que em seguida vomitam, poderão também preencher este critério.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

FEBRÍCULA	Temperatura maior/igual 37,5º C
FEZES ESCURAS	Qualquer sinal de apresentação de fezes pretas, constitui um alerta.
FEZES COM PRESENÇA DE SANGUE	As fezes aparecem com cor vermelho escuro, mas casualmente.
FORTE SENSAÇÃO DE ANGÚSTIA	Pessoas que apresentam forte sensação de angústia, quer fisicamente, quer emocionalmente, preenchem este critério.
FRATURA EXPOSTA	Situação em que ocorre perda da continuidade óssea, geralmente com separação de um osso em dois ou mais fragmentos, após um traumatismo, com perfuração da pele.

DS

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

FREQUÊNCIA DE PULSO	Número de batimentos cardíacos transmitidos pela artéria para a superfície da pele por minuto.
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	Número de respiração por minuto.
GANGRENA ESCROTAL	Tecido morto escurecido ao redor do escroto e virilha.
GRANDE HEMORRAGIA INCONTROLÁVEL	Quando é impossível conter um sangramento rápido por meio da aplicação de uma pressão direta sustentável e que continua a sangrar fortemente.
HEMATEMESES	O sangue expelido no vomito poderá ser fresco (vivo ou escuro) ou com aparência de borra de café.
HEMATOMA AURICULAR	Coleção (acúmulo) de sangue localizado no ouvido externo (usualmente pós-traumático).

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

HEMATOMA DE COURO CABELUDO	Uma área elevada (acúmulo de sangue) no couro cabeludo acima da linha da implantação do cabelo.
HEMATURIA CLINICAMENTE EVIDENTE	Sangue na urina visível a olho nu.
HEMORRAGIA EXSANGUINANTE	Sangramento que ocorre com um volume considerável que resultará em morte se não for estancado.
HEMORRAGIA VAGINAL INTENSA	A perda de sangue vaginal é difícil de avaliar. A presença de grandes coágulos ou de fluxo contínuo preenche este critério. O uso de grandes quantidades de absorventes higiênicos é sugestivo de grande perda.
HIPERGLICEMIA	Glicemia superior a 200 mg/dl.
HIPERGLICEMIA COM CETOSE	Glicemia superior a 200 mg/dl com cetonúria ou sinais de acidose (respiração profunda, etc.)
HIPOGLICEMIA	Glicemia inferior a 60 mg/dl.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

HIPOTERMIA	Se a pele se encontrar fria, considera-se que o doente está clinicamente frio. A temperatura deve ser medida logo que possível - uma temperatura central de ≤35˚C é considerada hipotermia.
HISTÓRIA CLÍNICA SIGNIFICATIVA	Qualquer situação clínica preexistente que requer medicação continua ou outros cuidados.
HISTÓRIA DE CONVULSÕES	Uma história de convulsões durante as seis horas antecedentes. Esta situação é especialmente significativa no fim da gravidez quando poderá significar eclampsia.
HISTÓRIA DE HEMATÊMESE	Hematêmese recente e clinicamente evidente, vômitos de sangue alterado (borra de café) ou de sangue misturado com vômito.
HISTÓRIA HEMATOLÓGICA SIGNIFICATIVA	Pessoa com distúrbios sanguíneos que pode desenvolver rapidamente complicações.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

HISTÓRIA INADEQUADA	Se não existir uma história e inequívoca de ingestão aguda de álcool, e quando não se pode excluir uma lesão da cabeça, ingestão de drogas, situação médica subjacente, etc., então a história é inadequada.
HISTÓRIA INAPROPRIADA	Se o mecanismo (motivo) alegado não explicar a lesão ou doença aparente, então a história é inapropriada.
HISTÓRIA DE PERDA DE CONSCIÊNCIA	Existe a possibilidade de haver uma testemunha de confiança que possa dizer se a pessoa esteve inconsciente (e durante quanto tempo). Caso contrário, se a pessoa não se recorde do incidente, deve presumir-se que esteve inconsciente.
HISTÓRIA DE RISCO ESPECIAL DE INFECÇÃO	Exposição a alto risco conhecido, quer num laboratório ou numa área de infecção conhecida.
HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA SIGNIFICATIVA	História de doença ou evento psiquiátrico importante.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

HISTÓRIA SIGNIFICATIVA DE ALERGIAS	É significativa a presença de sensibilidade conhecida com reações graves.
HISTÓRIA SIGNIFICATIVA DE ASMA	História de asma instável ou de episódios anteriores com perigo a vida.
HISTÓRIA SIGNIFICATIVA DE DIARRÉIA	Aumento do número de evacuações e/ou a presença de fezes amolecidas, com consistência pastosa ou até mesmo líquidas, que pela frequência e/ou volume implicam em iminente risco de desidratação.
HISTÓRIA SIGNIFICATIVA DE INCIDENTE	Fatores significativos que incluem quedas de alturas, ejeção de um veículo, morte de ocupantes e deformação significativa de um veículo.
HISTÓRIA DE SOBREDOSAGEM OU ENVENENAMENTO	Esta informação poderá ser prestada por terceiros ou poderá ser deduzida na presença de caixas vazias.
HISTÓRIA DE TCE	Qualquer acontecimento traumático envolvendo a cabeça preenche este critério.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

HISTÓRIA DE TRAUMATISMO	História de um evento fisicamente traumático recente.
HISTÓRIA DE VIAGENS AO ESTRANGEIRO	Recentes viagens ao estrangeiro (nos últimos três meses).
IMUNOSSUPRESSÃO CONHECIDA	Qualquer doente que esteja recebendo medicamentos imunossupressores.
INALAÇÃO DE FUMAÇA	Deve presumir-se ter havido inalação de fumaça quando a pessoa estiver confinada a um espaço cheio de fumaça. Os sinais físicos de fuligem oral ou nasal são menos seguros, mas significativos se presentes.
INCAPAZ DE SE ALIMENTAR (bebê)	Habitualmente referido pelos pais. Crianças que comem menos da metade do seu alimento sólido ou líquido (como adequado) por via oral.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

INCAPACIDADE DE ANDAR	É importante tentar distinguir entre a pessoa com dor e dificuldade em andar e aqueles que não conseguem andar. Apenas estes últimos podem ser considerados como incapazes de se locomover.
INCAPACIDADE DE ARTICULAR FRASES COMPLETAS	Pessoa com dificuldade respiratória tão grande que não consegue articular frases curtas numa só expiração.
INCAPACIDADE DE DISTRAÇÃO	Crianças angustiadas pela dor ou por outros fatores que são incapazes de se distrair pela conversa ou pelas brincadeiras, preenchem este critério.
INCAPACIDADE DE SUPORTAR PESO	Incapacidade de carregar o peso total do corpo por um ou por ambos os membros inferiores. Esta situação poderá causar dor ou perda de função.
INCONSOLÁVEL PELOS PAIS	As crianças cujo choro ou angústia não respondem às tentativas de conforto dos pais preenchem este critério.

DS

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

INFECÇÃO LOCAL	A infecção local manifesta-se habitualmente como inflamação (dor, inchaço e eritema) confinada a um determinado local ou área, com ou sem o aparecimento de pus.
INFLAMAÇÃO LOCAL	A inflamação local envolve dor, inchaço e eritema confinados a um determinado local ou área.
INÍCIO AGUDO PÓSTRAUMÁTICO	O início agudo de sintomas imediatamente, ou pouco depois, de um incidente fisicamente traumático.
INÍCIO REPENTINO	Início de um sinal/sintoma em segundos ou minutos. Pode obrigar a pessoa a acordar durante o sono.
INSTALAÇÃO SÚBITA	Início em menos de 12 horas.
LESÃO	Evento recente fisicamente traumático.
LESÃO ELÉTRICA	Qualquer lesão causada, ou possivelmente causada, por corrente elétrica. Inclui corrente alternada e corrente direta, bem como as fontes naturais e artificiais.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

LESÃO POR INALAÇÃO	História da pessoa ter estado confinado a um espaço cheio de fumaça é o indicador mais seguro de inalação de fumaça. Podem ser observados depósitos de carbono ao redor da boca e nariz e/ou rouquidão. A história é também a forma mais precisa para se diagnosticar inalação de substâncias química ou outros gases - não se observam, necessariamente, quaisquer sinais.
LESÃO POR INALAÇÃO DE SUBSTÂNCIA QUÍMICA	História de inalação de uma substância química potencialmente perigosa. Certos produtos químicos deixam sinais específicos enquanto outros podem não o fazer. A natureza do perigo pode não ser imediatamente aparente.
LESÃO NEUROLÓGICA FOCAL	Perda de função limitada a uma determinada parte do corpo (membro, lado, olho, etc.) ou uma perda de função que vai piorando com o passar das horas.
LESÃO OCULAR	Traumatismo ocular recente.

DS

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

LESÃO OCULAR PENETRANTE	Um evento traumático físico recente que envolva a penetração do globo ocular.
LESÃO OCULAR QUÍMICA	Qualquer substância que salpique ou seja colocada nos olhos que venha a causar sensação de picadas, queimaduras ou reduza a visão deve presumir-se capaz de causar lesão química.
LESÃO RECENTE	Lesão ocorrida na última semana é considerada como uma lesão recente.
LESÃO TORÁCICA	Qualquer lesão na área inferior às clavículas e acima do nível das costelas inferiores. Uma lesão na parte inferior do tórax poderá causar lesões subjacentes ao órgão abdominais.
MASSA ABDOMINAL VISÍVEL	Uma massa visível à observação do abdômen.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

MECANISMO DE LESÃO	São significativas lesões penetrantes (facada ou tiro) e lesões com elevada transferência de energia, como por exemplo quedas de alturas e acidentes de tráfego em alta velocidade (velocidade > 60 km/hora).
MENSTRUAÇÃO NORMAL	A perda de sangue menstrual e a dor que ocorrem na data prevista pelo período de tempo esperado.
MORTALIDADE	Probabilidade de a substância ingerida causar doença ou morte. Poderá ser necessário pedir o aconselhamento ao centro de controle de informações toxicológicas para receber orientações. Em caso de dúvida, presumir alto risco.
MORTALIDADE MODERADA	Probabilidade de a substância ingerida causar doença grave ou morte. Poderá ser necessário recorrer ao aconselhamento centro de controle de informações toxicológicas para receber orientações e estabelecer o nível de risco da

DS

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

	pessoa/vítima. Em caso de dúvida, presumir alto risco.
MUITO QUENTE	Se a pele se encontrar muito quente diz-se que a pessoa se encontra clinicamente muito quente. Uma temperatura ≥ 41˚ C é muito quente no adulto. Na criança é ≥ 39˚C.
NÃO SE ALIMENTA	Crianças que não ingerem alimentos sólidos ou líquidos (como se espera) por via oral. Crianças que ingerem alimentos, mas que em seguida vomitam poderão também preencher este critério.
NÃO URINA	Falência da produção de urina ou de apresentar micção espontânea. Isto pode ser difícil de valorizar nas crianças (e nos idosos) podendo ser feita referência ao número de fraldas utilizadas.
NOVOS SINAIS/SINTOMAS NEUROLÓGICOS	Podem incluir alteração ou perda de sensibilidade, enfraquecimento dos membros (transitório ou permanente) ou

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

	alterações funcionamento da bexiga ou intestino (incontinência).
OLHO VERMELHO	Olhos que se apresentam coloração vermelha da esclera. Um olho vermelho pode ser doloroso ou não e poderá ser total ou parcialmente.
PARTO ATIVO	Qualquer mulher grávida com contrações regulares, frequentemente dolorosas preenche este critério.
PEFR BAIXO (FLUXO EXPIRATÓRIO MÁXIMO)	PEFR de 50% ou PEFR inferior ao ideal.
PEFR MUITO BAIXO	Um PEFR de 33% ou Inferior do PEFR ideal ou previsto.
PEFR PREVISTO < 33%	O fluxo expiratório máximo previsto após ter conhecimento da idade e o sexo do doente. Alguns doentes podem ter a noção do seu ‘’melhor’’ PERF, podendo este ser utilizado. Se a relação da medição prevista for menor que 33% então este critério é preenchido.

DS

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

PEFR PREVISTO < 50%	O fluxo expiratório máximo previsto após consideração da idade e o sexo do doente. Alguns doentes poderão ter noção do seu "melhor'' PEFR, podendo ser este utilizado. Se a relação da medição prevista for menor que <50% então este critério encontra-se preenchido
PELE CRÍTICA	Uma fratura ou deslocação poderá deixar fragmentos ou pedaços de ossos a pressionar tão fortemente contra a pele que a viabilidade da mesma se encontra ameaçada. A pele encontrar-se-á branca e sobre tensão.
PEQUENA HEMORRAGIA INCONTROLÁVEL	Quando é impossível controlar um sangramento rapidamente pela aplicação de pressão direta sustentável e que continua a sangrar levemente ou a escorrer.
PERDA AGUDA DE AUDIÇÃO	A perda de audição num ou em ambos os ouvidos nas 24 horas anteriores.

DS

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

PERDA SÚBITA DA VISÃO	Perda de visão num ou em ambos os olhos nas 24 horas anteriores.
POSSÍVEL GRAVIDEZ	Qualquer mulher com amenorreia poderá considerar a possibilidade de gravidez. Além disso, qualquer mulher em idade de procriação que pratique sexo não protegido deve considerar a possibilidade de gravidez.
PRESSÃO SANGUÍNEA ELEVADA	História de pressão sanguínea elevada ou elevação da pressão na observação.
PRIAPISMO	Ereção sustentada do pênis.
PROLAPSO DO CORDÃO UMBILICAL	Deslocamento de qualquer parte do cordão umbilical pelo do colo uterino.
PROBLEMA RECENTE	Um problema que aparece no decorrer da última semana é considerado como um problema recente.
PROSTRADO	Os pais poderão descrever seus filhos como ‘’molengões’’. O tônus é em geral reduzido - o sinal mais notável é o movimento da cabeça.

DS

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

PRURIDO GRAVE	Sensação desagradável que leva a pessoa/indivíduo a se coçar. Um prurido insuportável.
PULSO	Se o tempo de preenchimento capilar não for medido e o pulso for superior a 120 bpm, a pessoa será classificado de cor vermelha.
PULSO ANORMAL	Bradicardia (< 60 bpm), taquicardia (> 120bpm) ou ritmo irregular.
PÚRPURA	Exantema em qualquer parte do corpo causado por pequenas hemorragias subcutâneas. Um exantema purpúreo não fica esbranquiçado (não se torna branco) sob pressão.
QUEIMADURA QUÍMICA	Qualquer substância que salpique, ou seja, colocada no corpo que cause sensação de picada, queimaduras ou dor deve presumir-se ter sido causado por queimadura química.
QUENTE	Se a pele estiver quente, diz que a pessoa se encontra clinicamente quente. Diz-se que a

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

	pessoa está quente quando apresenta temperatura ≥ 38,5˚ C.
REAÇÃO DA DOR	Reação ao estímulo da dor. Os estímulos periféricos normais devem ser utilizados - é usado um lápis ou uma caneta para aplicar pressão no leito da unha. Estes estímulos não devem ser aplicados nos dedos dos pés visto que o reflexo espinhal poder causar flexão mesmo na morte cerebral. Não devem ser utilizados os nervos supra orbitários devido a possibilidade de ocorrerem reflexos faciais com contração ou trejeito do rosto (careta).
REAÇÃO À VOZ	Reação ao estímulo verbal. Não é necessário gritar nomes. As crianças poderão não reagir devido ao medo.
REAVALIAR	Se não houve a certeza quanto à existência de grande traumatismo é necessário reavaliar e pesquisar uma vez mais antes de reclassificar.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

RESPIRAÇÃO APÓS ABERTURA DA VIA AÉREA	Em situações de incidentes importantes, a presença da respiração após uma simples manobra de abertura da via aérea resultará no retorno da respiração espontânea e poderá ser contada. A ausência da respiração após a manobra de abertura da via aérea poderá ser indicativa de parada cardiopulmonar ou morte.
RESPIRAÇÃO INEFICAZ	A pessoa/indivíduo que não consegue respirar suficientemente bem para manter uma oxigenação adequada sofre de respiração ineficaz. Poderá resultar num esforço aumentado para respirar ou em exaustão.
RETENÇÃO URINÁRIA	Incapacidade de urinar com distensão da bexiga.

DS

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

RISCO DE AGRESSÃO A TERCEIROS	A possibilidade de uma pessoa tentar agredir outros. Esta situação pode ser avaliada considerando o estado mental, a postura corporal e o comportamento. Quando em dúvida, presumir alto risco.
RISCO DE AUTOAGRESSÃO	Uma visão inicial do risco de auto-agressão pode ser formada considerando o comportamento da pessoa. As pessoas que apresentam histórias significativas de autoagressão, estão tentando autoagredir-se ou que estão tendo a intenção de se auto agredir são doentes de alto risco.
RISCO MODERADO DE AGRESSÃO A TERCEIROS	A presença de um risco potencial de agressão a terceiros poderá ser medida observando a postura (tensa e rígida), padrões de conversação (voz alta e palavras ameaçadoras) e comportamento motor (nervosismo e andar sem parar).

DS

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

RISCO MODERADO DE AUTO-AGRESSÃO	Uma visão inicial do risco de auto-agressão poderá ser formada tendo em conta o comportamento da pessoa/indivíduo. As pessoas que não apresentam histórias significativas de autoagressão, que não tentam ativamente auto agredir ou não tentam ativamente ter a intenção de se autoagredir, mas que confessam o desejo de se autoagredir, são pessoas de risco moderado.
RISCO DE NOVAS AUTO-AGRESSÕES	Pessoa que potencialmente tenta agredir-se mais. Quando em dúvida, presumir alto risco.
SANGUE ALTERADO	Mais escuro que o sangue vermelho vivo e frequentemente com um odor parecido à melena.
SANGUE FRESCO	Sangue não alterado - prontamente identificado pelas pessoas e profissionais da saúde.

DS

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO BAIXA	Uma saturação <95% em ar atmosférico.
SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO MUITO BAIXA	Uma saturação <95% com a terapêutica O2 ou 90% em ar atmosférico.
SEM REAÇÃO	Pessoas que não respondem mais aos estímulos verbais ou dolorosos são consideradas sem reação.
SEM REAÇÃO EM RELAÇÃO AOS PAIS	A falta de qualquer tipo de reação à cara ou a voz dos pais. Reações anormais e uma aparente falta de reconhecimento dos pais são sinais preocupantes.
SINAIS DE DESIDRATAÇÃO	Incluindo secura da língua, olhos afundados turgor cutâneo aumentado e, em bebês, a fontanela anterior afundada. Habitualmente associada a uma diminuição do débito urinário. Jovens, crianças e bebês com dor moderada não sabem se queixar.

DS

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

SINAIS DE DOR MODERADA	Habitualmente, choram contínua e intermitentemente e são ocasionalmente consoláveis.
SINAIS DE DOR SEVERA	Jovens, crianças e bebês com dores severas não sabem queixar. Habitualmente, choram contínua ou inconsolavelmente podendo apresentar taquicardia. Poderão exibir sinais como palidez e sudorese.
SINAIS DE MENINGISMO	Classicamente, pescoço rígido concomitante com cefaleia e fotofobia.
SINAIS NEUROLÓGICOS FOCAIS	Perda de função limitada a uma parte específica do corpo (membro, lado, olho, etc.) ou perda de função que piora com o decorrer das horas.
SUB-FEBRIL (FEBRÍCULA)	Diz-se que um adulto ou uma criança está subfebril, quando a temperatura é ≥ a 37,5˚C.
T.C.E. – TRAUMATISMO	Qualquer acontecimento traumático envolvendo a cabeça preenche este critério

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

CRÂNIO-ENCEFÁLICO	
TAQUICARDIA ACENTUADA	Frequência cardíaca acima de 120bpm no adulto. Em crianças esta situação deverá ser relacionada com a idade da criança.
TEMPO DE PREENCHIMENTO CAPILAR	O tempo de preenchimento capilar é o tempo que leva para os capilares do leito ungueal voltarem a encher após ter sido aplicada uma pressão de cinco segundos. O tempo normal é de dois segundo. Este sinal não é tão útil se o doente estiver frio.
TOTALMENTE ATRIBUÍVEL AO ÁLCOOL	Uma história clara de ingestão de álcool e a exclusão completa de todas as outras causas de sintomas e sinais.
TRABALHO RESPIRATÓRIO AUMENTADO	O aumento do esforço para respirar é demonstrado como frequência respiratória aumentada, uso de músculos acessórios e ressonar.

DS

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

TRAUMA DIRETO DA REGIÃO CERVICAL	Poderá ser vertical (carga), por exemplo quando algo cai sobre a cabeça, por flexão se dobra (para a frente, para trás, para os lados), por torção, distensão (enforcamento).
TRAUMA ESCROTAL	Qualquer evento recente fisicamente traumático, envolvendo a bolsa escrotal.
TRAUMATISMO DIRETO DA REGIÃO LOMBAR	Poderá ser vertical (carga), por exemplo, quando alguém cai de pé, se dobra (para a frente, para trás ou para os lados), ou por torção.
TRAUMATISMO OCULAR PENETRANTE	Um evento recente fisicamente traumático envolvendo penetração do globo ocular.
TRAUMATISMO PENETRANTE	Um evento recente fisicamente traumático que envolva uma penetração discreta de qualquer aérea corporal por meio de faca, bala ou outro objeto.
TRAUMATISMO VAGINAL	Qualquer história ou outras provas de traumatismo direto da vagina, preenche este critério.

DS

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

TRTS	Escala Revista de Triagem no Trauma: calcula-se utilizando a frequência respiratória codificada (0-4), pressão sistólica (0-4) e a pontuação da Escala de Coma Glasgow (0-4) para se obter uma pontuação de 0-12. Este sistema de pontuação aparece na maioria das etiquetas de triagem.

DS

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

Referências Bibliográficas:

- Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência, 2009 - Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.
- PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)
- BRASIL. Parecer Técnico nº 016/2005 do COREN do Distrito Federal. Brasília (DF) 2005. Disponível em: www.corendf.gov.br.
- COFEN. Resolução COFEN Nº 423/2012. Normatiza, no âmbito do sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do enfermeiro na atividade de classificação de riscos. Disponível em: www.site.portalcofen.gov.br/node/8956.
- FREITAS, P.. Triagem no serviço de urgência/emergência: grupo de triagem de Manchester. Portugal: Grupo Português de Triagem – BMJ-Publishing Group, 1997. 154p.

  Portal da Sociedade Brasileira para os estudos da dor. Disponível em: www.dor.org.br.
- FREITAS, P.. Triagem no serviço de urgência/emergência: grupo de triagem de Manchester. Portugal: Grupo Português de Triagem – BMJ-Publishing Group, 1997. 154p.

DS

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.SBCD.NGQ.002	VERSÃO: 03
NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES DE SEGURANÇA DO PACIENTE	VALIDADE: 05/2027	Pag. 1 de 8

Elaborado por: Flavia Gualano Luiz Ramos	Data: 28/06/2023	
Revisado por: Enfermeira da Qualidade Corporativo Eliana Cunha	Data: 05/2025	Visto: Assinado por: Eliana de Fátima da Cunha 6D37282EF7334F1...
Verificado por: Coordenação da Qualidade – Sabrina Benetti	Data: 05/2025	Visto: Assinado por: Sabrina Benetti 36842B6BE0BF4CE...
Aprovado por: Gerência da Qualidade - Erica de Cassia Laurindo	Data: 05/2025	Visto: DocuSigned by: Erica de Cassia Laurindo C3591491EA564CF...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
0	07/2023	Emissão inicial.
1	03/2025	Revisado: título- alterado de eventos adversos para incidentes de segurança do paciente
2	05/2025	Exclusão da atividade descrita nos Prazos: “NSP da sede deve alimentar o indicador mensalmente com os dados de notificações”. Inclusão da descrição do formulário e código citado em Notificação Manual: “Formulário de Registro de Incidentes e Não Conformidades F.SBCD.NGQ.052_V.02”. Adequação da atividade descrita em Notificação via sistema de gestão: “o NSP local/ corporativo deverá discutir e verificar se a classificação se enquadra corretamente”, assim exclui-se o termo corporativo e mantem o NSP local. Inclusão do código do formulário citado em Prazos / Tratativa de Ocorrências: “Ferramenta Ishikawa F.SBCD.NSP.002” Exclusão da atividade descrita nas Definições importantes:” Encaminhar os demais incidentes ao NSP sede toda sexta feira até às 18 horas” e “Enviar as notificações para o Email zn.nsp@sbcdsaude.org.br’. Exclusão do descritivo Anexo 2: “Planilha de acompanhamento de Notificação de Eventos Adversos”, pois o formulário correspondente não foi localizado. Alteração de anexo 3 para anexo 2: Formulário Tratativa de Ocorrências - Ferramenta Ishikawa F.SBCD.NSP.002. Revisado por: Eliana Cunha Enfermeira da Qualidade Assinado por: Eliana de Fátima da Cunha 6D37282EF7334F1...

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

1- OBJETIVO

Padronizar o fluxo de notificação de incidentes atendendo o Programa Institucional de Segurança do Paciente da Sociedade Brasileira Caminho de Damasco - SBCD.

2 – ALCANCE

Todos os serviços e instituições da SBCD.

3 – COMPETÊNCIA

Todos os colaboradores da instituição.

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

NSP: Núcleo de Segurança do Paciente.

Notificação de incidentes: comunicar a ocorrência de eventos, problemas ou situações associadas a pacientes, produtos ou serviços.

Classificações de acordo com a Resolução 36 de julho de 2013:

Incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente, ou seja, qualquer evento relacionado a assistência à saúde do paciente.

Evento adverso: incidente que resulta em danos à saúde.

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;

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

5.1 - Procedimentos

5.1.1 Notificação manual

- Todos os colaboradores da unidade ou que prestam serviço na unidade, bem como pacientes e terceiros podem realizar notificações.
- Preencher o formulário padronizado Formulário de Registro de Incidentes e Não Conformidades F.SBCD.NGQ.052_V.02 (anexo 1) disponível na unidade nos campos da notificação, principalmente o nome da unidade, data do incidente, setor envolvido, hora do incidente e descrição do ocorrido.
- No campo nome do paciente preencher somente com as iniciais. Todos os campos devem ser preenchidos se

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

possível e quando aplicável. O campo de descrição do ocorrido é obrigatório e deve ser preenchido detalhadamente com o máximo de informações possíveis para facilitar as demais etapas. Os campos de ação imediata preencher o que foi feito na hora e consequências para o paciente também devem ser preenchidos.

- O notificador também deverá classificar o evento conforme seu entendimento, entretanto o NSP local deverá discutir e verificar se a classificação se enquadra corretamente;
- O notificador pode ou não se identificar, porém quando o notificador não se identifica não é possível realizar a devolutiva da tratativa da notificação;
- Depositar o formulário de notificação preenchido no local especificado para este fim na unidade;
- NSP local recolhe os formulários diariamente e realiza o cadastro interno no Forms local ou sistema;
- Os incidentes notificados com dano grave, devem ser comunicados ao setor da qualidade corporativo em até 24h da data da ciência;
- O NSP local analisa o evento e verifica a classificação do evento considerando os prazos de análise;
- O NSP analisa o evento e elabora ações no formulário "Tratativa de Ocorrências" (anexo 2) ou diretamente na planilha de tratativa;

5.1.2 Notificação via eletrônica – Forms

- **O** setor da qualidade/ NSP deve disponibilizar o forms para notificação seguindo os campos padrões do formulário (anexo 1);
- Divulgar em forma de QR code o acesso para notificação, ideal que seja diferente o forms para gestão de processos (não conformidades) e gestão de risco (incidentes);
- Todos os colaboradores da unidade ou que prestam serviço na unidade, bem como terceiros devem ter acesso ao forms de notificação através da divulgação do link ou imagem;
- No campo nome do paciente preencher somente com as iniciais. Todos os campos devem ser preenchidos se possível e quando aplicável. O campo de descrição do ocorrido é obrigatório e deve ser preenchido detalhadamente com o máximo de informações possíveis para facilitar as demais etapas. O campo de ação imediata preencher o que foi feito na hora e consequências para o paciente também devem ser preenchidos.
- O notificador também deverá classificar o evento conforme seu entendimento, entretanto o NSP local deverá discutir e verificar se a classificação se enquadra corretamente;
- O notificador pode ou não se identificar, porém quando o notificador não se identifica não é possível realizar a devolutiva da tratativa da notificação quando é necessário maiores informações;

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

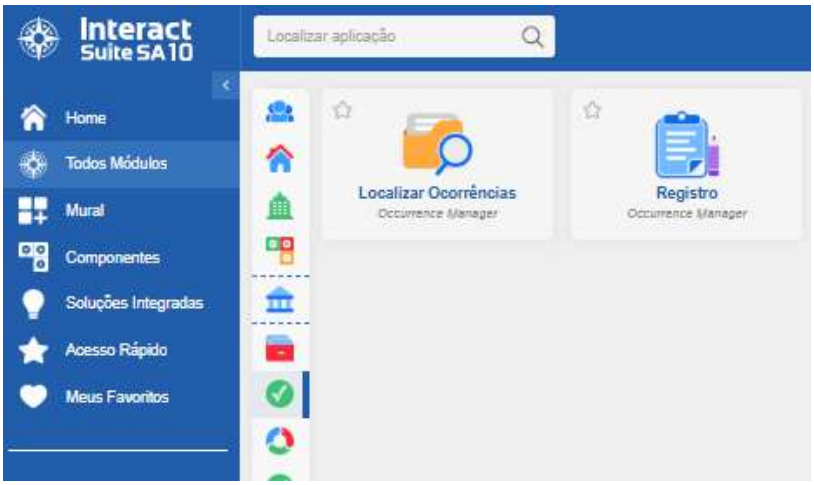
- NSP local acompanha diariamente os registros para identificação de eventos graves e encaminha para análise do responsável;

Independente se a unidade possui sistema ou método eletrônico deve ser mantido o impresso para situações de contingencia.

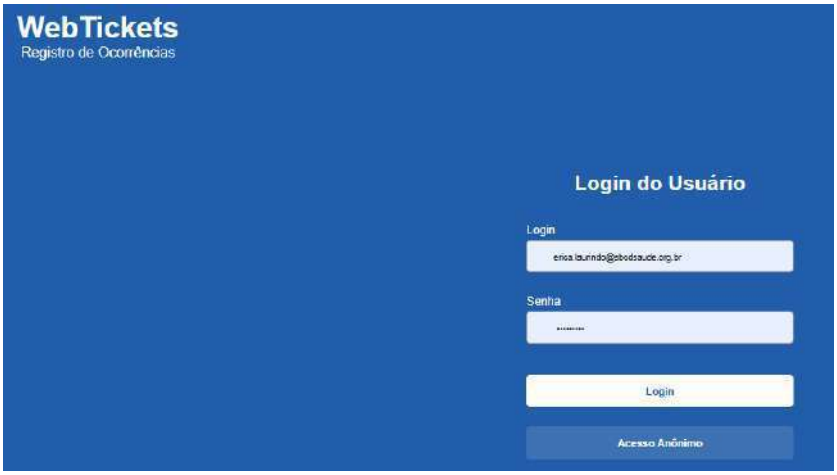
5.1.3 Notificação via sistema de gestão

- Realizar a notificação através do link (Interact Suite SA) do sistema ou QR code disponibilizado.

Sistema, utilizar a aba de Registro caso seja uma notificação identificada.

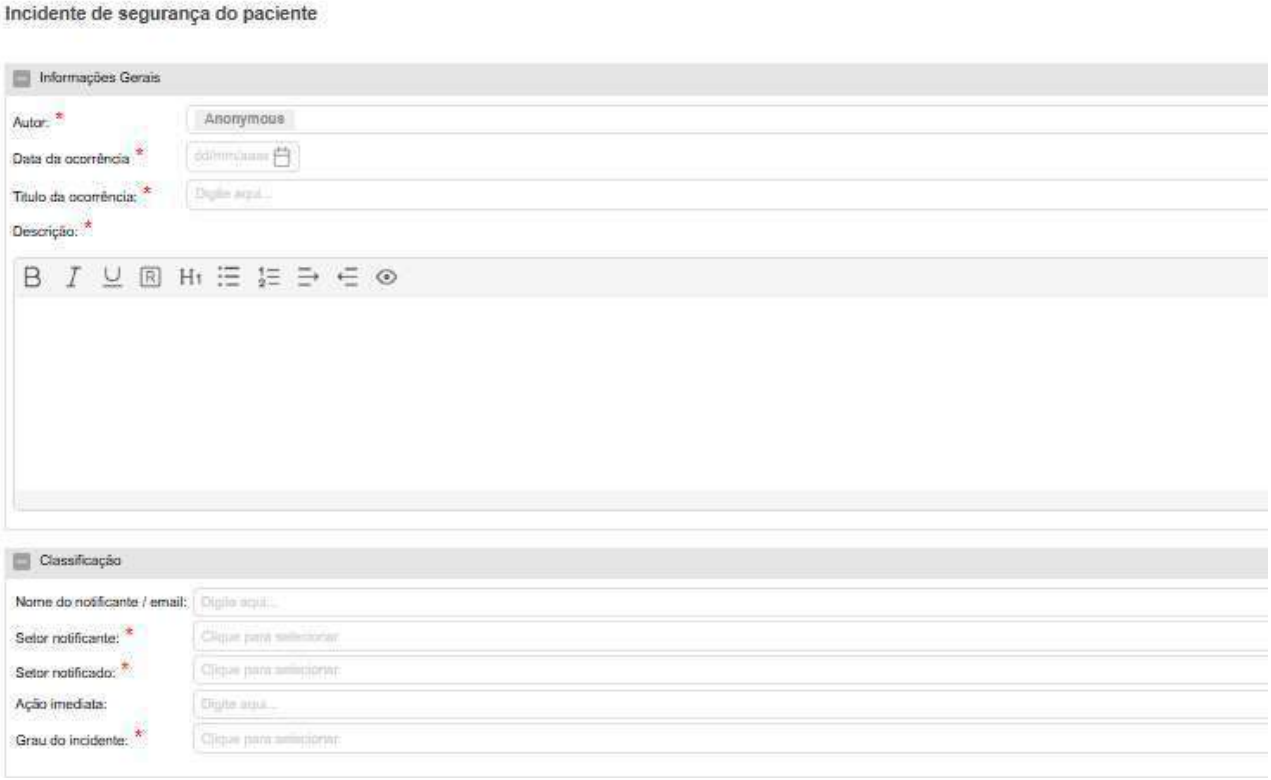


Em caso de uma notificação anônima utilizar o endereço do QR code e clicar em anônimo sem logar:



- Preencher os campos conforme descrito:

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F



- Todos os colaboradores da unidade ou que prestam serviço na unidade, bem como terceiros devem ter acesso ao forms de notificação através da divulgação do link ou imagem;
- No campo nome do paciente preencher somente com as iniciais. Todos os campos devem ser preenchidos se possível e quando aplicável.
- O campo de descrição do ocorrido é obrigatório e deve ser preenchido detalhadamente com o máximo de informações possíveis para facilitar as demais etapas.
- O campo de ação imediata preencher o que foi feito na hora e consequências para o paciente também devem ser preenchidos.
- O notificador também deverá classificar o evento conforme seu entendimento, entretanto o NSP local deverá discutir e verificar se a classificação se enquadra corretamente;

5.1.4 Prazos

Os incidentes notificados com dano grave ou óbito, devem ser comunicados ao setor da qualidade corporativo em até 24h da data da ciência;

- O NSP local analisa o evento e verifica a classificação do evento considerando os prazos de análise;

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

- O NSP analisa o evento e elabora ações no formulário "Tratativa de Ocorrências - Ferramenta Ishikawa F.SBCD.NSP.002" (anexo 2) ou diretamente na planilha de tratativa.
- NSP local deve notificar eventos com danos graves em até 72 horas à COVISA;
- NSP local deve gerenciar as ações propostas, os prazos, efetividade, na mesma planilha de acompanhamento de notificações de eventos;

Definições importantes:

- Notificar a ocorrência de óbito atribuído a evento adverso e evento com dano grave imediatamente ao núcleo de segurança do paciente da sede - NSP sede;
- Os incidentes com dano moderado e grave devem ser notificados a COVISA;
- Fazer análise e elaborar ações no formulário "Tratativa de Ocorrências";
- Realizar análise de evento com dano grave ou óbito: em até 5 dias úteis após ciência do ocorrido;
- Analisar evento com dano moderado em até 10 dias úteis e circunstância de risco, evento sem danos ou com dano leve: 15 dias úteis.

5 – ANEXOS

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

ANEXO 1 – F.SBCD.NGQ.052 - Notificação de Incidente de Segurança do Paciente

NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTE DE SEGURANÇA DO PACIENTE

NOME DA UNIDADE:

Data do Incidente: ___/___/____ **Nº da notificação:**

Setor Envolvido:_____ **Hora do incidente:** ____:____

CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA E DESFECHO DO INCIDENTE

1 - **Evento adverso:** incidente que resulta em dano para o paciente. Classificar os eventos conforme segue:

( ) **Evento com dano óbito:** incidente que leva o paciente, cliente ou profissional ao óbito.

( ) **Evento com dano grave:** a consequência no paciente, cliente ou profissional é sintomática, requerendo intervenção para salvara vida ou grande intervenção médico/cirúrgica, encurta a esperança de vida ou causa grandes danos permanentes em longo prazo ou perda de funções.

( ) **Evento dano moderado:** a consequência no paciente, cliente ou profissional é sintomática requerendo intervenção (por ex: procedimento suplementar, terapêutica adicional) um aumento na estadia ou causou danos permanentes em longo prazo ou perda de funções.

( ) **Evento com dano leve:** a consequência no paciente, cliente ou profissional é sintomática com sintomas leves, perda de funções ou danos mínimos ou intermediários de curta duração, sem intervenção ou com uma intervenção mínima requerida (por exemplo; observação extra, inquérito, análise ou pequeno tratamento).

2 - ( ) **Evento sem dano:** a consequência no paciente, cliente ou profissional é assintomática ou sem sintomas detectados, e não necessita tratamento (evento que não resultou em dano, exemplo: enfermeiro coloca a bolsa de sangue em um paciente homônimo àquele que deveria receber a bolsa, mas o sangue é compatível e o paciente não apresenta reação).

3 - ( ) **Quase-Evento:** incidente onde o dano não existe porque o erro foi detectado, não resultando em nenhum dano (incidente não atinge o paciente, exemplo: enfermeiro coloca umabolsa de sangue em um paciente homônimo àquele que deveria receber a bolsa, mas percebe antes de instalar).

4 - ( ) **Circunstância de Risco:** perigo, agente ou ação com potencial para causar dano. Situação em que houve potencial significativo de causar dano, mas não ocorreu o incidente (exemplo: escala de enfermagem defasada na UTI em determinado plantão).

CARATERÍSTICAS DO PACIENTE

Nome do Paciente / Colaborador/ Outros (Iniciais): **Idade:**

Nº atendimento/prontuário:

Diagnóstico ou procedimento principal (CID-10):

Comorbidades:

DESCRIÇÃO DO INCIDENTE

Descrição do ocorrido (O que e como aconteceu?)

Ação imediata (o que foi feito p/ contornar a situação)

Consequências para o paciente:

A identificação do notificador ajudará na análise, porém ela é opcional

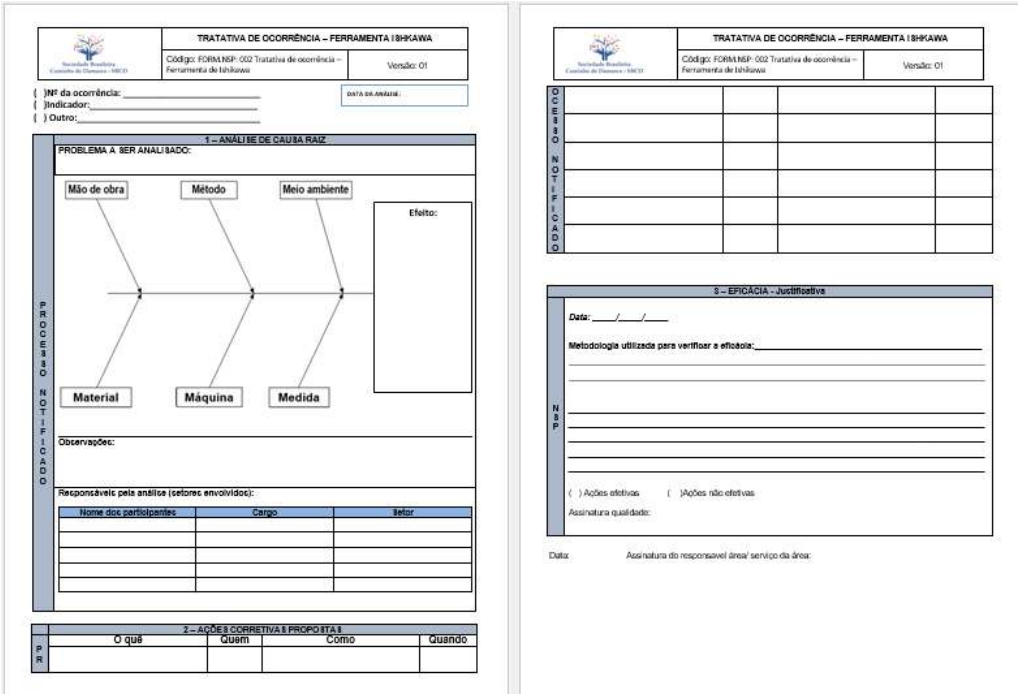
Nome do notificador: Setor:

FORM.NSP: 001 Notificação de Incidentes de Segurança do Paciente

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

ANEXO 2 – F.SBCD.NSP.002 - Formulário de Tratativa de Ocorrência



TRATATIVA DE OCORRÊNCIA – FERRAMENTA ISHKAWA

Código: FORM.NSP: 002 Tratativa de ocorrência – Ferramenta de Ishikawa | Versão: 01

( )NF da ocorrência: _____
( )Indicador: _____
( ) Outro: _____

DATA DA ANÁLISE:

PROCESSO NOTIFICADO

1 – ANÁLISE DE CAUSA RAIZ

PROBLEMA A SER ANALISADO:

Mão de obra | Método | Meio ambiente | Efeito:

Material | Máquina | Medida

Observações:

Responsáveis pela análise (setores envolvidos):

Nome dos participantes	Cargo	Setor

PR

2 – AÇÕES CORRETIVAS PROPOSTAS

O quê	Quem	Como	Quando

TRATATIVA DE OCORRÊNCIA – FERRAMENTA ISHKAWA

Código: FORM.NSP: 002 Tratativa de ocorrência – Ferramenta de Ishikawa | Versão: 01

PROCESSO NOTIFICADO

NSP

3 – EFICÁCIA - Justificativa

Data: ____/____/____

Metodologia utilizada para verificar a eficácia: _____

( ) Ações efetivas ( )Ações não efetivas

Assinatura qualidade:

Data: Assinatura do responsável área/ serviço da área:

7 – 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: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

POLÍTICA	POL.SBCD.017	VERSÃO: 01
POLÍTICA DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS	VALIDADE: 07/2027	Pág. 1 de 3

Elaborado por: Coordenação da Qualidade - Sabrina Benetti	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Sabrina Benetti 36842B6BE0BF4CE...
Verificado por: Coordenação de Ouvidoria – Gabriela Pinheiro	Data: 07/2025	Visto: DocuSigned by: 17F15CB7A7CF4EB...
Verificado por: Gerente da Qualidade – Erica Laurindo	Data: 07/2025	Visto: DocuSigned by: Erica de Cassia Laurindo C3591491EA564CF...
Aprovado por: Superintendente Jurídico – Angelo Picolo	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: 6DC3C19FA50F4EA...

Rev.	Data	Descrição da Revisão / Data / Responsável
0	Não se aplica	Elaboração do documento.

1 - OBJETIVO

O objetivo desta política é assegurar aos usuários acesso humanizado, acolhedor e resolutivo aos serviços de saúde, fortalecendo o vínculo entre o cidadão e o serviço. Esta política está alinhada ao Plano estratégico da SBCD, que estabelece como meta garantir a excelência no atendimento, com escuta ativa e humanizada, e resposta efetiva às necessidades dos usuários e a aplicação da melhoria continua e multiplicação das melhoras praticas a todas instituições administradas pela SBCD.

2 – FATORES CRÍTICOS DE SUCESSO

- **Envolvimento e Comprometimento da administração/gerência:** Garantir apoio e participação da liderança para priorizar ações de melhoria focadas na satisfação dos usuários.
- **Treinamento Adequado dos Funcionários**: Treinar e sensibilizar os colaboradores quanto à importância do atendimento humanizado, escuta qualificada e foco no usuário.
- **Alinhamento com os Valores Institucionais:** Assegurar que todas as ações relacionadas à satisfação dos usuários estejam de acordo com os valores de humanização, integridade, sustentabilidade e melhoria contínua.
- **Articulação entre os Setores:** Garantir a articulação entre SAU, Qualidade, áreas assistenciais e administrativas para solução das demandas do usuário.

3 – PROCESSOS (Diretrizes Gerais)

A Política de Satisfação do Usuário alinha a missão e visão da SBCD às atividades operacionais, promovendo o atendimento com excelência com base em seus valores institucionais. Essa excelência é alcançada por meio do desenvolvimento de pessoas, da melhoria contínua dos processos e da integridade em todas as ações.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

POLÍTICA	POL.SBCD.017	VERSÃO: 01
POLÍTICA DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS	VALIDADE: 07/2027	Pág. 2 de 3

Um dos pilares desta política é o envolvimento do paciente e de seus familiares no processo de cuidado. Conhecer a experiência do usuário vai além de medir sua satisfação; significa identificar oportunidades de melhoria, personalizar o cuidado de forma humanizada e replicar as melhores práticas para todos os usuários. Essa escuta qualificada é um fator-chave na condução de ações voltadas ao aprimoramento dos serviços de saúde.

A política também estimula a participação ativa do usuário na avaliação dos serviços prestados, favorecendo ajustes e melhorias nos processos a partir das informações por ele apresentadas.

A instituição tem o compromisso de garantir a satisfação dos usuários por meio da oferta de serviços de qualidade, humanizados, seguros e resolutivos, valorizando a escuta ativa e o atendimento às necessidades e expectativas dos usuários e de seus acompanhantes.

Objetivo:

- Garantir a satisfação e a segurança do usuário em todas as etapas do atendimento;
- Promover a humanização e o respeito no cuidado à saúde;
- Utilizar a experiência do usuário para identificar e implementar melhorias;
- Monitorar e avaliar continuamente a satisfação dos usuários.

Diretrizes:

- Tratar todos os usuários com respeito, dignidade e empatia.
- Disponibilizar canais acessíveis para opiniões, sugestões, reclamações e elogios
- Realizar pesquisas de satisfação de forma periódica e sistematizada.
- Analisar os dados coletados para subsidiar ações de melhoria.
- Assegurar a confidencialidade das informações fornecidas pelos usuários.
- Divulgar os resultados das ações de melhoria aos colaboradores para alinhamento e engajamento.

Monitoramento:

- Pesquisas de Satisfação (presenciais, online ou por telefone).
- Registros de manifestações no Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU).
- Indicadores.

Responsabilidades:

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

- **Colaboradores:** Atendimento humanizado e foco na satisfação do usuário.
- **SAU:** Receber, registrar e acompanhar as manifestações;
- **Gestão da Qualidade:** Monitorar indicadores, analisar dados e propor melhorias.
- **Alta gestão e lideranças:** Apoiar ações de melhoria alinhadas ao planejamento estratégico;

4 – ABRANGÊNCIA - STAKEHOLDERS

Este documento se aplica a todas áreas e profissionais atuantes na sede e nas instituições geridas pela SBCD.

5 – RESULTADOS ESPERADOS / PRODUTIVIDADE

Oferecer um atendimento de qualidade e humanizado, garantindo a satisfação dos usuários e fortalecimento do vínculo entre o cidadão e os serviços de saúde sob gestão da SBCD.

6 – INDICADORES

- Taxa de Satisfação dos Usuários;
- Percentual de Reclamações Recebidas;
- Tempo Médio de Resposta às Manifestações;
- Percentual de Aceitabilidade das Respostas;
- Índice de Resolutividade das Demandas;
- Quantidade de manifestações por tipo de classificação;
- Número de elogios e reclamações;

7 - ANEXOS

Não se aplica

8 - REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Ministério da Saúde (Brasil). (2015). *Manual de Direitos e Deveres dos Usuários da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.UE.ASS.002	VERSÃO: 01
SAFETY HUDDLE ASSISTENCIAL	VALIDADE: 02/2027	Pág. 1 de 7

Elaborado por: Assessora Técnica - Priscila Gomes de Pinho	Data: 02/2025	Visto: Assinado por: Priscila Gomes de Pinho 7B77E6E5BA62418...
Verificado por: Diretoria Urgência/Emergência - André Ramos Neto	Data: 02/2025	Visto: Assinado por: Andre' Ramos Neto C1CF8A0386BE43B...
Verificado por: Qualidade	Data: 02/2025	Visto: DocuSigned by: Erica de Cassia Laurindo C3591491EA564CF...
Verificado por: Assessora Técnica – Renata Colamarche	Data: 02/2025	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 90E0F55E05D144F...
Aprovado por: Gerência Assistencial – Carla Casaes	Data: 02/2025	Visto: Assinado por: Carla Carin Casaes FAEFCD486FD6449...
Aprovado por: Diretoria Urgência/Emergência - 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

Identificar e mitigar riscos imediatos à segurança assistencial.

Garantir comunicação clara entre os membros da equipe assistencial e as lideranças da unidade.

Encorajar a participação ativa da equipe assistencial na identificação de problemas e soluções.

2 – ALCANCE

Lideranças administrativas e assistenciais das unidades de urgência e emergência.

3 – COMPETÊNCIA

Equipe multiprofissional.

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

O *Safety Huddle* é uma reunião de segurança de curta duração, realizada no início da jornada e que oportuniza à equipe gerenciar proativamente a qualidade e segurança nos processos.

Se realizado diariamente, ele oferece uma maneira de monitorar os processos de forma contínua e em tempo real, incluindo uma revisão dos processos padronizados que são importantes, como *checklists*, *bundles* (conjunto de intervenções ou práticas baseadas em evidências que, quando implementadas juntas, proporcionam melhores resultados do que se aplicadas isoladamente, por exemplo *bundle* de sepse) e novas rotinas. Frequentemente, os

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

processos padronizados são frutos de projetos de melhoria de qualidade anteriores e os *huddles* são oportunidades de garantir que as melhorias se tornem parte da rotina de trabalho.

Os *huddles* permitem que as equipes revisem o desempenho do dia anterior e planejem o dia seguinte, abordando proativamente quaisquer preocupações.

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

1) Participantes do Safety Huddle:

PS e UPA:

7h30:

- Diretor técnico
- Coordenador de enfermagem
- Coordenador médico
- Enfermeiro (definir qual)
- Líderes administrativos
- Representante do laboratório
- Representante da radiologia
- Serviço social
- Farmacêutico
- Nutricionista clínico
- Assistente administrativo
- Quando presente na unidade, um assessor técnico

19h30:

- Supervisor de enfermagem
- Enfermeiro (definir qual)
- Supervisor administrativo
- Representante do laboratório
- Representante da radiologia
- Serviço social

DS EDCL
Rubricar PGP
DS RC
Rubrica
Rubrica

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS LAPH

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

- Farmacêutico
- Assistente administrativo

AMAs:

7h30:

- Gerente da unidade
- Enfermeiro da classificação
- Assistente administrativo da gerência
- Médico RT, médico CLT de plantão na unidade naquele dia ou o médico terceirizado mais experiente
- Farmacêutico

16h30:

- Enfermeiro RT
- Enfermeiro da classificação
- Assistente administrativo da recepção
- Médico RT, médico CLT de plantão na unidade naquele dia ou o médico terceirizado mais experiente
- Serviço social
- Farmacêutico
- Quando presente na unidade, um assessor técnico

Entre os participantes, devem ser definidos:

- O líder do *huddle*, que deve ser um dos membros da liderança da unidade, e é quem irá conduzir este momento, garantir que todos contribuam e apoiar a solução de problemas.
- Um membro que tome notas e atribua as responsabilidades.
- Um membro que controle o tempo.
- Um membro que observe a qualidade da reunião, para alinhamentos futuros.
- Um membro que faça o controle das pautas a fim de não perder o foco do *huddle*.

2) Quando realizar?

O *huddle* deverá ser realizado em dois horários:

DS EDCL
Rubricar PGP
DS RC
Rubrica
Rubrica

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS LAPH

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

- **PS e UPA**: às 7h30 e às 19h30.
- **AMAs:** às 7h30 e às 16h30.

3) Como realizar?

O *huddle* deverá ter a duração de 10 a 15 minutos.

Etapas do *huddle:*

a) Diariamente, os participantes devem estar na hora e no local marcados, os quais devem ser sempre os mesmos, a não ser que haja necessidade de alteração com comunicação prévia.
b) Pontualmente, o líder iniciará a reunião verificando a presença de todos.
c) No início do *huddle*, o líder compartilha sucessos e devolutivas do dia anterior.
d) Em seguida, aborda pendências do dia anterior que ainda não foram solucionadas. As pendências são endereçadas de acordo com a prioridade.
e) O líder faz perguntas direcionadas conforme roteiro sugerido abaixo.
f) Em seguida, o líder passa a palavra a cada um dos membros do *huddle*, para que abordem pendências e/ou recados importantes acerca de suas áreas, caso haja. Não é necessário que todos falem, somente se houver pauta.
g) Por fim, o líder do grupo revisita os problemas e pendências, pedindo prazos e responsáveis para resolvê-los.
h) Registrar as informações em formulário *online*.

4) Perguntas sugeridas para o *Huddle*:

- PS/UPA: Anexo 1
- AMA: Anexo 2

6 – RESULTADO ESPERADO

A criação de um ambiente mais seguro; garantir a eficiência na resolução das demandas; reduzir incidentes e falhas na assistência; otimização do giro de leitos; melhoria na comunicação da equipe, garantindo uma ação coordenada e harmônica.

7 – AÇÕES CORRETIVAS

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

1. Reavaliação e Ajustes: Reavaliar continuamente o processo, o modo de realização do *huddle*, as ferramentas envolvidas e realizar ajustes conforme necessário.
2. Capacitação: Oferecer capacitações adicionais para a equipe
3. Aprimoramento de Recursos: Investir em infraestrutura e insumos adequados.

8 – RISCOS DO PROCESSO

1. Falta de Acompanhamento: Se as pendências/oportunidades de melhoria levantadas durante os *huddles* não forem seguidas por ações corretivas, a credibilidade do processo pode ser comprometida.
2. Falta de Adesão: Caso os membros da equipe não participem ativamente ou não considerem os *huddles* importantes, o processo pode ser ineficaz.
3. Perda de Foco: *Huddles* que não são bem estruturados podem se desviar do foco de segurança e qualidade e se tornar genéricos ou improdutivos.
4. Prolongamento do tempo definido para o huddle, levando a distração dos participantes e impactando negativamente na rotina do serviço.

9 – INDICADORES

1. Número de *huddles* realizados (mensal);
2. Número de pendências em geral (mensal);
3. Número de pendências endereçadas às lideranças corporativas (mensal).

10 – ANEXOS

Anexo 1 – F.UE.ASS.001 - Formulário do Safety Huddle AMA

DS EDCL
Rubricar PGP
DS RC
Rubrica CCC
Rubrica

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS LAPH

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

SAFETY HUDDLE - NOME DA UNIDADE

Código: F.UE.ASS.001 - Versão 01

UNIDADE (AMA):			
LÍDER DO HUDDLE:			
DATA:____/____/____	**HORA DE INÍCIO: ____:____ / HORA DE TÉRMINO:____/____**		
SERVIÇOS DESCRITIVOS	**PERGUNTAS DIRECIONADORAS**	**SIM**	**NÃO**
GERÊNCIA DA UNIDADE	A EQUIPE MÉDICA ESTÁ COMPLETA?		
	A ESCALA DE COLABORADORES DE ENFERMAGEM ESTÁ COMPLETA?		
	A ESCALA DE COLABORADORES ADMINISTRATIVOS ESTÁ COMPLETA?		
	SISTEMAS OPERANDO NORMALMENTE?		
	PREVISÃO DE REPARO OU MANUTENÇÃO EM ALGUM SETOR/EQUIPAMENTO?		
EQUIPE DE ENFERMAGEM	ALGUM PACIENTE PARA REMOÇÃO? PARA QUAL UNIDADE?		
	PACIENTES COM SUSPEITA DE SEPSE, IAM OU AVC?		
	ALGUMA RECUSA DE TRATAMENTO OU EVASÃO?		
	CASOS DE DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS/NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA? NOTIFICADO?		
	APARELHO DE RAIO-X FUNCIONANDO NORMALMENTE?		
	APARELHO DE ECG FUNCIONANDO NORMALMENTE?		
	ALGUM PROBLEMA COM LABORATÓRIO?		
	AUTOCLAVE FUNCIONANTE?		
SERVIÇO SOCIAL	ALGUM CASO DE VIOLÊNCIA OU OUTRA SITUAÇÃO ESPECÍFICA?		
FARMÁCIA/ALMOXARIFADO	MEDICAÇÕES / MATERIAIS EM FALTA?		
	QUAL O PLANO DE AÇÃO:		
HIGIENE	EQUIPE COMPLETA?		
	ALGUM IMPACTO PARA A HIGIENIZAÇÃO DA UNIDADE?		
CONTINGÊNCIA	HÁ NECESSIDADE DE ATIVAR ALGUM PLANO DE CONTINGÊNCIA?		
CORPORATIVO	ALGUM INFORME OU NECESSIDADE DE APOIO DA LIDERANÇA CORPORATIVA: QUAL:? _____		

COMUNIQUE OS SUCESSOS ANTERIORES:

INFORMES GERAIS:

OBSERVAÇÕES:

Anexo 2 – F.UE.ASS.002 - Formulário do Safety Huddle UPA/OS

DS EDCL
Rubricar PGP
DS RC
Rubrica CCC
Rubrica

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE
DS LAPH

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

SAFETY HUDDLE – NOME DA UNIDADE

Código: F.UE.ASS.002 - Versão 01

UNIDADE (PS/HPA):

LÍDER DO HUDDLE:

DATA:____/____/____ **HORA DE INÍCIO: ____:____ / HORA DE TÉRMINO:____/____**

SERVIÇOS DESCRITIVOS	PERGUNTAS DIRECIONADORAS	SIM	NÃO
DIRETORIA TÉCNICA	A EQUIPE MÉDICA ESTÁ COMPLETA?		
	PACIENTES COM PREVISÃO DE ALTA?		
	PACIENTES COM SUSPEITA DE SEPSE, IAM OU AVC?		
	QUANTOS PROTOCOLOS FORAM ABERTOS NAS ÚLTIMAS 24 HORAS? (SEPSE, IAM, AVC)		
COORDENAÇÃO / SUP. ENFE	ESCALA DE COLABORADORES DE ENFERMAGEM ESTÁ COMPLETA?		
	ALGUMA RECUSA DE TRATAMENTO OU EVASÃO?		
	QUANTOS PACIENTES AGUARDANDO LEITO DE OBSERVAÇÃO?		
	ALGUM PACIENTE AGUARDANDO RESULTADO DE EXAME PARA ALTA/CONDUTA MÉDICA?		
	ALGUM PACIENTE EM PRECAUÇÃO? IDENTIFICAÇÃO BEIRA LEITO ADEQUADA?		
	CASOS DE DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS/NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA? NOTIFICADO?		
	ALGUM EVENTO NAS ÚLTIMAS 24H (QUEDA/FLEBITE/FALHA NO PROCESSO MEDICAMENTOSO)?		
CME	AUTOCLAVES FUNCIONAMENTES?		
NUTRIÇÃO	QUANTIDADE DE PACIENTES EM DIETA ZERO		
	ALGUM PACIENTE COM RESTRIÇÃO ALIMENTAR OU NECESSIDADE ESPECIAL?		
	ALGUM PROBLEMA COM A OFERTA/DISTRIBUIÇÃO DE REFEIÇÕES AOS PACIENTES?		
EQUIPE ADMINISTRATIVA/	A ESCALA DE COLABORADORES ESTÁ COMPLETA?		
NÚCLEO INTERNO DE REGU	QUAL A QUANTIDADE DE PACIENTES POR SETOR?		
	ALGUM PACIENTE COM SOLICITAÇÃO DE VAGA ZERO?		
	TODOS OS PACIENTES FORAM INSERIDOS NO CROSS COM MENOS DE 24 HORAS?		
	ALGUM PACIENTE NÃO FOI INSERIDO OU FOI INSERIDO FORA DO PRAZO NO CROSS?		
	MOTIVO:_____		
SERVIÇO SOCIAL	PACIENTE EM ACOMPANHAMENTO DO SERVIÇO SOCIAL?		
	ALGUM PACIENTE AGUARDANDO VAGA EM CENTRO DE ACOLHIDA, ALTA SOCIAL, CAPS/SRT OU MP?		
DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	APARELHO DE RAIO-X FUNCIONANDO NORMALMENTE?		
	PENDÊNCIA NA REALIZAÇÃO DE RAIO-X? QUANTOS E QUAL SETOR?		
FARMÁCIA/ALMOXARIFADO	MEDICAÇÕES/MATERIAIS EM FALTA?		
	QUAL O PLANO DE AÇÃO:		
LABORATÓRIO	ALGUMA PENDÊNCIA OU PROBLEMA URGENTE?		
	ALGUM IMPACTO NA REALIZAÇÃO DE EXAMES?		
TECNOLOGIA DA INFORMA	SISTEMAS OPERANDO NORMALMENTE?		
	ALGUMA PREVISÃO DE ATUALIZAÇÃO?		
	ALGUM CHAMADO PENDENTE?		
ALMOXARIFADO	ALGUMA FALTA DE MATERIAL?		
	SE SIM, PREVISÃO DE COMPRA / REABASTECIMENTO?_____		
HIGIENE	ALGUM IMPACTO PARA A HIGIENIZAÇÃO DA UNIDADE?		
	FALTA DE MATERIAL?		
	EQUIPE COMPLETA?		
ROUPARIA	ALGUMA PENDÊNCIA URGENTE?		
MANUTENÇÃO/ENGENHARI	ALGUMA PENDÊNCIA URGENTE?		
	PREVISÃO DE REPARO OU MANUTENÇÃO EM ALGUM SETOR/EQUIPAMENTO?		
	APARELHO DE ELETROCARDIOGRAMA (ECG) DOAS PRÁTICAS FUNCIONANTE?		
	REDE DE GASES FUNCIONANTE?		
	ABASTECIMENTO DE OXIGÊNIO OK?		
CONTINGÊNCIA	HÁ NECESSIDADE DE ATIVAR ALGUM PLANO DE CONTINGÊNCIA?		
	MOTIVO:_____		
CORPORATIVO	ALGUM INFORME OU NECESSIDADE DE APOIO DA LIDERANÇA CORPORATIVA: QUAL:?_____		

COMENTE OS SUCESSOS ANTERIORES:

INFORMES GERAIS:

11 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Kit de Ferramentas Essenciais para Segurança do Paciente: Huddles, do Institute for Healthcare Improvement, acessado em: Huddles.pdf (ihi.org) em 25/09/2024.
2. Mello LRG, Christovam BP, Moreira APA, Moraes EB. Criação da metodologia *Safety Huddle* em um software para segurança do paciente: relato de experiência. Rev Bras Enferm. 2020; 73(Suppl 6):e20190788.
3. Mello LRG et al. Implementação da metodologia *Safety Huddle* na terapia intensiva durante a pandemia Covid-19: relato de experiência. Enferm. Foco 2020; 11 (1) Especial: 222-227.

DS EDCL
Rubricar PGP
DS RC
Rubrica
Rubrica

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS LAPH

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

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;

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

- 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
Rubrica
DS
Rubrica
Rubrica

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

- 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

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

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

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

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: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

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
Rubrica
DS
Rubrica
Rubrica

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

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

DS LAPH

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

- 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

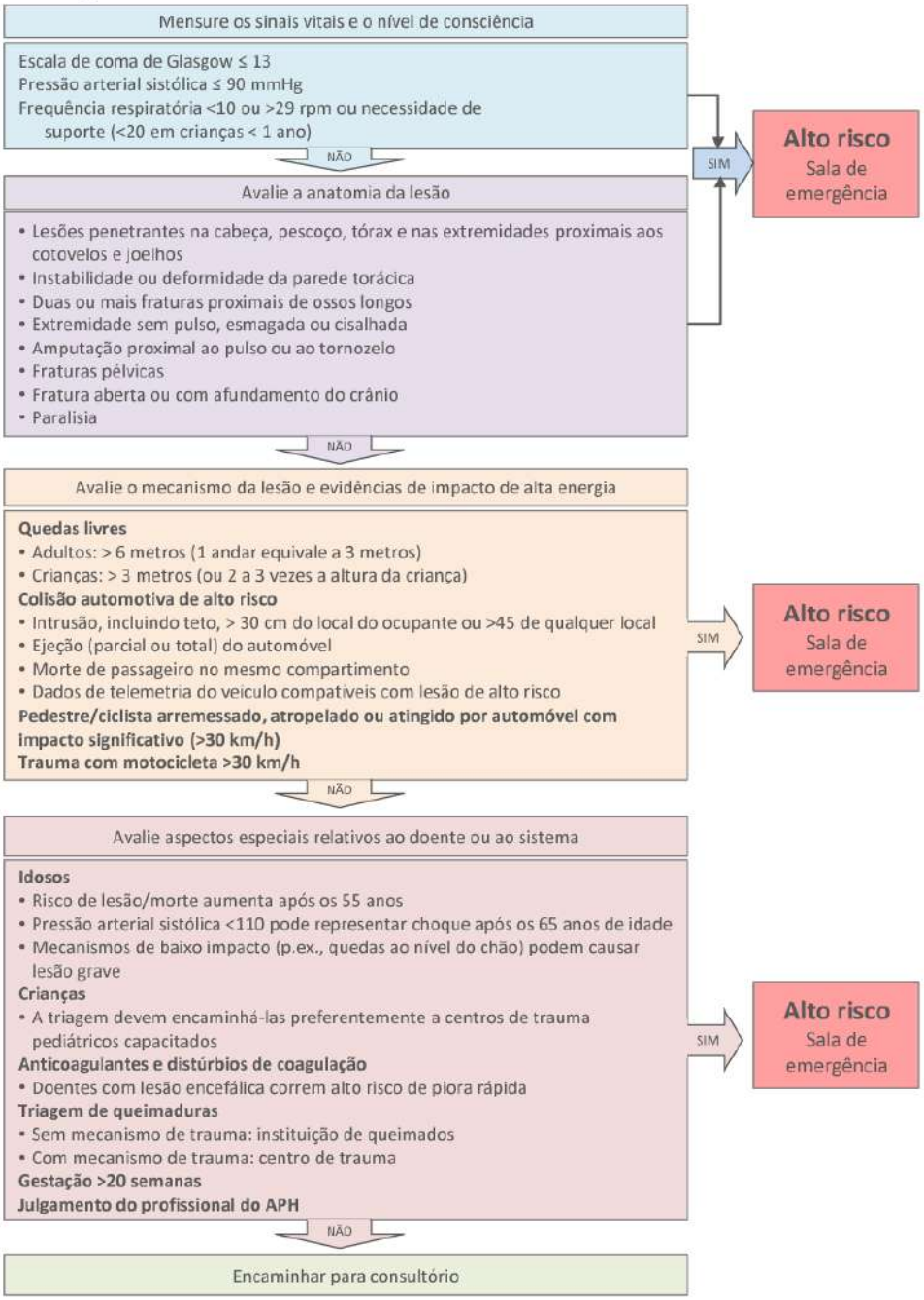
CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

Não se aplica.

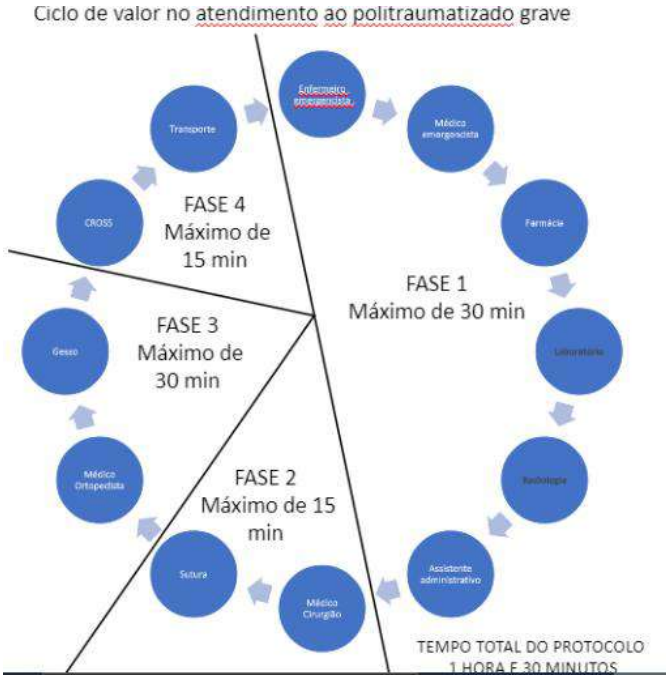
10 – ANEXOS

Fluxograma de atendimento ao trauma



Rubrica
DS EDCL
Rubrica JPRS
DS RC
Rubrica hCS
Rubrica

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F



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 EDCL
Rubrica JPRS
DS RC
Rubrica KCS
Rubrica

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.UE.ASS.004	VERSÃO: 01
PUNÇÃO LOMBAR – PROCEDIMENTO E CUIDADOS	VALIDADE: 02/2027	Pag. 1 de 8

Elaborado por: Diretor Técnico - Kauê de Cezaro	Data: 02/2025	Visto: Assinado por: KAUE DE CEZARO DOS SANTOS A023D24A445A4DE...
Verificado por: Assessor Técnico – Fabrício Lopes	Data: 02/2025	Visto: Assinado por: Fabricio Lopes da Silva 97794B2C355C4A3...
Verificado por: Qualidade	Data: 02/2025	Visto: DocuSigned by: Erica de Cassia Lamindo C3591491EA564CF...
Verificado por: Enfermeiro de SCIRAS – Anderson Camacho	Data: 02/2025	Visto: Assinado por: Anderson Camacho 92CFAF0ED6E6466...
Aprovado por: Gerência Assistencial – Carla Casaes	Data: 02/2025	Visto: Assinado por: Carla Carin Casaes FAEFCD486FD6449...
Aprovado por: Diretoria de Urgência/Emergência - 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

Estabelecer uma rotina sobre o procedimento de coleta de liquor nas unidades da SBCD.

2 – ALCANCE

Unidades Hospitalares, Unidades de Assistência Pré – Hospitalar – Atenção Primária, ambulatórios, serviços diagnósticos.

3 – RESPONSABILIDADE

- Equipe Médica;
- Equipe de Enfermagem;
- Coordenação Médica e de Enfermagem.

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

LCR: Liquor, ou líquido cefalorraquiano é um fluido claro e incolor que circula no sistema nervoso central (SNC). As indicações para coleta de liquor consistem em suspeitas ou confirmações das seguintes patologias, no entanto, para os serviços de urgência e emergência as indicações serão prevalentemente infecciosas, dado o caráter ambulatorial das demais investigações:

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

- Meningite.
- Encefalite.
- Doenças desmielinizantes.
- Neurossífilis.
- Hemorragia subaracnoide.
- Carcinomatose meníngea.
- Guillain-Barré.
- Hidrocefalia de pressão normal.
- Doenças neurodegenerativas.
- Metástases para o sistema nervoso central.
- Diagnóstico diferencial de cefaleias.
- Controle de terapia intratecal.
- Investigação de infecções sistêmicas com acometimento neurológico

As contraindicações a realização de punção lombar são:

- Sinais de hipertensão intracraniana.
- Suspeita de abscesso epidural espinhal
- Trombocitopenia ou outros distúrbios de coagulação
- Uso de anticoagulantes
- Sinais neurológicos focais
- Paciente comatoso
- Crises convulsivas
- Cirurgia lombar prévia com colocação de próteses/pinos
- Infecção na pele que irá ser puncionada

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

Materiais Necessários

- Bandeja de punção lombar;
- Seringa de 10 ml;

Rubrica AC
Rubrica
DS EDCL
Rubrica FLDS
Rubrica KCS
Rubrica CCC

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

- 1 ampola de lidocaína com vaso;
- Agulha epidural;
- Agulha conforme calibre solicitado pelo médico;
- Clorexidina alcoólica;
- Gaze estéril;
- Micropore;
- Luva estéril;
- Luva de procedimento;
- Recipiente para coleta de material.

PROCEDIMENTO:

MÉDICO - Realiza orientação do procedimento e sua necessidade ao paciente e coleta assinatura do mesmo ou de seu responsável legal em F.UE.ASS.005 - **termo de consentimento – punção de liquor** (anexo 01). Realiza a coleta do liquor e solicitação dos exames relacionados a suspeita clínica.

TÉCNICO DE ENFERMAGEM – Realiza posicionamento do paciente de maneira adequada para realização do procedimento, orienta o paciente ou responsável legal sobre o processo, acomoda e orienta o paciente após punção.

1. Orientação ao paciente e posicionamento

Informar o paciente sobre o procedimento, seus riscos e benefícios, obtendo consentimento informado.

Posição do paciente: Decúbito lateral: O paciente deve estar deitado de lado, com as pernas flexionadas em direção ao abdome (posição fetal), o que aumenta o espaço entre os processos espinhosos vertebrais.

Sentado: Em alguns casos, o paciente pode ser posicionado sentado com o tronco inclinado para frente, apoiando-se em uma mesa ou travesseiro.

2. Identificação do local anatômico

- Palpe os processos espinhosos lombares para localizar o espaço intervertebral.
- Referência anatômica: Encontre a crista ilíaca (a borda superior do osso do quadril) e trace uma linha imaginária entre as duas cristas. Essa linha cruza o processo espinhoso de L4.

Rubrica AC
Rubrica
DS EDCL
Rubrica FLDS
Rubrica KCS
Rubrica CCC

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS LAPH

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

- A punção é geralmente realizada no espaço intervertebral entre L3-L4 ou L4-L5, abaixo da terminação da medula espinhal (cone medular), que ocorre em L1-L2 na maioria dos adultos.

3. Preparação estéril

- Limpe a pele no local escolhido com solução antisséptica (clorexidina alcoólica) em movimentos circulares, de dentro para fora.
- Coloque campos estéreis ao redor do local.
- Vista luvas estéreis e organize o material necessário.

4. Anestesia local

Infiltre anestésico local (lidocaína 1-2%) no local da punção. Use uma agulha fina (**Neonatos e Lactentes**: 22G ou 23G, **Crianças**: 22G ou 23G, **Adultos**: 20G, 21G ou 22G, **Idosos**: 22G ou 23G). Para alcançar até o tecido subcutâneo e ligamento interespinhoso.

5. Inserção da agulha

Utilize agulha para punção lombar (com mandril) conforme calibre indicado (adulto ou pediátrico). Introduza a agulha no espaço intervertebral escolhido:

Direcione-a ligeiramente cranialmente e medialmente, com ângulo de cerca de 15 graus.
Atravessará as seguintes estruturas anatômicas:

- Pele.
- Tecido subcutâneo.
- Ligamento supraespinhoso.
- Ligamento interespinhoso.
- Ligamento amarelo.
- Espaço epidural (contendo gordura e plexo venoso interno).
- Dura-máter e aracnoide (acessando o espaço subaracnoide).

Sentirá uma resistência inicial ao atravessar o ligamento amarelo e, em seguida, uma "perda de resistência" ao atingir o espaço subaracnoide.

Rubrica AC
Rubrica
DS EDCL
Rubrica FLDS
Rubrica kCS
Rubrica CCC

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE
DS LAPH

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

Atenção: Referências anatômicas importantes

Cone medular: Terminação da medula espinhal (em L1-L2).

Cauda equina: Conjunto de raízes nervosas no canal espinhal lombar, evitando lesões durante o procedimento.

Espaço subaracnoide: Local onde o LCR é coletado.

Rubrica AC

Rubrica

DS EDCL

Rubrica FLDS

Rubrica kCS

Rubrica CCC

6. Coleta do liquor

- Retire o mandril da agulha cuidadosamente.
- O liquor deve fluir de forma contínua.
- Coleta-se cerca de 2-5 ml em tubos estéreis. Nas análises de liquor serão realizadas avaliações citológicas, bioquímicas e microbiológicas, preferencialmente com conteúdo coletado em 03 tubos estéreis e na impossibilidade, em tubo estéril único com volume de 8 ml a 15 ml.

7. Conclusão do procedimento

- Recoloque o mandril e remova a agulha suavemente.
- Aplique um curativo no local da punção.
- Oriente o paciente a permanecer deitado por pelo menos 1-2 horas para minimizar o risco de cefaleia pós-punção.
- Identificar o frasco com material coletado contendo o nome do paciente, data de nascimento, leito, número de ficha de atendimento ou de prontuário e tipo de material coletado.
- Encaminhar a amostra ao laboratório para análise.
- Registrar o procedimento realizado no prontuário do paciente.

8. Complicações e cuidados

- Observe sinais de complicações como dor de cabeça, lombalgia, ou sinais neurológicos.
- Reavalie periodicamente.

- Monitorar queixas de cefaleia e/ou dor e comunicar imediatamente ao enfermeiro da unidade

Eventos possíveis pós punção

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS LAPH

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

- Cefaleia pós-punção:

Descrição: Dor de cabeça que piora ao ficar em pé e melhora ao deitar.

Ações corretivas: Repouso absoluto por 48 horas, preferencialmente deitado de barriga para baixo, ingestão de líquidos com cafeína (como café ou refrigerantes) e uso de analgésicos conforme orientação médica

- Dor nas costas:

Descrição: Dor no local da punção que pode irradiar para as pernas.

Ações corretivas: Repouso, uso de analgésicos e, em alguns casos, aplicação de calor local

- Sangramento:

Descrição: Presença de sangue no líquido cefalorraquidiano (LCR).

Ações corretivas: Avaliar se o sangramento é acidental ou devido a uma hemorragia subaracnóidea. Em caso de sangramento acidental, a intensidade geralmente diminui ao longo da coleta. Se persistir, pode ser necessário repetir a punção em outro local

- Infecção:

Descrição: Raro, mas pode ocorrer infecção no local da punção.

Ações corretivas: Administração de antibióticos e monitoramento médico rigoroso.

- Hematoma:

Descrição: Acúmulo de sangue no local da punção.

Ações corretivas: Aplicação de gelo nas primeiras 24 horas e, posteriormente, calor local. Monitoramento para sinais de complicações

OBSERVAÇÃO:

Caso a equipe médica assistente não se considere apta para realizar o procedimento ou identifique contra indicações para seguir com o procedimento, se deve inserir o caso na plataforma **SIRESP**, informando a necessidade de isolamento sob suspeita de meningite e seguir com o tratamento com antibioticoterapia adequada (**Vancomicina + ceftriaxona + ampicilina)** e corticoide.

6 – RESULTADO ESPERADO

Realizar a punção lombar de maneira padronizada, segura e eficaz, assegurando a coleta adequada do material e o bem-estar do paciente.

7 – AÇÕES CORRETIVAS

Rubrica AC
Rubrica
DS EDCL
Rubrica FLDS
Rubrica KCS
Rubrica CCC

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS LAPH

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

Educação quanto a higiene de mãos

No máximo 02 punções por operador

8 – RISCOS DO PROCESSO

Contaminação cruzada

Falha de coleta de liquor

Coleta de liquido sanguinolento

9 – INDICADORES

Não se aplica.

10 – ANEXOS

ANEXO 1 -F.UE.ASS.005 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PUNÇÃO LOMBAR

Código: F.UE.ASS.005 – Versão 01

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
PUNÇÃO LOMBAR – COLETA DE LÍQUOR

Por este instrumento particular o (a) paciente_____ , nascido em _____, **ou seu responsável legal Sr. (a)**_____, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei nº 8.078/90, que estando no pleno gozo de minhas faculdades mentais, autorizo o Dr. _____, ***CRM***_____ , seus assistentes e todos os demais profissionais vinculados à assistência, credenciados à unidade de saúde _____, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado **"PUNÇÃO LOMBAR"**, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestesias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer. Declara, outrossim, que recebi todas as explicações necessárias quanto a proposta do procedimento que será realizado, em linguagem clara e acessível feitas pelo referido (a) médico (a), atendendo ao disposto nos artigos 22º e 34º do Código de Ética Médica e no artigo 9º da Lei nº 8.078/90 (abaixo transcritos), o qual esclareceu de forma detalhada a natureza e os objetivos do procedimento e me foi dada na oportunidade o direito de fazer perguntas e aclarar todas as dúvidas que achei pertinentes, sendo todas elas respondidas de maneira completa e satisfatória, quer seja nos aspectos dos benefícios, como dos riscos e possíveis reações de menor ou maior intensidade, bem como fui informado sobre os riscos e/ou benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s). A partir desse momento fiquei ciente do abaixo descrito:

Rubrica AC
Rubrica
DS EDCL
Rubrica FLDS
Rubrica kCS
Rubrica CCC

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS LAPH

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

11 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. SOUZA, V.H.S; MOZACHI, N. O Hospital: Manual do Ambiente Hospitalar. 2ª ed. Curitiba: Os Autores, 2005.

2. Oliveira, J. P. S., Mendes, N. T., Martins, Á. R., & Sanvito, W. L. (2020). Cerebrospinal fluid: history, collection techniques, indications, contraindications and complications. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, *56*, e2822020. https://doi.org/10.5935/1676-2444.20200054

3.OLIVEIRA, João Paulo S. et al. Líquido cefalorraquidiano: história, técnicas de coleta, indicações, contraindicações e complicações. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, v. 56, p. e2822020, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/jbpml/a/DpqyKS9CXBM7dY3QdXvFB6F/?format=html&lang=pt. Acesso em: 12/01/2025.

Rubrica AC

Rubrica

DS EDCL

Rubrica FLDS

Rubrica kCS

Rubrica CCC

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS LAPH

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP. EU.ASS.007	VERSÃO: 01
GERENCIAMENTO DE PACIENTES FALTOSOS, DESISTENTES E ALTA ADMINISTRATIVA – AME ANDRADINA	VALIDADE: 05/2027	Pág. 1 de 6

Elaborado por: Gerência de Ambulatório - Daniele Pimentel de Oliveira	Data: 05/2025	Visto: Assinado por: Daniele Pimentel Oliveira FDB7DE57126D4E0...
Verificado por: Diretora de Serv. De Saúde - Renée Ariadne Duarte	Data: 05/2025	Visto: Assinado por: Renée Ariadne Duarte 5ED2DF420E6F4AA...
Verificado por: Coordenação da Qualidade – Sabrina Benetti	Data: 05/2025	Visto: Assinado por: Sabrina Benetti 36842B6BE0BF4CE...
Verificado por: Assessora Técnica EU – Renata Colamarche	Data: 05/2025	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 90E0F55E05D144F...
Aprovado por: Gerência Assistencial - Carla Carin Casaes	Data: 05/2025	Visto: Assinado por: Carla Carin Casaes FAEFCD486FD6449...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
0	Não se aplica	Elaboração do documento.

1- OBJETIVO

Estabelecer o fluxo de atendimento para pacientes faltosos, desistentes e alta administrativa, visando a otimização da fila de espera, a redução do absenteísmo e o correto reaproveitamento das vagas.

2 – ALCANCE

Aplica-se a todos os setores envolvidos no agendamento e monitoramento de consultas, exames e procedimentos do AME ANDRADINA.

3 – COMPETÊNCIA

- Call Center
- Monitoramento
- Serviço Social
- Equipe Assistencial e Administrativa

4 – TERMOS E DIFINIÇÕES

- CDR: Controle de Demanda Reprimida
- Alta Administrativa: Desvinculação do paciente da fila de espera por não comparecimento sem justificativa.
- UBS: Unidade Básica de Saúde

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

5.1 Confirmação de Agendamento

A confirmação do agendamento deve ser realizada diretamente com o paciente ou com familiar de primeiro grau (pais, filhos, avós, cônjuge ou companheiro), reforçando a data, o horário e a importância do comparecimento.

Impossibilidade de Comparecimento

Caso o paciente informe que não poderá comparecer:

- O setor de **Call Center** deverá comunicar o setor de **Monitoramento** por e-mail, informando:
  - O motivo relatado pelo paciente.
  - Uma sugestão de nova data.
  - Todos os dados obtidos durante a ligação.

O setor de **Monitoramento** verificará a disponibilidade no sistema:

- **Se houver vaga**: o reagendamento será efetuado.
- **Se não houver vaga**: o paciente será mantido na fila de espera, respeitando a ordem cronológica de entrada.

Após o reagendamento, o **Call Center** deve entrar em contato novamente com o paciente para confirmar a nova data.

5.1.1 Reagendamento por Duas Vezes Consecutivas

Se o paciente solicitar o reagendamento por duas vezes consecutivas, deverá ser informado de que será **removido da fila atual** e **reinserido com a data da nova solicitação** do reagendamento.

O setor de **Monitoramento** deverá:

- Excluir o paciente da fila anterior.
- Reinscrever com a consulta de retorno da especialidade, exames e procedimentos solicitados com justificativa registrada no sistema, utilizando a seguinte observação:

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

"Paciente solicitou dois reagendamentos consecutivos por impossibilidade de comparecimento. Consulta anterior em xx/xx/xxxx."

5.2 Ausência em Exames e/ou Procedimentos Agendados

5.2.1 Primeira Falta (sem justificativa)

Se o paciente faltar ao primeiro exame agendado (sem apresentar justificativa) e tiver sido previamente informado sobre data e horário:

- Será excluído da agenda de consulta de retorno e dos exames/procedimentos.
- O status será atualizado para **"Desistente de agendamento"**, com a seguinte observação:

"Ausência sem justificativa no primeiro agendamento, caracterizando desistência. Retirado da consulta de retorno e demais exames solicitados pela especialidade. "

5.2.2 Procura Posterior com Justificativa

Caso o paciente entre em contato posteriormente para justificar a ausência:

- Será reinserido na fila com a data atual;
- Irá aguardar novo agendamento para exames/procedimentos e consulta de retorno.

Se houver nova falta sem justificativa, será aplicada **alta administrativa**.

Para retornar ao atendimento, o paciente deverá apresentar **novo encaminhamento da UBS de origem.**

5.2.3 Ausência ao Segundo Exame (após comparecimento anterior)

Se o paciente compareceu a algum exame, mas faltou no outro:

- Será reinserido no sistema (CDR) com a data atual,
- Será excluído da agenda de consulta de retorno e demais exames/procedimentos solicitados e reinserido novamente com a data atual.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

Em nova ausência, será aplicada **alta administrativa**.

5.3 Casos de Suspeita de Câncer (C.A.)

Nos exames ou procedimentos com potencial de indicar suspeita de câncer, mesmo sem registro explícito no prontuário como: Mamografia, Colonoscopia, Endoscopia, Pequena Cirurgia e Tomografia (exceto de articulação), o paciente deve ser reagendado novamente.

5.4 Atribuições do Serviço Social – Casos de Suspeita de Câncer

Cancelamento por solicitação do paciente

Nos casos de suspeita de câncer, o **cancelamento do exame ou procedimento** solicitado pelo paciente somente poderá ocorrer após contato e avaliação pelo **Serviço Social**, que deverá realizar escuta qualificada e encaminhar as devidas providências.

Pacientes faltosos ou desistentes

Ao contatar pacientes que faltaram ou desistiram:

- O Serviço Social deverá realizar **escuta qualificada**.
- Se confirmada a desistência:
  - Notificar o município de origem.
  - Registrar a informação em prontuário.
- Se o procedimento foi realizado em outra unidade executante:
  - Retirar o paciente da fila espera.
  - Notificar o município de origem.
  - Registrar no prontuário.

5.5 Alta Administrativa

A **alta administrativa** será aplicada nos seguintes casos:

- Duas faltas consecutivas **sem justificativa plausível**.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

- Existência de **confirmação registrada no sistema** de que o paciente ou familiar de primeiro grau foi informado corretamente sobre as datas e horários dos agendamentos.

Após alta administrativa, o paciente só poderá retornar à especialidade mediante **novo encaminhamento da UBS de origem.**

6 – RESULTADO ESPERADO

Padronizar o processo de gerenciamento de pacientes faltosos e desistentes, reduzindo absenteísmo e melhorando a gestão da fila de espera.

7 – AÇÕES CORRETIVAS

Quando detectada falha no processo:

- Comunicar o gestor imediato para avaliação e providências corretivas.
- Reforçar orientação junto às equipes envolvidas.

8 – RISCOS DO PROCESSO

- Perda de vaga por falta de controle de faltas.
- Aumento do absenteísmo e demora na fila de espera.

9 – INDICADORES

Acompanhar o percentual de pacientes aguardando há mais de 6 meses para consultas de interconsulta e retorno, com periodicidade de análise trimestral.

- A meta é manter menos de 30% dos pacientes aguardando por mais de 6 meses.

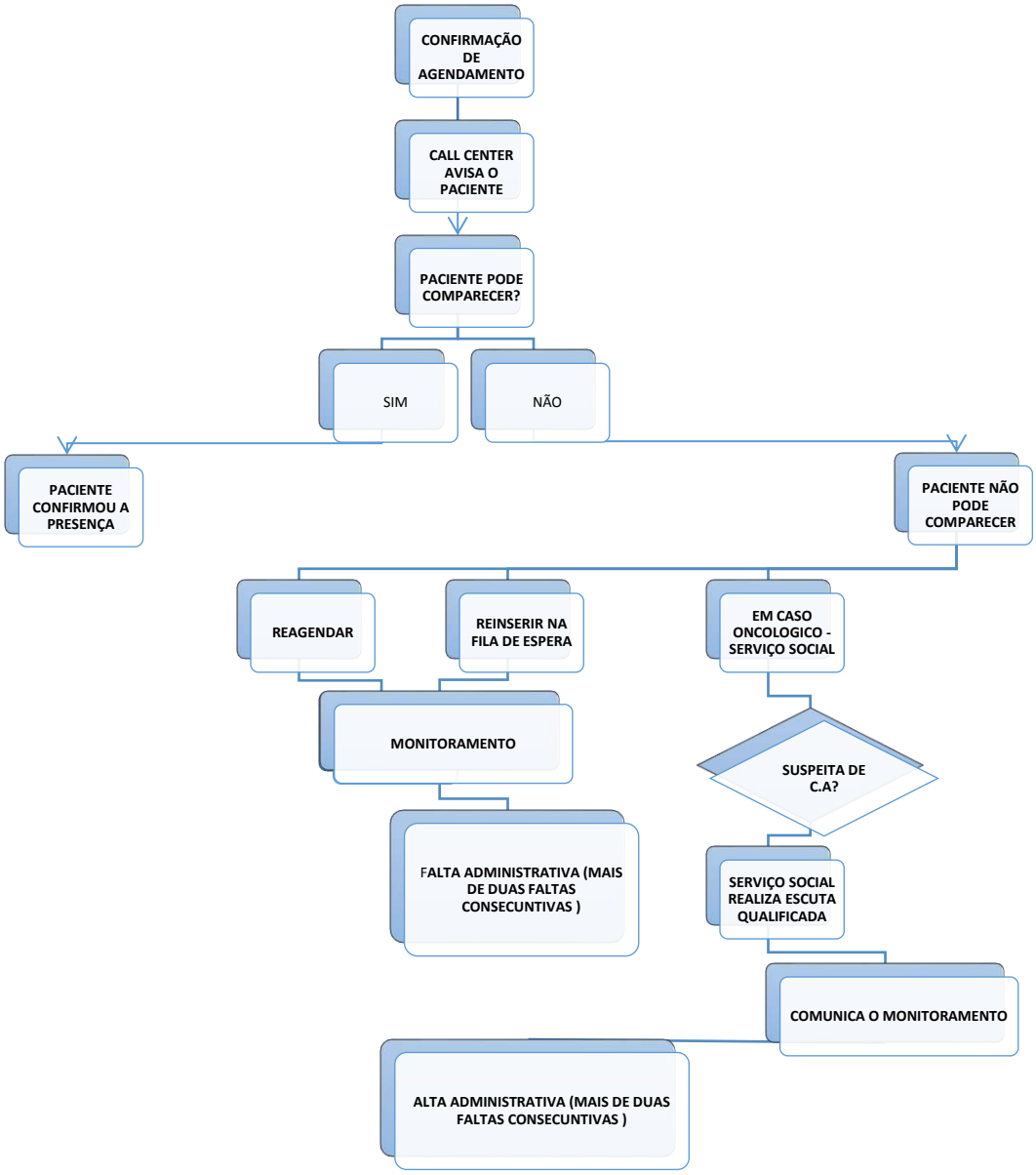
Essa conduta adotada resultará que nossa demanda interna tenha uma redução do tempo e absenteísmo.

10 – ANEXOS

FLUXOGRAMA GERENCIAMENTO DE FALTOSOS

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F



11 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Políticas de Atendimento do SUS: https://www.gov.br/saude/pt-br/sus

2. Manual dos Indicadores de qualidade do grupo de gestão ambulatorial / coordenadoria de gestão de contratos de serviços de saúde do ano de 2025.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.UE.ASS.008	VERSÃO: 01
TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP)	VALIDADE: 07/2027	Pag. 1 de 8

Elaborado por: Assessor Técnico – Fabricio Lopes da Silva	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: 97794B2C355C4A3...
Verificado por: Assessora Técnica - Renata Colamarche	Data: 07/2025	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 90E0F55E05D144F...
Verificado por: Coordenador Médico – José Pablo Rojas Soliz	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Jose Pablo 8CFB1F44058F481...
Verificado por: Coordenação da Qualidade – Sabrina Benetti	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Sabrina Benetti 36842B6BE0BF4CE...
Aprovado por: Gerência Assistencial - Carla Carin Casaes	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Carla Carin Casaes FAEFCD486FD6449...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
0	Não se aplica	Emissão do documento

1- OBJETIVO

Estabelecer um padrão assistencial e organizacional para o reconhecimento, diagnóstico, tratamento e monitoramento do Tromboembolismo Pulmonar (TEP) nos serviços de urgência e emergência, visando reduzir a mortalidade e complicações associadas

2 – ALCANCE

Unidades Média Complexidade Urgência e Emergência

3 – RESPONSABILIDADE

Médicos Assistentes (Clínicos e Emergêncistas):

- Realizar anamnese direcionada para fatores de risco de TEP (cirurgias recentes, imobilização prolongada, história de TVP/TEP, neoplasias, uso de anticoncepcionais);
- Aplicar e interpretar escalas de probabilidade clínica (Wells, Genebra Revisada);
- Interpretar exames complementares (D-dímero, gasometria arterial, angioTC, ecocardiograma);
- Prescrever e monitorar anticoagulação (heparina não fracionada, HBPM, anticoagulantes orais diretos);
- Identificar critérios para trombólise ou embolectomia;
- Reconhecer sinais de instabilidade hemodinâmica e cor pulmonar agudo;

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

Enfermeiros Assistenciais e da Classificação de Risco:

- Aplicar protocolo de classificação de risco específico para TEP;
- Monitorar parâmetros vitais com foco em saturação de O_2, FC, PA e FR;
- Administrar oxigenoterapia conforme prescrição médica;
- Preparar e administrar medicações anticoagulantes seguindo protocolos de segurança;
- Identificar sinais precoces de complicações hemorrágicas;
- Orientar paciente sobre sinais de alarme e cuidados domiciliares.

Técnicos de Enfermagem:

- Realizar coleta de gasometria arterial com técnica asséptica;
- Monitorizar continuamente sinais vitais e oximetria;
- Posicionar adequadamente o paciente (elevação de MMII, decúbito elevado);
- Identificar e comunicar alterações no estado geral do paciente;
- Auxiliar na realização de procedimentos diagnósticos.

Farmacêuticos e Equipe Multidisciplinar:

- Validar prescrições de anticoagulantes quanto a dose, via e frequência;
- Orientar sobre interações medicamentosas e monitoramento laboratorial;
- Fisioterapeutas: aplicar protocolo de mobilização precoce segura;
- Equipe de imagem: priorizar realização de angioTC em casos suspeitos.

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

AVC	Acidente Vascular Cerebral
BNP	Peptídeo Natriurético do Tipo B
ECG	Eletrocardiograma
EV	Endovenoso
FC	Frequência Cardíaca
FR	Frequência Respiratória

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

HBPM	Heparina de Baixo Peso Molecular
HIT	Trombocitopenia Induzida por Heparina (Heparin-Induced Thrombocytopenia)
HNF	Heparina Não Fracionada
MMII	Membros Inferiores
MS	Ministério da Saúde
O_2	Oxigênio
PA	Pressão Arterial
PAM	Pressão Arterial Média
POP	Procedimento Operacional Padrão
$SatO_2$	Saturação de Oxigênio
SC	Subcutâneo
TEP	Tromboembolismo Pulmonar
TEV	Tromboembolismo Venoso
TTPA	Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada
TVP	Trombose Venosa Profunda
V/Q	Ventilação/Perfusão (Cintilografia Pulmonar)

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

Estratificação de Risco Pré teste:

- Aplicar Escala de Wells (≥4 pontos = alta probabilidade) ou Escala de Genebra Revisada (≥11 pontos = alta probabilidade);
- Considerar fatores de risco maiores: cirurgia/trauma recente, imobilização >3 dias, história prévia de TEV, neoplasia ativa;
- Avaliar sinais clínicos: dispneia súbita, dor torácica pleurítica, taquipneia, taquicardia.

Protocolo Diagnóstico:

- TEP improvável + D-dímero normal: excluir TEP;
- TEP provável ou D-dímero elevado: realizar angioTC de tórax com contraste;
- Em contraindicação à angioTC: considerar cintilografia pulmonar V/Q ou ecocardiograma;
- Avaliar biomarcadores cardíacos (troponina, BNP) para estratificação de gravidade.

Anticoagulação:

- Iniciar anticoagulação em probabilidade alta sem aguardar confirmação radiológica;

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

- HBPM (enoxaparina 1mg/kg SC 12/12h) ou HNF (80UI/kg bolus + 18UI/kg/h EV);
- Contraindicações absolutas: sangramento ativo, AVC hemorrágico recente, trauma craniano;
- Monitorar TTPA (HNF) e contagem plaquetária (risco de HIT).

Fase 1 – Triagem e Acolhimento (0-15 minutos):

- Aplicar protocolo de classificação de Manchester adaptado para TEP;
- Identificar sintomas-chave: dispneia súbita (<48h), dor torácica pleurítica, síncope;
- Verificar sinais vitais completos incluindo pressão de pulso;
- Classificar como emergência (vermelho) se sinais de choque ou instabilidade.

Fase 2 – Avaliação Médica Inicial (15 -30 minutos):

- Anamnese direcionada: início dos sintomas, fatores precipitantes, história médica;
- Exame físico: ausculta cardiopulmonar, sinais de TVP, ingurgitamento jugular;
- Aplicação da Escala de Wells ou Genebra com documentação da pontuação;
- Solicitação de ECG (descartar outras causas, identificar sinais de cor pulmonale).

Fase 3 – Investigação Laboratorial e por Imagem (30 -60 minutos):

- Coleta de gasometria arterial (avaliar gradiente alvéolo-arterial);
- D-dímero (valor preditivo negativo em baixa probabilidade);
- Hemograma, coagulograma, função renal e hepática;
- Troponina e BNP (estratificação de gravidade);
- AngioTC de tórax com protocolo para TEP (preferencialmente até 2 horas).

Fase 4 – Tratamento e Monitoramento:

- Oxigenoterapia para manter $SatO_2$ >90%;
- Anticoagulação conforme protocolo estabelecido;
- Suporte hemodinâmico se PAM <65mmHg (cristaloides, noradrenalina);
- Considerar trombólise se TEP maciço com sinais de choque;
- Reavaliação clínica a cada 4-6 horas nas primeiras 24h.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

Fase 5 – Definições de Conduta:

- TEP confirmado: manter anticoagulação por no mínimo 3 meses;
- Avaliar critérios de internação: instabilidade hemodinâmica, hipoxemia grave, comorbidades;
- Alta hospitalar: garantir seguimento ambulatorial em 7-14 dias;
- Orientações sobre sinais de alarme e adesão ao tratamento.

6 – RESULTADO ESPERADO

- Diagnóstico precoce e tratamento oportuno do TEP.
- Redução da mortalidade e de complicações hemodinâmicas e respiratórias.
- Adequada notificação e documentação do caso.

7 – AÇÕES CORRETIVAS

- Rever condutas em casos de atraso na confirmação diagnóstica.
- Reforçar treinamento em reconhecimento precoce de sinais de alarme.
- Garantir disponibilidade de exames essenciais (angioTC, D-dímero).
- Avaliar falhas de comunicação entre equipe médica e enfermagem.

8 – RISCOS DO PROCESSO

- Diagnóstico tardio ou não realizado.
- Uso inadequado de anticoagulantes (dose ou tempo).
- Reações adversas à medicação (sangramento).
- Falha de transferência em tempo hábil para hospital de referência.

9 - INDICADORES

Não se aplica

10 – ANEXOS

- **Escala WELLS**

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

ESCALA WELLS	
Diagnóstico alternativo más probable que la TEP (Tromoembolia pulmonar)	3
Signos o síntomas de TVP (Trombosis venosa profunda)	3
Antecedentes de TEP o TVP	1.5
Inmovilización de al menos 3 días o cirugía en el último mes	1.5
Frecuencia cardiaca > 100 lpm	1.5
Hemoptisis	1
Cáncer en tratamiento activo o paliativo en los últimos 6 meses	1

- **Escala de Genebra**

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

ESCALA DE GENEBRA REVISADA – AVALIAÇÃO DE EMBOLIA PULMONAR

Objetivo: Estimar a probabilidade clínica pré-teste de embolia pulmonar (EP).

CRITÉRIOS CLÍNICOS

Critério	Pontos
Idade > 65 anos	1
Cirurgia ou fratura de membro inferior nos últimos 30 dias	2
Câncer ativo (em tratamento ou nos últimos 12 meses)	2
TVP ou EP prévia	3
Dor unilateral em membro inferior	3
Hemoptise	2
Frequência cardíaca 75–94 bpm	3
Frequência cardíaca ≥95 bpm	5
Dor à palpação de panturrilha e/ou sinal de Homans positivo	4

SOMA DOS PONTOS

0 a 3 pontos: Baixa probabilidade

4 a 10 pontos: Probabilidade intermediária

≥11 pontos: Alta probabilidade de EP

11 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- KONSTANTINIDES, S.V. et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with the European Respiratory Society (ERS). **European Heart Journal**, v. 41, n. 4, p. 543-603, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz405
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Diretrizes para o Diagnóstico e Tratamento da Tromboembolia Pulmonar. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 46, n. 4, 2020. Disponível em: https://www.jornaldepneumologia.com.br/
- KEARON, C. et al. Antithrombotic Therapy for VTE Disease: CHEST Guideline and Expert Panel Report. **Chest**, v. 149, n. 2, p. 315-352, 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.chest.2015.11.026
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolo de Manejo Clínico de Tromboembolismo Venoso**. Brasília: MS, 2021. 89p.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

- WELLS, P.S. et al. Excluding pulmonary embolism at the bedside without diagnostic imaging: management of patients with suspected pulmonary embolism presenting to the emergency department by using a simple clinical model and d-dimer. **Annals of Internal Medicine**, v. 135, n. 2, p. 98-107, 2001.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.UE.ASS.009	VERSÃO: 01
DENGUE E DEMAIS DOENÇAS ENDÊMICAS	VALIDADE: 07/2027	Pag. 1 de 7

Elaborado por: Assessor Técnico – Fabricio Lopes da Silva	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: 97794B2C355C4A3...
Verificado por: Assessora Técnica - Renata Colamarche	Data: 07/2025	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 90E0F55E05D144F...
Verificado por: Coordenador Médico – José Pablo Rojas Soliz	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Jose Pablo 8CFB1F44058F481...
Verificado por: Coordenação da Qualidade – Sabrina Benetti	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Sabrina Benetti 36842B6BE0BF4CE...
Aprovado por: Gerência Assistencial - Carla Carin Casaes	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Carla Carin Casaes FAEFCD486FD6449...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
0	Não se aplica	Emissão do documento

1- OBJETIVO

Padronizar as ações de atendimento, vigilância, diagnóstico, notificação e manejo de casos suspeitos ou confirmados de dengue e outras doenças de notificação compulsória, visando contenção da disseminação, proteção coletiva e assistência qualificada ao paciente.

2 – ALCANCE

Unidades Média Complexidade de Urgência e Emergência

3 – RESPONSABILIDADE

Médicos:

- Clínicos gerais e pediatras: Diagnóstico clínico, classificação de gravidade, manejo inicial.
- Emergencistas: Atendimento de casos graves, manejo de choque e complicações.

Enfermagem:

- Enfermeiros: Triagem qualificada, educação em saúde, supervisão de isolamento.
- Técnicos de enfermagem: Controle de sinais vitais, administração de hidratação, coleta de exames.

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

Equipe de apoio:

- Vigilância epidemiológica: Investigação de casos, notificação, controle de surtos.
- Laboratório: Diagnóstico laboratorial específico (sorologia, PCR, antígenos).
- Atenção básica: Acompanhamento ambulatorial, busca ativa, prevenção.
- Agentes de saúde: Controle vetorial, educação comunitária, identificação de focos.
- Regulação: Internação em casos graves, transferências especializadas.

4– DIRETRIZES

Suspeição baseada em critérios epidemiológicos: Considerar sazonalidade, área de circulação viral, histórico de viagem, surtos locais.

Diagnóstico sindrômico precoce: Febre aguda (<7 dias) + cefaleia + mialgia em área endêmica = suspeita de arbovirose.

Classificação de risco para dengue: Sem sinais de alarme, com sinais de alarme, dengue grave.

Notificação imediata: Todo caso suspeito deve ser notificado em até 24h no SINAN.

Isolamento seletivo: Aplicar precauções específicas conforme mecanismo de transmissão.

Manejo clínico padronizado: Hidratação oral/venosa, controle térmico, monitorização de sinais de alarme.

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

A. Identificação clínica e classificação de risco:

Anamnese epidemiológica detalhada:

- Procedência e locais visitados nos últimos 15 dias;
- Contato com casos confirmados de doenças transmissíveis;
- Histórico vacinal atualizado;
- Exposições de risco (água contaminada, animais, vetores);
- Atividade profissional ou domiciliar de risco;

Quadro clínico por doença:

Dengue: Febre alta súbita, cefaleia intensa, dor retroorbital, mialgia, artralgia.

Chikungunya: Febre alta, artralgia intensa (punhos, tornozelos), edema articular.

Zika: Febre baixa ou ausente, exantema maculopapular, conjuntivite, prurido.

COVID-19: Febre, tosse, dispneia, anosmia, ageusia.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

Leptospirose: Febre, cefaleia, mialgia, icterícia, insuficiência renal.

Classificação de gravidade (Dengue):

Sem sinais de alarme: Febre + 2 critérios (cefaleia, dor retroorbital, mialgia, artralgia, exantema, manifestações hemorrágicas leves).

Com sinais de alarme: Dor abdominal intensa, vômitos persistentes, acúmulo de líquidos, sangramento mucoso, letargia/irritabilidade, hepatomegalia >2cm.

Dengue grave: Extravasamento plasmático grave, sangramento grave, comprometimento de órgãos.

B. Atendimento clínico e manejo inicial:

Medidas gerais:

- Repouso relativo no leito;
- Hidratação oral abundante (água, soro caseiro, sucos naturais);
- Controle térmico (banho morno, compressas, ventilação);
- Analgesia com paracetamol 500mg VO 6/6h (adulto);

EVITAR: AAS, dipirona, AINEs (risco de sangramento e síndrome de Reye).

Hidratação venosa (casos com sinais de alarme):

- SF 0,9% ou Ringer Lactato 500mL EV em 1h;
- Manutenção: 25-40mL/kg/dia conforme idade e peso;
- Monitorizar diurese (>1mL/kg/h adulto, >2mL/kg/h criança);
- Reavaliar balanço hídrico a cada 4-6h;

Exames laboratoriais por fase da doença:

Fase febril (1º-3º dia): NS1, IgM/IgG dengue, hemograma.

Fase crítica (4º-6º dia): Hemograma seriado, hematócrito, plaquetas, albumina.

Fase de recuperação (7º-10º dia): Controle laboratorial, avaliação de complicações.

C. Notificação e vigilância:

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação:

Notificação imediata (até 24h): Dengue, chikungunya, zika, febre amarela, sarampo, poliomielite, meningites, COVID-19.

Notificação semanal: Tuberculose, hepatites virais, sífilis, HIV/AIDS.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

Notificação mensal: Hanseníase, esquistossomose, malária.

Ficha de notificação compulsória - dados obrigatórios:

- Identificação do paciente (nome, idade, endereço, profissão);
- Data de início dos sintomas e primeiro atendimento;
- Sinais e sintomas apresentados;
- Critério de confirmação (clínico, laboratorial, epidemiológico);
- Classificação final e evolução do caso;
- Dados do notificante e unidade de saúde;

Investigação epidemiológica:

- Busca ativa de casos secundários;
- Identificação da fonte de infecção;
- Mapeamento de contatos e comunicantes;
- Avaliação de riscos ambientais e populacionais;

D. Fluxo de isolamento e precauções:

Precauções padrão (todas as doenças):

- Higienização das mãos antes e após contato;
- Uso de EPI adequado (luvas, avental, máscara);
- Descarte correto de materiais contaminados;
- Desinfecção de superfícies e equipamentos;

Precauções específicas por doença:

Aerossóis: Tuberculose, COVID-19, sarampo (máscara N95, quarto individual);

Gotículas: Meningites, coqueluche, influenza (máscara cirúrgica, distância >1m);

Contato: Hepatites A e E, gastroenterites (luvas, avental, higienização rigorosa);

Vetorial: Dengue, chikungunya, zika (eliminação de criadouros, controle de Aedes);

E. Orientações ao paciente e familiares:

Sinais de alarme para retorno imediato:

- Dor abdominal intensa e contínua;
- Vômitos persistentes (>3 episódios/hora);

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

- Sangramento espontâneo (nariz, gengiva, pele);
- Sonolência excessiva ou irritabilidade extrema;
- Dificuldade respiratória ou dor torácica;
- Diminuição súbita da temperatura com sudorese;

Cuidados domiciliares:

- Repouso em ambiente arejado;
- Hidratação oral constante (ofertar líquidos a cada 15-20min);
- Controle da febre (métodos físicos + paracetamol);
- Observação de sinais de agravamento;
- Isolamento domiciliar quando indicado;

Prevenção da transmissão:

- Eliminação de criadouros do Aedes aegypti;
- Uso de repelentes e roupas protetoras;
- Vacinação conforme calendário oficial;
- Medidas de higiene pessoal e alimentar;

F. Documentação e encaminhamento:

Registro clínico detalhado:

- Evolução diária dos sintomas;
- Sinais vitais e exame físico seriados;
- Resultados laboratoriais em ordem cronológica;
- Intervenções realizadas e resposta terapêutica;
- Orientações fornecidas ao paciente/família;

Comprovantes de notificação:

- Número do SINAN da notificação;
- Protocolo de investigação epidemiológica;
- Comunicação com vigilância epidemiológica;
- Encaminhamentos para laboratório de referência;

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

6 – RESULTADO ESPERADO

- Diagnóstico precoce e conduta adequada conforme gravidade;
- Redução da mortalidade por doenças infecciosas endêmicas;
- Quebra da cadeia de transmissão com bloqueio de foco eficaz;
- Notificações completas e em tempo oportuno;
- Encaminhamento seguro para referência hospitalar, quando necessário;

7 – AÇÕES CORRETIVAS

- Atualização dos profissionais quanto às listas atualizadas de doenças de notificação;
- Reforço nos fluxos de notificação e coleta de exames;
- Revisão de falhas na adoção de precauções de isolamento ou atrasos de encaminhamento;
- Capacitação sobre critérios clínicos de sinais de alarme;

8 – RISCOS DO PROCESSO

- Subnotificação de casos com repercussão sanitária;
- Diagnóstico tardio de formas graves (dengue hemorrágica, leptospirose com IRA, meningite);
- Transmissão hospitalar de doenças infectocontagiosas;
- Falha nos bloqueios epidemiológicos e vigilância territorial;
- Desinformação da população sobre sintomas e retorno;

9 - INDICADORES

Não se aplica.

10 - ANEXOS

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: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

11 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- **Ministério da Saúde do Brasil.** Guia de Vigilância Epidemiológica: Volume Único. 5ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
- **Ministério da Saúde do Brasil.** Dengue: Diagnóstico e Manejo Clínico - Adulto e Criança. 6ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.
- **Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).** Instrumento para o Diagnóstico e Atenção a Pacientes com Suspeita de Arboviroses. Washington: OPAS, 2022.
- **Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente.** Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública. Portaria GM/MS nº 1.061, de 18 de maio de 2020.
- **World Health Organization (WHO).** Dengue: Guidelines for Diagnosis, Treatment, Prevention and Control. New edition. Geneva: WHO Press, 2023.
- **Sociedade Brasileira de Medicina Tropical (SBMT).** Consenso Brasileiro sobre Dengue, Chikungunya e Zika. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v. 52, e20190001, 2019.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP..UE.ASS.010	VERSÃO: 01
MAUS TRATOS CONTRA CRIANÇA E/OU ADOLESCENTE	VALIDADE: 07/2027	Pag. 1 de 8

Elaborado por: Assessor Técnico – Fabricio Lopes da Silva	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: 97794B2C355C4A3...
Verificado por: Assessora Técnica - Renata Colamarche	Data: 07/2025	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 90E0F55E05D144F...
Verificado por: Coordenador Médico – José Pablo Rojas Soliz	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Jose Pablo 8CFB1F44058F481...
Verificado por: Coordenação da Qualidade – Sabrina Benetti	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Sabrina Benetti 36842B6BE0BF4CE...
Aprovado por: Gerência Assistencial - Carla Carin Casaes	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Carla Carin Casaes FAEFCD486FD6449...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
0	Não se aplica	Emissão do documento

1- OBJETIVO

Estabelecer um protocolo padronizado para identificação, abordagem, registro, notificação e encaminhamento de casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos contra crianças e adolescentes no âmbito da assistência em saúde.

2 – ALCANCE

Unidades Média Complexidade Urgência e Emergência

3 – RESPONSABILIDADE

Profissionais Médicos:

- Reconhecer padrões de lesões compatíveis com maus-tratos (localização, forma, temporalidade);
- Diferenciar lesões acidentais de intencionais através de critérios objetivos;
- Realizar anamnese adequada à faixa etária sem indução de respostas;
- Solicitar exames complementares pertinentes (radiografias de esqueleto, exames laboratoriais);
- Documentar minuciosamente achados clínicos com linguagem técnica e objetiva;
- Conhecer legislação específica sobre notificação compulsória.

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem:

- Aplicar protocolos de acolhimento humanizado para crianças em situação de vulnerabilidade;

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

- Reconhecer sinais comportamentais indicativos de violência (retraimento, medo excessivo, comportamento hipersexualizado);
- Manter ambiente seguro e privativo durante o atendimento;
- Orientar familiares sobre rede de proteção e apoio;
- Executar cuidados de enfermagem preservando evidências físicas;
- Registrar observações comportamentais de forma objetiva.

Psicólogos e Assistentes Sociais:

- Realizar entrevista especializada com técnicas apropriadas para cada faixa etária;
- Aplicar instrumentos de avaliação psicológica quando indicado;
- Avaliar dinâmica familiar e fatores de risco psicossociais;
- Elaborar relatórios técnicos para autoridades competentes;
- Orientar sobre direitos da criança e adolescente;
- Articular com rede de proteção social do território.

Coordenação e Vigilância Epidemiológica:

- Supervisionar fluxo de notificação compulsória dentro dos prazos legais;
- Garantir adequada investigação epidemiológica dos casos;
- Manter registro estatístico para análise de tendências;
- Promover educação continuada da equipe assistencial;
- Articular com órgãos externos (Conselho Tutelar, MP, Polícia Civil).

4– TERMOS E DEFINIÇÕES

Não se aplica.

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

Princípios do Atendimento:

- **Proteção integral: priorizar segurança e bem-estar da criança/adolescente;**

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

- **Escuta qualificada: respeitar tempo e linguagem adequada à idade;**
- **Não revitimização: evitar repetição desnecessária de relatos traumáticos;**
- **Preservação de evidências: manter cadeia de custódia adequada;**
- **Interdisciplinaridade: envolver diferentes profissionais conforme necessidade.**

Indicadores de Suspeita de Maus-tratos Físicos:

- **Lesões em diferentes estágios de cicatrização;**
- **Padrão de lesões incompatível com mecanismo relatado;**
- **Queimaduras com formato específico (cigarro, ferro, água quente);**
- **Fraturas múltiplas ou em locais incomuns para trauma acidental;**
- **Demora na busca por atendimento médico;**
- **Relatos inconsistentes entre cuidadores.**

Indicadores de Suspeita de Abuso Sexual:

- **Lesões em região genital ou anal não explicáveis;**
- **Infecções sexualmente transmissíveis em crianças;**
- **Conhecimento sexual inapropriado para a idade;**
- **Comportamento hipersexualizado ou erotizado;**
- **Medo excessivo de exame físico genital;**
- **Gravidez em menores de 14 anos.**

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

Protocolo de Notificação:

- **Notificação compulsória imediata ao SINAN (dentro de 24 horas);**
- **Comunicação ao Conselho Tutelar em até 24 horas;**
- **Acionamento da autoridade policial em casos de flagrante ou risco iminente;**
- **Relatório médico detalhado com descrição objetiva dos achados;**
- **Preservação de evidências físicas quando aplicável.**

Fase 1 - Acolhimento e Triagem Especializada (0-30 minutos):

- Recepção em ambiente reservado, preferencialmente com profissional do mesmo sexo;
- Separação imediata da criança/adolescente do suposto agressor quando identificado;
- Aplicação de protocolo de classificação de risco social;
- Acionamento da equipe multiprofissional (psicólogo, assistente social);
- Garantia de acompanhante de confiança da criança durante todo o atendimento;
- Priorização no atendimento independente da classificação clínica.

Fase 2 - Anamnese Especializada (30-60 minutos):

- Entrevista com técnica adequada à faixa etária:

0-3 anos: observação comportamental, relato de cuidadores

4-7 anos: perguntas abertas, uso de brinquedos ou desenhos

8-12 anos: entrevista direta com linguagem simples

13-18 anos: entrevista confidencial respeitando autonomia

- Investigação de:

Histórico dos sintomas ou lesões apresentadas

Dinâmica familiar e rede de apoio

Fatores de risco (uso de substâncias, violência doméstica, transtornos mentais)

Episódios anteriores de violência

Documentação detalhada sem interpretações pessoais

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

Fase 3 - Exame Físico Sistemático (60-90 minutos):

- Exame físico completo com atenção especial para:
- Lesões cutâneas: localização, tamanho, formato, coloração;
- Sistema musculoesquelético: mobilidade, dor, deformidades;
- Região genital e anal: apenas quando clinicamente indicado;
- Estado nutricional e de higiene;
- Registro fotográfico das lesões quando autorizado e tecnicamente adequado;
- Coleta de material para exames complementares se indicado;
- Preservação de roupas ou objetos com possíveis evidências.

Fase 4 - Investigação Complementar (90-120 minutos):

- Exames laboratoriais conforme indicação:
- Pesquisa de ISTs em casos de suspeita de abuso sexual;
- Toxicológico em casos de intoxicação suspeita;
- Hemograma e coagulograma em casos de sangramento inexplicável;
- Exames de imagem:
- Radiografia de esqueleto (protocolo para maus-tratos) em menores de 2 anos;
- TC de crânio em casos de trauma craniano;
- Outros exames conforme quadro clínico.

Fase 5 - Avaliação Multiprofissional (120-180 minutos):

- Avaliação psicológica:
- Aplicação de instrumentos específicos para cada faixa etária;
- Avaliação do desenvolvimento cognitivo e emocional;
- Identificação de transtornos mentais secundários ao trauma;
- Avaliação social:

Análise da rede familiar e social de apoio

Identificação de fatores protetivos e de risco

Avaliação da capacidade de proteção dos cuidadores não agressores

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

Fase 6 - Notificação e Encaminhamentos (180-240 minutos):

- Preenchimento da Ficha de Notificação Individual (SINAN):
- Dados demográficos completos;
- Caracterização da violência (tipo, local, frequência);
- Identificação do provável autor;
- Descrição das lesões e consequências;
- Comunicação ao Conselho Tutelar:
- Relatório detalhado da situação;
- Solicitação de medidas protetivas;
- Acompanhamento da família;
- Acionamento da autoridade policial quando indicado:
- Casos de flagrante delito;
- Risco iminente à integridade física;
- Crimes contra a dignidade sexual.

Fase 7 - Definição de Conduta e Seguimento:

- Critérios para internação hospitalar:
- Gravidade das lesões físicas;
- Necessidade de proteção social (falta de cuidador seguro);
- Risco de revitimização no domicílio;
- Necessidade de investigação complementar;
- Critérios para alta hospitalar:
- Presença de cuidador protetor identificado;
- Acionamento adequado da rede de proteção;
- Garantia de seguimento ambulatorial;
- Ausência de risco iminente;
- Orientações para seguimento:
- Retorno ambulatorial em 7-15 dias;
- Acompanhamento psicológico especializado;

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

- Seguimento com assistente social;
- Articulação com atenção básica.

6 – RESULTADO ESPERADO

- Identificação precoce e segura de casos de maus-tratos
- Garantia de proteção integral à criança e/ou adolescente
- Notificação compulsória e responsabilização adequada
- Encaminhamento eficaz à rede de proteção

7 – AÇÕES CORRETIVAS

- Reforçar capacitação da equipe assistencial sobre sinais e fluxos de notificação
- Reavaliar ambiente físico e privacidade no acolhimento de pacientes vulneráveis
- Corrigir falhas de registro e inconsistência nas notificações
- Estimular cultura de vigilância ativa e denúncia segura

8 – RISCOS DO PROCESSO

- Subnotificação ou omissão por medo ou despreparo
- Revitimização durante a entrevista
- Liberação da criança/adolescente a agressor identificado
- Reações adversas por familiares no ambiente da unidade
- Retaliação à equipe assistencial

9- INDICADORES

Não se aplica.

10 - ANEXOS

Não se aplica.

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

11 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências**. Brasília: MS, 2010. 104p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_criancas_familias_violencias.pdf
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada**. 2ª ed. Brasília: MS, 2016. 92p.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência**. 2ª ed. Brasília: SBP, 2018. 128p. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Manual-Atendimento-Criancas-Vitimas-Violencia.pdf
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Child maltreatment prevention: a systematic review of reviews**. Geneva: WHO, 2020. 85p. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/child-maltreatment-prevention-a-systematic-review-of-reviews
- KELLOGG, N.D.; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS COMMITTEE ON CHILD ABUSE AND NEGLECT. Evaluation of suspected child physical abuse. **Pediatrics**, v. 119, n. 6, p. 1232-1241, 2007. Disponível em: https://doi.org/10.1542/peds.2007-0883
- ADAMS, J.A. et al. Updated Guidelines for the Medical Assessment and Care of Children Who May Have Been Sexually Abused. **Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology**, v. 29, n. 2, p. 81-87, 2016.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.UE.ASS.011	VERSÃO: 01
DIABETES MELLITUS DESCOMPENSADA	VALIDADE: 07/2027	Pag. 1 de 9

Elaborado por: Assessor Técnico – Fabricio Lopes da Silva	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: 97794B2C355C4A3...
Verificado por: Assessora Técnica - Renata Colamarche	Data: 07/2025	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 90E0F55E05D144F...
Verificado por: Coordenador Médico – José Pablo Rojas Soliz	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Jose Pablo 8CFB1F44058F481...
Verificado por: Coordenação da Qualidade – Sabrina Benetti	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Sabrina Benetti 36842B6BE0BF4CE...
Aprovado por: Gerência Assistencial - Carla Carin Casaes	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Carla Carin Casaes FAEFCD486FD6449...
Elaborado por: Assessor Técnico – Fabricio Lopes da Silva	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: 97794B2C355C4A3...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
0	Não se aplica	Emissão do documento

1- OBJETIVO

Padronizar a abordagem diagnóstica e terapêutica para pacientes com descompensação aguda do Diabetes Mellitus (DM), visando rápida estabilização clínica, prevenção de complicações metabólicas e redução da mortalidade em unidades de urgência e emergência.

2 – ALCANCE

Unidades Média Complexidade Urgência e Emergência.

3 – RESPONSABILIDADE

Médicos Clínicos e Emergencistas:

- Identificar critérios diagnósticos para CAD, EHH e hipoglicemia grave através de parâmetros laboratoriais específicos;
- Calcular osmolaridade sérica efetiva [2(Na + K) + glicose/18 + ureia/2,8] e gap aniônico [(Na + K) - (Cl + HCO_3)];
- Prescrever protocolos de insulinoterapia contínua EV com taxas de infusão variáveis (0,05-0,2 UI/kg/h);
- Interpretar gasometria arterial identificando acidose metabólica com gap aniônico elevado;

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

- Reconhecer complicações cerebrais (edema cerebral em CAD) e sinais de desidratação grave;
- Avaliar fatores precipitantes: infecções, medicamentos, abandono de tratamento, estresse fisiológico;
- Determinar critérios de transferência para UTI baseados em escores de gravidade.

Enfermeiros Assistenciais:

- Aplicar escala de coma de Glasgow e monitorar nível de consciência a cada 2 horas;
- Realizar controle rigoroso do balanço hídrico com meta específica por fase do tratamento;
- Monitorar glicemia capilar horária durante insulinoterapia EV e ajustar conforme protocolo;
- Preparar e administrar insulina regular EV em bomba de infusão com cálculos precisos;
- Identificar sinais precoces de hipocalemia (fraqueza muscular, arritmias, íleo paralítico);
- Reconhecer sintomas de hipoglicemia e aplicar protocolo de correção imediata;
- Orientar sobre autocuidado, monitorização domiciliar e sinais de alarme.

Técnicos de Enfermagem:

- Coletar gasometria arterial e glicemia venosa com técnica asséptica rigorosa;
- Realizar controle de diurese horária e densidade urinária;
- Monitorar sinais vitais com ênfase em padrão respiratório (respiração de Kussmaul);
- Posicionar adequadamente pacientes com rebaixamento do nível de consciência;
- Auxiliar na coleta de cetonas urinárias e séricas conforme disponibilidade.

Farmacêuticos Clínicos:

- Validar prescrições de insulinoterapia quanto a cálculos de dose, diluição e via de administração;
- Monitorar interações medicamentosas que possam interferir no controle glicêmico;
- Orientar sobre ajustes de dose de insulina basal na transição EV→SC;
- Avaliar indicação de tiamina em pacientes desnutridos ou etilistas crônicos.

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

AD	Água Destilada
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAD	Cetoacidose Diabética
Cl	Cloro

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

DM	Diabetes Mellitus
ECG	Eletrocardiograma
EAS	Elementos Anormais do Sedimento
EHH	Estado Hiperglicêmico Hiperosmolar
EV	Endovenoso
g/dL	Grama por Decilitro
h	Hora
h/h	A cada hora
IM	Intramuscular
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
Kg	Quilograma
K	Potássio
L	Litro
mEq/L	miliequivalente por Litro
Mg	Magnésio
Mg/dL	miligrama por decilitro
min	Minuto
mmol/L	milimol por Litro
Na	Sódio
P	Fósforo
POP	Procedimento Operacional Padrão
SC	Subcutâneo
SF 0,9%	Soro Fisiológico a 0,9%
SG	Soro Glicosado
SGLT2	Cotransportador Sódio-Glicose Tipo 2 (inibidores)
T	Temperatura
UI	Unidade Internacional
UI/kg/h	Unidade Internacional por Quilograma por Hora
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

Critérios Diagnósticos Específicos:

Cetoacidose Diabética (CAD):

- **Glicemia >250 mg/dL (ou >200 mg/dL em pacientes em uso de inibidores SGLT2)**

pH arterial <7,30 ou bicarbonato sérico <18 mEq/L;

- **Cetonas séricas >3 mmol/L ou cetonas urinárias ≥2+ (moderadas);**
- **Gap aniônico >10 mEq/L.**

Estado Hiperglicêmico Hiperosmolar (EHH):

- **Glicemia >600 mg/dL;**
- **Osmolaridade sérica efetiva >320 mOsm/kg;**
- **pH >7,30 e bicarbonato >15 mEq/L;**
- **Cetonas ausentes ou mínimas;**
- **Alteração do estado mental.**

Protocolo de Hidratação Estratificada:

- **Primeira hora: SF 0,9% 15-20 mL/kg (máximo 1.500 mL);**
- **Segunda hora: avaliar resposta hemodinâmica e função renal;**
- **Se Na corrigido <135 mEq/L: usar SF 0,45%;**
- **Se Na corrigido >135 mEq/L: manter SF 0,9%;**
- **Meta: corrigir déficit hídrico em 24-48 horas.**

Protocolo de Insulinoterapia:

- **CAD: bolus 0,1 UI/kg EV + infusão contínua 0,1 UI/kg/h;**

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

- **EHH: infusão contínua 0,05-0,1 UI/kg/h (sem bolus inicial);**
- **Titular dose para redução glicêmica 50-75 mg/dL/h;**
- **Quando glicemia atingir 200-250 mg/dL: adicionar SG 5% e reduzir insulina.**

Fase 1 - Triagem e Estratificação Inicial (0-30 minutos):

- Aplicar protocolo de triagem com prioridade máxima para;
- Glicemia capilar <70 mg/dL com sintomas neuroglicopênicos;
- Glicemia >400 mg/dL com desidratação ou alteração do sensório;
- Respiração de Kussmaul ou hálito cetônico;
- Sinais de choque ou instabilidade hemodinâmica;
- Verificar sinais vitais completos incluindo temperatura axilar e perfusão periférica;
- Avaliar grau de desidratação: leve (<5%), moderada (5-10%), grave (>10%).

Fase 2 - Avaliação Clínica Sistemática (30-60 minutos):

- Anamnese direcionada para fatores precipitantes;
- Infecções (pneumonia, ITU, abscesso dentário);
- Abandono ou redução da insulinoterapia;
- Estresse fisiológico (IAM, AVC, cirurgia, trauma);
- Medicamentos diabetogênicos (corticoides, diuréticos tiazídicos);
- Uso de inibidores SGLT2 (risco de cetoacidose euglicêmica);
- Exame físico sistematizado:
- Neurológico: Glasgow, pupilas, sinais meníngeos, asterixis
- Cardiovascular: ritmo, sopros, sinais de ICC
- Respiratório: padrão ventilatório, sinais de pneumonia
- Abdominal: dor, distensão, sinais de abdome agudo
- Pele: turgor, perfusão, sinais de infecção

Fase 3 - Investigação Laboratorial Completa (60-90 minutos):

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

- Painel metabólico completo;
- Glicemia venosa, ureia, creatinina, eletrólitos (Na, K, Cl, Mg, P);
- Gasometria arterial com lactato;
- Cetonas séricas (β-hidroxibutirato) ou urinárias;
- Hemograma completo com diferencial;
- Osmolaridade sérica calculada ou medida;
- Investigação etiológica;
- Hemoculturas (2 amostras de sítios diferentes);
- Urocultura + EAS;
- Radiografia de tórax;
- ECG de 12 derivações;
- Troponina se idade >40 anos ou fatores de risco cardiovascular.

Fase 4 - Tratamento Intensivo (90 minutos - 24 horas):

Manejo da Hipoglicemia Grave:

- SG 50% 1-2 ampolas EV em bolus (adultos) ou SG 25% 2-4 mL/kg (crianças);
- Reavaliação da glicemia em 15 minutos;
- Se persistir <100 mg/dL: repetir dose e investigar causas;
- Iniciar SG 10% em infusão contínua se hipoglicemia recorrente;
- Considerar glucagon 1 mg IM se acesso venoso indisponível.

Manejo da CAD:

- Hidratação: SF 0,9% conforme protocolo estratificado por peso e idade

Insulinoterapia: regular EV 0,1 UI/kg/h ;

- Reposição de potássio:

K >5,2 mEq/L: não repor

K 3,3-5,2 mEq/L: adicionar 20-30 mEq/L na hidratação

K 0,3 mEq/L: repor antes da insulina (40 mEq/h até K >3,3)

Bicarbonato: apenas se pH <6,9 (bicarbonato 100 mEq em 400 mL AD)

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

Manejo do EHH:

- Hidratação mais cautelosa: 250-500 mL/h inicialmente
- Insulinoterapia em doses menores: 0,05 UI/kg/h sem bolus
- Correção gradual da hipernatremia (máximo 0,5 mEq/L/h)
- Monitorização neurológica rigorosa (risco de edema cerebral)

Fase 5 - Monitorização e Transição (24-48 horas):

- Parâmetros de monitorização:
- Glicemia capilar: horária durante insulina EV
- Gasometria: a cada 2-4h até normalização do pH
- Eletrólitos: a cada 4-6h nas primeiras 24h
- Balanço hídrico: controle rigoroso de entrada e saída
- Critérios para suspensão da insulina EV:
- Glicemia <200 mg/dL estável
- pH >7,30 e bicarbonato >18 mEq/L
- Gap aniônico <12 mEq/L
- Paciente aceitando dieta via oral
- Transição para insulina SC:
- Sobrepor insulina basal SC 2h antes de suspender EV
- Calcular dose basal como 60-80% da dose EV das últimas 24h
- Ajustar conforme esquema nutricional e correção.

6 – RESULTADO ESPERADO

- Normalização dos níveis glicêmicos e dos distúrbios hidroeletrolíticos
- Estabilização clínica em até 24–48 horas
- Redução da mortalidade associada à CAD e EHH
- Prevenção de novas descompensações após alta

7 – AÇÕES CORRETIVAS

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

- Revisar prontuário em casos de evolução desfavorável para verificar atrasos na correção de eletrólitos ou insulinoterapia inadequada
- Avaliar falhas na monitorização frequente
- Reforçar capacitação sobre diagnóstico diferencial entre CAD e EHH
- Atuar sobre fatores predisponentes (infecção, má adesão, uso de corticoides etc.)

8 – RISCOS DO PROCESSO

- Hipocalemia severa induzida por insulinoterapia
- Hipoglicemia de rebote
- Sobrecarga hídrica em pacientes com disfunção cardíaca ou renal
- Erros de dose na insulinoterapia EV
- Diagnóstico tardio em pacientes idosos ou com sintomas atípicos

9 -INDICADORES

Não se aplica.

10 - ANEXOS

Não se aplica.

11 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- KITABCHI, A.E. et al. Hyperglycemic crises in adult patients with diabetes. **Diabetes Care**, v. 32, n. 7, p. 1335-1343, 2009. Disponível em: https://doi.org/10.2337/dc09-9032
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. **São Paulo: AC Farmacêutica**, 2019. 491p. Disponível em: https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/diretrizes-completa-2019-2020.pdf
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2024. **Diabetes Care**, v. 47, Suppl 1, p. S20-S42, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.2337/dc24-S002

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

- GOSMANOV, A.R.; GOSMANOVA, E.O.; KITABCHI, A.E. Hyperglycemic Crises: Diabetic Ketoacidosis and Hyperglycemic Hyperosmolar State. **Endocrinology and Metabolism Clinics of North America**, v. 42, n. 4, p. 677-695, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: MS, 2013. 160p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).
- DHATARIYA, K.K. et al. NHS Diabetes guideline for the perioperative management of the adult patient with diabetes. **Diabetic Medicine**, v. 29, n. 4, p. 420-433, 2012.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.UE.ASS.012	VERSÃO: 01
EDEMA AGUDO DE PULMÃO	VALIDADE: 07/2027	Pag. 1 de 7

Elaborado por: Assessor Técnico – Fabricio Lopes da Silva	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: 97794B2C355C4A3...
Verificado por: Assessora Técnica - Renata Colamarche	Data: 07/2025	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 90E0F55E05D144F...
Verificado por: Coordenador Médico – José Pablo Rojas Soliz	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Jose Pablo 8CFB1F44058F481...
Verificado por: Coordenação da Qualidade – Sabrina Benetti	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Sabrina Benetti 36842B6BE0BF4CE...
Aprovado por: Gerência Assistencial - Carla Carin Casaes	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Carla Carin Casaes FAEFCD486FD6449...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
0	Não se aplica	Emissão do documento

1- OBJETIVO

Estabelecer condutas padronizadas para o atendimento de pacientes com Edema Agudo de Pulmão (EAP) nas unidades de urgência e emergência, visando à estabilização hemodinâmica e respiratória e à redução de complicações e mortalidade

2 – ALCANCE

Unidades Média Complexidade Urgência e Emergência

3 – RESPONSABILIDADE

Médicos Plantonistas, Emergencistas e Intensivistas:

- Reconhecer diferentes etiologias do EAP (cardiogênico vs não-cardiogênico)
- Interpretar radiografia de tórax (padrão de distribuição do edema, índice cardiotorácico)
- Avaliar função ventricular através de ecocardiograma à beira do leito
- Prescrever e titular medicações vasoativas (nitroglicerina, dobutamina, milrinona)
- Indicar e monitorar ventilação não invasiva (CPAP, BiPAP)
- Determinar critérios para intubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva

Enfermeiros Assistenciais e da Classificação de Risco:

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

- Aplicar escala de classificação de risco específica para insuficiência respiratória aguda
- Posicionar paciente adequadamente (posição de Fowler 45-90°)
- Monitorar balanço hídrico rigorosamente (controle de diurese horária)
- Preparar e administrar medicações endovenosas com bomba de infusão
- Reconhecer sinais de melhora ou deterioração clínica
- Coordenar transferência para UTI quando necessário

Técnicos de Enfermagem:

- Instalar oxigenoterapia suplementar (cateter nasal 2-6L/min, máscara simples 6-10L/min)
- Realizar controle rigoroso de sinais vitais (intervalo de 15 minutos inicialmente)
- Auxiliar na instalação de ventilação não invasiva
- Manter acesso venoso calibroso e pérvio
- Quantificar diurese e realizar balanço hídrico preciso

Fisioterapeutas Respiratórios:

- Avaliar indicação e instalar ventilação não invasiva
- Ajustar parâmetros ventilatórios (PEEP 5-15cmH_2O, pressão inspiratória)
- Monitorar sincronia paciente-ventilador e vazamentos de máscara
- Aplicar técnicas de higiene brônquica quando apropriado

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

BiPAP	Bilevel Positive Airway Pressure (Pressão Positiva em Duas Vias Aéreas)
BNP	Peptídeo Natriurético tipo B
cmH_2O	Centímetros de Água (unidade de pressão respiratória)
CPAP	Continuous Positive Airway Pressure (Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas)
EAP	Edema Agudo de Pulmão
ECG	Eletrocardiograma
EPAP	Expiratory Positive Airway Pressure (Pressão Expiratória Positiva)
EV	Endovenoso
FiO_2	Fração Inspirada de Oxigênio
FR	Frequência Respiratória

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

IPAP	Inspiratory Positive Airway Pressure (Pressão Inspiratória Positiva)
ipm	Inspirações por Minuto
mg	Miligrama
mcg/kg/min	Micrograma por Quilograma por Minuto
mcg/min	Micrograma por Minuto
ml/h	Mililitro por Hora
ml/kg/h	Mililitro por Quilograma por Hora
PA	Pressão Arterial
$PaCO_2$	Pressão Parcial de Gás Carbônico no Sangue Arterial
PaO_2	Pressão Parcial de Oxigênio no Sangue Arterial
$SatO_2$	Saturação de Oxigênio
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VNI	Ventilação Não Invasiva

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

Reconhecimento Clínico Precoce:

- **Tríade clássica: dispneia súbita + ortopneia + estertores crepitantes bilaterais;**
- **Sinais de baixo débito: extremidades frias, tempo de enchimento capilar >3s, oligúria;**
- **Manifestações neurológicas: agitação, confusão mental (hipoxemia cerebral);**
- **Estratificação hemodinâmica: "quente e úmido" vs "frio e úmido"**

Protocolo de Ventilação Não Invasiva:

- **Indicações: FR >25ipm, uso de musculatura acessória, PaO_2/FiO_2 <200;**
- **Contraindicações: rebaixamento do nível de consciência, instabilidade hemodinâmica grave;**
- **CPAP inicial: 5-10cmH_2O, titular conforme resposta clínica;**

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

- **BiPAP: IPAP 12-20cmH_2O, EPAP 5-10cmH_2O**

Protocolo Farmacológico:

- **Diuréticos: furosemida 0,5-1mg/kg EV (dose inicial), reavaliar em 30-60 minutos;**
- **Vasodilatadores: nitroglicerina 10-200mcg/min EV (se PAS >90mmHg);**
- **Inotrópicos: dobutamina 2,5-20mcg/kg/min (se sinais de baixo débito);**
- **Morfina: 2-4mg EV (reduz pré e pós-carga, diminui ansiedade)**

Fase 1 - Reconhecimento e Triagem Imediata (0-10 minutos):

- Identificação visual: paciente em posição ortopneica, sudorese profusa, cianose perioral;
- Classificação como emergência absoluta (protocolo vermelho);
- Monitorização imediata: oximetria, PA não invasiva, ECG contínuo;
- Acesso venoso periférico calibroso (18G ou maior) em membro superior

Fase 2 - Suporte Ventilatório Imediato (10-20 minutos):

- Oxigenoterapia: iniciar com FiO_2 100% até atingir $SatO_2$ >90%;
- Posicionamento: elevar cabeceira 45-90° ou posição sentada;
- Avaliação da necessidade de VNI: gasometria arterial se possível;
- Instalação de CPAP se FR >30ipm ou sinais de fadiga respiratória

Fase 3 - Investigação Diagnóstica Direcionada (20-40 minutos):

- ECG de 12 derivações: identificar arritmias, sinais de isquemia aguda;
- Radiografia de tórax portátil: confirmar edema pulmonar, avaliar cardiomegalia;
- Gasometria arterial: PaO_2, $PaCO_2$, pH, bicarbonato, lactato;
- Laboratório urgente: troponina, BNP/pro-BNP, eletrólitos, ureia, creatinina;
- Ecocardiograma à beira do leito quando disponível

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

Fase 4 - Tratamento Farmacológico (40-60 minutos):

- Furosemida EV: 20-40mg inicial, dobrar dose se diurese <100ml/h em 2 horas;
- Avaliar resposta à diurese: meta >0,5ml/kg/h nas primeiras 6 horas;
- Nitroglicerina sublingual: 0,4mg a cada 5 minutos se PAS >100mmHg;
- Se resposta inadequada: iniciar nitroglicerina EV com titular dose;
- Considerar morfina 2-4mg EV para redução da ansiedade e pré-carga.

Fase 5 - Monitoramento e Reavaliação (1-4 horas):

- Sinais vitais a cada 15 minutos na primeira hora, depois de 30/30 minutos;
- Balanço hídrico rigoroso: meta de balanço negativo de 1-2L nas primeiras 24h;
- Reavaliação clínica: melhora da dispneia, redução dos estertores;
- Gasometria de controle em 1-2 horas se ventilação não invasiva;
- Decidir por internação em UTI vs enfermaria vs alta hospitalar

Fase 6 - Critérios de Transferência e Alta:

- UTI: necessidade de drogas vasoativas, VNI mal tolerada, deterioração clínica;
- Enfermaria: estabilização hemodinâmica, melhora da dispneia, diurese adequada;
- Alta: resolução completa do quadro, paciente deambulando, orientações fornecidas;
- Seguimento ambulatorial: cardiologia em 7-14 dias, ajuste de medicações

6 – RESULTADO ESPERADO

- Alívio rápido dos sintomas respiratórios
- Estabilização hemodinâmica
- Redução da necessidade de intubação
- Encaminhamento seguro e célere para unidade adequada

7 – AÇÕES CORRETIVAS

- Revisar falhas na instalação ou ajuste da VNI

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

- Monitorar resposta a diuréticos e reavaliar posologia
- Garantir agilidade na solicitação de exames críticos
- Evitar excesso de volume ou fluidos IV concomitantes

8 – RISCOS DO PROCESSO

- Intubação orotraqueal de urgência por falha no suporte não invasivo
- Hipotensão induzida por vasodilatadores
- Lesão renal aguda por uso excessivo de diuréticos
- Complicações associadas à VNI mal ajustada

9 - INDICADORES

Não se aplica.

10 - ANEXOS

Não se aplica.

11 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- PONIKOWSKI, P. et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. **European Heart Journal**, v. 37, n. 27, p. 2129-2200, 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw128
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 111, n. 3, p. 436-539, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.5935/abc.20180190
- YANCY, C.W. et al. 2017 ACC/AHA/HFSA Focused Update of the 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 70, n. 6, p. 776-803, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolo de Manejo da Insuficiência Cardíaca Aguda e Crônica**. Brasília: MS, 2020. 156p.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

- MASIP, J. et al. Non-invasive ventilation in acute cardiogenic pulmonary edema: systematic review and meta-analysis. **JAMA**, v. 294, n. 24, p. 3124-3130, 2005. Disponível em: https://doi.org/10.1001/jama.294.24.3124
- MALLICK, A.; BODENHAM, A.R. Base excess in the critically ill. **Critical Care**, v. 7, n. 2, p. 126-130, 2003.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.UE.ASS.013	VERSÃO: 01
FERIMENTO POR ARMA BRANCA	VALIDADE: 07/2027	Pag. 1 de 6

Elaborado por: Assessor Técnico – Fabricio Lopes da Silva	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: 97794B2C355C4A3...
Verificado por: Assessora Técnica - Renata Colamarche	Data: 07/2025	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 90E0F55E05D144F...
Verificado por: Coordenador Médico – José Pablo Rojas Soliz	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Jose Pablo 8CFB1F44058F481...
Verificado por: Coordenação da Qualidade – Sabrina Benetti	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Sabrina Benetti 36842B6BE0BF4CE...
Aprovado por: Gerência Assistencial - Carla Carin Casaes	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Carla Carin Casaes FAEFCD486FD6449...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
0	Não se aplica	Emissão do documento

1- OBJETIVO

Padronizar as condutas no atendimento a vítimas de ferimento por arma branca, assegurando abordagem rápida, segura, eficaz e conforme os aspectos legais obrigatórios, promovendo redução de riscos, complicações e mortalidade.

2 – ALCANCE

Unidades Média Complexidade Urgência e Emergência

3 – RESPONSABILIDADE

Médicos:

- Emergencistas: Avaliação inicial, classificação de gravidade, decisão de conduta conservadora vs. Cirúrgica.
- Cirurgiões gerais: Exploração de feridas, sutura de estruturas profundas, laparoscopia diagnóstica.
- Cirurgiões plásticos: Reparo de lesões complexas, preservação funcional e estética.
- Ortopedistas: Tratamento de lesões osteoarticulares, tendíneas e ligamentares.
- Cirurgiões vasculares: Reparo de lesões vasculares, controle de sangramentos arteriais.

Enfermagem:

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

- Enfermeiros: Avaliação de feridas, curativos especializados, controle de sangramentos.
- Técnicos: Limpeza e irrigação de feridas, aplicação de curativos, monitorização de sinais vitais.

Equipe de apoio:

- Laboratório: Hemograma, coagulograma, provas de função hepática e renal.
- Radiologia: Radiografias para corpo estranho, ultrassonografia de partes moles.
- Serviço social: Abordagem de vítimas de violência, acionamento de rede de proteção.
- Psicologia: Avaliação de trauma psíquico, suporte emocional.

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

ABCDE	Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (Avaliação primária no trauma)
ACS	American College of Surgeons
ATLS	Advanced Trauma Life Support
CFM	Conselho Federal de Medicina
EV	Endovenoso
mg	Miligrama
POP	Procedimento Operacional Padrão
SF 0,9%	Soro Fisiológico a 0,9%
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SBAIT	Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Traumatizado
TC	Tomografia Computadorizada
VO	Via Oral
WHO	World Health Organization (Organização Mundial da Saúde)

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

Avaliação sistemática ABCDE: Mesmo em ferimentos aparentemente superficiais, investigar lesões ocultas.

Classificação por profundidade: Superficial (pele/subcutâneo), profunda (fáscia/músculo), penetrante (cavidade corporal).

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

Exploração cirúrgica criteriosa: Evitar exploração desnecessária de feridas superficiais, indicar exploração em feridas penetrantes.

Profilaxia antimicrobiana seletiva: Indicar antibióticos apenas em feridas contaminadas, penetrantes ou com mais de 6 horas.

Acompanhamento multiprofissional: Integrar assistência médica, psicológica e social.

A. Triagem e classificação de risco:

Vermelho (emergência): Ferimentos com instabilidade hemodinâmica, sinais de choque, sangramentos arteriais ativos;

Laranja (urgência): Ferimentos profundos em áreas nobres (pescoço, tórax, abdome), lesões vasculares venosas;

Amarelo (menos urgente): Ferimentos superficiais sem comprometimento de estruturas importantes;

Avaliação da gravidade: Localização anatômica, profundidade estimada, presença de sangramento ativo, sinais de lesão vascular/nervosa;

B. Avaliação primária – Protocolo ATLS (ABCDE):

A - Vias aéreas: Especial atenção em ferimentos cervicais (risco de lesão traqueal, vascular);

B - Respiração: Investigar pneumotórax em ferimentos torácicos, mesmo os aparentemente superficiais;

C - Circulação: Controle imediato de sangramentos com compressão direta, avaliação de pulsos distais;

D - Neurológico: Teste de força, sensibilidade e reflexos em ferimentos de extremidades;

E - Exposição: Remoção cuidadosa de roupas, preservação para análise forense se necessário;

C. Avaliação secundária e exames complementares:

Inspeção detalhada:

- Número total de ferimentos;
- Localização anatômica precisa;
- Dimensões (comprimento, largura, profundidade estimada);
- Características das bordas (lineares, estreladas, em retalho);
- Presença de corpos estranhos.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E0416A40-6A13-449B-986A-BCC28CEF2D9F

Avaliação funcional: Teste de movimentação ativa/passiva, força muscular, sensibilidade tátil e dolorosa;

Exames complementares:

- Radiografia simples (pesquisa de corpo estranho radiopaco);
- Ultrassonografia (avaliação de lesões de partes moles, coleções);
- TC quando suspeita de lesão visceral;

Exames laboratoriais: Hemograma, coagulograma básico, tipagem sanguínea se perda volêmica significativa;

D. Conduta terapêutica:

Limpeza e desbridamento: Irrigação abundante com SF 0,9%, remoção de tecidos desvitalizados, exploração cuidadosa;

Controle de sangramentos:

- Compressão direta como primeira medida;
- Ligadura de vasos sangrantes;
- Uso criterioso de torniquetes em extremidades.

Reparo cirúrgico por planos:

- Aproximação de estruturas profundas (fáscia, músculo)
- Sutura de pele com técnica adequada ao local
- Curativos com antimicrobiano tópico se indicado

Profilaxia:

- Imunização antitetânica conforme histórico vacinal;
- Antibioticoterapia profilática: cefalexina 500mg VO 6/6h por 5-7 dias (feridas contaminadas/profundas);

Analgesia: Dipirona 500mg EV 6/6h + tramadol 100mg EV 8/8h se dor intensa;

E. Aspectos legais e notificação:

Preservação de evidências: Armazenamento adequado de objetos cortantes retirados, roupas com sangue, fotografias das lesões;

Documentação detalhada: Registro minucioso das características de cada ferimento, procedimentos realizados, evolução clínica;

Notificação compulsória:

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

- SINAN - Violência interpessoal/autoprovocada;
- Comunicação às autoridades policiais;
- Relatório para o Ministério Público quando solicitado;

Abordagem psicossocial: Avaliação de risco de recidiva, acionamento da rede de proteção, acompanhamento ambulatorial.

6 – RESULTADO ESPERADO

- Estabilização clínica precoce;
- Controle eficaz de sangramentos e dor;
- Tratamento cirúrgico ou clínico de lesões internas e externas;
- Cumprimento da legislação e notificação obrigatória;
- Encaminhamento seguro à rede de apoio e reabilitação;

7 – AÇÕES CORRETIVAS

- Revisar condutas em falhas na estabilização inicial;
- Garantir correção de falhas em registros de lesões e notificação incompleta;
- Corrigir atraso no transporte para cirurgia ou internação;
- Reforçar capacitação da equipe em preservação de vestígios legais e abordagem humanizada;

8 – RISCOS DO PROCESSO

- Hemorragia maciça e choque hipovolêmico;
- Lesões ocultas de órgãos ou vasos não identificadas inicialmente;
- Infecções de feridas mal higienizadas ou com corpos estranhos;
- Perda de vestígios legais por falhas operacionais;
- Exposição da vítima a novos riscos no ambiente hospitalar;

9 - INDICADORES

Não se aplica.

10 - ANEXOS

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

Não se aplica.

11 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- **American College of Surgeons.** Advanced Trauma Life Support (ATLS): Student Course Manual. 10th edition. Chicago: ACS, 2018.
- **Ministério da Saúde do Brasil.** Viva: Vigilância de Violências e Acidentes - 2013 e 2014. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- **Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Traumatizado (SBAIT).** Diretrizes para Atendimento do Trauma de Extremidades. São Paulo: SBAIT, 2016.
- **Conselho Federal de Medicina.** Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217/2018. Brasília: CFM, 2018.
- **World Health Organization (WHO).** Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Geneva: WHO Press, 2003.
- **Singer, A.J.; Hollander, J.E.; Quinn, J.V.** Evaluation and Management of Traumatic Lacerations. New England Journal of Medicine, v. 337, n. 16, p. 1142-1148, 1997.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.UE.ASS.014	VERSÃO: 01
FERIMENTO POR ARMA DE FOGO	VALIDADE: 07/2027	Pag. 1 de 6

Elaborado por: Assessor Técnico – Fabricio Lopes da Silva	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: 97794B2C355C4A3...
Verificado por: Assessora Técnica - Renata Colamarche	Data: 07/2025	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 90E0F55E05D144F...
Verificado por: Coordenador Médico – José Pablo Rojas Soliz	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Jose Pablo 8CFB1F44058F481...
Verificado por: Coordenação da Qualidade – Sabrina Benetti	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Sabrina Benetti 36842B6BE0BF4CE...
Aprovado por: Gerência Assistencial - Carla Carin Casaes	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Carla Carin Casaes FAEFCD486FD6449...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
0	Não se aplica	Emissão do documento

1- OBJETIVO

Padronizar a abordagem clínica, cirúrgica e legal de pacientes vítimas de ferimento por arma de fogo, assegurando o atendimento seguro, eficaz e humanizado, além do cumprimento de normas legais e de notificação obrigatória.

2 – ALCANCE

Unidades Média Complexidade Urgência e Emergência

3 – RESPONSABILIDADE

Médicos:

- Emergencistas: Avaliação inicial ATLS, estabilização hemodinâmica, decisão cirúrgica urgente;
- Cirurgiões gerais: Exploração cirúrgica de cavidades, controle de sangramentos, reparação de órgãos;
- Cirurgiões torácicos: Manejo de trauma torácico, drenagem pleural, toracotomia de emergência;
- Ortopedistas: Tratamento de fraturas por projétil, fixação óssea, preservação de membros;
- Neurocirurgiões: Avaliação de trauma cranioencefálico, craniectomia descompressiva;
- Intensivistas: Suporte avançado de vida, ventilação mecânica, monitorização invasiva;

Enfermagem:

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

- Enfermeiros: Triagem avançada, administração de hemoderivados, monitorização de sinais vitais;
- Técnicos: Controle de sangramentos, curativos especializados, preparação para cirurgia;

Equipe de apoio:

- Radiologia: Exames de urgência (Rx, TC, angiografia), interpretação imediata;
- Laboratório: Processamento emergencial de tipagem sanguínea, coagulograma, gasometria;
- Hemoterapia: Disponibilização imediata de concentrados de hemácias, plasma, plaquetas;
- Segurança institucional: Preservação da cena, proteção da equipe, interface com autoridades;
- Regulação: Transferência para centros de trauma, leitos de UTI, cirurgia especializada;

4– TERMOS E DEFINIÇÕES

ABCDE	Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (Protocolo ATLS)
ACS	American College of Surgeons
ATLS	Advanced Trauma Life Support
CFM	Conselho Federal de Medicina
EV	Endovenoso
FAF	Ferimento por Arma de Fogo
FAST	Focused Assessment with Sonography for Trauma
kg	Quilograma
L	Litro
mL/kg/h	Mililitros por Quilograma por Hora
mmHg	Milímetro de Mercúrio
mmol/L	Milimol por Litro
MS	Ministério da Saúde
PA	Pressão Arterial
Rx	Raio-X (Radiografia)
SBAIT	Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Traumatizado
SF 0,9%	Soro Fisiológico a 0,9%
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIVVA	Sistema de Informação de Violência e Acidentes

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

TC	Tomografia Computadorizada
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

Protocolo ATLS rigoroso:

- **Seguir sequência ABCDE com reavaliações frequentes, priorizar controle de vias aéreas em trauma facial/cervical;**

Controle precoce de sangramentos:

- **Aplicar pressão direta, uso de torniquetes quando indicado, cirurgia de controle de danos;**

Reanimação guiada por metas:

- **Manter PA sistólica >90mmHg, débito urinário >0,5mL/kg/h, lactato <4mmol/L;**

Preservação forense rigorosa:

- **Manter cadeia de custódia de evidências, documentação fotográfica das lesões, preservação de projéteis;**

Notificação imediata:

- **Comunicação com autoridades em até 24 horas, preenchimento de fichas obrigatórias (SINAN, SIVVA);**

A. Triagem e priorização:

Classificação automática vermelha: Todos os casos de FAF recebem prioridade máxima independente da aparência inicial;

Avaliação da cinemática: Tipo de arma (calibre se conhecido), distância estimada do disparo, número de projéteis, trajetória aparente;

Segurança da cena: Verificar se há risco de novos disparos, isolar área, acionar segurança institucional se necessário;

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

Comunicação pré-hospitalar: Coletar informações do SAMU/Bombeiros sobre estado inicial, procedimentos realizados, tempo de transporte;

B. Avaliação primária (ABCDE – ATLS):

A - Vias aéreas com controle cervical: Imobilização da coluna, avaliação de trauma facial/cervical, intubação precoce se diminuição do nível de consciência;

B - Respiração e ventilação: Inspeção de tórax (ferimentos penetrantes), ausculta bilateral, suspeita de pneumotórax (descompressão imediata), hemotórax (drenagem torácica);

C - Circulação com controle de hemorragias: Dois acessos venosos calibrosos (14G), reposição com cristaloides aquecidos, identificação de sangramentos externos/internos;

D - Avaliação neurológica: Escala de Coma de Glasgow, reflexos pupilares, déficits motores, suspeita de hematoma intracraniano;

E - Exposição e controle térmico: Remoção cuidadosa de roupas (preservar para perícia), aquecimento ativo, busca por lesões ocultas;

C. Avaliação secundária e diagnóstica:

Exame físico sistemático: Inspeção completa da superfície corporal, palpação de pulsos periféricos, avaliação de perfusão;

Documentação das lesões: Descrição detalhada (localização anatômica, diâmetro, características da borda), numeração sequencial, documentação fotográfica quando possível;

Exames laboratoriais emergenciais: Hemograma completo, gasometria arterial, lactato sérico, eletrólitos, função renal, coagulograma, tipagem sanguínea e prova cruzada;

Exames de imagem dirigidos:

Rx de tórax (pneumotórax, hemotórax, trajetória de projétil);

TC de crânio (trauma cranioencefálico);

TC de abdome/pelve com contraste (lesões viscerais);

D. Conduta terapêutica e suporte:

Reanimação volêmica: Ringer Lactato ou SF 0,9% aquecidos, objetivo: PA sistólica 90-100mmHg (hipotensão permissiva até controle cirúrgico);

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

Controle de sangramentos: Compressão direta, curativos hemostáticos, torniquetes em extremidades, sutura temporária de grandes vasos;

Suporte farmacológico: Analgesia multimodal (morfina, cetamina), antibioticoprofilaxia (cefazolina 2g EV), profilaxia antitetânica;

Decisão cirúrgica: Laparotomia exploradora (instabilidade + FAST positivo), toracotomia (hemotórax >1500mL), craniotomia (hematoma com efeito de massa);

Transfusão sanguínea: Protocolo de transfusão maciça (1:1:1 - concentrado de hemácias:plasma:plaquetas) se choque hemorrágico;

E. Aspectos legais e notificação:

Preservação de evidências: Roupas em sacos de papel separados e identificados, projéteis em recipientes rígidos, swabs de resíduos de pólvora;

Documentação legal: Registro fotográfico das lesões, descrição anatômica precisa, cadeia de custódia de materiais;

Notificações obrigatórias:

- Boletim de Ocorrência à Polícia Civil;
- SINAN - Ficha de Violência Interpessoal/Autoprovocada;
- SIVVA - Sistema de Informação de Violência e Acidentes (quando aplicável);

Comunicação com família: Abordagem humanizada, informações claras sobre prognóstico, acionamento do serviço social;

6 – RESULTADO ESPERADO

- Estabilização clínica precoce;
- Tratamento cirúrgico ou clínico efetivo da lesão;
- Preservação da vida, função e integridade corporal;
- Cumprimento legal de notificação e documentação;
- Encaminhamento à rede de apoio, reabilitação ou seguimento;

7 – AÇÕES CORRETIVAS

- Corrigir falhas na estabilização inicial ou no controle de sangramentos;
- Reavaliar encaminhamentos tardios ao centro cirúrgico;

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

- Garantir padronização de notificação e contato com segurança pública;
- Atualizar equipe sobre protocolo de manejo legal de vestígios;

8 – RISCOS DO PROCESSO

- Morte precoce por falência circulatória não revertida;
- Infecções por retenção de projétil ou ferida negligenciada;
- Revitimização por exposição ou abordagem inadequada;
- Perda de provas por falhas na preservação de materiais;
- Notificação tardia que comprometa a investigação;

9 - INDICADORES

Não se aplica.

10 - ANEXOS

Não se aplica.

9 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- **American College of Surgeons.** Advanced Trauma Life Support (ATLS): Student Course Manual. 10th edition. Chicago: ACS, 2018.
- **Ministério da Saúde do Brasil.** Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências. Brasília: MS, 2010.
- **Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Traumatizado (SBAIT).** Manual de Atendimento ao Traumatizado. São Paulo: SBAIT, 2019.
- **Conselho Federal de Medicina.** Resolução CFM nº 1.779/2005. Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. Brasília: CFM, 2005.
- **Eastern Association for the Surgery of Trauma (EAST).** Practice Management Guidelines for Emergency Department Thoracotomy. Journal of Trauma, v. 58, n. 6, p. 1245-1248, 2015.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.UE.ASS.015	VERSÃO: 01
HEMORRAGIA DIGESTIVA	VALIDADE: 07/2027	Pag. 1 de 9

Elaborado por: Assessor Técnico – Fabricio Lopes da Silva	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: 97794B2C355C4A3...
Verificado por: Assessora Técnica - Renata Colamarche	Data: 07/2025	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 90E0F55E05D144F...
Verificado por: Coordenador Médico – José Pablo Rojas Soliz	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Jose Pablo 8CFB1F44058F481...
Verificado por: Coordenação da Qualidade – Sabrina Benetti	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Sabrina Benetti 36842B6BE0BF4CE...
Aprovado por: Gerência Assistencial - Carla Carin Casaes	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Carla Carin Casaes FAEFCD486FD6449...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
0	Não se aplica	Emissão do documento

1- OBJETIVO

Estabelecer diretrizes clínicas e operacionais para o atendimento a pacientes com hemorragia digestiva alta ou baixa, visando estabilização precoce, diagnóstico correto, tratamento oportuno e encaminhamento adequado.

2 – ALCANCE

Unidades Média Complexidade de Urgência e Emergência

3 – RESPONSABILIDADE

Médicos:

- Clínicos gerais: Avaliação inicial, classificação de gravidade, decisão de internação
- Emergencistas: Manejo de choque hipovolêmico, reanimação volêmica, estabilização hemodinâmica.
- Gastroenterologistas: Indicação e realização de endoscopia terapêutica, tratamento específico.
- Intensivistas: Suporte avançado de vida, monitorização invasiva, ventilação mecânica.
- Cirurgiões gerais: Indicação cirúrgica em falha do tratamento endoscópico.
- Hematologistas: Manejo de coagulopatias e distúrbios da hemostasia.

Enfermagem:

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

- Enfermeiros: Monitorização contínua de sinais vitais, administração de hemoderivados, cuidados pós-endoscópicos.
- Técnicos de enfermagem: Controle de eliminações, balanço hídrico, preparo para procedimentos.

Equipe de apoio:

- Laboratório: Processamento urgente de hemograma, coagulograma, tipagem sanguínea.
- Endoscopia: Disponibilidade 24h para procedimentos de urgência.
- Hemoterapia: Fornecimento de concentrados de hemácias, plasma fresco, plaquetas.
- Radiologia: Exames de imagem para diagnóstico diferencial (TC, angiografia).
- Farmácia clínica: Dispensação de medicamentos específicos (octreotida, omeprazol EV).
- Regulação: Transferência para centros especializados, vagas em UTI.

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

AAS	Ácido Acetilsalicílico
AINEs	Anti-inflamatórios Não Esteroidais
bpm	Batimentos por Minuto
EDA	Endoscopia Digestiva Alta
EV	Endovenoso
FC	Frequência Cardíaca
g/dL	Gramas por Decilitro
HDA	Hemorragia Digestiva Alta
HDB	Hemorragia Digestiva Baixa
Hb	Hemoglobina
Ht	Hematócrito
IBP	Inibidor da Bomba de Prótons
INR	International Normalized Ratio (Razão Normalizada Internacional)
MS	Ministério da Saúde
PA	Pressão Arterial
SF 0,9%	Soro Fisiológico a 0,9%

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

TC	Tomografia Computadorizada
TGO	Transaminase Glutâmico-Oxalacética
TGP	Transaminase Glutâmico-Pirúvica
TAP	Tempo de Atividade da Protrombina
TTPA	Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VO	Via Oral
µg	Micrograma
µL	Microlitro
14G/16G	Calibre do Cateter Intravenoso (14 ou 16 Gauge)

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

Classificação anatômica: HDA (acima do ligamento de Treitz) - hematêmese, melena, vômitos em borra de café; HDB (abaixo do ligamento de Treitz) - enterorragia, hematoquezia, sangue vermelho vivo.

Estratificação de risco: Aplicar escore de Rockall, Glasgow-Blatchford ou AIMS65 para predizer mortalidade e necessidade de intervenção.

Protocolo de reanimação: Duas vias venosas calibrosas, reposição volêmica guiada por metas hemodinâmicas.

Endoscopia precoce: Realizar em até 24 horas para HDA com instabilidade ou até 12 horas se alto risco.

Supressão ácida: IBP em altas doses para úlceras pépticas, bloqueadores H2 não recomendados.

Controle farmacológico: Octreotida ou terlipressina para varizes esofágicas.

A. Triagem e classificação inicial:

Sinais de instabilidade hemodinâmica:

- Choque (PA sistólica <90mmHg, FC >110bpm);
- Hipotensão ortostática (queda >20mmHg sistólica ou >10mmHg diastólica);
- Sinais de hipoperfusão (enchimento capilar >3s, extremidades frias, oligúria);
- Alterações neurológicas (confusão, agitação, sonolência);

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

Classificação de gravidade:

- Leve: estável hemodinamicamente, Hb >10g/dL;
- Moderada: instabilidade leve, Hb 7-10g/dL;
- Grave: choque, Hb <7g/dL, sangramento ativo;

Priorização: Vermelho (instabilidade), laranja (sangramento ativo estável), amarelo (sangramento cessado).

B. Avaliação clínica e exames laboratoriais iniciais:

História clínica dirigida:

- Características do sangramento (volume, cor, frequência, duração);
- Sintomas associados (dor epigástrica, síncope, náuseas);
- Uso de medicamentos (AAS, anticoagulantes, AINEs, corticoides);
- Histórico de etilismo, cirrose, úlcera péptica, varizes;
- Comorbidades (cardiopatia, hepatopatia, coagulopatias);

Exame físico sistemático:

- Sinais vitais com medida ortostática;
- Palidez cutaneomucosa, icterícia, aranhas vasculares;
- Palpação abdominal (dor, hepatoesplenomegalia, ascite);
- Toque retal (melena, sangue vivo, lesões anorretais);

Exames laboratoriais emergenciais:

- Hemograma completo (Hb, Ht, leucócitos, plaquetas);
- Coagulograma (TAP/INR, TTPA);
- Bioquímica (ureia, creatinina, sódio, potássio);
- Gasometria arterial (acidose, lactato);
- Tipagem sanguínea e prova cruzada;
- Função hepática (TGO, TGP, bilirrubinas, albumina);

C. Intervenções iniciais:

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

Acesso vascular: Dois acessos periféricos calibrosos (14G ou 16G) ou acesso central se necessário.

Reanimação volêmica:

- Cristaloides isotônicos (SF 0,9% ou Ringer Lactato) 500-1000mL em bolus;
- Meta: PA sistólica >90mmHg, FC <100bpm, diurese >0,5mL/kg/h;
- Evitar sobrecarga volêmica (risco de re-sangramento);

Transfusão sanguínea:

- Concentrado de hemácias se Hb <7g/dL (limiar restritivo);
- Hb <9g/dL se cardiopatia isquêmica ou idade >65 anos;
- Plasma fresco congelado se INR >1,8 ou sangramento ativo;
- Plaquetas se <50.000/μL ou disfunção plaquetária;

Medicações específicas:

- Omeprazol 80mg EV em bolus + 8mg/h contínuo por 72h;
- Octreotida 50μg EV + 50μg/h contínuo (suspeita de varizes);
- Terlipressina 2mg EV 6/6h (alternativa ao octreotida);
- Profilaxia antibiótica (norfloxacino 400mg VO 12/12h) se cirrose;

D. Diagnóstico e classificação da hemorragia:

Hemorragia digestiva alta (HDA):

- Causas: úlcera péptica (45%), varizes esofágicas (15%), Mallory-Weiss (5%), erosões (15%)
- Endoscopia digestiva alta (EDA) em até 24h (12h se alto risco);
- Classificação de Forrest para úlceras: Ia (sangramento arterial ativo), Ib (sangramento venoso), IIa (vaso visível), IIb (coágulo aderido), IIc (mancha pigmentada), III (base limpa);

Hemorragia digestiva baixa (HDB):

- Causas: diverticulose (40%), angiodisplasias (20%), colite (15%), neoplasias (10%);
- Colonoscopia após preparo (24-48h) se estável;
- Angiotomografia se sangramento maciço ou instabilidade;
- Angiografia com embolização se falha da endoscopia;

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

E. Encaminhamento e seguimento:

Critérios de internação em UTI:

- Choque refratário à reposição volêmica;
- Necessidade de transfusão >4 concentrados de hemácias;
- Comorbidades graves (cirrose Child C, cardiopatia);
- Instabilidade após endoscopia terapêutica;

Critérios de alta hospitalar:

- Estabilidade hemodinâmica por 24h;
- Hb estável >8g/dL (>10g/dL se cardiopata);
- Tolerância alimentar via oral;
- Endoscopia com hemostasia eficaz;

Acompanhamento ambulatorial:

- Gastroenterologia em 1-2 semanas;
- Controle laboratorial em 48-72h;
- Orientações sobre sinais de re-sangramento;

F. Registro e documentação:

Prontuário detalhado incluindo:

- Horário de início dos sintomas;
- Volume estimado de sangue perdido;
- Resposta à reanimação volêmica;
- Número de unidades transfundidas;
- Resultado e imagens da endoscopia;
- Procedimentos terapêuticos realizados;

Registros específicos:

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

- Balanço hídrico rigoroso;
- Controle de eliminações (aspecto das fezes);
- Sinais vitais de 2/2h nas primeiras 24h;
- Evolução médica de 6/6h até estabilização;

6 – RESULTADO ESPERADO

- Estabilização clínica precoce com interrupção do sangramento;
- Diagnóstico endoscópico e terapêutico realizado em tempo oportuno;
- Redução de complicações como choque hipovolêmico, aspiração pulmonar ou nova hemorragia;
- Encaminhamento seguro para internação, cirurgia ou alta;

7 – AÇÕES CORRETIVAS

- Reavaliar casos com falhas na estabilização inicial ou reposição tardia de volume;
- Corrigir atraso na solicitação ou realização da endoscopia digestiva;
- Reforçar protocolos de transfusão e controle hemodinâmico;
- Analisar causas de re-sangramento ou falha na hemostasia endoscópica;

8 – RISCOS DO PROCESSO

- Choque hipovolêmico com falência de múltiplos órgãos;
- Aspiração pulmonar por hematêmese não protegida;
- Hipoperfusão cerebral em idosos com comorbidades;
- Necessidade de cirurgia de urgência em locais sem suporte especializado;
- Reação transfusional ou infecção hospitalar;

9 - INDICADORES

Não se aplica.

10 – ANEXO

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

- **Escore Rockall**

ESCORE ROCKALL NA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA		
Comorbidades	Pré/pós endoscopia	Nenhuma = 0 pontos Qualquer; EXCETO insuficiência renal, hepática e/ou malignidade disseminada = +2 pontos. Insuficiência renal, hepática e/ou malignidade disseminada = +3 pontos.
Idade	Pré/pós endoscopia	Menores de 60 anos = 0 pontos. Entre 69 e 79 anos = +1 ponto. Maiores de 79 anos = +2 pontos.
Choque	Pré/pós endoscopia	Sem choque (PAS ≥100 E FC <100) = 0 pontos. Taquicardia (PAS ≥100 E FC ≥100) = +1 ponto. Hipotensão (PAS <100) = +2 pontos.
Diagnóstico	Pós-endoscopia	Síndrome de Mallory-Weiss = 0 pontos. Nenhuma lesão identificada e nenhum estigma de hemorragia recente = 0 pontos. Todos os outros diagnósticos = +1 ponto. Malignidade do trato gastrointestinal superior = +2 pontos.
Estigmas de hemorragia recente	Pós-endoscopia	Nenhum = 0 pontos. Apenas mancha escura = 0 pontos. Sangue no trato gastrointestinal superior = +2 pontos. Coágulo aderente = +2 pontos. Vaso visível ou jorrando = +2 pontos.

- **Escore AIMS65**

ESCORE AIMS65 na Hemorragia Digestiva Alta			
A	**Albumina Sérica < 3 g/dL ou < 30 g/L**	Sim Não	+1 ponto 0 pontos
I	**INR (ou RNI) > 1,5**	Sim Não	+1 ponto 0 pontos
M	**Alteração do estado Mental**	Sim Não	+1 ponto 0 pontos
S	**Pressão arterial Sistólica ≤ 90 mmHg**	Sim Não	+1 ponto 0 pontos
65	**Idade ≥ 65 anos**	Sim Não	+1 ponto 0 pontos

11 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- **Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva (SOBED).** Diretrizes para Diagnóstico e Tratamento da Hemorragia Digestiva Alta não Varicosa. GED Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva, v. 38, n. 2, p. 88-104, 2019.

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

- **American College of Gastroenterology.** ACG Clinical Guideline: Upper Gastrointestinal and Ulcer Bleeding. American Journal of Gastroenterology, v. 116, n. 5, p. 899-917, 2021.
- **European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE).** Non-variceal upper gastrointestinal hemorrhage: ESGE Guideline. Endoscopy, v. 51, n. 10, p. 941-967, 2019.
- **Ministério da Saúde do Brasil.** Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Doença Ulcerosa Péptica e Erradicação do H. pylori. Brasília: MS, 2018.
- **Bavishi, C.; Dupont, A.W.** Systematic review: the use of proton pump inhibitors in acute non-variceal upper gastrointestinal bleeding. Alimentary Pharmacology & Therapeutics, v. 33, n. 11, p. 1267-1279, 2011.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.UE.ASS.016	VERSÃO: 01
INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA	VALIDADE: 07/2027	Pag. 1 de 8

Elaborado por: Assessor Técnico – Fabricio Lopes da Silva	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: 97794B2C355C4A3...
Verificado por: Assessora Técnica - Renata Colamarche	Data: 07/2025	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 90E0F55E05D144F...
Verificado por: Coordenador Médico – José Pablo Rojas Soliz	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Jose Pablo 8CFB1F44058F481...
Verificado por: Coordenação da Qualidade – Sabrina Benetti	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Sabrina Benetti 36842B6BE0BF4CE...
Aprovado por: Gerência Assistencial - Carla Carin Casaes	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Carla Carin Casaes FAEFCD486FD6449...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
01	01/05/2024	Elaboração do Protocolo

1- OBJETIVO

Padronizar a abordagem diagnóstica, terapêutica e organizacional dos casos de insuficiência hepática aguda ou agudizada, visando à estabilização clínica precoce, suporte intensivo e encaminhamento para unidade de referência quando indicado.

2 – ALCANCE

Unidades Média Complexidade Urgência e Emergência

3 – RESPONSABILIDADE

Médicos:

- Clínicos gerais: Responsáveis pela avaliação inicial, triagem, diagnóstico diferencial e estabilização clínica primária;
- Emergencistas: Condução do atendimento de urgência, protocolos de reanimação e decisão de encaminhamento;
- Intensivistas: Manejo de suporte avançado de vida, monitorização contínua e cuidados críticos;
- Hepatologistas: Avaliação especializada, indicação de transplante e manejo de complicações específicas;

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

- Gastroenterologistas: Diagnóstico diferencial e acompanhamento de patologias digestivas associadas;

Enfermagem:

- Enfermeiros: Supervisão de cuidados, administração de medicações complexas, monitorização de sinais vitais e neurológicos;
- Técnicos de enfermagem: Execução de procedimentos, coleta de exames, controle de diurese e suporte básico;

Equipe de apoio:

- Farmacêuticos clínicos: Análise de interações medicamentosas, ajuste de doses e farmacovigilância;
- Laboratório: Processamento urgente de exames críticos (TAP/INR, bilirrubinas, amônia);
- Hemoterapia: Disponibilização de hemoderivados e plasma fresco;
- Regulação: Identificação de vagas em UTI especializada e transporte inter-hospitalar;
- Nutricionistas: Avaliação nutricional e suporte dietético especializado;

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

SIGLÁRIO

AASLD	American Association for the Study of Liver Diseases
AD	Água Destilada
ALT (TGP)	Alanina Aminotransferase (Transaminase Glutâmico-Pirúvica)
AST (TGO)	Aspartato Aminotransferase (Transaminase Glutâmico-Oxalacética)
bpm	Batimentos por Minuto
CMV	Citomegalovírus
EBV	Epstein-Barr Vírus
EV	Endovenoso
FC	Frequência Cardíaca
g/kg/dia	Gramas por Quilograma por Dia
HAV	Hepatite A Vírus
HBc	Anticorpo contra o Antígeno do Núcleo da Hepatite B
HBsAg	Antígeno de Superfície do Vírus da Hepatite B

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

HCV	Vírus da Hepatite C
HCV-RNA	Ácido Ribonucleico do Vírus da Hepatite C
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IgM	Imunoglobulina M
INR	International Normalized Ratio (Razão Normalizada Internacional)
kg	Quilograma
mg/dL	Miligrama por Decilitro
mL/h	Mililitro por Hora
mL/kg	Mililitro por Quilograma
MS	Ministério da Saúde
PA	Pressão Arterial
POP	Procedimento Operacional Padrão
TAP	Tempo de Atividade de Protrombina
TGO/TGP	Transaminases (AST/ALT)
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VO	Via Oral

5 – DIRETRIZES

Suspeição precoce:

- Identificar pacientes com icterícia progressiva (bilirrubina >2mg/dL), alterações do nível de consciência (confusão, sonolência, asterixis), coagulopatia (INR >1,5), sangramentos espontâneos ou ascite de rápida instalação.

Investigação etiológica sistematizada:

- Pesquisar hepatites virais (A, B, C, E), intoxicação medicamentosa (paracetamol, antituberculostáticos, anticonvulsivantes), consumo alcoólico, causas autoimunes, doença de Wilson, síndrome de Budd-Chiari.

Suporte intensivo precoce:

- Monitorização neurológica contínua, controle glicêmico rigoroso, suporte ventilatório quando necessário, correção de distúrbios eletrolíticos.

Prevenção de complicações:

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

- Profilaxia de sangramento digestivo, controle da encefalopatia hepática, prevenção de infecções, manejo da síndrome hepatorrenal.

Critérios de encaminhamento:

- Aplicar critérios de King's College para transplante hepático, garantir transferência para centro especializado em hepatologia crítica.

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

A. Triagem e suspeição clínica:

- Aplicar escala de prioridade baseada em: nível de consciência (Escala de Coma de Glasgow), presença de asterixis, intensidade da icterícia (escleras, pele, mucosas), sinais de sangramento (petéquias, equimoses, sangramento gengival);
- Investigar história pregressa: uso de medicamentos hepatotóxicos nas últimas 8 semanas, consumo alcoólico (quantidade e frequência), exposição a hepatites virais, histórico familiar de doenças hepáticas;
- Avaliar sinais de descompensação: ascite (teste da macicez móvel), edema periférico, circulação colateral, esplenomegalia palpável
- Monitorar sinais vitais com ênfase em: hipotensão (PA sistólica <90mmHg), taquicardia (FC >100bpm), taquipneia, febre.

B. Avaliação médica inicial e exames laboratoriais:

Exames obrigatórios de urgência:

- TGO/TGP (avaliar elevação >10x o normal), bilirrubinas total e frações, TAP/INR (avaliar coagulopatia), albumina sérica, amônia plasmática

Exames complementares essenciais:

- Gasometria arterial (acidose metabólica), eletrólitos (hiponatremia, hipocalemia), função renal (creatinina, ureia), glicemia (hipoglicemia frequente)

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

Investigação etiológica:

- Sorologias para hepatites A (anti-HAV IgM), B (HBsAg, anti-HBc IgM, anti-HBs), C (anti-HCV, HCV-RNA), HIV, EBV, CMV

Exames de imagem:

- Ultrassonografia abdominal total (avaliação de esteatose, dimensões hepáticas, perviedade vascular, ascite), Doppler de vasos hepáticos se suspeita de trombose.

Classificação clínica:

- Distinguir entre insuficiência hepática aguda (sem cirrose prévia), insuficiência hepática aguda sobre crônica, e cirrose descompensada

C. Intervenções terapêuticas iniciais:

Suporte hemodinâmico:

- Acesso venoso calibroso (14G ou 16G), monitorização cardíaca contínua, controle pressórico (evitar hipotensão <90mmHg sistólica)

Controle metabólico:

- Infusão contínua de glicose 10% (50-100mL/h) para manter glicemia >70mg/dL, suplementação de tiamina 100mg EV/dia

Manejo da encefalopatia hepática:

- Grau I-II: Lactulose 15-30mL VO 6/6h (titular para 2-3 evacuações/dia)
- Grau III-IV: Lactulose por sonda nasoenteral + rifaximina 400mg VO 8/8h
- Restrição proteica temporária (0,8-1g/kg/dia)

Correção da coagulopatia:

- Plasma fresco congelado 10-15mL/kg se INR >2,0 ou sangramento ativo, vitamina K 10mg EV/dia por 3 dias

Profilaxia de complicações:

- Omeprazol 40mg EV 12/12h (profilaxia de sangramento digestivo), ceftriaxona 1g EV/dia se peritonite bacteriana espontânea

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

D. Encaminhamento especializado e vigilância:

Critérios de King's College para transplante:

- Intoxicação por paracetamol (pH <7,3 ou INR >6,5 + creatinina >3,4mg/dL + encefalopatia grau III-IV), outras causas (INR >6,5 ou 3 dos seguintes: idade <10 ou >40 anos, icterícia há >7 dias, INR >3,5, bilirrubina >17,5mg/dL)

Solicitação de vaga em UTI:

- Pacientes com encefalopatia grau III-IV, instabilidade hemodinâmica, necessidade de ventilação mecânica.

Notificação compulsória:

- Casos de hepatite viral aguda, intoxicação exógena, surtos familiares.

E. Documentação e registro:

- Prontuário detalhado incluindo: cronologia dos sintomas, medicações em uso, exposições de risco, exame físico completo com ênfase neurológica;
- Registro evolutivo a cada 6 horas: nível de consciência, diurese, sinais vitais, resposta terapêutica;
- Anexar todos os resultados laboratoriais e de imagem em ordem cronológica.

6 – RESULTADO ESPERADO

- Identificação precoce e classificação correta do quadro hepático;
- Estabilização metabólica e suporte intensivo precoce;
- Redução do risco de sangramento, edema cerebral e falência multiorgânica;
- Encaminhamento seguro à referência adequada (UTI ou hepatologia);

7 – AÇÕES CORRETIVAS

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

- Reavaliar condutas em casos de hipoglicemia, sangramentos ou confusão mental persistente;
- Corrigir falhas na solicitação de exames críticos (ex: TAP/INR, bilirrubinas);
- Garantir controle rigoroso de infecção e estado nutricional;
- Implementar plano educativo sobre hepatotoxicidade em altas de pacientes crônicos;

8 – RISCOS DO PROCESSO

- Progressão para falência hepática fulminante;
- Hipoglicemia grave não reconhecida;
- Hemorragias digestivas e intracranianas não tratadas;
- Infecção secundária por falha na profilaxia;
- Atraso no encaminhamento ao centro transplantador

9 - Anexo

- **Critérios de KING's COLLEGE**

CRITÉRIOS DO KING´S COLLEGE PARA INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA FULMINANTE	
PARACETAMOL	**OUTRAS CAUSAS**
pH < 7,3*	RNI > 6,5
ou	ou
todos os critérios abaixo	3 dos 5 critérios abaixo
1. RNI > 6,5	1. Idade: < 10 ou > 40 anos
2. Creatinina > 3,4 mg/dL	2. Causa: hepatite não-A não B, halotano, reação idiossincrásica a drogas
3. Encefalopatia grau III/IV	3. Icterícia > 7 dias antes da encefalopatia
	4. RNI > 3,5
	Bilirrubina > 17,5 mg/dL
* Independente do grau de encefalopatia	

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

10 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- **Ministério da Saúde do Brasil.** Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite B e Coinfecções. Brasília: MS, 2017.
- **European Association for the Study of the Liver (EASL).** EASL Clinical Practice Guidelines on acute-on-chronic liver failure. Journal of Hepatology, v. 67, n. 1, p. 192-209, 2017.
- **American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD).** Hepatic Encephalopathy in Chronic Liver Disease: 2014 Practice Guideline. Hepatology, v. 60, n. 2, p. 715-735, 2014.
- **Sociedade Brasileira de Hepatologia.** Consenso Brasileiro de Insuficiência Hepática Aguda Grave. GED Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva, v. 32, n. 4, p. 125-146, 2013.
- **Lee, W.M.; Larson, A.M.; Stravitz, R.T.** AASLD Position Paper: The Management of Acute Liver Failure: Update 2011. Hepatology, v. 55, n. 3, p. 965-967, 2012.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.UE.ASS.017	VERSÃO: 01
CHOQUE HIPOVOLÊMICO	VALIDADE: 07/2027	Pag. 1 de 10

Elaborado por: Assessor Técnico – Fabricio Lopes da Silva	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: 97794B2C355C4A3...
Verificado por: Assessora Técnica - Renata Colamarche	Data: 07/2025	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 90E0F55E05D144F...
Verificado por: Coordenador Médico – José Pablo Rojas Soliz	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Jose Pablo 8CFB1F44058F481...
Verificado por: Coordenação da Qualidade – Sabrina Benetti	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Sabrina Benetti 36842B6BE0BF4CE...
Aprovado por: Gerência Assistencial - Carla Carin Casaes	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Carla Carin Casaes FAEFCD486FD6449...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
0	Não se aplica	Emissão do documento

1- OBJETIVO

Estabelecer condutas padronizadas para o reconhecimento precoce, estabilização e manejo do choque hipovolêmico, reduzindo a mortalidade e complicações associadas à perfusão inadequada de órgãos vitais.

2 – ALCANCE

Unidades Média Complexidade Urgência e Emergência

3 – RESPONSABILIDADE

Médicos Emergencistas e Clínicos:

- Aplicar classificação ATLS do choque hipovolêmico (Classes I-IV) baseada em perda volêmica estimada;
- Interpretar parâmetros hemodinâmicos: índice de choque (FC/PAS), pressão de pulso, tempo de enchimento capilar;
- Calcular déficit volêmico e prescrever reposição estratificada por fases;
- Indicar hemotransfusão baseada em protocolos de transfusão maciça;
- Reconhecer padrões de sangramento coagulopático e prescrever hemoderivados específicos;

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

- Interpretar lactato sérico, déficit de base e $SvcO_2$ como marcadores de perfusão tecidual;
- Determinar necessidade de procedimentos hemostáticos de urgência.

Enfermeiros Assistenciais:

- Aplicar protocolos de acesso vascular de emergência (punção periférica calibrosa, acesso intraósseo);
- Monitorar resposta à reposição volêmica através de parâmetros clínicos objetivos;
- Calcular e administrar cristaloides e coloides conforme protocolos de ressuscitação;
- Preparar e administrar hemoderivados seguindo protocolos de hemotransfusão de urgência;
- Reconhecer sinais de sobrecarga volêmica e edema agudo de pulmão;
- Coordenar cuidados multiprofissionais durante ressuscitação ativa;
- Aplicar medidas de controle de temperatura e prevenção de hipotermia.

Técnicos de Enfermagem:

- Realizar punção venosa periférica com cateteres de grosso calibre (14-16G);
- Monitorar sinais vitais continuamente com ênfase em tendências;
- Quantificar perdas sanguíneas visíveis e ocultas (débito de drenos, sondas);
- Posicionar adequadamente o paciente (Trendelenburg modificado, elevação de MMII);
- Auxiliar em procedimentos de acesso vascular central e arterial;
- Controlar temperatura corporal e aplicar medidas de aquecimento ativo.

Farmacêuticos Clínicos e Equipe de Apoio Terapêutico:

- Preparar soluções de ressuscitação com concentrações e osmolaridades adequadas;
- Validar compatibilidades medicamentosas durante politerapia de urgência;
- Monitorar uso de vasopressores e inotrópicos conforme protocolos específicos;
- Orientar sobre interações entre hemoderivados e medicamentos concomitantes.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

Equipe de Apoio Diagnóstico e Transfusional:

- Priorizar coleta e processamento de amostras para tipagem sanguínea e prova cruzada;
- Disponibilizar hemoderivados conforme protocolos de transfusão maciça;
- Realizar testes de compatibilidade em tempo reduzido para emergências;
- Monitorar reações transfusionais agudas durante ressuscitação.

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

SIGLÁRIO

ACS	American College of Surgeons
ATLS	Advanced Trauma Life Support
bpm	Batimentos por Minuto
EV	Endovenoso
FAST	Focused Assessment with Sonography for Trauma
FC	Frequência Cardíaca
FR	Frequência Respiratória
g/dL	Grama por Decilitro
Hb	Hemoglobina
IPM	Inspirações por Minuto
mcg/kg/min	Microgramа por Quilograma por Minuto
mg/dL	Miligrama por Decilitro
MMII	Membros Inferiores
MS	Ministério da Saúde
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PAM	Pressão Arterial Média
PIA	Pressão Intra-Abdominal
POP	Procedimento Operacional Padrão
PVC	Pressão Venosa Central
$SatO_2$	Saturação de Oxigênio
$ScvO_2$	Saturação Venosa Central de Oxigênio
SF 0,9%	Soro Fisiológico a 0,9%
TC	Tomografia Computadorizada
TP	Tempo de Protrombina
TTPA	Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada
U/min	Unidade por Minuto
mm^3	Milímetro Cúbico (usado para contagem de células, como plaquetas)

5 – DIRETRIZES

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

Classificação do Choque Hipovolêmico (ATLS):

Classe I (perda <15% da volemia):

- FC <100 bpm, PAS normal, pressão de pulso normal;
- Tempo de enchimento capilar <2 segundos;
- FR 14-20 ipm, débito urinário >30 mL/h;
- Estado mental normal.

Classe II (perda 15-30% da volemia):

- FC 100-120 bpm, PAS normal, pressão de pulso diminuída;
- Tempo de enchimento capilar 2-3 segundos;
- FR 20-30 ipm, débito urinário 20-30 mL/h;
- Ansiedade leve.

Classe III (perda 30-40% da volemia):

- FC 120-140 bpm, PAS diminuída, pressão de pulso muito diminuída;
- Tempo de enchimento capilar >3 segundos;
- FR 30-40 ipm, débito urinário 5-15 mL/h
- Confusão mental.

Classe IV (perda >40% da volemia):

- FC >140 bpm, PAS muito diminuída;
- Tempo de enchimento capilar >3 segundos;
- FR >35 ipm, débito urinário <5 mL/h;
- Letargia, coma.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

Protocolo de Ressuscitação por Dano Controle:

- Hipotensão permissiva: manter PAS 80-90 mmHg até controle definitivo;
- Evitar ressuscitação excessiva antes da hemostasia;
- Relação cristaloide: sangue não superior a 3:1;
- Ativação precoce de protocolo de transfusão maciça.

Critérios para Transfusão Maciça:

- Perda >150 mL/min ou >1.500 mL em 24h;
- Perda de 50% da volemia em 3h;
- Necessidade de >10 unidades de hemácias em 24h;
- Instabilidade hemodinâmica persistente apesar de cristaloides.

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

Fase 1 - Reconhecimento e Triagem Imediata (0-10 minutos):

- Identificação através da tríade clássica:
- Hipotensão: PAS <90 mmHg ou redução >40 mmHg da basal
- Taquicardia: FC >100 bpm (atenção em idosos e betabloqueados)
- Sinais de hipoperfusão: extremidades frias, enchimento capilar >2s, oligúria
- Aplicação do Índice de Choque (FC/PAS):
- Normal: 0,5-0,7
- Choque leve: 0,7-1,0
- Choque grave: >1,0
- Classificação imediata como emergência absoluta (protocolo vermelho)
- Ativação da equipe de trauma/ressuscitação

Fase 2 - Avaliação ABCDE e Investigação da Causa (10-20 minutos):

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

A - Airway (Via Aérea):

- Avaliar permeabilidade e necessidade de proteção
- Considerar intubação se Glasgow <8 ou choque classe IV

B - Breathing (Respiração):

- Investigar pneumotórax hipertensivo, hemotórax
- Oximetria contínua e oxigenoterapia suplementar

- Circulation (Circulação):

- Punção de 2 acessos venosos calibrosos (14-16G)
- Identificação da fonte de perda:
- Externa: ferimentos, fraturas expostas
- Interna: tórax, abdome, retroperitônio, pelve, fêmur
- Controle temporário de hemorragias externas

D - Disability (Função Neurológica):

- Escala de coma de Glasgow
- Pupilas e sinais neurológicos focais

E - Exposure (Exposição):

- Inspeção completa em busca de lesões ocultas
- Controle da hipotermia

Fase 3 - Investigação Diagnóstica Direcionada (20-40 minutos):

- Exames laboratoriais de urgência:
- Hemograma completo com hematócrito seriado
- Tipagem sanguínea, Rh e Coombs indireto
- Coagulograma completo (TP, TTPA, fibrinogênio, plaquetas)
- Gasometria arterial com lactato e déficit de base
- Eletrólitos, ureia, creatinina, glicemia

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

- Provas de função hepática se trauma abdominal
- Exames de imagem conforme mecanismo:
- FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma)
- Radiografia de tórax e pelve
- TC de abdome/pelve com contraste EV
- Angiografia se suspeita de sangramento ativo

Fase 4 - Ressuscitação Volêmica Estratificada (40-120 minutos):

Ressuscitação Inicial (Primeiros 30 minutos):

- Cristaloides aquecidos: SF 0,9% ou Ringer Lactato
- Classe I-II: 1.000-2.000 mL em bolus
- Classe III-IV: 2.000-3.000 mL, reavaliando resposta
- Monitorizar resposta através de:
- Melhora da PA e diminuição da FC
- Normalização do enchimento capilar
- Aumento do débito urinário >0,5 mL/kg/h

Protocolo de Transfusão Maciça:

- Ativação se instabilidade persistente após 2L de cristaloide
- Razão hemácias:plasma:plaquetas = 1:1:1
- Concentrado de hemácias: iniciar se Hb <7 g/dL ou instabilidade
- Plasma fresco congelado: 10-15 mL/kg se coagulopatia
- Concentrado de plaquetas: se contagem <50.000/mm³
- Crioprecipitado: se fibrinogênio <100 mg/dL

Adjuvantes Farmacológicos:

- Ácido tranexâmico: 1g EV em 10 min, depois 1g em 8h (se <3h do trauma)
- Vasopressores: apenas após reposição volêmica adequada
- Noradrenalina: 0,1-3,0 mcg/kg/min

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

- Vasopressina: 0,01-0,04 U/min (adjuvante)

Fase 5 - Controle Definitivo da Fonte (2-6 horas):

- Intervenções cirúrgicas:
- Toracotomia: hemotórax >1.500 mL ou drenagem >200 mL/h
- Laparotomia: sangramento intra-abdominal instável
- Fixação de fraturas: pelve, fêmur com sangramento ativo
- Procedimentos endovasculares:
- Embolização arterial: trauma hepático, esplênico, pélvico
- Stent/balão: lesões vasculares maiores
- Medidas adjuvantes:
- Compressão pneumática externa (pelve)
- Torniquetes: hemorragias de extremidades
- Agentes hemostáticos tópicos

Fase 6 - Monitorização e Cuidados Intensivos (6-48 horas):

- Parâmetros de monitorização contínua:
- Invasivos: PAM, PVC, débito cardíaco (se disponível)
- Não invasivos: FC, PA, $SatO_2$, temperatura
- Laboratoriais: lactato, $ScvO_2$, déficit de base
- Metas ressuscitação:
- PAM >65 mmHg, débito urinário >0,5 mL/kg/h
- Lactato <2 mmol/L, $ScvO_2$ >70%
- Normalização do déficit de base
- Prevenção de complicações:
- Hipotermia: aquecimento ativo, fluidos aquecidos
- Coagulopatia: correção de acidose, hipotermia, hipocalcemia
- Síndrome compartimental abdominal: monitorização da PIA

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

6 – RESULTADO ESPERADO

- Estabilização hemodinâmica em até 1 hora
- Perfusão adequada de órgãos vitais restabelecida
- Redução do lactato sérico como marcador de resposta
- Encaminhamento seguro e ágil para tratamento definitivo

7 – AÇÕES CORRETIVAS

- Avaliar falhas na identificação precoce do choque
- Revisar condutas inadequadas na reposição volêmica ou transfusão
- Reforçar treinamento em abordagem inicial do paciente politraumatizado ou instável
- Identificar atrasos na liberação de exames críticos ou no transporte para centros especializados

8 – RISCOS DO PROCESSO

- Progressão para choque refratário
- Hipoperfusão prolongada com lesão de múltiplos órgãos
- Sobrecarga volêmica com edema agudo de pulmão
- Erros na estimativa da volemia perdida
- Tempo excessivo até a intervenção cirúrgica

9 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. Advanced Trauma Life Support (ATLS): Student Course Manual. 10th ed. **Chicago: ACS**, 2018. 366p.
- ROSSAINT, R. et al. The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: fifth edition. **Critical Care**, v. 23, n. 1, p. 98, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s13054-019-2347-3
- SPAHN, D.R. et al. The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: fourth edition. **Critical Care**, v. 17, n. 2, p. R76, 2013.

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

- HOLCOMB, J.B. et al. Transfusion of plasma, platelets, and red blood cells in a 1:1:1 vs a 1:1:2 ratio and mortality in patients with severe trauma: the PROPPR randomized clinical trial. **JAMA**, v. 313, n. 5, p. 471-482, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de atendimento ao politraumatizado**. Brasília: MS, 2011. 84p.
- CANNON, J.W. Hemorrhagic Shock. **New England Journal of Medicine**, v. 378, n. 4, p. 370-379, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1056/NEJMra1705649
- CAPS, C. et al. The role of point-of-care assessment in the management of hemorrhagic shock. **Shock**, v. 48, n. 4, p. 378-386, 2017.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP.UE.ASS.018**	**VERSÃO:** 1
UTILIZAÇÃO CURATIVO TRÊS PONTOS	**VALIDADE:** 07/2027	**Pag. 1 de 3**

Elaborado por: Assessor Técnico – Fabricio Lopes da Silva	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: 07704D2C366C4A3...
Verificado por: Assessora Técnica - Renata Colamarche	Data: 07/2025	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 09E0F66E06D144F...
Verificado por: Coordenação da Qualidade – Sabrina Benetti	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Sabrina Benetti 36842B6BE0BF4CE...
Aprovado por: Gerência Assistencial - Carla Carin Casaes	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Carla Carin Casaes FAEFCD486FD6419...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
0	Não se aplica	Elaboração do documento

1- OBJETIVO

Instalar o curativo de três pontos com a finalidade de promover o tamponamento imediato da lesão torácica aberta ou aspirativa.

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

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

- Equipamentos de proteção individual (como óculos, luvas e máscara facial)
- Fita adesiva
- Solução fisiológica 0,9% ou água destilada
- Gaze estéril
- Plástico ou material estéril impermeável

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Utilizar os equipamentos de proteção individual;
- Explicar o procedimento ao usuário e/ou acompanhante se possível;
- Realizar a limpeza da lesão com Solução Fisiológica 0,9% ou água destilada utilizando a gaze para passar na lesão depois de umedecida e também ao seu redor, utilizando técnica para curativos. Nunca realize o movimento contrário, sempre da ferida para área peri lesão;
- Realizar a cobertura de toda ferida com a cobertura impermeável (p.ex., embalagem da gaze industrializada face interna- plástico);
- Colar as fitas adesivas em três lados do curativo de forma a permitir a saída de exsudato da lesão no sentido da gravidade (Fig. 1);
- Monitorar a dinâmica ventilatória.

Figura 1



6 - OBSERVAÇÃO

A fixação do curativo oclusivo em apenas três lados produz um efeito de válvula; desse modo, na expiração, tem-se a saída de ar que é impedido de retornar na inspiração, evitando, assim, formar um pneumotórax hipertensivo.

7 - REGISTRO

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

Registrar a assistência prestada em ficha de atendimento de enfermagem com assinatura e carimbo constando número do Coren de quem realizou a técnica.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de intervenção para o SAMU 192: serviço de atendimento móvel de urgência. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/outubro/26/livro-basico-2016.pdf>. Acesso em: 15 mai 2019.

COLÉGIO AMERICANO DE CIRURGIÕES. Comitê do Trauma. Suporte avançado de vida no trauma ATLS: manual do curso para alunos. São Paulo: Colégio Americano de Cirurgiões, 2007.

PHTLS atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.UE.ASS.019	VERSÃO: 01
MANEJO DE CRISE CONVULSIVA EM ADULTOS	VALIDADE: 07/2027	Pag. 1 de 8

Elaborado por: Diretor Técnico – André Ramos Neto	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Carla Carin Casaes FAEFCD486FD6449...
Verificado por: Assessora Técnica - Renata Colamarche	Data: 07/2025	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 90E0F55E05D144F...
Verificado por: Coordenador Médico – José Pablo Rojas Soliz	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Jose Pablo 8CEB1E44058E481...
Verificado por: Coordenação da Qualidade – Sabrina Benetti	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Sabrina Benetti 30842B0BE0BF4CE...
Aprovado por: Gerência Assistencial - Carla Carin Casaes	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Carla Carin Casaes FAEFCD486FD6449...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
0	Não se aplica	Elaboração do procedimento

1- OBJETIVO

Padronizar as condutas, medicações e atuações frente ao manejo das crises convulsivas nas unidades de urgência e emergência, assim reduzindo tempo de internação, mitigando riscos e promovendo ampliação do conceito de segurança do paciente

2 – ALCANCE

Unidades de urgência e emergência

3 – COMPETÊNCIA

- Equipe médica.
- Equipe de Enfermagem.

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

Status epilepticus é a ocorrência prolongada de crise epiléptica, com manifestação clínica ou não (nesse caso, subclínico, porém com confirmação eletroencefalográfica).

Configura emergência médica de alta morbidade e mortalidade se não detectado e tratado precocemente.

Crises epilépticas são caracterizadas pelo aparecimento súbito de sinais ou sintomas neurológicos (paroxismos), em geral de curta duração (60 a 90 segundos). Na epilepsia os

ds
LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

episódios são recorrentes e estereotipados (sempre iguais).

Principais diagnósticos diferenciais das crises epilépticas: Sincope crises psicogênicas, perda de fôlego (crianças), enxaqueca, narcolepsia, crises de pânico, crises de hipoglicemia, distúrbios paroxísticos do movimento, ataque isquêmico transitório, distúrbios do sono, amnesia global transitória, drop-attacks.

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

Pacientes que apresentem crises convulsivas no ambiente da unidade de saúde e/ou que tenham acompanhante que relate crise presenciada deverão ser conduzidos para atendimento em sala de emergência, pelo médico emergencista ou àquele referenciado a este setor.

Além deste, os usuários trazidos por serviço de remoção externa (SAMU, Bombeiros, COBOM) em status pós comicial também deverão ser atendidos em sala de emergência.

Dada a possibilidade de recorrência de crises convulsivas, todos os pacientes atendidos por este quadro deverão ser mantidos em leito (observação/emergência), não sendo direcionados para atendimento em porta no serviço.

Além disso, esses pacientes que derem entrada por crises convulsivas presenciadas **DEVEM permanecer em observação por pelo menos 06 horas em leito de retaguarda ou emergência**. E os idosos devem **permanecer 12 horas sob observação.**

DIRETRIZES ATENDIMENTO MÉDICO:

Durante a anamnese o profissional médico deverá questionar:

- Quando foi o evento paroxístico?
- Foi o primeiro, ou já ocorreram outros semelhantes? Se sim, quantos episódios já ocorreram? Qual a frequência média de episódios? Quando foi o último?
- Os episódios são sempre iguais? Estão associados com algum fator desencadeante? (ex. ao levantar). Descreva a sequência de eventos que ocorrem no episódio. Quanto tempo durou o episódio?
- Houve perda de consciência? Se sim, recobrou rapidamente a consciência?
- Ocorrem manifestações motoras? Houve queda ao solo? Mordeu a língua? Urinou na roupa? Babou? Recuperou logo a consciência ou demorou? Sentiu o que ao acordar? Ficou confuso após o evento?
- Paciente já foi levado a serviços de urgência por causa dessas crises?

DS

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

- Sente algo pouco antes do episódio como: mal estar epigástrico, sensação de desmaio ou escurecimento gradual da visão, dormência em parte do corpo, escurecimento de metade com campo visual, luzes e brilhos na visão, náuseas ou vômitos, contrações musculares?
- Houve piscamentos, arregalar ou fixação dos olhos, olhar vago?
- Contrações motoras (tônicas, clônicas, distônicas, etc.) ou automatismos (orais, gestuais, de marcha), queda ao solo, liberação de esfíncteres, respiração ruidosa, cianose, ruborização, palidez, midríase, pilo-ereção, grito epiléptico, desvio cefálico e ocular, em que direção?
- Sempre a mesma sensação se repete antes de cada crise?
- Apresentava algum déficit motor? De que lado? Apresentava confusão mental ou sonolência? Sentia dores musculares? Cefaleia?
- Houve algum quadro na história clínica sugestivo de estado de mal epiléptico?
- O paciente foi ou está sendo medicado com antiepilépticos?
- Descrever as doses utilizadas durante todo o tratamento, tempo de uso, efeito sobre as crises e os efeitos adversos.
- IDA: Importante verificar se há alguma doença ou sintoma concomitante.

ANTECEDENTES - Determine se o paciente:

- Tem outras doenças?
- Usa alguma outra medicação?
- Tem história familiar de epilepsia?
- Há história de crise convulsiva febril?
- Há história de problemas no parto e atraso no desenvolvimento?
- Teve traumatismo craniano grave?
- Teve crise epiléptica prolongada ou status, seja febril, por infecção do SNC ou trauma craniano na infância?
- Teve episódios prévios de déficit neurológico agudo sugestivo de isquemia cerebral?
- Alergia a algum medicamento ou antiepiléptico?
- Trata-se de mulher em idade fértil? Grávida? Em uso de anticoncepcionais

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

EXAME FÍSICO

- Fascies sindrômica?
- Pressão arterial, frequência cardíaca, hipotensão postural, ritmo e ausculta cardíaca, lesões na pele*, palpação do fígado, sinais de icterícia, edema de membros inferiores, tremores.

CRISES PROVOCADAS, OU SINTOMÁTICAS, OU NÃO ESPONTÂNEAS

Distúrbios sistêmicos como: intoxicação ou abstinência alcoólica, intoxicação ou abstinência a benzodiazepínicos, hipoglicemia, hiperglicemia, hiponatremia, hipocalcemia, abuso de drogas (cocaína, anfetamina, opiáceos)

Medicações que podem provocar crises epiléticas:

- Antibióticos (penicilinas, cefalosporinas, fluoroquinolonas e carbapenem), antipsicóticos (clorpromazina, clozapina, etc.), opiáceos e antidepressivos (bupropiona, etc.).

ATENÇÃO: outros fatores desencadeantes como febre alta, privação de sono ou crises exclusivamente no sono, estímulos luminosos em padrões ou repetitivos são potenciais fatores provocadores de crises epilépticas em indivíduos com epilepsia ou com propensão genética para epilepsia.

CRISES NÃO PROVOCADAS, OU ESPONTÂNEAS:

Realizar exames complementares:
1. Neuroimagem: CT
2.LCR ou exames específicos

SE ESSA FOR A PRIMEIRA CRISE EPILÉPTICA NÃO PROVOCADA, DETERMINAR O RISCO PARA RECORRÊNCIA DAS CRISES

Consenso da Academia Americana de Neurologia (AAN) sobre os fatores que mais comprovadamente implicam em maior risco para o indivíduo ter uma nova crise epiléptica são:

a) Ter um histórico de um insulto cerebral prévio como traumatismo craniano ou AVC,
b) Ter um EEG com anormalidades epileptiformes
c) Ter alguma anormalidade significativa nos exames de neuroimagem
d) Ter tido a crise epiléptica durante o sono

Outros fatores que podem ser considerados como fatores de risco para recorrência:

e) Ser jovem ou idoso

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

f) Se a crise for de início focal
g) Se houver retardo mental.
*Apresentar múltiplas crises recorrentes em 24 horas logo pela primeira vez, não aumenta o risco de recorrência das crises.

DETERMINAR SE O QUADRO CLÍNICO DEFINE UMA SINDROME EPILÉPTICA

a) Epilepsia tipo ausência infantil
b) Epilepsia mioclônica juvenil
c) Epilepsia benigna da infância com pontas centro temporais
d) Convulsões febris
e) Epilepsia do lobo temporal mesial

O DIAGNÓSTICO É DE EPILEPSIA?

1. Ocorreram pelo menos duas crises epiléticas não provocadas, separadas por um intervalo maior que 24 horas, OU,
2. Ocorreu uma crise epiléptica não-provocada, e há uma probabilidade calculada de pelo menos 60% para o sujeito apresentar crises recorrentes nos próximos 10 anos, OU,
3. Há diagnóstico de uma síndrome epiléptica,

QUAL É A ETOLOGIA DA EPILEPSIA?

1. Epilepsias secundária: quando há uma lesão estrutural suspeita de causar o problema
2. Epilepsia de origem genética: quando há uma mutação conhecida que causa epilepsia, quando a história familiar é sugestiva de um problema familiar e não há uma lesão suspeita, ou quando o paciente apresenta uma síndrome epiléptica que se acredita tenha origem genética
3. Epilepsias de causa desconhecida

HÁ INDICAÇÃO PARA INICIAR O USO DE DROGAS ANTIEPILÉPTICAS?

a) Iniciar com a droga mais adequada de acordo com o tipo de crise epiléptica inicial que o paciente apresenta
b) E de acordo com o perfil de efeitos colaterais
c) Lembrar que em mulheres as drogas antiepiléticas alteram aspectos hormonais, podem ser teratogênicas (valproato), são encontradas no leite materno e reduzem os níveis de anticoncepcionais orais
d) Iniciar tratamento em monoterapia
e) Em doses progressivamente crescentes até controle das crises, ou efeitos colaterais indesejáveis, ou além dos níveis terapêuticos no sangue

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

DROGA	Dose habitual (mg/dia)	Tomadas/ dia	Efeitos adversos
Carbamazepina	400-1600 (10-20 mg/kg/dia)	2-3	Leucopenia, hiponatremia, sonolencia, ataxia, diplopia, náuseas, erupção cutânea, hepatotoxicidade
Clobazam	10-30 (0,5-1,5 mg/kg/dia)	1-2	Sonolência
Clonazepam	0,5-4 (0,05-0,3 mg/kg/dia)	1-2	Sonolência
Fenitoina	200-300	1-2	Ataxia, nistagmo, hipertrofia gengival, acne, hirsutismo, lentidão psicomotora, osteoporose
Fenobarbital	100 (3-5 mg/kg/dia)	1	Sonolência, lent psicomotora, sedação, irritabilidade
Gabapentina	900-2400	2-3	Fadiga, sonolência, ataxia, nauseas, ganho de peso
Lamotrigina	100-400 (1-15 mg/kg/dia)	2	Erupção cutânea, nausea, insonia alucinações, pancitopenia
Oxcarbazepina	900-1800 (20-40 ,g/kg/dia)	2	= CBZ
Topiramato	100-200 (1-15 mg/kg/dia)	2	Cefaleia, sedação, perda de memória, glaucoma, perda de peso, ansiedade, hiperatividade, depressão, parestesias, cálculo renal
Valproato e Divalproato	600-1500 (15-60 mg/kg/dia)	2-3	Ganho de peso, trombocitopenia, dist menstruais, SOMP, tremores, queda de cabelo, hepatotoxicidade

O PACIENTE EPILÉPTICO TEM COMORBIDADES IMPORTANTES?

a) Risco de suicídio

b) Depressão ou ansiedade

c) Queixas cognitivas ou de aprendizado.

6 – RESULTADO ESPERADO

Reduzir o tempo de internação, mitigando riscos e promovendo ampliação do conceito de segurança do paciente.

7 – AÇÕES CORRETIVAS

Condução dos casos em setor de observação em caso de sala de emergência superlotada. Acionamento do protocolo de superlotação do serviço, com abertura de leitos extras em observação caso necessário.

8 – RISCOS DO PROCESSO

Flebite por fenitoína

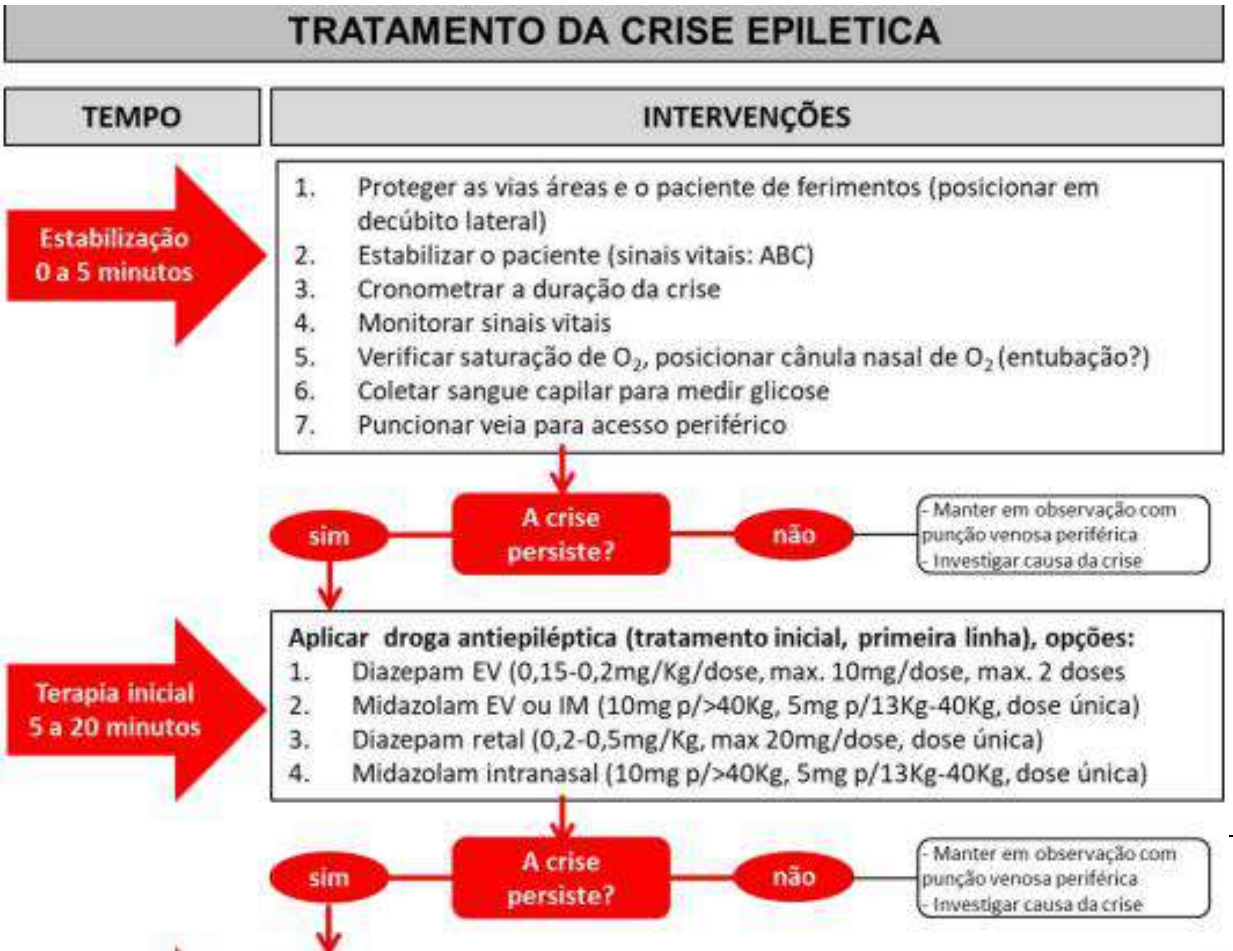
DS
LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

9 – INDICADORES

- Tempo de permanência em pacientes portadores de crise convulsiva (mediana de tempo de permanência de pacientes com crises convulsivas) em idosos (>65 anos) e não idosos (<65 anos)
- Tratamento realizado corretamente (número de tratamento corretos/ número de pacientes tratados)
- Letalidade (número de óbitos de pacientes com crises convulsiva/número de pacientes tratados com crise convulsiva)

10 – ANEXOS



Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

12 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- **Browne TR, Holmes GL**. Epilepsy. New England Journal of Medicine. 2001;344(15):1145–51.

- *Esta é uma revisão abrangente sobre a fisiopatologia, diagnóstico e tratamento da epilepsia, incluindo medidas agudas em crises convulsivas.*

- **Shinnar S, Berg AT, Moshe SL, et al.** Risk of recurrence after a first unprovoked seizure in childhood: A prospective study. Pediatrics. 1990;85(6):1076–85.
- **Glauser T, Shinnar S, Gloss D, et al.** Evidence-based guideline: Treatment of convulsive status epilepticus in children and adults: Report of the guideline committee of the American Epilepsy Society. Epilepsy Currents. 2016;16(1):48–61.
- **Lowenstein DH, Bleck T, Macdonald RL.** It's time to revise the definition of status epilepticus. Epilepsia. 1999;40(1):120–2.
- **Trinka E, Cock H, Hesdorffer D, et al.** A definition and classification of status epilepticus: Report of the ILAE Task Force on Classification of Status Epilepticus. Epilepsia. 2015;56(10):1515–23.
  Beniczky S, Hirsch LJ, Kaplan PW, et al. Unified EEG terminology and criteria for nonconvulsive status epilepticus. Epilepsia. 2013;54(Suppl 6):28–9.
- **Sánchez Fernández I, Abend NS, Agadi S, et al.** Time from convulsive status epilepticus onset to anticonvulsant administration in children. Neurology. 2015;84(23):2304–11.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP.UE.ASS.020**	**VERSÃO:** 1
ROL DE PERTENCE E VALORES – UPA JAÇANÃ	**VALIDADE:** 07/2027	**Pag. 1 de 6**

Elaborado por: Assessora Técnica – Renata Colamarche	Data: 07/2025	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 98E8F55E86B144F...
Verificado por: Assessor Técnico – Fabricio Lopes da Silva	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: 97794B2C355C4A3...
Verificado por: Coordenação da Qualidade – Sabrina Benetti	Data:07/2025	Visto: Assinado por: Sabrina Benetti 36842B6BE8DF4GE...
Aprovado por: Gerência Assistencial - Carla Carin Casaes	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Carla Carin Casaes FAEFGB486FB6449...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
0	Não se aplica	Elaboração do documento

1- OBJETIVO

Planejar e organizar o correto armazenamento dos pertences dos pacientes admitidos em leito de observação de emergência no serviço, visando segurança e preservação dos itens. Destina-se ainda a definir os processos para a entrega de pertences a familiares, responsáveis ou para o próprio paciente.

2 – ALCANCE

Unidade Média Complexidade: UPA Jaçanã

3 – COMPETÊNCIA

- Técnico de Enfermagem
- Enfermeiro
- Assistente Administrativo

4 – DIRETRIZES

N/A

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

A) ROL DE PERTENCES:

TÉCNICO DE ENFERMAGEM - Deverá, ao receber o paciente sem acompanhante, em leito de observação ou poltrona verificar se o mesmo está de posse de todos os seus pertences e orientá-lo de que estes serão acondicionados em uma sacola plástica, devidamente identificada com os dados do paciente (nome completo, data de nascimento, data da internação e cartão do SUS). Os itens deverão ser conferidos e anotados em impresso de rol de pertences em **02 vias** (anexo 01), na presença de um segundo colaborador, para conferência. O técnico de enfermagem deverá recolher os pertences

DS LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

deste usuário, acondicionando-os em saco plástico e fechando-o com lacre plástico sem numeração, fixando uma das vias do rol nesta embalagem.

A embalagem de pertences devidamente identificada será acondicionada pela equipe de enfermagem em armário destinado a este fim, localizado em sala de utilidades e o registro final deverá ser realizado em livro de rol de pertences, disponível na sala do faturamento.

Obs.: Caso o paciente admitido em leito de observação de emergência esteja com acompanhante os pertences deverão ser entregues a este, com relato completo em prontuário dos itens entregues, bem como o nome do responsável pelo recebimento.

B) ROL DE VALORES:

TÉCNICO DE ENFERMAGEM – Caso seja identificado, junto aos pertences do usuário itens de valor (exemplo: dinheiro, joias, relógio, óculos, próteses, aparelhos eletrônicos, documentos e etc.) estes deverão ser acondicionados no envelope de guarda de valores (anexo 02) e os itens serem descritos em seu exterior, juntamente com um profissional do setor administrativo para conferência.

Este envelope será guardado em local apropriado e seguro (cofre) e os dados deverão também ser registrados em livro de rol de valores, disponível na sala de faturamento.

C) DA ENTREGA DOS PERTENCES:

Após a admissão do usuário e guarda dos pertences, o assistente administrativo fará contato com o familiar, conforme cadastro, e este será informado que deverá retirar estes pertences com a enfermagem, e no caso de valores com o assistente administrativo na recepção. Ambos rols deverão ser retirados dentro de horário comercial de segunda a sexta-feira, das 08:00h às 17:00h, sempre informando se são pertences ou valores, afim de que o setor correspondente seja acionado.

O responsável pela retirada terá que apresentar documento de identificação com foto sendo retido cópia do documento, anexando-a em prontuário do paciente. Este responsável deverá conferir os itens contidos no rol com o que está descrito em parte externa.

No caso específico de rol de valores, este só poderá ser retirado pelo próprio paciente ou familiares de primeiro grau, mediante cópia de documento de identificação que comprove o parentesco. Em caso de retirada por amigos ou parentes (sobrinhos, tios ou outros) deverá ser providenciado uma procuração ou carta de próprio punho feita pelo paciente, com cópia de seu documento, autorizando a retirada do rol de valores pela pessoa terceira.

No momento em que o paciente receber alta deste serviço ou obtiver sua vaga em hospital de referência para onde será transferido os pertences e valores deverão ser encaminhados juntamente com este e sua baixa registrada nos livros de

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

registro pertinentes, desde que este se apresente em pleno estado de consciência e possa assinar o recebimento dos referidos rols.

Para os pacientes que não estejam conscientes ou capazes em momento de transferência para serviço hospitalar, deverão ter seus pertences entregues e arrolados à equipe de tripulação da viatura, que fará a entrega dos itens ao profissional de saúde da unidade receptora, solicitando sua assinatura em vias do rol, e em retorno a unidade, entregará o documento à enfermeira responsável do setor, para que arquive em prontuário do paciente. As informações de tramitação do rol de pertences deverão estar registradas em prontuário do paciente.

Em casos de óbito do usuário os pertences e valores serão entregues aos familiares (1º grau), mediante a apresentação de documento comprobatório do parentesco e a baixa registrada sequencialmente nos respectivos livros.

Caso haja esquecimento dos pertences, ou, após a alta / óbito / transferência não haja retorno do paciente / familiar / responsável para retirada, esse material será mantido na unidade pelo prazo de 30 dias, e após este período será descartado. Especificamente com relação à valores haverá 03 tentativas de contato telefônico e envio de telegrama antes do descarte.

6 – RESULTADO ESPERADO

- Armazenamento seguro dos pertences dos usuários;
- Evitar perdas ou extravios de valores.

7 – AÇÕES CORRETIVAS

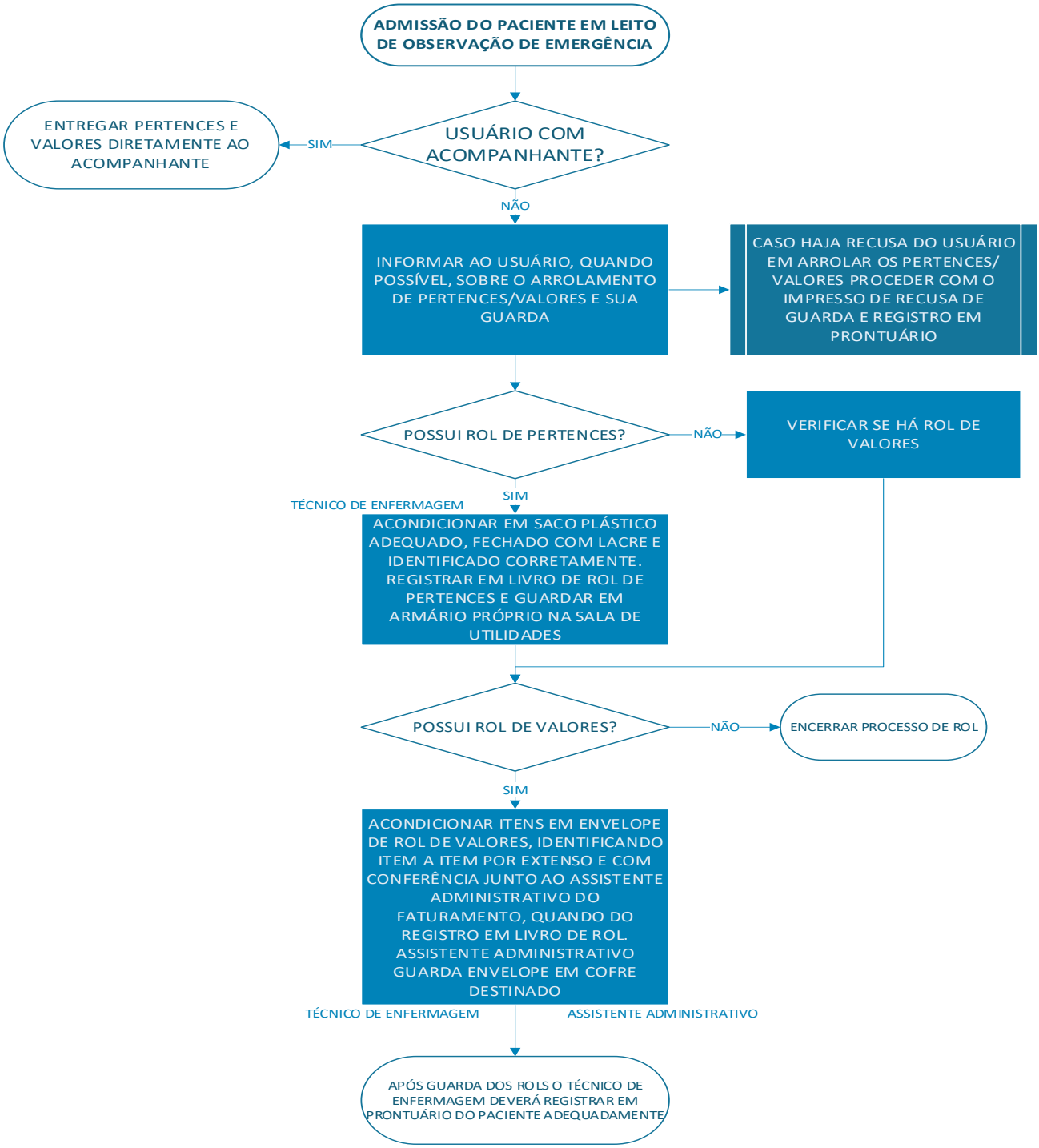
N/A

8 – FLUXOGRAMA

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP.UE.ASS.020**	**VERSÃO:** 1
ROL DE PERTENCE E VALORES – UPA JAÇANÃ	**VALIDADE:** 07/2027	**Pag. 4 de 6**



9 – ANEXO

ANEXO – 1

ROL DE PERTENCES

DS

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

ROL DE PERTENCES

NOME DO PACIENTE:
CNS:
DATA DE NASCIMENTO: _____/_____/_____
PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:
COREN-SP:
DATA: _____/_____/_____ **1ª VIA - PRONTUÁRIO**
RECEBIDO PERTENCES DO PACIENTE ACIMA DESCRITO PARA GUARDA, CONFORME LISTADO ABAIXO:

RELAÇÃO DE PERTENCES

PERTENCES RELACIONADOS, EMBALADOS E ENTREGUES AO SETOR ADMINISTRATIVO PARA GUARDA:

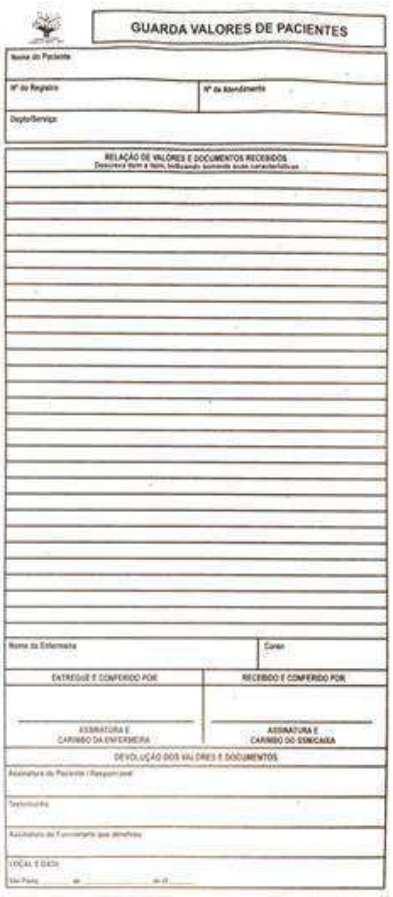
ASSINATURA ENFERMAGEM	ASSINATURA ADMINISTRATIVO

ATENÇÃO: Os pertences dos pacientes deverão ser retirados pelos responsável/familiar ou entregues ao próprio usuário no momento de sua alta/transferência. Pertences (itens de uso pessoal, roupas, chinelos e etc...) **deixados na unidade e não retirados no prazo de 30 dias** serão descartados.

ENTREGA DE PERTENCES AO USUÁRIO/FAMILIAR RESPONSÁVEL:
EU, SR. (A) DECLARO TER
RECEBIDO OS PERTENCES ACIMA PRESCRITOS: DATA: _____/_____/_____ HORÁRIO: _____:_____

ASSINATURA PACIENTE/FAMILIAR/RESPONSÁVEL

ANEXO 2 – GUARDA DE VALORES DE PACIENTES


GUARDA VALORES DE PACIENTES

Nome do Paciente
Nº do Registro
Nº de Atendimento
Depto/Serviço
RELAÇÃO DE VALORES E DOCUMENTOS RECEBIDOS
Descreva item a item, indicando quando suas características
Nome da Enfermeira
Coren
ENTREGUE E CONFERIDO POR
RECEBIDO E CONFERIDO POR
ASSINATURA E CARIMBO DA ENFERMEIRA
ASSINATURA E CARIMBO DO SEMCADA
DEVOLUÇÃO DOS VALORES E DOCUMENTOS
Assinatura do Paciente / Responsável
Telefone p/ Ctto
Assinatura do Funcionário que atendeu
LOCAL E DATA
São Paulo, ____ de _____ de 20__

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

12 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- Conselho Regional de Enfermagem – COREN-SP - CÂMARA TÉCNICA - ORIENTAÇÃO FUNDAMENTADA Nº 076/2017 - Assunto: Guarda de pertences do paciente. Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/Orienta%C3%A7%C3%A3o-Fundamentada-076.pdf

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP.UE.ASS.021**	**VERSÃO:** 1
POP DIRECIONAMENTO DE PACIENTES COM DETERIORAÇÃO CLÍNICA EM AMA UBS INTEGRADA	**VALIDADE:** 06./2027	**Pag. 1 de 6**

Elaborado por: Assessora Técnica – Renata Colamarche	Data: 15/06/2023	
Verificado por: Assessor Técnico – Fabricio Lopes da Silva	Data: 06/2025	Visto: Assinado por: 97794B2C355C4A3...
Verificado por: Coordenação da Qualidade – Sabrina Benetti	Data: 06/2025	Visto: Assinado por: Sabrina Benetti 3842B08E08F4CE...
Aprovado por: Gerência Assistencial - Carla Carin Casaes	Data: 06/2025	Visto: Assinado por: Carla Carin Casaes FAEFCD486FD8449...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
0	15/06/2023	Elaboração do procedimento
1	01/06/2025	1º Revisão: Atualização de padrão documental e revisão de conteúdo descrito. Revisado por Renata Colamarche: _____

1- OBJETIVO

Descrever a rotina para situações em que usuários dos serviços da Unidade Básica de Saúde (UBS) apresentam deterioração clínica e necessitam de continuidade de sua assistência no serviço de urgência e emergência integrado, seguindo para a AMA.

2 - ALCANCE

Unidades de Atendimento Médico Ambulatorial integradas a Unidades Básicas de Saúde.

3 – RESPONSABILIDADE

Enfermeiro, Médico, Técnico de enfermagem, Assistente Administrativo e Assistente Social.

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

Como se sabe as Unidades Básicas de Saúde são a principal porta de acesso à Atenção Primária a Saúde (APS) e consequentemente ao Sistema Único de Saúde (SUS) e por este motivo, diferentes públicos dão entrada, buscando serviços diversos que podem ser oferecidos e referenciados pela unidade.

De acordo com essa demanda espontânea se torna necessário que a equipe multiprofissional tenha um olhar atento e qualificado sobre o estado geral de saúde destes usuários, afim de identificar precocemente casos que possam ser de maior complexidade.

DS LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

É necessário que haja a correta capacitação dos profissionais não assistenciais para que consigam identificar alterações do estado geral dos usuários e que adotem a comunicação eficaz com as equipes assistenciais para que estas avaliem o quadro e prossigam de acordo com as necessidades de cada caso específico.

Além da identificação precoce de alterações de estado geral é necessário que se estabeleça um fluxo para o atendimento de intercorrências clínicas e seu correto direcionamento ao serviço de urgência e emergência, caso seja necessário.

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

Quando os pacientes dão entrada no serviço de saúde todos deverão ser direcionados ao Totem para retirada de senha, onde contamos com a presença dos controladores de acesso, e neste primeiro contato o usuário irá informar o motivo pelo qual este veio até a UBS. Neste primeiro contato, caso o paciente relate queixas agudas, os controladores de acesso deverão acionar de imediato a equipe de enfermagem do serviço.

Como exemplos destes quadros agudos podemos citar: Falta de ar, dor no peito, dor abdominal, sangramentos em geral, dormência de mãos/braços, tontura, quedas em geral e etc...

Além disso, caso o usuário não apresente relato de queixa aguda, porém seja observado que apresenta alterações de seu estado geral enquanto aguarda, também deverá haver a comunicação para a equipe de enfermagem do serviço, esta comunicação deverá ser realizada por qualquer profissional do serviço que identifique o quadro anormal. Como exemplo de quadros a serem observados podemos citar suor excessivo, dificuldade para caminhar, palidez, apatia, falta de resposta a comandos verbais e etc.

A equipe de enfermagem (técnico de enfermagem ou enfermeiro) ao serem acionados pelo controlador de acesso ou demais membros da equipe, deverão obter as informações sobre aquele usuário e direcioná-lo para o acolhimento para que seja avaliado e tenha seus sinais vitais (SSVV) aferidos, independente do motivo pelo qual este está procurando a unidade de saúde.

Ao realizar o acolhimento dos usuários direcionados pelo controlador de acesso e também dos demais que chegam através do acesso avançado o enfermeiro deverá realizar uma breve entrevista afim de compreender o quadro clínico apresentado e, em identificando alterações de SSVV e/ou queixas potencialmente agudas e graves deverá solicitar a avaliação do médico do serviço.

É fundamental que este usuário quando identificado seja acomodado de forma confortável e privada em ambiente adequado (ex: sala de procedimentos) para que se proceda a avaliação médica, e em confirmação da necessidade de atendimento em unidade especializada (urgência e emergência) o enfermeiro responsável deverá solicitar a outro profissional (técnico de enfermagem ou assistente administrativo) para que prossiga até a AMA integrada e comunique que haverá a necessidade de remoção de um paciente para continuidade do atendimento. É importante que um profissional de saúde permaneça com o usuário durante todo este processo.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

O médico da UBS sequencialmente deverá passar o caso para o médico da AMA afim de definir se o paciente prosseguirá para atendimento em consultório ou se necessitará de atendimento em sala de emergência. Na AMA esse paciente terá seu acolhimento com classificação de risco (ACCR), realizado pelo enfermeiro de forma preferencial, bem como abertura da ficha de atendimento (FA).

Após definição da necessidade de atendimento o paciente deverá ser transportado até a AMA, sendo que, caso esteja consciente e capaz de permanecer sentado deverá ser acomodado em cadeira
de rodas a ser conduzida por profissional da saúde da UBS até a AMA integrada, sendo deixado sob a responsabilidade de profissional de saúde também na unidade de destino, onde o atendimento prosseguirá.

Nos casos de pacientes de maior gravidade, que após passagem de caso médico a médico seja definida a necessidade de atendimento em sala de emergência, este deverá ser transportado pela equipe de saúde em maca de transporte, ou onde não for possível, em prancha rígida (anexo 02) com cintos de fixação. Nos transportes em prancha é fundamental que sejam envolvidos o maior número de profissionais possível (sendo o ideal 06 colaboradores, 03 de cada lado), afim de garantir um transporte seguro.

É importante citarmos que em casos críticos onde o usuário apresenta quadro súbito e inesperado (crise convulsiva, desmaio, parada respiratória e/ou cardíaca) este deverá ser atendido imediatamente, no local onde se encontra e o médico também acionado de imediato. À equipe administrativa, nestes casos, caberá a comunicação do evento à equipe da AMA e orientação dos demais usuários para manter a área livre e se possível garantir alguma privacidade, com uso de biombos por exemplo.

Nestes atendimentos de quadros súbitos a equipe de enfermagem e o médico deverão garantir a segurança deste paciente, evitando possíveis agravos ao quadro e organizar o local para o transporte até a AMA o mais rapidamente possível. Este transporte deverá ocorrer de acordo com a necessidade de cada serviço (maca ou prancha rígida) sendo sempre acompanhada pelo médico da UBS até a admissão deste paciente na sala de emergência da AMA.

Em todos os casos de necessidade de continuidade de atendimento ao paciente em serviço de urgência e emergência, o serviço social da UBS deverá ser comunicado para que possa garantir a apresentação do prontuário do usuário, facilitando a obtenção de seu histórico e ainda prosseguir com a comunicação à familiares/responsáveis caso o paciente esteja desacompanhado.

6– RESULTADO ESPERADO

Efetividade na identificação, atendimento e transferência de pacientes em deterioração clínica durante atendimento em UBS para a AMA integrada.

Organização do fluxo de direcionamento de pacientes em quadros agudos que necessitem de continuidade do atendimento em AMA.

7– AÇÕES CORRETIVAS

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

8 – RISCOS ENVOLVIDOS

Atraso ou não identificação de pacientes em deterioração clínica durante atendimento na UBS.

Comunicação ineficaz entre as equipes, impactando no atendimento necessário ao paciente em quadro crítico.

9 – DOCUMENTOS RELACIONADOS

N/A

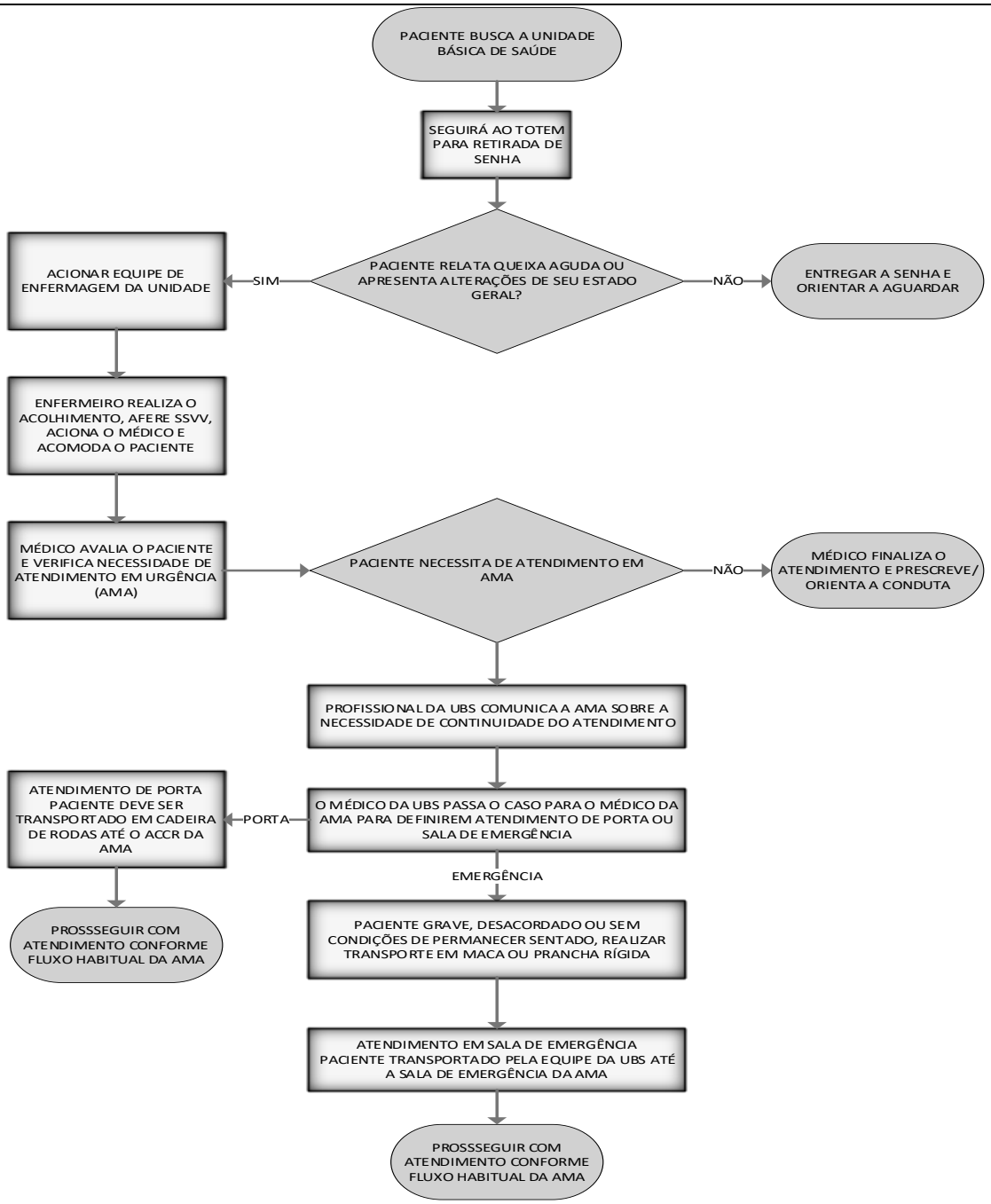
10 - INDICADORES

N/A

11- ANEXOS

1- FLUXO DE ATENDIMENTO DE PACIENTES COM DETERIORAÇÃO CLÍNICA NA UBS

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72



2 – PRANCHA RÍGIDA COM CINTAS DE FIXAÇÃO

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72



12- REFERÊNCIAS

N/A

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.UE.ASS.022	VERSÃO: 1
FAST TRACK	VALIDADE: 07/2027	Página **1** de **5**

Elaborado por: Coordenadora Assistencial – Paula A. S. F. Martins	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Paula Andrea Shinzato Ferreira M... 804CAF24E4274A4...
Verificado por: Assessora Técnica - Renata Colamarche	Data: 07/2025	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 90E0F55E05D144F...
Verificado por: Coordenador Médico – José Pablo Rojas Soliz	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Jose Pablo 8CFB1F4A858F481...
Verificado por: Coordenação da Qualidade – Sabrina Benetti	Data:07/2025	Visto: Assinado por: Sabrina Benetti 3684ZB6BE0BF4CE...
Aprovado por: Gerência Assistencial - Carla Carin Casaes	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Carla Carin Casaes FAEFCD486FD6449...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
0	Não se aplica	Emissão do documento

1- OBJETIVO

Reduzir o tempo de espera para atendimento médico dos pacientes classificados como verde e azul, conforme Protocolo Manchester.
Reduzir o tempo de espera para medicação após atendimento médico na unidade.

2 – ALCANCE

Pacientes portadores de patologias dita de baixa complexidade, triados pelo Protocolo Manchester como azul ou verde, com condições clínicas como:

- Odinofagia, disfagia, conjuntivites, dores articulares crônicas sem trauma, dor lombar crônica sem trauma, dor miccional, rinorreia, tosse, fraqueza e prostração, diarreia/vômitos leves, enxaqueca, resultados de exames, acidentes leves com animais.

São Critérios de exclusão: Crianças, idosos, pacientes com mais de uma queixa simultânea, gestantes, multi comorbidades e pacientes com mais de duas passagens nos últimos 30 dias.

3 – COMPETÊNCIA

ENFERMEIROS

- Direcionar os pacientes elegíveis para os ambientes de atendimento, sinalizados com FILIPETA DO FAST TRACK (anexo 01), direcionando à recepção após a classificação de risco;

RECEPÇÃO

- Abrir a ficha de atendimento com sinalização “FT” na filipeta, alertando o paciente para aguardar na recepção o

DS LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

chamado pelo painel para o consultório 06.

- Encaminhar a FA para a "especialidade" FT, criada no sistema dos chamadores.

MÉDICOS

- Examinar, diagnosticar, prescrever e conduzir os casos.
- Realizar a contra referência para unidades básicas de saúde, se indicado.

FARMACÊUTICO

- O farmacêutico do plantão, deve ao menos uma vez a cada 24 horas visitar a sala de fast track a fim de avaliar se há necessidade de reposição de medicação no estoque local da sala.

Observações:

- Na contingência manual – sem nenhum sistema – imprimir ficha do SIGA e emitir lista com os pacientes FT para entregar ao Médico do consultório 06.
- Na contingência manual por demanda, imprimir as FAs direcionadas ao FT e entregar no consultório 06.

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

Siglas:

FT - *Fast Track* – "passagem rápida", tem como intuito reduzir o tempo de espera para o atendimento médico.
FA – Ficha de atendimento
CR – Classificação de risco.
VO – Via oral
IM – Via intramuscular

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

A Sala 06 será o local designado para esta atividade;

Os médicos eleitos para o *Fast Track* serão os mais experientes em atendimento de porta em urgência e emergência, no momento;

- O médico chamará para a consulta a ficha sinalizada pela Classificação de Risco que se encaixe nos critérios definidos acima – conforme filipeta entregue pelo enfermeiro na ocasião da classificação de risco;
- Após o atendimento, o médico deverá prescrever preferencialmente as medicações padronizadas no fast track, conforme tabela em anexo, a ser administrada pelo técnico de enfermagem alocado na mesma sala 06.
- O técnico de enfermagem do Fast Track por sua vez, realiza conferência de identificação do paciente, conforme meta de segurança 01, e prepara as medicações já prescritas pelo médico, administrando-as conforme meta de segurança 03; uma vez o paciente atendido e medicado, o mesmo está pronto para deixar a sala 06, para seu domicílio munido de receituário e encaminhamento à UBS, conforme necessidade.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

- Na eventualidade de situação de maior complexidade, o paciente deverá ser conduzido conforme o caso, porém a reavaliação será feita por outro plantonista ou em sala de emergência.

Obs.: registros médicos e de enfermagem serão feitos conforme rotina do serviço.

6 – RESULTADO ESPERADO

Redução dos tempos de espera para consulta e medicação.

Redução da movimentação dos pacientes pela unidade.

7 – AÇÕES CORRETIVAS

Em caso de paciente admitido com necessidade de investigação diagnóstica ou dor não passível de tratamento com medicação intramuscular ou via oral, a situação deve ser conduzida inicialmente com completude da consulta pelo médico do FAST TRACK, solicitando exames laboratoriais, radiografia ou outros que considere relevante para condução do caso. Este paciente, não deve ser novamente conduzido a fila para novo atendimento, mas sim, direcionado pelo técnico de enfermagem à sala de medicação.

Após medicação e condução clínica adequada, outro médico da porta deve ser acionado pela equipe de enfermagem para reavaliar o paciente a fim de realizar a conclusão do diagnóstico e condução clínica do caso citado.

8 – RISCOS DO PROCESSO

Encaminhamento de pacientes não elegíveis para o modelo *fast track.*

Aumento do tempo de espera das fichas com classificação de risco amarela

9 – INDICADORES

Número de pacientes atendidos pelo fast track

Número de medicações realizadas no fast track

Número de medicações IM realizadas no fast track

Número de medicações VO realizadas no fast track

Tempo total de jornada do paciente após retirada de triagem

Tempo para atendimento inicial na fila exclusiva de fast track

Indice de retorno pós atendimento em modelo FAST TRACK em até 30 dias corridos

10 – ANEXOS

ANEXO 1 – FILIPETA FAST TRACK

PSM SANTANA DR LAURO RIBAS BRAGA	PSM SANTANA DR LAURO RIBAS BRAGA
FAST TRACK	FAST TRACK

ANEXO 2 - LISTA DE MEDICAMENTOS ELEGÍVEIS

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

ITENS DISPONIBILIZADOS PARA A SALA FAST TRACK

PSM SANTANA | **DATA:**

MEDICAMENTOS - AMPOLAS	CÓD.	QTDE.	REPOSIÇÃO
ÁGUA DESTILADA 10 ML	215	10	
ÁLCOOL 70% 100 ML	84	2	
BENZILPENICILINA BENZATINA 1.200.000 U	125	15	
BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA 20MG 1ML	131	20	
BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA 4 MG/ML + DIPIRONA 500MG/ML-5ML AMP	284	20	
CETOPROFENO 100MG IM	853	30	
DEXAMETASONA 10MG 2,5ML INJETAVEL	149	20	
DICLOFENACO DE SODIO 75MG 3ML INJETAVEL	153	20	
DIPIRONA SODICA 500MG/ML - 2 ML	347	30	
HIDROCORTISONA SUCCINATO SODICO 100MG INJETAVEL	181	5	
HIDROCORTISONA SUCCINATO SODICO 500MG INJETAVEL	182	5	
METOCLOPRAMIDA 5MG/ML 2ML INJETAVEL	200	10	
ONDANSETRONA 2MG/ML SOL INJ 4ML	250	10	
MEDICAMENTOS - COMPRIMIDOS	**CÓD.**	**QTDE.**	**REPOSIÇÃO**
DIPIRONA 500MG CP	216	20	
METOCLOPRAMIDA 10MG CP	199	20	
PARACETAMOL 750MG CP	240	20	
MATERIAIS MÉDICOS HOSPITALARES	**CÓD.**	**QTDE.**	**REPOSIÇÃO**
AGULHA HIPODERMICA 30 X 7 MM DESCARTAVEL	509	100	
AGULHA HIPODERMICA 40 X 12 MM DESCARTAVEL	511	100	
ALGODÃO BOLA	530	1	
COLETOR P/ARTIGOS PERFURO CORTANTES 13 LT	581	1	
COPO DESCARTÁVEL 180 ML	424	100	
COPO DESCARTÁVEL 50 ML	425	100	
FITA ADESIVA HIPOALERGENICA 50MMX10MTS MICROPORE C/CAPA	659	1	
LUVA PROCEDIMENTO S/LATEX S/ PO NAO ESTERIL MEDIA	687	100	
LUVA PROCEDIMENTO S/LATEX S/ PO NAO ESTERIL PEQUENA	688	100	
SERINGA 03 ML DESCARTAVEL S/ AGULHA (LUER LOCK) C/ DISPOSITIVO DE SEGURANÇA	854	30	
SERINGA 05 ML DESCARTAVEL S/ AGULHA (LUER LOCK) C/ DISPOSITIVO DE SEGURANÇA	718	30	

12 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

1 – Chaves, S. M. A; FAST TRACK NAS UPA - ANÁLISE DAS OPORTUNIDADES E DAS MELHORIAS CONTÍNUAS - Universidade Federal Fluminense, Niterói 2021. Disponível em: https://app.uff.br/riuff/bitstream/handle/1/28709/Tese-SandradoAmaral.pdf?sequence=1&isAllowed=y
Acesso em: 10/02/2024.

1. Lindner G, Woitok BK. Emergency department overcrowding : Analysis and strategies to manage an international phenomenon. Wien Klin Wochenschr. 2021 Mar;133(5-6):229-233. doi: 10.1007/s00508-019-01596-7. Epub 2020 Jan 13. PMID: 31932966.

Fazzalari A, Srinivas S, Panjwani S, Pozzi N, Friedrich A, Sheoran R, Sabato J, Durocher D, Reznek M, Aiello F, Litwin D, Cahan MA. A Fast-Track Pathway for Emergency General Surgery at an Academic Medical Center. J Surg Res. 2021 Nov;267:1-8. doi: 10.1016/j.jss.2021.04.012. Epub 2021 Jun 8. PMID: 34116389.

2. De Freitas L, Goodacre S, O'Hara R, Thokala P, Hariharan S. Interventions to improve patient flow in emergency departments: an umbrella review. Emerg Med J. 2018 Oct;35(10):626-637. doi: 10.1136/emermed-2017-207263. Epub 2018 Aug 9. PMID: 30093379.

3. Gasperini B, Pierri F, Espinosa E, Fazi A, Maracchini G, Cherubini A. Is the fast-track process efficient and safe for older adults admitted to the emergency department? BMC Geriatr. 2020 Apr 28;20(1):154. doi: 10.1186/s12877-020-01536-5. PMID: 32345234; PMCID: PMC7189513.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.UE.ASS.023	VERSÃO: 01
MANEJO DO DÉFICIT NEUROLÓGICO AGUDO	VALIDADE: 07/2027	Pag. 1 de 10

Elaborado por: Diretor Técnico – André Ramos Neto	Data: 11/2024	
Verificado por: Assessora Técnica – Renata Colamarche	Data: 07/2025	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 90E0F55E05D144F...
Verificado por: Coordenação da Qualidade – Sabrina Benetti	Data:07/2025	Visto: Assinado por: Sabrina Benetti 3884286BE0BF4CE...
Aprovado por: Gerência Assistencial - Carla Carin Casaes	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Carla Carin Casaes FAEFCD486FD6449...

REV.	DATA	DESCRIÇÃO DA REVISÃO / DATA / RESPONSÁVEL
0	01/11/2024	Elaboração do protocolo
1	07/2025	Revisão do protocolo

1- OBJETIVO

Implantação de um programa institucional multiprofissional e interdisciplinar para a avaliação e tratamento dos pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI) visando promover atendimento ágil, com segurança e eficácia, baseado nas melhores evidências disponíveis na literatura médica periodicamente atualizada

Os objetivos específicos deste protocolo incluem:

• A rápida identificação dos sinais de alerta para um AVC,
• O pronto desencadeamento do processo de investigação diagnóstica,
• O rápido início das medidas terapêuticas de fase aguda (gerais e específicas).

2 – ALCANCE

Unidades de urgência e emergência.

3 – COMPETÊNCIA

- Médicos,
- Enfermeiros e,
- Técnicos de enfermagem.

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

O acidente vascular cerebral (AVC) é uma das maiores causas de morte e incapacidade funcional no mundo. Em algumas regiões do Brasil ainda figura como a principal causa de morte. Caracteriza-se por um déficit neurológico, geralmente focal, de instalação súbita e rápida evolução, decorrente do dano localizado em alguma região cerebral, o qual pode ser de natureza isquêmica (AVCI) ou hemorrágica (AVCH). No caso do AVCI, o dano é causado pela redução da oferta tissular de oxigênio e do suprimento energético decorrentes do

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

comprometimento do fluxo sanguíneo (isquemia) para aquela respectiva região. O AVCI pode ser classificado com base no mecanismo determinante do fenômeno isquêmico. Os mecanismos mais comuns de AVCI são a oclusão de grandes vasos, a embolia de origem cardíaca e a oclusão de pequenas artérias. Caso o fenômeno isquêmico cerebral seja de menor duração, com reversão completa dos sintomas e duração menor que uma hora, é denominado de ataque isquêmico transitório (AIT). As melhores evidências clínicas disponíveis no momento demonstram que o atendimento adequado, rápido, bem estruturado e multiprofissional aos pacientes com AVCI reduz a mortalidade e a morbidade dos mesmos.

As presentes diretrizes clínico-assistenciais se prestam a auxiliar os serviços no manejo do paciente com Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquêmico agudo e servir como referência de conduta clínica e são baseadas nas diretrizes publicadas pelo Ministério da Saúde, nas diretrizes da Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares, nas diretrizes da American Stroke Association e nas diretrizes da European Stroke Organization Como toda linha, trata-se de referências de conduta que devem, em todas as circunstâncias, ser avaliadas no contexto clínico individualizado de cada paciente.

Os pacientes com AVC devem ser triados com a mesma prioridade que são os pacientes com infarto agudo do miocárdio (IAM), sepse ou politraumatismo. Como a janela terapêutica é estreita, independentemente de se fazer trombólise, deve haver objetividade nas avaliações e exames iniciais.

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

A identificação do paciente com suspeita de acidente vascular cerebral (AVC) será inicialmente realizada no acolhimento com classificação de risco (ACCR), realizado pelo enfermeiro, que na identificação de caso condizente deverá seguir o fluxo de direcionamento para atendimento imediato deste usuário.

A aplicação das medidas contidas neste protocolo se inicia a partir da identificação de um paciente com sinais de alerta para a suspeita de AVC. Estes incluem quaisquer déficits neurológicos **de início súbito, especialmente os localizados.**

A lista abaixo contém alguns destes déficits, e entre os principais destacamos:

- Dificuldade repentina para falar ou compreender;
- Fraqueza muscular súbita ou alteração sensitiva súbita unilaterais;

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

• Perda visual súbita, especialmente se unilateral;

• Perda súbita do equilíbrio ou incoordenação motora repentina

O protocolo de Manchester de Classificação de Risco pode auxiliar na suspeita de AVC, especialmente na presença de um dos seguintes itens:

• Alteração de comportamento (Discriminador: Déficit neurológico agudo ou déficit neurológico novo);

• Mal-estar em adultos (Discriminador: Déficit neurológico agudo ou déficit neurológico novo);

• Quedas (Discriminador: Déficit neurológico agudo, déficit neurológico novo ou alteração do nível de consciência)

Ao ser classificado no serviço de urgência como paciente com ALTA PROBABILIDADE DE AVC a classificação de prioridade no atendimento pelo protocolo Manchester sempre deve ser VERMELHA ou LARANJA, e o paciente deve ser imediatamente acomodado na sala de emergência no prazo máximo de 10 minutos a contar do momento de sua identificação. Seguem abaixo as ações de enfermagem a serem prontamente realizadas:

• Direcionar de imediato o paciente para o setor de emergência;

• Realizar glicemia capilar;

• Acionar CÓDIGO AVC** (alta probabilidade de AVC com evolução dos sintomas <24hs*);

• Realizar monitoramento cardiovascular não invasivo;

• Realizar controles, cuidados gerais (CCG) e sinais vitais (P, PA, T, FR);

• Manter decúbito a 0º e caso haja vômitos elevar a 30º;

• Manter jejum VO;

• Instalar oxigênio 2L/min se SatO2 <92 - 94%;

• Puncionar 02 acessos venosos calibrosos, evitando o membro afetado;

MSD Calibre 18 (manter salinizado) e,

MSE Calibre 20 ou 18, com Soro Fisiológico 500ml para manter acesso.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

**: Para pacientes que acordam com o déficit (wake up stroke), deve-se considerar como horário do início dos sintomas, o último momento em que o paciente esteve assintomático antes de dormir.*

***:O CÓDIGO AVC envolve a comunicação simultânea e integrada de diversos profissionais e setores da unidade, envolvidos no atendimento inicial dos pacientes com suspeita de AVC agudo, incluindo equipes médicas responsáveis pelo primeiro atendimento, enfermagem, laboratório de análises clínicas e núcleo interno de regulação.*

OBSERVAÇÕES

Em paciente com menos de 4,5 horas de evento, o tempo torna-se crucial para resolução do caso, logo, ao identificar pacientes com déficit neurológico agudo abaixo do tempo citado, o enfermeiro deve-se encaminhar o paciente imediatamente a emergência, em cadeira de rodas ou maca, sendo classificado como vermelho ou laranja, o médico emergencista deve fazer avaliação inicial, descrevendo o NIHSS do paciente, antes da própria confecção do prontuário deve ser inserido no sistema SIRESP, sendo o médico o informante à equipe de enfermagem e NIR sobre a necessidade de transferência imediata para o hospital referência Este mesmo médico deve fazer contato ao hospital referência para comunicação do paciente com possibilidade de trombólise e realizar o transporte do paciente em ambulância tripulada com médico, quando houver a cessão da vaga através da plataforma SIRESP e, por fim, passagem de caso no hospital referência.

Em paralelo, o auxiliar administrativo do NIR, destaca a ambulância que se encontra a disposição, ou aciona a ambulância mais próxima do território para realizar a transferência com maior brevidade possível.

Em pacientes com tempo de evolução dos sintomas acima de 4,5 horas, instalar apenas um acesso venoso (no membro superior não parético) para fins de hidratação, realizar a internação solicitando leito e tomografia no sistema SIRESP, introduzir apenas estatina padronizada no serviço e seguir com os cuidados gerais, idealmente mantendo paciente em jejum.

Dados importantes que a história deve conter (a serem obtidos concomitantemente às medidas iniciais de atendimento):

a) horário preciso do início dos sintomas (ou último horário em que foi visto normal)

b) tipo dos sintomas

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

c) condição do paciente

d) evolução dos sintomas

Antecedentes pessoais que devem ser ativamente investigados:

a) Medicações em uso: anticoagulantes, antiagregantes plaquetários, anticoncepcional, vasoconstritores e hipoglicemiantes

b) Hábitos: tabagismo, etilismo e uso de drogas

c) Eventos recentes: AIT, AVC, IAM, trauma, cirurgias, sangramentos, crise convulsiva, gravidez e puerpério

d) Comorbidades: hipertensão arterial, diabetes mellitus, arritmias cardíacas, miocardiopatias, dislipidemia, insuficiência renal e trombofilias.

O exame neurológico inicial deve ser realizado pelo médico plantonista da emergência, utilizando a Escala de AVC do NIH (NIHSS) e a escala de coma de Glasgow.

Déficits não contemplados por estas escalas devem ser anotados no prontuário, como alteração pupilar, disfagia, nistagmo, déficits de pares cranianos, outras alterações cognitivas e comportamentais, sinais de rigidez de nuca, e outros.

Devem ser solicitados também os exames laboratoriais protocolares (hemograma completo, plaquetas, tempo de protrombina, tempo de tromboplastina parcial ativado, sódio potássio, ureia e creatinina). A glicemia capilar é o único resultado laboratorial obrigatório nos pacientes em CÓDIGO AVC, a obrigatoriedade do resultado de outros exames laboratoriais antes do tratamento trombolítico intravenoso deve ser considerada apenas em casos selecionados.

MEDIDAS TERAPÊUTICAS GERAIS

As medidas terapêuticas gerais visam favorecer a viabilidade do tecido cerebral, através da adequação e estabilização de certos parâmetros fisiológicos. Alguns desses parâmetros podem sofrer variação, particularmente na fase aguda do AVC requerendo, por essa razão, monitoramento.

Embora as medidas terapêuticas gerais tenham forte grau de recomendação e sejam intuitivamente benéficas, na sua maioria apresentam baixo nível de evidência. Posterior adequação das medidas terapêuticas gerais pode ser necessária a partir da definição diagnóstica e terapêutica específica após o resultado do exame protocolar de neuroimagem.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

Um exemplo disso inclui o controle da pressão arterial, o qual pode ter diferente recomendação nos casos de AVCI com indicação de tratamento trombolítico intravenoso quando comparados com aqueles sem essa indicação.

Medidas objetivando redução de danos devem ser implementadas, tais como:

- Realizar MONITORAMENTO MULTIPARAMÉTRICO (PA, FC, FR, Saturação e etc.) contínuo pelo menos durante as primeiras 24 horas de evolução do AVCI;
- Manter o paciente em DECÚBITO 0º GRAUS e ELEVADA A 30º GRAUS em caso de náuseas e vômitos (decisão individual quanto ao melhor decúbito deve ser analisada posteriormente);
- Manter a SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO >92 - 94% da maneira menos invasiva possível (cateter nasal, máscara, CPAP ou BIPAP);
- Observar cuidados de PROTEÇÃO DE VIAS AÉREAS. Em pacientes com rebaixamento do nível de consciência ou disfunção bulbar que traga risco de broncoaspiração considerar intubação orotraqueal (IOT);
- Manter a TEMPERATURA CORPÓREA <37,5°C com medicamentos antipiréticos, como a dipirona ou o paracetamol e, nos casos refratários, cobertores térmicos;
- Manter o paciente em JEJUM até que o diagnóstico seja definido e a situação neurológica estabilizada. A alimentação oral deverá ser liberada após uma AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE DEGLUTIÇÃO (screening de disfagia);
- Realizar MONITORAMENTO FREQUENTE DA GLICEMIA CAPILAR, inicialmente de hora em hora, mantendo-o entre 140-180 mg/dl, EVITANDO HIPERGLICEMIA E HIPOGLICEMIA. Não está definida qual a melhor via e forma de administração, se subcutânea ou intravenosa, mas a via subcutânea é geralmente eficiente, mais simples e com menor risco de hipoglicemia; tratar hipoglicemia (glicemia <60 mg / dL) através da infusão intravenosa de 40 ml de solução glicosada a 50%;
- CORRIGIR HIPOTENSÃO E HIPOVOLEMIA para manter os níveis sistêmicos de perfusão necessários para suportar a função orgânica, CORRIGIR HIPOTENSÃO E HIPOVOLEMIA para manter os níveis sistêmicos de perfusão necessários para suportar a função orgânica, Monitorização Pressão arterial: medição a cada 15 min por 1 hora, a cada 30 min por mais 6 horas e a cada 1 hora por 24 horas.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

• NIHSS: a cada 30 min nas primeiras 6 horas, e depois a cada 1 hora até completar 24 horas. Aumento de 4 pontos pode indicar sangramento.

6 – RESULTADO ESPERADO

- Avaliação médica em até 10 minutos.
- Inserção da solicitação de vaga no sistema SIRESP em até 30 minutos da classificação inicial.
- Transferência em até 01 hora após vaga cedida.

7 – AÇÕES CORRETIVAS

Educação continuada capacitando todas as equipes envolvidas neste protocolo de atendimento.
Uma vez aventado a hipótese de AVC, esta só será descartada após tomografia computadorizada (TC) de crânio, bem como a alta do paciente.

8 – RISCOS DO PROCESSO

Falha na identificação dos casos suspeito na classificação de risco;
Falha na identificação dos casos pela equipe médica;
Não inserção do caso na plataforma de regulação de vagas (SIRESP);
Ausência de ambulância a disposição para transferência;
Insucesso no contato telefônico ao hospital referência.

9 – INDICADORES

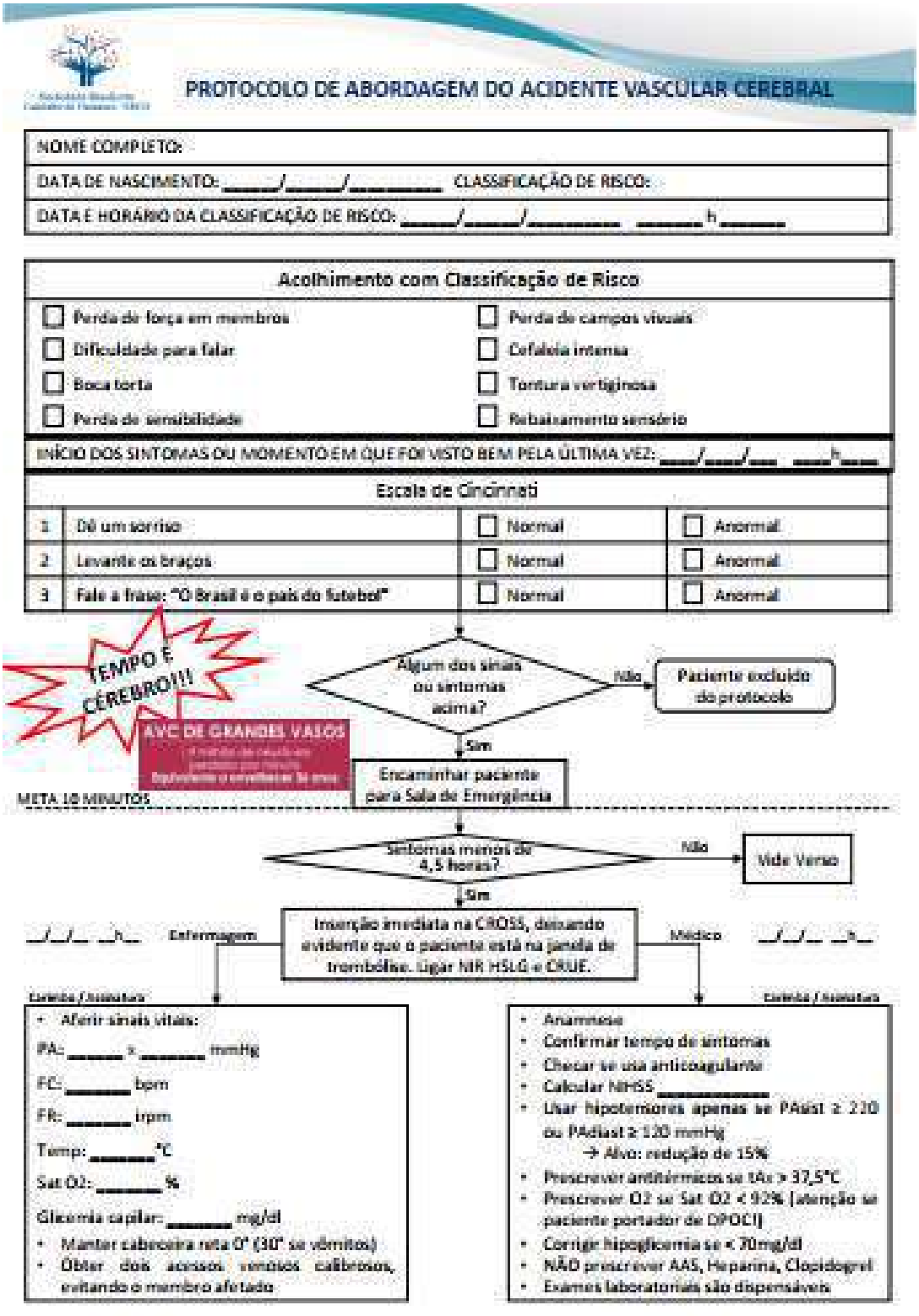
TEMPOS MÁXIMOS RECOMENDADOS NO CÓDIGO AVC

- Porta (senha) à avaliação médica inicial – 10 minutos - 80% dos casos atendidos em até 10 minutos
- 100% dos casos inseridos no sistema SIRESP em até 30 minutos
- 100% dos casos transferidos em até 01 hora

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

10 – ANEXOS

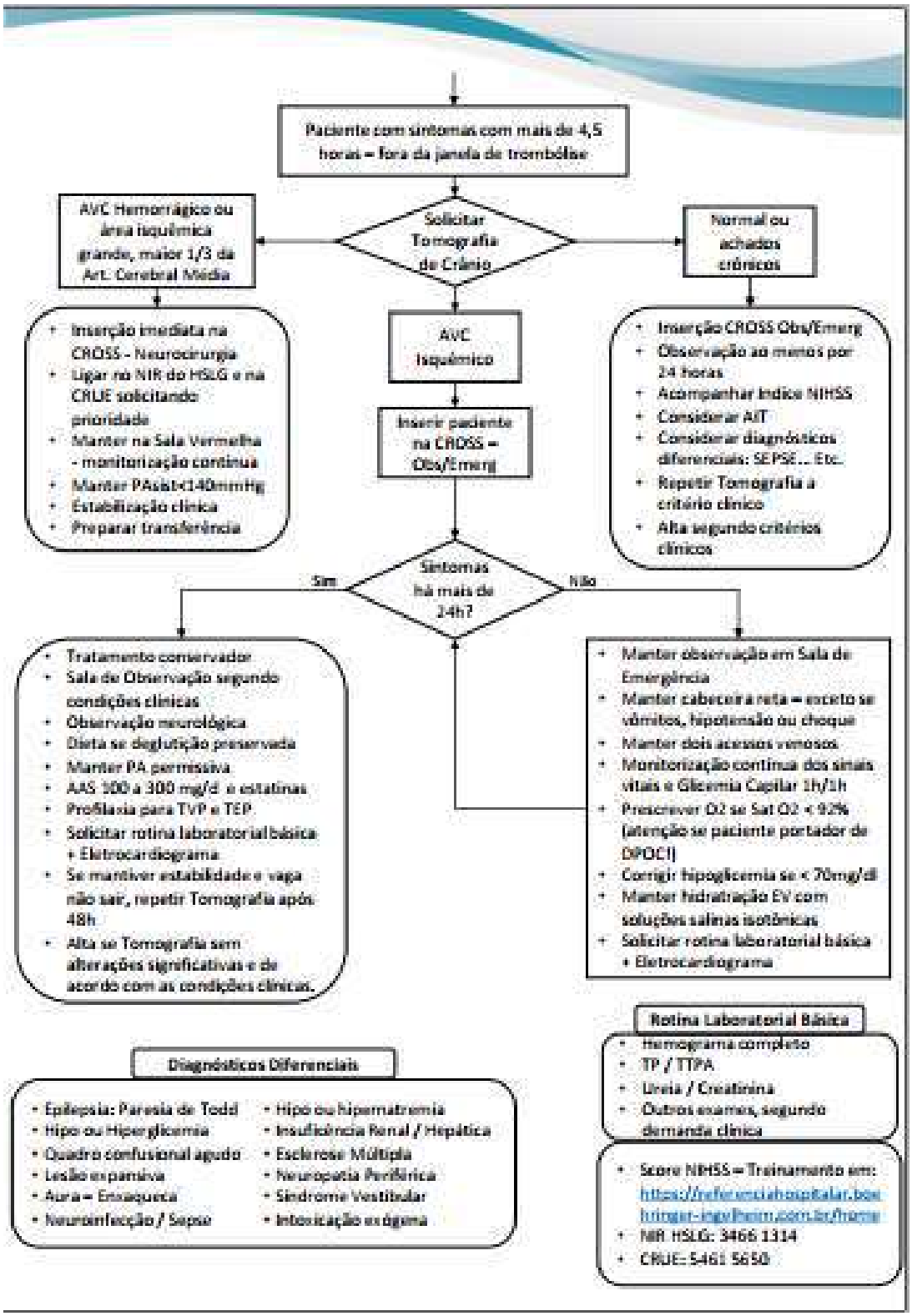


DS
LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.UE.ASS.023	VERSÃO: 01
MANEJO DO DÉFICIT NEUROLÓGICO AGUDO	VALIDADE: 07/2027	Pag. 9 de 10



DS
LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

11 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, et al. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke. Vol. 50, Stroke. United States; 2019. p. e344–418.

2. Saúde OM de. The Atlas of Heart Disease and Stroke. 2019; Available from: www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/

3. Naghavi M, Abajobir AA, Abbafati C, Abbas KM, Abd-Allah F, Abera SF, et al. Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet [Internet]. 2017 Sep 16;390(10100):1151–210. Available from: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32152-9

4. Estratégia. M da SS de A à SD de AP. Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral. Brasília; 2013.

5. Martí-Carvajal AJ, Valli C, Martí-Amarista CE, Solà I, Martí-Fàbregas J, Bonfill Cosp X. Citicoline for treating people with acute ischemic stroke. Cochrane database Syst Rev. 2020 Aug;8(8):CD013066.

6. Cassella CR, Jagoda A. Ischemic Stroke: Advances in Diagnosis and Management. Emerg Med Clin North Am. 2017 Nov;35(4):911–30.

7. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 664, DE 12 DE ABRIL DE 2012. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Trombólise no Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo. Brasília: Diário Oficial da União; 2012.

8. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº. 665, DE 12 DE ABRIL DE 2012. Dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC. Brasília: Diário Oficial da União; 2012

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.UE.ASS.024	VERSÃO: 01
MANEJO DO DÉFICIT NEUROLÓGICO AGUDO (PICOS)	VALIDADE: 07/2027	Pag. 1 de 10

Elaborado por: Diretor Técnico – André Ramos Neto	Data: 05/11/2024	
Verificado por: Assessora Técnica - Renata Colamarche	Data: 07/2025	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 90E0F55E05D144F...
Verificado por: Coordenador Médico – José Pablo Rojas Soliz	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Jose Pablo 8CFB1F44858F481...
Verificado por: Coordenação da Qualidade – Sabrina Benetti	Data:07/2025	Visto: Assinado por: Sabrina Benetti 36842B6BE9BF4GE...
Aprovado por: Gerência Assistencial - Carla Carin Casaes	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Carla Carin Casaes FAEFCD488FD8449...

REV.	DATA	DESCRIÇÃO DA REVISÃO / DATA / RESPONSÁVEL
0	05/11/2024	Elaboração do protocolo
1	07/2025	Revisão documento

1- OBJETIVO

Implantação de um programa institucional multiprofissional e interdisciplinar para a avaliação e tratamento dos pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI) visando promover atendimento ágil, com segurança e eficácia, baseado nas melhores evidências disponíveis na literatura médica periodicamente atualizada

Os objetivos específicos deste protocolo incluem:

• A rápida identificação dos sinais de alerta para um AVC,
• O pronto desencadeamento do processo de investigação diagnóstica,
• O rápido início das medidas terapêuticas de fase aguda (gerais e específicas).

2 – ALCANCE

Unidades de urgência e emergência.

3 – COMPETÊNCIA

- Médicos,
- Enfermeiros e,
- Técnicos de enfermagem.

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

O acidente vascular cerebral (AVC) é uma das maiores causas de morte e incapacidade funcional no mundo. Em algumas regiões do Brasil ainda figura como a principal causa de morte. Caracteriza-se por um déficit neurológico, geralmente focal, de instalação súbita e rápida evolução, decorrente do dano localizado em alguma região cerebral, o qual pode ser

DS

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

de natureza isquêmica (AVCI) ou hemorrágica (AVCH). No caso do AVCI, o dano é causado pela redução da oferta tissular de oxigênio e do suprimento energético decorrentes do comprometimento do fluxo sanguíneo (isquemia) para aquela respectiva região. O AVCI pode ser classificado com base no mecanismo determinante do fenômeno isquêmico. Os mecanismos mais comuns de AVCI são a oclusão de grandes vasos, a embolia de origem cardíaca e a oclusão de pequenas artérias. Caso o fenômeno isquêmico cerebral seja de menor duração, com reversão completa dos sintomas e duração menor que uma hora, é denominado de ataque isquêmico transitório (AIT). As melhores evidências clínicas disponíveis no momento demonstram que o atendimento adequado, rápido, bem estruturado e multiprofissional aos pacientes com AVCI reduz a mortalidade e a morbidade dos mesmos.

As presentes diretrizes clínico-assistenciais se prestam a auxiliar os serviços no manejo do paciente com Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquêmico agudo e servir como referência de conduta clínica e são baseadas nas diretrizes publicadas pelo Ministério da Saúde, nas diretrizes da Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares, nas diretrizes da American Stroke Association e nas diretrizes da European Stroke Organization Como toda linha, trata-se de referências de conduta que devem, em todas as circunstâncias, ser avaliadas no contexto clínico individualizado de cada paciente.

Os pacientes com AVC devem ser triados com a mesma prioridade que são os pacientes com infarto agudo do miocárdio (IAM), sepse ou politraumatismo. Como a janela terapêutica é estreita, independentemente de se fazer trombólise, deve haver objetividade nas avaliações e exames iniciais.

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

A identificação do paciente com suspeita de acidente vascular cerebral (AVC) será inicialmente realizada no acolhimento com classificação de risco (ACCR), realizado pelo enfermeiro, que na identificação de caso condizente deverá seguir o fluxo de direcionamento para atendimento imediato deste usuário.

A aplicação das medidas contidas neste protocolo se inicia a partir da identificação de um paciente com sinais de alerta para a suspeita de AVC. Estes incluem quaisquer déficits neurológicos **de início súbito, especialmente os localizados.**

A lista abaixo contém alguns destes déficits, e entre os principais destacamos:

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

• Dificuldade repentina para falar ou compreender;

• Fraqueza muscular súbita ou alteração sensitiva súbita unilaterais;

• Perda visual súbita, especialmente se unilateral;

• Perda súbita do equilíbrio ou incoordenação motora repentina

O protocolo de Manchester de Classificação de Risco pode auxiliar na suspeita de AVC, especialmente na presença de um dos seguintes itens:

• Alteração de comportamento (Discriminador: Déficit neurológico agudo ou déficit neurológico novo);

• Mal-estar em adultos (Discriminador: Déficit neurológico agudo ou déficit neurológico novo);

• Quedas (Discriminador: Déficit neurológico agudo, déficit neurológico novo ou alteração do nível de consciência)

Ao ser classificado no serviço de urgência como paciente com ALTA PROBABILIDADE DE AVC a classificação de prioridade no atendimento pelo protocolo Manchester sempre deve ser VERMELHA ou LARANJA, e o paciente deve ser imediatamente acomodado na sala de emergência no prazo máximo de 10 minutos a contar do momento de sua identificação. Seguem abaixo as ações de enfermagem a serem prontamente realizadas:

• Direcionar de imediato o paciente para o setor de emergência;

• Realizar glicemia capilar;

• Acionar CÓDIGO AVC** (alta probabilidade de AVC com evolução dos sintomas <24hs*);

• Realizar monitoramento cardiovascular não invasivo;

• Realizar controles, cuidados gerais (CCG) e sinais vitais (P, PA, T, FR);

• Manter decúbito a 0º e caso haja vômitos elevar a 30º;

• Manter jejum VO;

• Instalar oxigênio 2L/min se SatO2 <92 - 94%;

• Puncionar 02 acessos venosos calibrosos, evitando o membro afetado;

MSD Calibre 18 (manter salinizado) e,

MSE Calibre 20 ou 18, com Soro Fisiológico 500ml para manter acesso.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

*: Para pacientes que acordam com o déficit (wake up stroke), deve-se considerar como horário do início dos sintomas, o último momento em que o paciente esteve assintomático antes de dormir.

**:O CÓDIGO AVC envolve a comunicação simultânea e integrada de diversos profissionais e setores da unidade, envolvidos no atendimento inicial dos pacientes com suspeita de AVC agudo, incluindo equipes médicas responsáveis pelo primeiro atendimento, enfermagem, laboratório de análises clínicas e núcleo interno de regulação.

OBSERVAÇÕES

Em paciente com menos de 4,5 horas de evento, o tempo torna-se crucial para resolução do caso, logo, ao identificar pacientes com déficit neurológico agudo abaixo do tempo citado, o enfermeiro deve-se encaminhar o paciente imediatamente a emergência, em cadeira de rodas ou maca, sendo classificado como vermelho ou laranja, o médico emergencista deve fazer avaliação inicial, descrevendo o NIHSS do paciente. Deve fazer comunicação à equipe tecnica do NIR e entrar em contato para a transferência IMEDIATA do paciente para o hospital de referência (Hospital Regional Justino Luz), para a realização do exame de imagem necessário. Em paralelo, o auxiliar administrativo do NIR, destaca a ambulância que se encontra a disposição, ou aciona a ambulância mais próxima do território para realizar a transferência com maior brevidade possível.

Em pacientes com tempo de evolução dos sintomas acima de 4,5 horas, instalar apenas um acesso venoso (no membro superior não parético) para fins de hidratação, realizar a internação solicitando leito e tomografia no hospital de referência, introduzir apenas estatina padronizada no serviço e seguir com os cuidados gerais, idealmente mantendo paciente em jejum.

Dados importantes que a história deve conter (a serem obtidos concomitantemente às medidas iniciais de atendimento):

a) horário preciso do início dos sintomas (ou último horário em que foi visto normal)
b) tipo dos sintomas
c) condição do paciente
d) evolução dos sintomas

Antecedentes pessoais que devem ser ativamente investigados:

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

a) Medicações em uso: anticoagulantes, antiagregantes plaquetários, anticoncepcional, vasoconstritores e hipoglicemiantes

b) Hábitos: tabagismo, etilismo e uso de drogas

c) Eventos recentes: AIT, AVC, IAM, trauma, cirurgias, sangramentos, crise convulsiva, gravidez e puerpério

d) Comorbidades: hipertensão arterial, diabetes mellitus, arritmias cardíacas, miocardiopatias, dislipidemia, insuficiência renal e trombofilias.

O exame neurológico inicial deve ser realizado pelo médico plantonista da emergência, utilizando a Escala de AVC do NIH (NIHSS) e a escala de coma de Glasgow.

Déficits não contemplados por estas escalas devem ser anotados no prontuário, como alteração pupilar, disfagia, nistagmo, déficits de pares cranianos, outras alterações cognitivas e comportamentais, sinais de rigidez de nuca, e outros.

Devem ser solicitados também os exames laboratoriais protocolares (hemograma completo, plaquetas, tempo de protrombina, tempo de tromboplastina parcial ativado, sódio potássio, ureia e creatinina). A glicemia capilar é o único resultado laboratorial obrigatório nos pacientes em CÓDIGO AVC, a obrigatoriedade do resultado de outros exames laboratoriais antes do tratamento trombolítico intravenoso deve ser considerada apenas em casos selecionados.

MEDIDAS TERAPÊUTICAS GERAIS

As medidas terapêuticas gerais visam favorecer a viabilidade do tecido cerebral, através da adequação e estabilização de certos parâmetros fisiológicos. Alguns desses parâmetros podem sofrer variação, particularmente na fase aguda do AVC requerendo, por essa razão, monitoramento.

Embora as medidas terapêuticas gerais tenham forte grau de recomendação e sejam intuitivamente benéficas, na sua maioria apresentam baixo nível de evidência. Posterior adequação das medidas terapêuticas gerais pode ser necessária a partir da definição diagnóstica e terapêutica específica após o resultado do exame protocolar de neuroimagem. Um exemplo disso inclui o controle da pressão arterial, o qual pode ter diferente recomendação nos casos de AVCI com indicação de tratamento trombolítico intravenoso quando comparados com aqueles sem essa indicação.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

Medidas objetivando redução de danos devem ser implementadas, tais como:

• Realizar MONITORAMENTO MULTIPARAMÉTRICO (PA, FC, FR, Saturação e etc.) contínuo pelo menos durante as primeiras 24 horas de evolução do AVCI;

• Manter o paciente em DECÚBITO 0º GRAUS e ELEVADA A 30º GRAUS em caso de náuseas e vômitos (decisão individual quanto ao melhor decúbito deve ser analisada posteriormente);

• Manter a SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO >92 - 94% da maneira menos invasiva possível (cateter nasal, máscara, CPAP ou BIPAP);

• Observar cuidados de PROTEÇÃO DE VIAS AÉREAS. Em pacientes com rebaixamento do nível de consciência ou disfunção bulbar que traga risco de broncoaspiração considerar intubação orotraqueal (IOT);

• Manter a TEMPERATURA CORPÓREA <37,5°C com medicamentos antipiréticos, como a dipirona ou o paracetamol

• Manter o paciente em JEJUM até que o diagnóstico seja definido e a situação neurológica estabilizada.

• Realizar MONITORAMENTO FREQUENTE DA GLICEMIA CAPILAR, inicialmente de hora em hora, mantendo-o entre 140-180 mg/dl, EVITANDO HIPERGLICEMIA E HIPOGLICEMIA. Não está definida qual a melhor via e forma de administração, se subcutânea ou intravenosa, mas a via subcutânea é geralmente eficiente, mais simples e com menor risco de hipoglicemia; tratar hipoglicemia (glicemia <60 mg / dL) através da infusão intravenosa de 40 ml de solução glicosada a 50%;

• CORRIGIR HIPOTENSÃO E HIPOVOLEMIA para manter os níveis sistêmicos de perfusão necessários para suportar a função orgânica, CORRIGIR HIPOTENSÃO E HIPOVOLEMIA para manter os níveis sistêmicos de perfusão necessários para suportar a função orgânica, Monitorização Pressão arterial: medição a cada 15 min por 1 hora, a cada 30 min por mais 6 horas e a cada 1 hora por 24 horas.

• NIHSS: a cada 30 min nas primeiras 6 horas, e depois a cada 1 hora até completar 24 horas. Aumento de 4 pontos pode indicar sangramento.

6 – RESULTADO ESPERADO

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

- Avaliação médica em até 10 minutos.
- Transferencia imediata ao hospital de referência em casos de possível tratamento com trombolítico
- Inserção da solicitação de vaga no hospital de referência
- Transferência em até 01 hora após vaga cedida.

7 – AÇÕES CORRETIVAS

Educação continuada capacitando todas as equipes envolvidas neste protocolo de atendimento.
Uma vez aventado a hipótese de AVC, esta só será descartada após tomografia computadorizada (TC) de crânio, bem como a alta do paciente.

8 – RISCOS DO PROCESSO

Falha na identificação dos casos suspeito na classificação de risco;
Falha na identificação dos casos pela equipe médica;
Ausência de ambulância a disposição para transferência;
Insucesso no contato telefônico ao hospital referência.

9 – INDICADORES

TEMPOS MÁXIMOS RECOMENDADOS NO CÓDIGO AVC
Porta (senha) à avaliação médica inicial – 10 minutos - 80% dos casos atendidos em até 10 minutos
100% dos casos com pedido de vaga no hospital de referência
100% dos casos elegidos a trombolise transferidos imediatamente.

10 – ANEXOS

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROTOCOLO DE ABORDAGEM DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

NOME COMPLETO:

DATA DE NASCIMENTO: _____/_____/_____ CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

DATA E HORÁRIO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: _____/_____/_____ _____ h _____

Acolhimento com Classificação de Risco

- ☐ Perda de força em membros
- ☐ Dificuldade para falar
- ☐ Boca torta
- ☐ Perda de sensibilidade
- ☐ Perda de campos visuais
- ☐ Cefaleia intensa
- ☐ Tontura vertiginosa
- ☐ Rebaixamento sensório

INÍCIO DOS SINTOMAS OU MOMENTO EM QUE FOI VISTO BEM PELA ÚLTIMA VEZ: ___/___/___ ____h____

Escala de Cincinnati

1	Dê um sorriso	☐ Normal	☐ Anormal
2	Levante os braços	☐ Normal	☐ Anormal
3	Fale a frase: "O Brasil é o país do futebol"	☐ Normal	☐ Anormal

TEMPO É CÉREBRO!!!

AVC DE GRANDES VASOS
1,9 milhão de neurônios perdidos por minuto
Equivalente a envelhecer 36 anos

META 10 MINUTOS

Algum dos sinais ou sintomas acima? → Não → Paciente excluído do protocolo

Sim → Encaminhar paciente para Sala de Emergência

Sintomas menos de **4,5 horas**? → Não → Vide Verso

Sim → Encaminhar imediatamente ao Hospital Regional Justino Luz. Fazer comunicação direta com o NIR do hospital

Enfermagem __/__/__ __h__ — Carimbo / Assinatura

- Aferir sinais vitais:

PA: _____ x _____ mmHg

FC: _____ bpm

FR: _____ irpm

Temp: _____ °C

Sat O2: _____ %

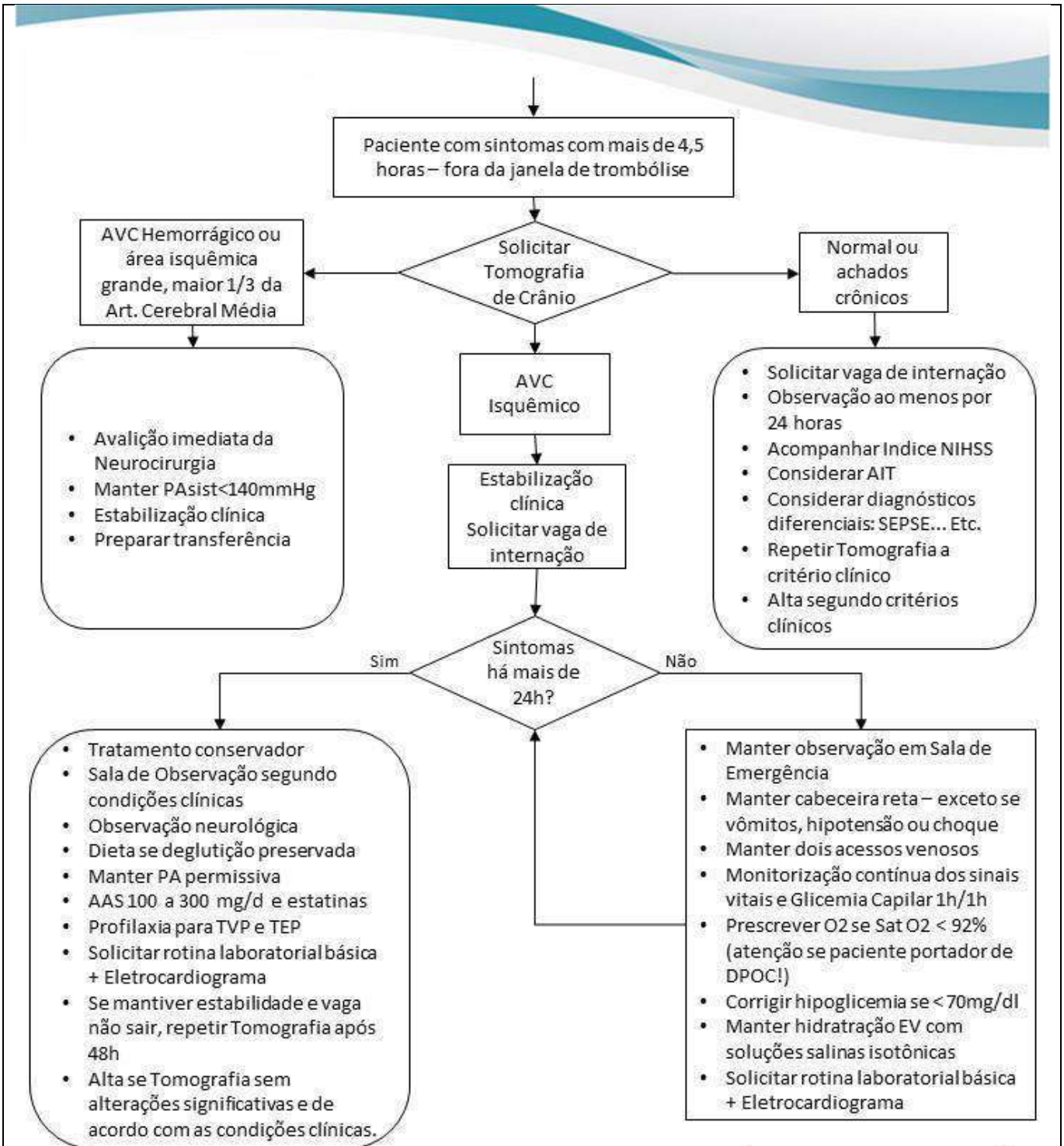
Glicemia capilar: _____ mg/dl

Médico __/__/__ __h__ — Carimbo / Assinatura

- Anamnese
- Confirmar tempo de sintomas
- Checar se usa anticoagulante
- Calcular NIHSS _____
- Usar hipotensores **apenas se** PAsist ≥ 220 ou PAdiast ≥ 120 mmHg
  → Alvo: redução de 15%
- Prescrever antitérmicos se tAx > 37,5°C
- Prescrever O2 se Sat O2 < 92 - 94% (atenção se paciente portador de DPOC!)

DS
UAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72



Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

12 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, et al. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke. Vol. 50, Stroke. United States; 2019. p. e344–418.

2. Saúde OM de. The Atlas of Heart Disease and Stroke. 2019; Available from: www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/

3. Naghavi M, Abajobir AA, Abbafati C, Abbas KM, Abd-Allah F, Abera SF, et al. Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet [Internet]. 2017 Sep 16;390(10100):1151–210. Available from: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32152-9

4. Estratégia. M da SS de A à SD de AP. Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral. Brasília; 2013.

5. Martí-Carvajal AJ, Valli C, Martí-Amarista CE, Solà I, Martí-Fàbregas J, Bonfill Cosp X. Citicoline for treating people with acute ischemic stroke. Cochrane database Syst Rev. 2020 Aug;8(8):CD013066.

6. Cassella CR, Jagoda A. Ischemic Stroke: Advances in Diagnosis and Management. Emerg Med Clin North Am. 2017 Nov;35(4):911–30.

7. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 664, DE 12 DE ABRIL DE 2012. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Trombólise no Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo. Brasília: Diário Oficial da União; 2012.

8. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº. 665, DE 12 DE ABRIL DE 2012. Dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC. Brasília: Diário Oficial da União; 2012

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP.UE.ASS.025**	**VERSÃO:** 1
MANEJO DA DOR	**VALIDADE:** 07/2027	**Pag. 1 de 6**

Elaborado por: Assessor Técnico – Fabricio Lopes da Silva	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: 97794B2C355C4A3...
Verificado por: Assessora Técnica - Renata Colamarche	Data: 07/2025	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 90E0F55E05D144F...
Verificado por: Coordenador Médico – José Pablo Rojas Soliz	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Jose Pablo 8CFB1F44038F481...
Verificado por: Coordenação da Qualidade – Sabrina Benetti	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Sabrina Benetti 36842B6BE0BE4CE...
Aprovado por: Gerência Assistencial - Carla Carin Casaes	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Carla Carin Casaes FACFCB488F30449...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
0	07/2025	Elaboração do procedimento

1- OBJETIVO

Orientar o profissional na avaliação da dor do paciente, tornando-a no mínimo suportável, facilitando a recuperação do paciente e diminuir a ocorrência de lembranças desagradáveis, principalmente dos pacientes submetidos a procedimentos com maior potencial doloroso.

2 – ALCANCE

Unidades de Urgência e Emergência.

3 – COMPETÊNCIA

- Técnico de enfermagem;
- Enfermeiro;
- Farmacêutico Clinico
- Médico.

4 – MATERIAIS

- Prescrição médica;
- Prescrição de enfermagem;
- Folha de sinais vitais;

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

- Escala visual da dor;
- Bolsa térmica;
- Medicamento de acordo com a prescrição médica;
- Coxins.

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

A queixa dolorosa do paciente será considerada desde a entrada no serviço de saúde, na Classificação de Risco realizada pelo enfermeiro, com avaliação da intensidade da mesma, e reavaliada pela equipe multidisciplinar com a prevenção e o tratamento dos sintomas.

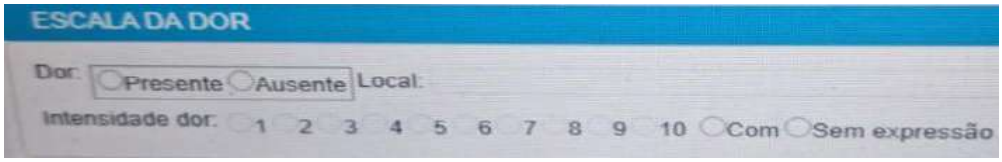
A identificação do paciente com dor pode ser realizada por qualquer um dos membros da equipe multiprofissional, no entanto o enfermeiro é o profissional de referência da equipe assistencial neste processo e é de sua responsabilidade garantir que as ações relacionadas ao gerenciamento da dor sejam desencadeadas e que o paciente seja adequadamente assistido. O gerenciamento será realizado pelo enfermeiro e técnico de enfermagem.

A escala a ser utilizada será: Numérica, Facial e Descritiva.

Segue modelo abaixo



FONTE: TOLIFE SISTEMA DE CLASSIICAÇÃO DE RISCO



FONTE: PR SISTEMA DE PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

MÉDICO:

- Avaliar e monitorar a dor utilizando as escalas acima citadas indicadas para cada quadro clínico específico, sendo uma avaliação conjunta com a equipe multidisciplinar;

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

- Diagnosticar a possível causa da dor;
- Iniciar tratamento da mesma, tendo como base, medidas farmacológicas e não farmacológicas no direcionamento do tratamento.

ENFERMAGEM:

- O enfermeiro deve exercer o controle da dor e ter a responsabilidade na avaliação diagnóstica utilizando a escala acima citada conforme o quadro clínico específico em conjunto com a equipe multidisciplinar, na intervenção e monitorização dos resultados do tratamento.
- Investigar o local, a intensidade, o tipo e a possível causa da dor.
- Comunicar à equipe médica a ocorrência e iniciar as intervenções, de acordo com a orientação médica, tendo como base, medidas farmacológicas e não farmacológicas. Realizar anotação de enfermagem em ficha de atendimento ou prontuário de admissão em leito de observação.
- O técnico de enfermagem em conjunto com a equipe multidisciplinar avaliará a ocorrência da dor registrando em prontuário eletrônico do paciente (PEP) e comunicando ao enfermeiro. Irá realizar as medidas indicadas para o tratamento conforme prescrição médica, com checagem e registro adequados.

MANEJO DA DOR LEVE (1 A 4 PONTOS)

- Dipirona: dose 500 mg a 1.000 mg até de 6/6 h (dose máxima diária 4 gramas), VO, IM ou EV;
- Paracetamol: dose 750 - 1000 mg via oral até 6/6 horas (dose máxima diária 4 gramas);

MANEJO DA DOR MODERADA (5 A 7 PONTOS)

- Cetoprofeno: dose 100 mg de 12/12hs (via IM ou IV);
- Diclofenaco sódico*: dose 50 a 100 mg VO ou IM de 12/12 h;
- Ibuprofeno: dose 300 mg 8/8h VO (duração máxima de 3 dias).

Obs.: Associar se necessário Dipirona 500 mg a 1.000 mg (preferencialmente EV) até de 6/6 h (dose máxima diária 4 gramas);

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

*: Os medicamentos à base de diclofenaco sódico e potássico não são indicados para crianças abaixo de 14 anos, com exceção de casos de artrite juvenil crônica. Para uso intramuscular realizar em glúteo.

Nota - Se não houver melhora, considerar manejo como DOR INTENSA, iniciando com opioides leves;

- Tramadol: dose 50 a 100 mg venoso ou oral até de 6/6 horas;

MANEJO DA DOR INTENSA (8 A 10 PONTOS)

Primeira escolha Opioides potentes

- Morfina: dose 0,05 a 0,1 mg/Kg IM ou EV;

Segunda escolha Opioides Fracos

- Tramadol: dose 50 a 100 mg venoso ou oral até de 6/6 horas;

Em casos de dor intensa manter sempre em uso continuo:

- Cetoprofeno: dose100 mg de 12/12hs (via oral, IM ou IV);
- Diclofenaco sódico: dose 50 a 100 mg VO ou IM de 12/12 h;

OBS – Em caso de má resposta, deve-se considerar o uso de Opioides muito potentes

- Fentanil: dose 1 a 2 mcg/Kg/dose EV;

DROGAS ADJUVANTES:

As drogas adjuvantes são utilizadas para aumentar o efeito analgésico dos opioides, tratar outros sintomas que exacerbam a dor, tratar tipos específicos de dor, diminuir ou abolir os efeitos colaterais dos Analgésicos utilizados. Podem ser prescritos em todos os degraus da escada analgésica.

1. Antidepressivos Tricíclicos: iniciar com Amitriptilina 25mg.
2. Anticonvulsionantes: Carbamazepina 100mg a 200mg – 3x/dia.
3. Antieméticos: Ondansetron 8 mg IV até 8/8h.
4. Neurolépticos: Haloperidol (Haldol 5mg IM).
5. Laxantes: Lactulona 667 mg/ml
6. Corticosteroides: Dexametasona 4 mg a 10 mg EV. Obs: retirada gradativa.
7. Ansiolíticos: Diazepam – 5mg a 10mg via oral.

OBS – Verificar Medicamentos para Substituição

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

REAVALIAÇÃO:

Todo paciente com dor leve deverá receber intervenção apropriada e ser reavaliado após 60 minutos, e pacientes com dor moderada ou forte devem ser reavaliados após 30 minutos, caso paciente esteja sem dor nesta primeira reavaliação, as sequenciais serão feitas no horário padrão de aferição de sinais vitais ou diante de nova demanda espontânea do paciente. Nos casos em que o paciente apresenta demanda espontânea antes do intervalo de reavaliação, que é de 30 a 60 minutos, ou persiste com dor nesta primeira deverá receber nova intervenção conforme prescrição e conduta médica. Em pacientes portadores de dores crônicas ou de difícil controle, a reavaliação deverá ocorrer a cada 30 minutos até se atingir escores equivalentes à dor leve. Toda conduta deve ser registrada no prontuário do paciente.

6 – RESULTADO ESPERADO

- Melhora clinica dos pacientes com dor crônica e aguda;
- Verificar os resultados das intervenções analgésicas
- Assegurar que todos os pacientes sejam avaliados de maneira ativa para a ocorrência de dor;
- Identificar os pacientes que tenham dor através de uma avaliação sistematizada;
- Padronizar as escalas de avaliação de dor que são utilizadas;
- Orientar toda a equipe multidisciplinar (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, farmacêuticos) sobre a importância do gerenciamento de dor;
- Orientar a equipe assistencial quanto à escolha e a aplicação das escalas de avaliação da dor padronizadas na instituição de acordo com as características de cada paciente;
- Orientar a equipe assistencial quanto à reavaliação da dor após tratamento;
- Orientar a equipe assistencial no que diz respeito ao registro em prontuário da avaliação, tratamento, reavaliação da dor, identificação e controle dos efeitos adversos relacionados as medicações analgésicas

7 – RISCOS DO PROCESSO

- Rebaixamento do nível de consciência do paciente devido a excesso de analgesia;
- Dependência química.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- Kintu A. et al. Postoperative pain after cesarean section: assessment and management in a

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

tertiary hospital in a low-income country. BMC Health Services Research 2019 (19):68 2)

- Chou R. et al. Guidelines on the management of postoperative pain. American Pain Society. The Journal of Pain, 17(2), 2016:131-157
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. A dor como 5º sinal vital: Registro sistemático da intensidade da Dor, 2013.
- POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,2009. p.542-584.
- Barash PG, Cullen BF, Stoelting RK. Opióides. Anestesia clínica. 4ª edição. Barueri – SP: Ed. Manole, 2004;14:345-376.
- NAIME, F. F. Manual de Tratamento da Dor. 2ed. Ed. Manole, Barueri, SP, 2013.
- RESOLUÇÃO - RDC Nº 137, DE 29 DE MAIO DE 2003 - Diclofenaco sódico e potássico: atenção à prescrição! Disponível em: https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Legislacao Busca &nota=136

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.UE.ASS.026	VERSÃO:01
SIRESP E NUCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO - NIR	VALIDADE: 07/2027	Pag. 1 de 11

Elaborado por: Assessora Técnica - Renata Colamarche	Data: 07/2025	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 00E0F55E05D144F...
Verificado por: Assessor Técnico – Fabricio Lopes da Silva	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: 87794B2C333C4A3...
Verificado por: Coordenação da Qualidade – Sabrina Benetti	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Sabrina Benetti 26843B6B5085F4CE...
Aprovado por: Gerência Assistencial - Carla Carin Casaes	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Carla Carin Casaes FAEF6D486FB6449...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
0	07/2025	Emissão do documento

1- OBJETIVO

Descrever de modo preciso e conciso o processo de solicitação e transferência dos pacientes do serviço de saúde para sua referência hospitalar e/ou ambiente domiciliar.

2 – ALCANCE

Unidades de urgência e emergência

3 – COMPETÊNCIA

Assistente Administrativo
Médico
Equipe de Transporte

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

- A regulação do acesso aos recursos de urgência e emergência no Município de São Paulo será realizada envolvendo a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e a Secretaria de Estado da Saúde (SES), por intermédio das Centrais de Urgências e Emergências do Complexo Regulador Municipal (CRUE) da SMS, e a Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS), as quais atuarão de forma articulada e

DS LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

integrada. Os processos relacionados ao acesso às urgências e emergências serão acompanhados nos espaços já constituídos pela Coordenação Municipal de Regulação Assistencial, pela Coordenação do Sistema Municipal de Atenção às Urgências e Emergências (COMURGE), ambas por parte da SMS, pelo Grupo Técnico de Regulação da Coordenadoria de Regiões de Saúde, pela CROSS, vinculados à SES-SP, bem como o Grupo Condutor Regional da Rede de Urgência e Emergência (RUE) e Grupo Condutor de Urgências Bipartite do Estado de São Paulo. O objetivo da Regulação de Urgência e Emergência é garantir o acesso de usuários em situação de urgência quando atendidos em um estabelecimento de saúde onde a capacidade resolutiva seja insuficiente para atendimento integral e oportuno.

- O encaminhamento das informações será realizado via Sistema Informatizado de Regulação da CROSS da SES-SP, por meio de login e senha específica, devendo ocorrer de forma obrigatória na primeira hora de cada plantão ou quando das atualizações que se fizerem necessárias. A representação da situação operacional descrita é dada no Módulo Pré-hospitalar do Portal do Sistema Informatizado de Regulação da CROSS

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

1. ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES:

DO ASSISTENTE ADMINISTRATIVO:

O atendente de regulação é o profissional designado pela Gerência Administrativa, podendo ser fixo ou escalado, sendo responsável pelas solicitações de transferência hospitalar e regulação do paciente até a saída deste do serviço de saúde.

Este profissional tem importância fundamental visto que a unidade é um pronto atendimento destinado ao atendimento inicial de pacientes graves e que devem ser transferidos para um serviço hospitalar de maior complexidade, quando necessário.

O regulador participa ativamente desse processo de transferência e, portanto, contribui indiretamente no tratamento desses pacientes.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

Deverá desempenhar as seguintes atribuições gerais:

a) Primar pela humanização de suas ações;

b) Lembrar que a melhoria da qualidade no atendimento ao usuário SUS é o objetivo final do processo de trabalho;

c) Zelar pelo bom funcionamento de seu equipamento e local de trabalho;

d) Ser ético e tratar das informações de trabalho com sigilo necessário;

e) Participar de treinamento e reuniões de trabalho sempre que convocados pela Gerência Administrativa;

f) Obedecer aos protocolos de serviço;

Deverá desempenhar as seguintes atribuições específicas:

a) Receber a solicitação médica em impresso próprio (contrarreferência ou impresso da unidade VERIFICAR) no qual devem constar a data, identificação do paciente, informações clínicas, tipo de ambulância (UTI ou simples) e o tipo de solicitação conforme descrito abaixo:

- **Transferência:** médico solicita que o paciente continue o diagnóstico e tratamento em outro serviço de maior complexidade ***em transferência.***
- **Exame e Avaliação**: médico solicita a realização de um exame e ao mesmo tempo, avaliação do paciente por médico especialista do serviço de referência *com retorno do paciente ao serviço de saúde de origem*;
- **Exame**: médico solicita a realização de um exame e *retorno do paciente ao serviço de origem;*
- **Avaliação com retorno**: médico solicita avaliação de um especialista em outro serviço *com retorno do paciente* ao serviço de origem.

OBSERVAÇÕES:

- Como as unidades de pronto atendimento contam com recursos destinados ao primeiro atendimento do paciente, a maioria das solicitações será de TRANSFERÊNCIA e não de AVALIAÇÃO COM RETORNO. Certifiquem-se com o médico qual é a real solicitação que o paciente necessita.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

- Somente receber solicitações de transferência assinadas e carimbadas pelo médico, mesmo em casos sociais.

b) Inserir no sistema CROSS os casos das especialidades de **clínica médica**, **pediatria, cirurgia, oftalmologia, ortopedia ou solicitações de exames** conforme os fluxos descritos no final desse protocolo;

FICHAS DISPONÍVEIS (a ser preenchido pelo regulador):

- **Ficha Padrão:** todos os casos de clínica médica, cirurgia, pediatria e demais especialidades, exceto ortopedia;
- **Ficha Gestante**;
- **Ficha Queimado**: casos de queimaduras graves que necessitem transferência;
- **Ficha Ortopedia:** somente casos ortopédicos

TIPO DE RECURSO SOLICITADO (a ser preenchido pelo médico):

- Selecionar **LEITO: OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA**. Não selecionar as especialidades, exceto queimados.
- Selecionar **LEITO: UTI** somente para pacientes intubados.

c) Realizar a regulação para o hospital de referência seguindo os fluxos descritos no final desse POP;

d) Atentar-se às atualizações ou avisos de cada caso, posicionando o médico e enfermeiro responsável de imediato; A tela do CROSS deve estar aberta continuamente e ser verificada em tempo real;

e) Para pacientes inseridos no Sistema CROSS, sempre que necessário, entrar em contato com o setor que está regulando o paciente no momento. No portal, para ter acesso a essa

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

informação, verificar o item **"Identificação – Unidade de Regulação Atual (vide abaixo).**



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
CENTRAL DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIA

FICHA Nº
SS-185[redacted]

Identificação — Ficha Queimado

Data 03/04/2018	**Hora** 10:48:00	
CMRR COMPLEXO REGULATÓRIO SUL-SUDESTE	**DRS** DRS I - GRANDE SÃO PAULO	
Unidade Solicitante **HOSP. TAIPAS**	**Município** **São Paulo**	
Telefone (011) [redacted]	**Outros telefones** [redacted]	
Médico Solicitante [redacted]	**CRM/RMS** [redacted]	**Celular** (00)
Nome do Paciente [redacted]	**Nome da Mãe** [redacted]	
Sexo Masculino	**CNS**	
Data de Nascimento [redacted]	**Idade** [redacted]	
Município do Paciente SÃO PAULO		
PAD [redacted]	**Regulador Atual** [redacted]	**Documento Regulador Atual** [redacted]
Unidade de Regulação Atual CENTRAL REGULACAO MUNICIPAL SP		

Dados Clínicos

FICHA QUEIMADO

Pode ser necessário solicitar ao Núcleo Interno de Regulação do hospital de referência (NIR) ou ao Centro de Regulação Municipal (CRUE) a atualização ou priorização de reposta de algum caso.

O NIR deve aceitar ou negar os casos via sistema rapidamente. Se o caso for **PERTINENTE, porém não aceito**, é automaticamente assumido pela Central de Regulação Municipal, porém só se consegue visualizar o status dessa regulação quando a mesma é finalizada com algum destino ao paciente. Sendo assim, muitas vezes se faz necessária, a depender da gravidade do paciente, a ligação para a Central de Regulação para se ter conhecimento desse status e solicitar que se dê um destino ao paciente.

Caso a solicitação do serviço seja apontada pela referência pactuada como **NÃO PERTINENTE**, o caso é encerrado e não é mais visualizado na tela do CROSS. Deve-se atentar a esses casos, pois se a equipe do serviço julgar o caso como PERTINENTE, deve-se fazer contato médico a médico e reinserir o paciente no sistema.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

ATENÇÃO:

1) A existência de um sistema não exclui a necessidade e importância dos contatos com as regulações e discussão de casos.
2) Somente solicitar VAGA de UTI para pacientes entubados;

Contatos das Centrais de Regulações:

- ✓ **CRUE:**
- ✓ **HMI:**
- ✓ **SANTA CASA DE ITU:**

f) Sempre que houver qualquer atualização do paciente como melhora ou piora clínica, essa deve ser registrada pelo médico no sistema como adendo, facilitando a decisão do regulador (vide abaixo).



g) Após o aceite de qualquer solicitação, o regulador do serviço será o responsável pelo acionamento de ambulância simples ou UTI conforme solicitação do médico e avisar toda equipe que está prestando cuidado ao paciente;

h) A determinação VAGA ZERO, é uma prerrogativa da Central de Regulação (CRUE) e deve estar escrita no item RESOLUÇÃO no sistema CROSS.

Caso o regulador defina VAGA ZERO, se faz necessária a ligação para o hospital de transferência para passar o caso e o paciente deve ser removido com uma cópia da ficha do CROSS com a determinação por escrito de VAGA ZERO evidenciada.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

i) Preencher o sistema interno de regulação *da unidade* de forma completa e detalhada após finalização de cada caso SEMPRE anotando os horários das negativas, aceites e do acionamento e chegada da ambulância no serviço;

j) Em caso de dúvidas, recorrer ao gerente administrativo ou ao superior hierárquico mais próximo;

DO MÉDICO

a - O médico responsável pelo paciente deve realizar as solicitações de transferências ao setor de regulação em impresso próprio no qual devem constar a data, identificação do paciente, informações clínicas, tipo de ambulância (UTI ou simples) e o tipo de solicitação conforme já descrito no item 4.1 deste protocolo.

b - inserir os dados clínicos do paciente no CROSS e realizar todos os contatos necessários conforme detalhado no item 4.1 deste protocolo;

c- atentar-se ao tipo de solicitação, tipo de ficha e tipo de recurso a ser solicitado conforme detalhado no item 4.1 deste protocolo;

d - Não remover paciente em risco iminente de vida, sem prévia e obrigatória avaliação e atendimento respiratório, hemodinâmico e outras medidas urgentes específicas para cada caso, estabilizando-o e preparando-o para o transporte;

e - A decisão de transferir um paciente grave é estritamente médica e deve considerar os princípios básicos do transporte, quais sejam: não agravar o estado do paciente, garantir sua estabilidade e garantir transporte com rapidez e segurança;

f - Elaborar documento de transferência que deve acompanhar o paciente durante o transporte.

g – Se possível, obter a autorização escrita do paciente ou seu responsável para a transferência. Poderá prescindir desta autorização sempre que o paciente não esteja apto para fornecê-la, não esteja acompanhado de possível responsável ou em caso de indicação médica absoluta;

h - A responsabilidade da assistência ao paciente transferido é do médico solicitante, até que o mesmo seja recebido pelo médico da unidade responsável pelo transporte, nos casos de transferência em viaturas de suporte avançado de vida ou até que o mesmo seja recebido pelo médico do serviço receptor, nos casos de transferência em viaturas de suporte básico de vida

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

ou viaturas de transporte simples.

i - Nos casos de transporte de pacientes em suporte básico de vida para realização de exames, se o paciente apresentar intercorrências de urgência, a responsabilidade pelo tratamento e estabilização é da unidade que está realizando o procedimento, que deverá estar apta para seu atendimento, no que diz respeito a medicamentos, equipamentos e recursos humanos capacitados;

j - Nos casos de transporte de pacientes críticos para realização de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos e, caso estes serviços situem-se em clínicas desvinculadas de unidades hospitalares, o suporte avançado de vida será garantido pela equipe da unidade de transporte;

k - Nos casos de transferências realizadas pelo setor privado, o serviço ou empresa solicitante deverá se responsabilizar pelo transporte do paciente, bem como pela garantia de recepção do mesmo no serviço receptor, obedecendo às especificações técnicas estabelecidas neste regulamento;

DA EQUIPE DE TRANSPORTE

a - Acatar a determinação do médico solicitante quanto ao meio de transporte e tipo de ambulância que deverá ser utilizado para a remoção, além de preencher o check list de remoção (POSSUEM DOCUMENTO EM USO?)

b - Informar ao médico do pronto socorro caso as condições clínicas do paciente no momento da recepção do mesmo para transporte não sejam condizentes com as informações que foram fornecidas ao médico regulador e repassadas por este à equipe de transporte;

c - Deverão ser utilizadas as viaturas de transporte simples para os pacientes eletivos, em decúbito horizontal ou sentados, de acordo com o julgamento e determinação do médico solicitante, a partir da avaliação criteriosa da história clínica, gravidade e risco de cada paciente, estando tais viaturas (simples e UTI) viáveis e com seus equipamentos, medicamentos e tripulação de acordo com as normas técnicas já estabelecidas pela legislação vigente;

d - O transporte inter-hospitalar pediátrico e neonatal deverá obedecer às diretrizes técnicas já estabelecidas e inclusive bem explicitadas na Resolução CFM n.º 1.672/03 (CONSELHO

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

FEDERAL DE MEDICINA, 2003b): ambulâncias equipadas com incubadora de transporte e demais equipamentos necessários ao adequado atendimento neonatal e pediátrico;

e - Registrar todas as intercorrências do transporte em documento próprio a ser anexado ao prontuário do paciente;

f - Passar o caso, bem como todas as informações e documentação do paciente, ao médico do serviço receptor;

g - Comunicar ao médico regulador a finalização do transporte;

h - Conduzir a ambulância e a equipe de volta à sua base.

FLUXOS

TODA SOLICITAÇÃO DE REMOÇÃO DEVE TER O PEDIDO ASSINADO E CARIMBADO PELO MÉDICO, MESMO CASOS SOCIAIS.

Comum para todas as especialidades: neuro cirurgia, buco maxilo, cirurgia, ortopedia, ginecologia e ortopedia

- Acesso no site: www.cross.saude.sp.gov.br com registro de usuário e senha do usuário;
- Médico solicitante preenche SOLICITANTE, PACIENTE, DADOS CLÍNICOS e HD/PROCEDIMENTOS;
- Após o preenchimento o médico insere o registro de FICHA PADRÃO para todas especialidades, EXCETO PARA ORTOPEDIA (na qual deverá ser solicitada a ficha própria de ortopedia);
- Casos de UTI somente se paciente entubados.

Documentos Necessários:

- Encaminhamento Hospitalar;
- Papeleta da ficha de entrada;
- Relatório Médico;
- Evolução do paciente;
- Cópia da prescrição do dia;
- Exames de sangue e de imagem (se houver);

TODOS DOCUMENTOS DEVEM SER ENVIADOS EM 2 VIAS
PARA PACIENTES QUE NÃO ESTÃO INTERNADOS, ENVIAR ENCAMINHAMENTO HOSPITALAR, PAPELETA DE ENTRADA E EXAMES DE SANGUE E DE IMAGEM (SE HOUVER)

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

Documentos necessários para a saída da ambulância:

- Encaminhamento hospitalar (original);
- Papeleta da ficha de entrada (cópia);
- Exames de sangue e de imagem (cópias);
- Acompanhante ou carta social.

ATENÇÃO:

- NOS CASOS ORTOPÉDICOS, DEVERÁ SER ENCAMINHADO O RX DA FRATURA!
- NOS CASOS PSIQUIÁTRICOS, O PACIENTE NÃO PODERÁ SER ENCAMINHADO SEM ACOMPANHANTE!

Documentos que ficarão arquivados no setor de regulação:

- Encaminhamento Hospitalar;
- Papeleta da ficha de entrada (cópia).

Documentos necessários para a saída da ambulância

- Encaminhamento Hospitalar;
- Papeleta da ficha de entrada;
- Relatório médico

ATENÇÃO: TODOS DOCUMENTOS DEVEM SER ORIGINAIS

Documentos que ficarão arquivados no setor de remoção:

- Encaminhamento Hospitalar
- Papeleta da ficha de entrada
- Relatório Médico

ATENÇÃO: TODOS DOCUMENTOS DEVEM SER CÓPIAS

TODO PACIENTE DEVE SER TRANSFERIDO COM ACOMPANHANTE. NA AUSÊNCIA, SERÁ ENCAMINHADO JUNTO COM UM MEMBRO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM TRIPULANTE DA VIATURA

6 – INDICADORES

- Quantitativo de transferências realizadas;
- Tipos de remoções utilizadas (UTI ou Básica);
- Quantitativo de ambulâncias extras solicitadas;
- Quantitativo de vagas recusadas

7 – ANEXOS

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

N/A

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.048/GM, de 05 de novembro de 2002, Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Lei Orgânica da Saúde Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; Brasília, 1990
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.863/GM, de 29 de setembro de 2.003, Política Nacional de Atenção às Urgências. Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006, Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão; Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro, Portaria nº 1.559/GM, de 1º de agosto de 2008, Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Ministério da Saúde, 2008.
- SÃO PAULO. Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, Central de Regulação de Urgência e Emergência do Departamento Regional de Saúde da Grande São Paulo – DRS-1, novembro de 2008.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.UE.ASS.027	VERSÃO:01
SIRESP E NUCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO - NIR	VALIDADE: 07/2027	Pag. 1 de 11

Elaborado por: Assessora Técnica - Renata Colamarche	Data: 07/2025	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 90E0F55E05D144F...
Verificado por: Assessor Técnico – Fabricio Lopes da Silva	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: 97794B2C355C4A3...
Verificado por: Coordenação da Qualidade – Sabrina Benetti	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Sabrina Benetti 36842B6BE0BF4CE...
Aprovado por: Gerência Assistencial - Carla Carin Casaes	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Carla Carin Casaes FAEFCD486FD6449...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
0	Não se aplica	Emissão do documento

1- OBJETIVO

Descrever de modo preciso e conciso o processo de solicitação e transferência dos pacientes do serviço de saúde para sua referência hospitalar e/ou ambiente domiciliar.

2 – ALCANCE

Unidades de urgência e emergência

3 – COMPETÊNCIA

Assistente Administrativo
Médico
Equipe de Transporte

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

- A regulação do acesso aos recursos de urgência e emergência no Município de São Paulo será realizada envolvendo a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e a Secretaria de Estado da Saúde (SES), por intermédio das Centrais de Urgências e Emergências do Complexo Regulador Municipal (CRUE) da SMS, e a Central de Regulação de

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS), as quais atuarão de forma articulada e integrada. Os processos relacionados ao acesso às urgências e emergências serão acompanhados nos espaços já constituídos pela Coordenação Municipal de Regulação Assistencial, pela Coordenação do Sistema Municipal de Atenção às Urgências e Emergências (COMURGE), ambas por parte da SMS, pelo Grupo Técnico de Regulação da Coordenadoria de Regiões de Saúde, pela CROSS, vinculados à SES-SP, bem como o Grupo Condutor Regional da Rede de Urgência e Emergência (RUE) e Grupo Condutor de Urgências Bipartite do Estado de São Paulo. O objetivo da Regulação de Urgência e Emergência é garantir o acesso de usuários em situação de urgência quando atendidos em um estabelecimento de saúde onde a capacidade resolutiva seja insuficiente para atendimento integral e oportuno.

- O encaminhamento das informações será realizado via Sistema Informatizado de Regulação da CROSS da SES-SP, por meio de login e senha específica, devendo ocorrer de forma obrigatória na primeira hora de cada plantão ou quando das atualizações que se fizerem necessárias. A representação da situação operacional descrita é dada no Módulo Pré-hospitalar do Portal do Sistema Informatizado de Regulação da CROSS

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

1. ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES:

DO ASSISTENTE ADMINISTRATIVO:

O atendente de regulação é o profissional designado pela Gerência Administrativa, podendo ser fixo ou escalado, sendo responsável pelas solicitações de transferência hospitalar e regulação do paciente até a saída deste do serviço de saúde.

Este profissional tem importância fundamental visto que a unidade é um pronto atendimento destinado ao atendimento inicial de pacientes graves e que devem ser transferidos para um serviço hospitalar de maior complexidade, quando necessário.

O regulador participa ativamente desse processo de transferência e, portanto, contribui indiretamente no tratamento desses pacientes.

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

Deverá desempenhar as seguintes atribuições gerais:

a) Primar pela humanização de suas ações;

b) Lembrar que a melhoria da qualidade no atendimento ao usuário SUS é o objetivo final do processo de trabalho;

c) Zelar pelo bom funcionamento de seu equipamento e local de trabalho;

d) Ser ético e tratar das informações de trabalho com sigilo necessário;

e) Participar de treinamento e reuniões de trabalho sempre que convocados pela Gerência Administrativa;

f) Obedecer aos protocolos de serviço;

Deverá desempenhar as seguintes atribuições específicas:

a) Receber a solicitação médica em impresso próprio (contrarreferência ou impresso da unidade VERIFICAR) no qual devem constar a data, identificação do paciente, informações clínicas, tipo de ambulância (UTI ou simples) e o tipo de solicitação conforme descrito abaixo:

- **Transferência:** médico solicita que o paciente continue o diagnóstico e tratamento em outro serviço de maior complexidade ***em transferência.***
- **Exame e Avaliação**: médico solicita a realização de um exame e ao mesmo tempo, avaliação do paciente por médico especialista do serviço de referência *com retorno do paciente ao serviço de saúde de origem*;
- **Exame**: médico solicita a realização de um exame e *retorno do paciente ao serviço de origem;*
- **Avaliação com retorno**: médico solicita avaliação de um especialista em outro serviço *com retorno do paciente* ao serviço de origem.

OBSERVAÇÕES:

- Como as unidades de pronto atendimento contam com recursos destinados ao primeiro atendimento do paciente, a maioria das solicitações será de TRANSFERÊNCIA e não

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

de AVALIAÇÃO COM RETORNO. Certifiquem-se com o médico qual é a real solicitação que o paciente necessita.

- Somente receber solicitações de transferência assinadas e carimbadas pelo médico, mesmo em casos sociais.

b) Inserir no sistema CROSS os casos das especialidades de **clínica médica**, **pediatria, cirurgia, oftalmologia, ortopedia ou solicitações de exames** conforme os fluxos descritos no final desse protocolo;

FICHAS DISPONÍVEIS (a ser preenchido pelo regulador):

- **Ficha Padrão:** todos os casos de clínica médica, cirurgia, pediatria e demais especialidades, exceto ortopedia;
- **Ficha Gestante**;
- **Ficha Queimado**: casos de queimaduras graves que necessitem transferência;
- **Ficha Ortopedia:** somente casos ortopédicos

TIPO DE RECURSO SOLICITADO (a ser preenchido pelo médico):

- Selecionar **LEITO: OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA**. Não selecionar as especialidades, exceto queimados.
- Selecionar **LEITO: UTI** somente para pacientes intubados.

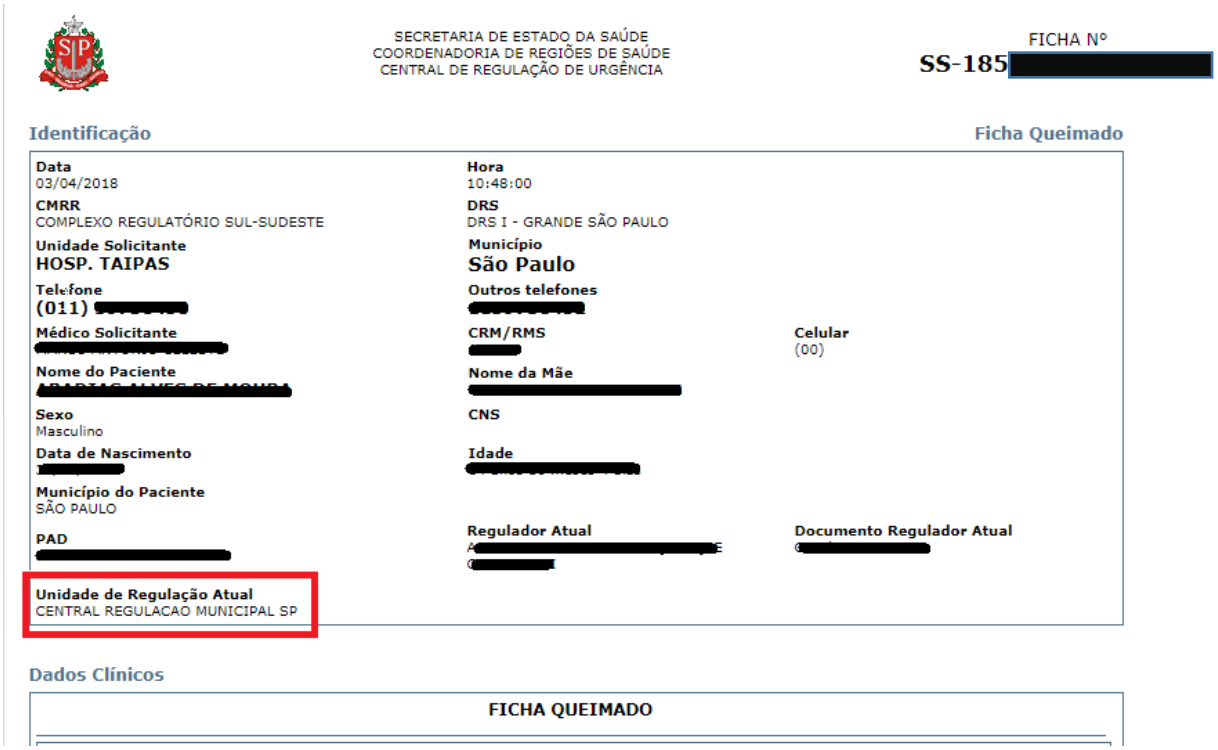
c) Realizar a regulação para o hospital de referência seguindo os fluxos descritos no final desse POP;

d) Atentar-se às atualizações ou avisos de cada caso, posicionando o médico e enfermeiro responsável de imediato; A tela do CROSS deve estar aberta continuamente e ser verificada em tempo real;

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

e) Para pacientes inseridos no Sistema CROSS, sempre que necessário, entrar em contato com o setor que está regulando o paciente no momento. No portal, para ter acesso a essa informação, verificar o item **"Identificação – Unidade de Regulação Atual (vide abaixo).**



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
CENTRAL DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIA

FICHA Nº
SS-185[redacted]

Identificação — Ficha Queimado

Data 03/04/2018	**Hora** 10:48:00	
CMRR COMPLEXO REGULATÓRIO SUL-SUDESTE	**DRS** DRS I - GRANDE SÃO PAULO	
Unidade Solicitante **HOSP. TAIPAS**	**Município** **São Paulo**	
Telefone (011) [redacted]	**Outros telefones** [redacted]	
Médico Solicitante [redacted]	**CRM/RMS** [redacted]	**Celular** (00)
Nome do Paciente [redacted]	**Nome da Mãe** [redacted]	
Sexo Masculino	**CNS**	
Data de Nascimento [redacted]	**Idade** [redacted]	
Município do Paciente SÃO PAULO		
PAD [redacted]	**Regulador Atual** [redacted]	**Documento Regulador Atual** [redacted]
Unidade de Regulação Atual CENTRAL REGULACAO MUNICIPAL SP		

Dados Clínicos

FICHA QUEIMADO

Pode ser necessário solicitar ao Núcleo Interno de Regulação do hospital de referência (NIR) ou ao Centro de Regulação Municipal (CRUE) a atualização ou priorização de reposta de algum caso.

O NIR deve aceitar ou negar os casos via sistema rapidamente. Se o caso for **PERTINENTE, porém não aceito**, é automaticamente assumido pela Central de Regulação Municipal, porém só se consegue visualizar o status dessa regulação quando a mesma é finalizada com algum destino ao paciente. Sendo assim, muitas vezes se faz necessária, a depender da gravidade do paciente, a ligação para a Central de Regulação para se ter conhecimento desse status e solicitar que se dê um destino ao paciente.

Caso a solicitação do serviço seja apontada pela referência pactuada como **NÃO PERTINENTE**, o caso é encerrado e não é mais visualizado na tela do CROSS. Deve-se

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

atentar a esses casos, pois se a equipe do serviço julgar o caso como PERTINENTE, deve-se fazer contato médico a médico e reinserir o paciente no sistema.

ATENÇÃO:

1) A existência de um sistema não exclui a necessidade e importância dos contatos com as regulações e discussão de casos.
2) Somente solicitar VAGA de UTI para pacientes entubados;

Contatos das Centrais de Regulações:

- ✓ **CRUE:**
- ✓ **HMI:**
- ✓ **SANTA CASA DE ITU:**

f) Sempre que houver qualquer atualização do paciente como melhora ou piora clínica, essa deve ser registrada pelo médico no sistema como adendo, facilitando a decisão do regulador (vide abaixo).



g) Após o aceite de qualquer solicitação, o regulador do serviço será o responsável pelo acionamento de ambulância simples ou UTI conforme solicitação do médico e avisar toda equipe que está prestando cuidado ao paciente;

h) A determinação VAGA ZERO, é uma prerrogativa da Central de Regulação (CRUE) e deve estar escrita no item RESOLUÇÃO no sistema CROSS.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

Caso o regulador defina VAGA ZERO, se faz necessária a ligação para o hospital de transferência para passar o caso e o paciente deve ser removido com uma cópia da ficha do CROSS com a determinação por escrito de VAGA ZERO evidenciada.

i) Preencher o sistema interno de regulação *da unidade* de forma completa e detalhada após finalização de cada caso SEMPRE anotando os horários das negativas, aceites e do acionamento e chegada da ambulância no serviço;

j) Em caso de dúvidas, recorrer ao gerente administrativo ou ao superior hierárquico mais próximo;

DO MÉDICO

a - O médico responsável pelo paciente deve realizar as solicitações de transferências ao setor de regulação em impresso próprio no qual devem constar a data, identificação do paciente, informações clínicas, tipo de ambulância (UTI ou simples) e o tipo de solicitação conforme já descrito no item 4.1 deste protocolo.

b - inserir os dados clínicos do paciente no CROSS e realizar todos os contatos necessários conforme detalhado no item 4.1 deste protocolo;

c- atentar-se ao tipo de solicitação, tipo de ficha e tipo de recurso a ser solicitado conforme detalhado no item 4.1 deste protocolo;

d - Não remover paciente em risco iminente de vida, sem prévia e obrigatória avaliação e atendimento respiratório, hemodinâmico e outras medidas urgentes específicas para cada caso, estabilizando-o e preparando-o para o transporte;

e - A decisão de transferir um paciente grave é estritamente médica e deve considerar os princípios básicos do transporte, quais sejam: não agravar o estado do paciente, garantir sua estabilidade e garantir transporte com rapidez e segurança;

f - Elaborar documento de transferência que deve acompanhar o paciente durante o transporte.

g – Se possível, obter a autorização escrita do paciente ou seu responsável para a transferência. Poderá prescindir desta autorização sempre que o paciente não esteja apto para fornecê-la, não esteja acompanhado de possível responsável ou em caso de indicação médica absoluta;

h - A responsabilidade da assistência ao paciente transferido é do médico solicitante, até que

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

o mesmo seja recebido pelo médico da unidade responsável pelo transporte, nos casos de transferência em viaturas de suporte avançado de vida ou até que o mesmo seja recebido pelo médico do serviço receptor, nos casos de transferência em viaturas de suporte básico de vida ou viaturas de transporte simples.

i - Nos casos de transporte de pacientes em suporte básico de vida para realização de exames, se o paciente apresentar intercorrências de urgência, a responsabilidade pelo tratamento e estabilização é da unidade que está realizando o procedimento, que deverá estar apta para seu atendimento, no que diz respeito a medicamentos, equipamentos e recursos humanos capacitados;

j - Nos casos de transporte de pacientes críticos para realização de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos e, caso estes serviços situem-se em clínicas desvinculadas de unidades hospitalares, o suporte avançado de vida será garantido pela equipe da unidade de transporte;

k - Nos casos de transferências realizadas pelo setor privado, o serviço ou empresa solicitante deverá se responsabilizar pelo transporte do paciente, bem como pela garantia de recepção do mesmo no serviço receptor, obedecendo às especificações técnicas estabelecidas neste regulamento;

DA EQUIPE DE TRANSPORTE

a - Acatar a determinação do médico solicitante quanto ao meio de transporte e tipo de ambulância que deverá ser utilizado para a remoção, além de preencher o check list de remoção (POSSUEM DOCUMENTO EM USO?)

b - Informar ao médico do pronto socorro caso as condições clínicas do paciente no momento da recepção do mesmo para transporte não sejam condizentes com as informações que foram fornecidas ao médico regulador e repassadas por este à equipe de transporte;

c - Deverão ser utilizadas as viaturas de transporte simples para os pacientes eletivos, em decúbito horizontal ou sentados, de acordo com o julgamento e determinação do médico solicitante, a partir da avaliação criteriosa da história clínica, gravidade e risco de cada paciente, estando tais viaturas (simples e UTI) viáveis e com seus equipamentos, medicamentos e tripulação de acordo com as normas técnicas já estabelecidas pela legislação

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

vigente;

d - O transporte inter-hospitalar pediátrico e neonatal deverá obedecer às diretrizes técnicas já estabelecidas e inclusive bem explicitadas na Resolução CFM n.º 1.672/03 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2003b): ambulâncias equipadas com incubadora de transporte e demais equipamentos necessários ao adequado atendimento neonatal e pediátrico;

e - Registrar todas as intercorrências do transporte em documento próprio a ser anexado ao prontuário do paciente;

f - Passar o caso, bem como todas as informações e documentação do paciente, ao médico do serviço receptor;

g - Comunicar ao médico regulador a finalização do transporte;

h - Conduzir a ambulância e a equipe de volta à sua base.

FLUXOS

TODA SOLICITAÇÃO DE REMOÇÃO DEVE TER O PEDIDO ASSINADO E CARIMBADO PELO MÉDICO, MESMO CASOS SOCIAIS.

Comum para todas as especialidades: neuro cirurgia, buco maxilo, cirurgia, ortopedia, ginecologia e ortopedia

- Acesso no site: www.cross.saude.sp.gov.br com registro de usuário e senha do usuário;
- Médico solicitante preenche SOLICITANTE, PACIENTE, DADOS CLÍNICOS e HD/PROCEDIMENTOS;
- Após o preenchimento o médico insere o registro de FICHA PADRÃO para todas especialidades, EXCETO PARA ORTOPEDIA (na qual deverá ser solicitada a ficha própria de ortopedia);
- Casos de UTI somente se paciente entubados.

Documentos Necessários:

- Encaminhamento Hospitalar;
- Papeleta da ficha de entrada;
- Relatório Médico;
- Evolução do paciente;
- Cópia da prescrição do dia;
- Exames de sangue e de imagem (se houver);

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

TODOS DOCUMENTOS DEVEM SER ENVIADOS EM 2 VIAS
PARA PACIENTES QUE NÃO ESTÃO INTERNADOS, ENVIAR ENCAMINHAMENTO HOSPITALAR, PAPELETA DE ENTRADA E EXAMES DE SANGUE E DE IMAGEM (SE HOUVER)

Documentos necessários para a saída da ambulância:

- Encaminhamento hospitalar (original);
- Papeleta da ficha de entrada (cópia);
- Exames de sangue e de imagem (cópias);
- Acompanhante ou carta social.

ATENÇÃO:

- NOS CASOS ORTOPÉDICOS, DEVERÁ SER ENCAMINHADO O RX DA FRATURA!
- NOS CASOS PSIQUIÁTRICOS, O PACIENTE NÃO PODERÁ SER ENCAMINHADO SEM ACOMPANHANTE!

Documentos que ficarão arquivados no setor de regulação:

- Encaminhamento Hospitalar;
- Papeleta da ficha de entrada (cópia).

Documentos necessários para a saída da ambulância

- Encaminhamento Hospitalar;
- Papeleta da ficha de entrada;
- Relatório médico

ATENÇÃO: TODOS DOCUMENTOS DEVEM SER ORIGINAIS

Documentos que ficarão arquivados no setor de remoção:

- Encaminhamento Hospitalar
- Papeleta da ficha de entrada
- Relatório Médico

ATENÇÃO: TODOS DOCUMENTOS DEVEM SER CÓPIAS

TODO PACIENTE DEVE SER TRANSFERIDO COM ACOMPANHANTE. NA AUSÊNCIA, SERÁ ENCAMINHADO JUNTO COM UM MEMBRO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM TRIPULANTE DA VIATURA

6 – INDICADORES

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

- Quantitativo de transferências realizadas;
- Tipos de remoções utilizadas (UTI ou Básica);
- Quantitativo de ambulâncias extras solicitadas;
- Quantitativo de vagas recusadas

7 – ANEXOS

N/A

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.048/GM, de 05 de novembro de 2002, Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Lei Orgânica da Saúde Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; Brasília, 1990
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.863/GM, de 29 de setembro de 2.003, Política Nacional de Atenção às Urgências. Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006, Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão; Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro, Portaria nº 1.559/GM, de 1º de agosto de 2008, Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Ministério da Saúde, 2008.
- SÃO PAULO. Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, Central de Regulação de Urgência e Emergência do Departamento Regional de Saúde da Grande São Paulo – DRS-1, novembro de 2008.

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.UE.ASS.028	VERSÃO: 01
QUADRO DE PACIENTES COM METODOLOGIA KANBAN	VALIDADE: 07/2027	Pag. 1 de 8

Elaborado por: Coordenadora Assistencial – Paula A. S. F. Martins	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Paula Andrea Shinzato Ferreira Martins 864CAF24E4274A4...
Verificado por: Assessora Técnica – Renata Colamarche	Data: 07/2025	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 90E0F55E05D144F...
Verificado por: Coordenador Médico – José Pablo Rojas Soliz	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Jose Pablo 8CFB1F44058F481...
Verificado por: Coordenação da Qualidade – Sabrina Benetti	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Sabrina Benetti 36842B6BE0BF4CE...
Aprovado por: Gerência Assistencial - Carla Carin Casaes	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Carla Carin Casaes FAEFCD486FD6449...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
0	Não se aplica	Emissão do documento

1- OBJETIVO

Orientar os profissionais de assistência quanto ao uso e atualização contínua do quadro de pacientes com a metodologia Kanban para sinalização dos processos críticos dos setores de Emergência e Observação adulto na unidade.

2 – ALCANCE

Unidades de urgência e emergência (PSM e UPA)

3 – COMPETÊNCIA

Enfermeiro,
Médico,
Assistente Social,
Diretor Técnico,
Coordenador de Enfermagem e,
Gerente da unidade.

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

Kanban: A palavra japonesa kanban significa “sinalização” ou “cartão” e poderia ser usada para fazer referência a um sistema de sinalização que utiliza cartões. Trata-se de um sistema visual que busca gerenciar o trabalho conforme ele se move pelo processo. A metodologia visualiza o fluxo previsto, com todas as etapas envolvidas e o trabalho real, e seu objetivo é identificar os possíveis gargalos, fazendo

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

correções para que haja fluidez nas atividades da empresa.

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

O quadro de pacientes dos setores: Emergência e Observação Adulto seguem a sinalização para atualização de pendências e situação atual conforme metodologia Kanban.

O Enfermeiro do setor é o responsável pelo preenchimento e atualização contínua do quadro por meio de registros e uso de placas de sinalização colorida, conforme a pendência e com atenção nos horários de corte padronizado para as 06h, 09h, 17h e 21h.

Os médicos do plantão devem emitir a informação e decisão clínica para os processos monitorados, a saber: REMOÇÃO, EXAMES, PREVISÃO DE ALTA E PERMANÊNCIA.

O preenchimento do quadro deve ocorrer às 07h e às 19h, nos campos:

- EQUIPE PRESENTE / DATA E HORA ADMISSÃO / NOME / DATA DE NASCIMENTO / EXAMES / PREVISÃO DE ALTA;
- Obs.: Usar caneta para quadro branco.

Deve haver atualização contínua com atenção para os horários de corte às 06h / 09h / 17h / 21h, campos:

- PENDÊNCIAS – remoção / exames / previsão de alta e permanência - com as fichas coloridas.

A coluna – PREVISÃO DE ALTA deve ser preenchida com registro de data e horário previsto e acrescida a coluna – PERMANÊNCIA.

Diariamente a equipe de liderança realiza uma visita para monitoramento e apoio nas decisões e orientações para as saídas previstas para cada paciente. As visitas nos setores acontecem as 09h30min de segunda a sexta na presença do diretor técnico, coordenação de enfermagem, farmacêutico e assistente social e as 20h30min com as supervisões administrativa, de enfermagem, farmacêutico e assistente social. A equipe presente com enfermeiro, médico e auxiliares e técnicos de enfermagem participam ativamente da visita, transmitindo as informações de atendimento e necessidades de apoio. A ocupação dos leitos é direcionada nesta oportunidade.

Uso das fichas coloridas e ações esperadas:

CAMPO AGUARDA REMOÇÃO			
SITUAÇÃO	FICHA	RESPONSÁVEL	AÇÃO
Não inserido na CROSS.	VERMELHA	Médico	Discussão com equipe médica para revisão da conduta referente à inserção do paciente na CROSS.
Se paciente com previsão de alta.	Sem ficha na coluna remoção.	Enfermeiro	Sinalizar com X no campo "previsão de alta – sim", com a data e horário da decisão clínica – não utilizar ficha colorida – vide exemplo do quadro 1 – leito 2.
Se paciente com alta clínica e sem suporte	Sem ficha na coluna	Enfermeiro	Sinalizar com X no campo "previsão de alta – sim", com a data e horário da

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

social/familiar.	remoção.		decisão clínica – não utilizar ficha colorida – vide exemplo do quadro 1 – leito 2.
Inserido na CROSS.	**AMARELA**	Regulação e Enfermeiro	Acompanhar a informação de liberação da vaga na CROSS a cada 03 horas.
Vaga cedida CROSS	**VERDE**	Enfermeiro	Acompanhar a disponibilidade da ambulância e a ordem de remoções já autorizadas. Os documentos para a transferência do paciente assim como a avaliação para transporte seguro devem permanecer atualizados e aptos para a liberação efetiva do paciente.
		Enfermeiro e Regulação	Se o tempo de permanência se estender no aguardo da transferência, consultar a possibilidade de ambulância extra junto à liderança da unidade.
CAMPO - EXAMES			
SITUAÇÃO	FICHA	RESPONSÁVEL	AÇÃO
Sem pedido.	**VERMELHA**	ENFERMEIRO MÉDICO	Revisão da conduta referente ao pedido de exames e obtenção de pedido pendente de imediato.
Coleta realizada, aguardando resultado.	**AMARELA**	ENFERMEIRO	Acompanhar a previsão de horário para liberação dos mesmos junto ao coletar da Cientificalab.
			As pendências para coleta não podem ultrapassar **30 minutos** para nova decisão em relação a solução. Ex: deve urina – se após 30 min não houver diurese espontânea, o enfermeiro deve providenciar coleta por SVA.
Resultados liberados.	**VERDE**	ENFERMEIRO	Notificar a equipe médica para conhecimento de tais resultados.
CAMPO – PREVISÃO DE ALTA			
SITUAÇÃO	FICHA	RESPONSÁVEL	AÇÃO
Paciente com alta, aguardando familiar.	N/A	Enfermeiro	Registrar “x” em PREVISÃO DE ALTA. Marcar a data e horário da decisão de alta clínica.
Paciente com alta clínica e sem suporte social/familiar.	N/A	Enfermeiro	Registrar “x” em PREVISÃO DE ALTA. Marcar a data e horário da decisão de alta clínica.
CAMPO – TEMPO DE PERMANÊNCIA			

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

SITUAÇÃO	FICHA	RESPONSÁVEL	AÇÃO
Admissão até 12h	**VERDE**	Enfermeiro	Atualizar o quadro.
Admissão à 24h	**AMARELA**	Enfermeiro	Atualizar o quadro.
Admissão superior a 48h	**VERMELHO**	Enfermeiro	Atualizar o quadro.
Se permanência superior a 48h por aguardo de ambulância com vaga cedida.	**VERMELHO**	Regulação	Consultar a possibilidade de solicitação de ambulância extra para agilizar a remoção.
Se permanência superior a 48h por aguardo de suporte social/familiar.	**VERMELHO**	Serviço Social	Após discussão com equipe multiprofissional, dar andamento ao plano para solicitação de vaga para convalescente ou relatórios para solicitação de vaga SEAS para ILPI.

1. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

a. Quadro branco, caneta para quadro branco, fichas coloridas imantadas.

- CAMPO - AGUARDA REMOÇÃO:
VERMELHO – NÃO INSERIDO NA CROSS
AMARELO – INSERIDO NA CROSS
VERDE – VAGA CEDIDA NA CROSS / AGUARDANDO AMBULÂNCIA

REMOÇÃO NÃO INSERIDO CROSS	**REMOÇÃO INSERIDO CROSS**	**REMOÇÃO VAGA CEDIDA AG AMBULÂNCIA**

CAMPO - AGUARDA EXAMES
VERMELHO – SEM PEDIDO
AMARELO – AGUARDA LAUDO
VERDE – SEM PENDÊNCIAS / RESULTADOS JÁ LIBERADOS

EXAMES	**EXAMES**	**EXAMES**

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

SEM PEDIDO	**AGUARDA RESULTADO / LAUDO**	**SEM PENDÊNCIAS**

CAMPO - PERMANÊNCIA NO SETOR
VERMELHO – ACIMA 48H
AMARELO – ACIMA 24H
VERDE – ATÉ 24H

ACIMA 48H	**ACIMA 24H**	**ATÉ 24H**

6 – RESULTADO ESPERADO

Monitoramento eficiente do giro de leitos
Monitoramento contínuo de pendências de cada paciente admitido em leito de observação.
Viabilização de remoções / transferências / altas em tempo oportuno.

7 – AÇÕES CORRETIVAS

N/A

8 – RISCOS DO PROCESSO

N/A

9 – INDICADORES

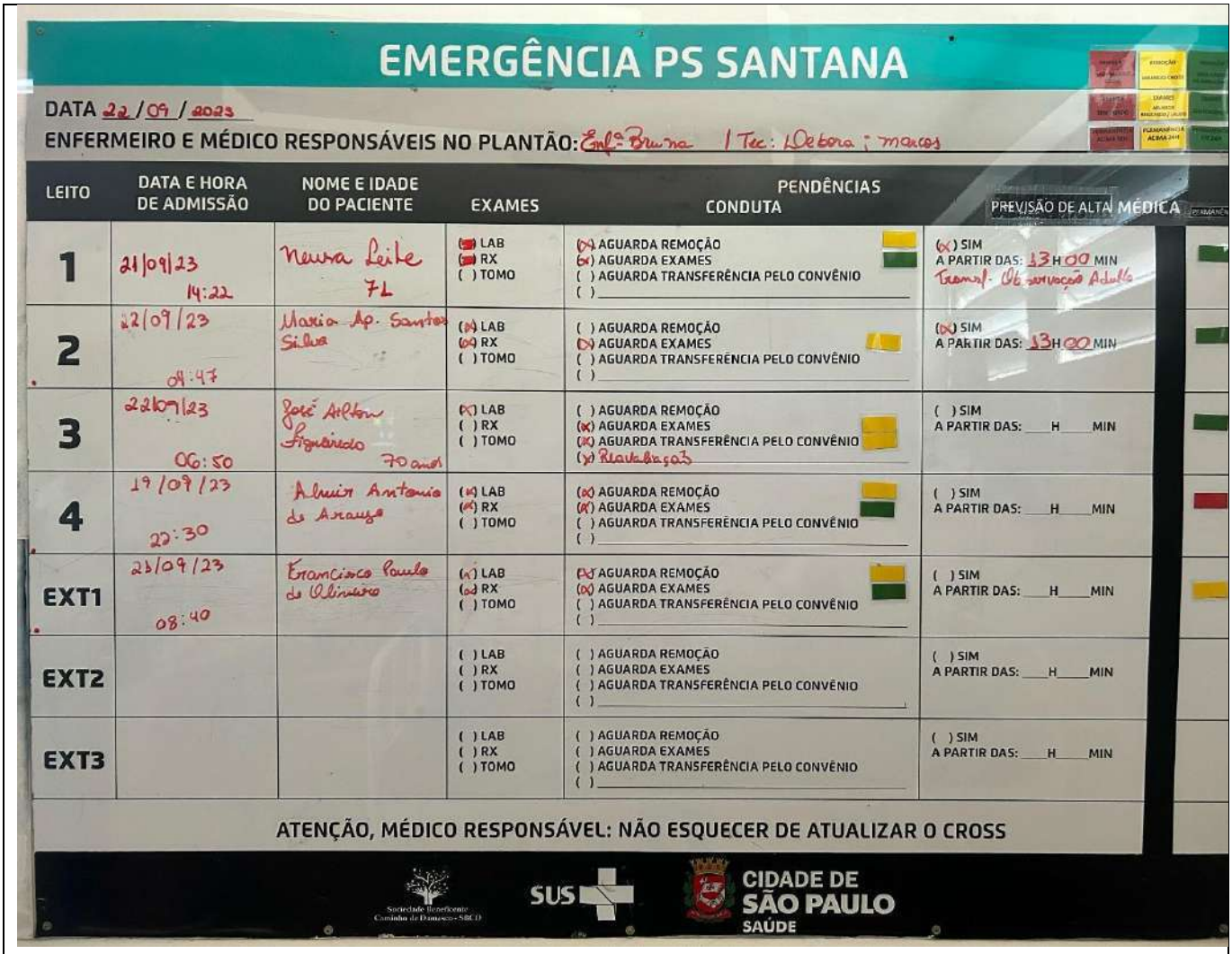
N/A

10 – ANEXOS

QUADRO 1 – SALA DE EMERGÊNCIA

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

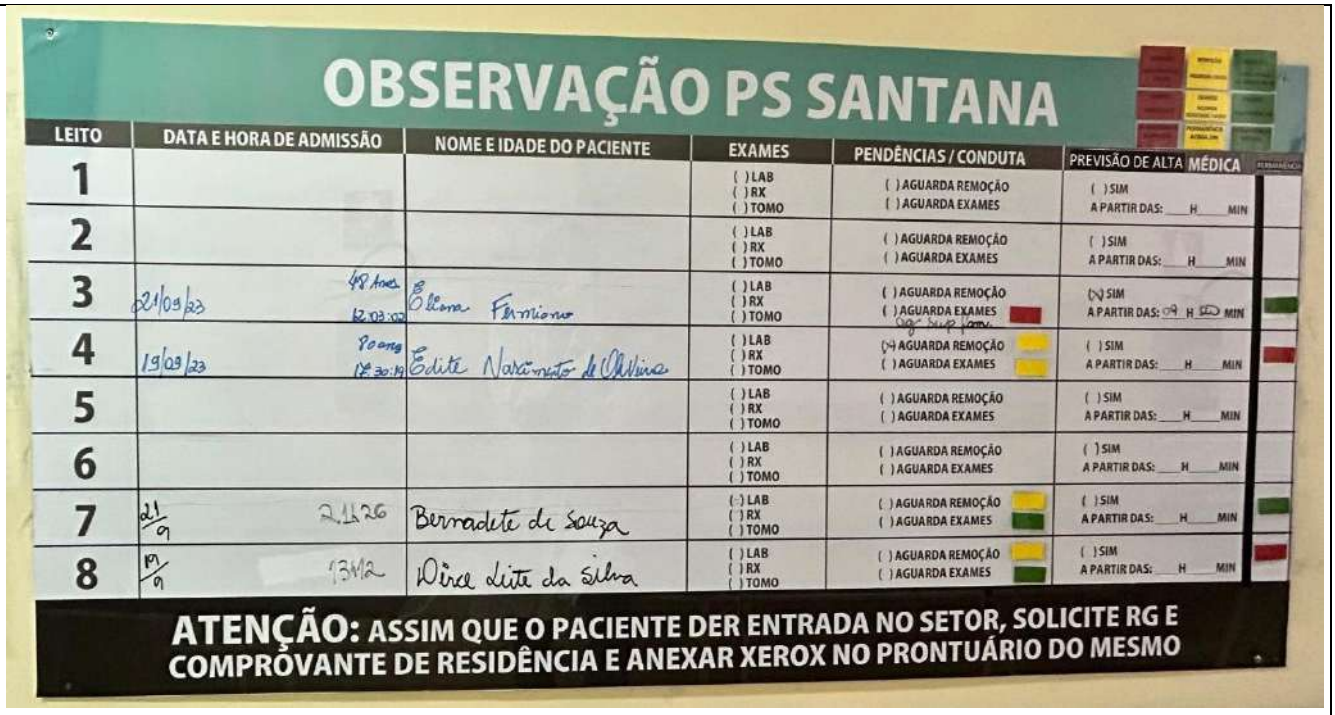
Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72



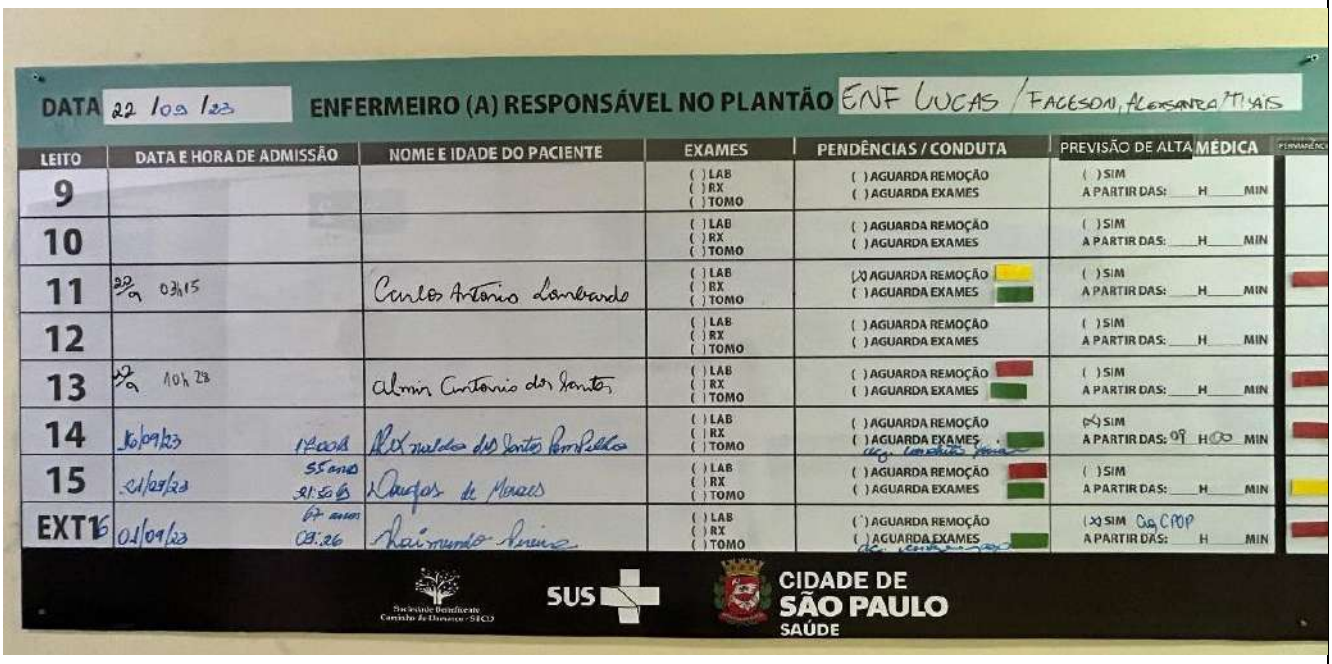
QUADRO 2 – OBSERVAÇÃO ADULTO – LEITOS 1 A 8

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72



QUADRO 3 – OBSERVAÇÃO ADULTO – LEITOS 9 A EXTRA1



12 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

1 - CECÍLIO, L. C. DE O. et al. Enfermeiros na operacionalização do Kanban: novos sentidos para a prática profissional em contexto hospitalar? Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, n. 1, p. 283–292, jan. 2020.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.UE.ASS.029	VERSÃO: 01
MANEJO DE BRONQUIOLITE EM CRIANÇAS ATÉ 2 ANOS DE IDADE.	VALIDADE: 07/2027	Pag. 1 de 7

Elaborado por: Diretor Técnico – André Ramos Neto	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Carla Carin Casaes FAEFCD486FD6449...
Verificado por: Assessora Técnica – Renata Colamarche	Data: 07/2025	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 90E0F55E05D144F...
Verificado por: Coordenador Médico – José Pablo Rojas Soliz	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Jose Pablo 8CFB1F44058F481...
Verificado por: Coordenação da Qualidade – Sabrina Benetti	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Sabrina Benetti 36842B6BE0BF4CE...
Aprovado por: Gerência Assistencial - Carla Carin Casaes	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Carla Carin Casaes FAEFCD486FD6449...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
0	Não se aplica	Emissão do documento

1- OBJETIVO

Padronizar as condutas, medicações e atuações frente ao diagnóstico de Bronquiolite nas unidades de urgência/emergência da SBCD, definindo o diagnóstico, tratamento de Bronquiolite Viral e os critérios de internação e alta hospitalar, promovendo ampliação do conceito de segurança do paciente.

2 – ALCANCE

Atendimento médico em consultórios, emergência e observação pediátrica de crianças até 2 anos de idade que apresentam quadro clínico de infecção de vias aéreas superiores e sibilos.

3 – COMPETÊNCIA

Médicos

– Diagnosticar, examinar, prescrever e conduzir os casos.

- Inserir o caso no sistema de regulação estadual SIRESP (Plataforma CROSS).

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

- Conduzir internação quando necessário.
- Identificar os requisitos que fundamentam a alta hospitalar.

Enfermeiros e técnicos de enfermagem:
- Garantir acesso venoso para infusão de medicação
- Mensurar sinais vitais
- Realizar a abertura de protocolo de sepse quando pertinente.
- Realizar prescrição de enfermagem

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

BQL – Bronquiolite
VSR – Vírus Sincicial Respiratório
TEC – Tempo de Enchimento Capilar
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

INTRODUÇÃO

Bronquiolite é uma doença comum na infância, tipicamente causada pelo Vírus Sincicial Respiratório (VRS) com alta morbidade e altas taxas de internação hospitalar.

É compreendido como o acometimento inflamatório primário das vias aéreas de pequeno calibre, sendo definido clinicamente como episódio de sibilância em crianças com idade inferior a 02 (dois) anos apresentando sinais de infecção respiratória viral e sem apresentação de atopia prévia.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Os pacientes geralmente começam com uma infecção do trato respiratório superior, com coriza, congestão nasal e febre, progredindo nos próximos 2 a 5 dias para sintomas do trato respiratório inferior (tosse, sibilância, taquipneia e falta de ar). Em média os sintomas têm duração de 02 duas semanas.

Fatores de risco para doença grave:

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

- Broncodisplasia;
- Trissomia do 21;
- Prematuridade. IG < 29 semanas possuem maior relevância;
- Lactentes jovens (< 3 meses de vida);
- Imunodeficiências;
- Crianças diagnosticadas como Cardiopatia congênita que apresentam repercussão hemodinâmica;
- Tabagismo passivo e exposição a tabagismo na gestação;
- Baixo peso;
- Doenças neuromusculares;

EXAME FISÍCO:

Ao exame físico podemos identificar sinais como: sibilos, taquipnéia, estertores difusos, aumento do tempo respiratório, como tiragens, expiração prolongada, batimento de asa do nariz, gemência e balanço da cabeça. Quando apresentarem sinais de desidratação, poderemos esperar: TEC aumentado, turgor cutâneo fora dos padrões de normalidade, mucosas secas e fontanelas deprimidas. Presença de cianose, hipoxemia e letargia são indicadores de casos mais graves.

EXAMES COMPLEMENTARES

O diagnóstico da Bronquiolite Viral é baseado na história e no exame físico. Na maioria dos casos não se faz necessário nenhum exame complementar adicional.

Radiografia de Tórax:

Os achados radiológicos na maioria dos casos de Bronquiolite correspondem a hiperinsuflação, infiltrados ou atelectasias As radiografias de tórax **não devem** ser solicitadas de rotina, uma vez que muitos dos achados não apresentam relação com critérios de gravidade e também não mudam o desfecho do tratamento. A solicitação **deve ser** realizada em casos moderados e graves, em pacientes que apresentam critérios para internação em UTI ou na hipótese de diagnóstico diferencial, como pneumonia, pneumotórax, corpo estranho, entre outros.

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

Exames laboratoriais:

Os exames laboratoriais não devem ser realizados de rotina. Pacientes febris com idade de 1 a 3 meses podem ser considerados para avaliação. Gasometria arterial não deve ser realizada rotineiramente, pois a indicação de suplementação de O2 se deve a avaliação clínica do paciente.

Investigação de Vírus Respiratório:

A investigação sobre vírus respiratórios por mais que não altere o curso do tratamento nos guia no sentido de evitar uso de antibióticos de forma indevida. Teste de Influenza A ou B positivo podem apresentar benefício quanto a prescrição de Oseltamivir.

TRATAMENTO

O tratamento da bronquiolite é basicamente de suporte, com oferta de O_2, suporte ventilatório e hidratação se necessário. Em pacientes internados é importante evitar manipulações desnecessárias que incitam agitação, choro e, consequentemente, agravamento do desconforto respiratório. Por exemplo, lavagens nasais com solução salina devem ser prescritas "se necessário".

O paciente recomendado para tratamento e observação em casa deve ser orientado sobre o curso esperado da doença e sinais de alerta para reavaliação, se necessário.

CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO:

- Toxemia, baixa aceitação alimentar, letargia ou desidratação;
- Desconforto respiratório moderado a grave, com um ou mais dos seguintes sinais: batimento de asa de nariz, tiragens, FR aumentada de acordo com os padrões para a idade
- Hipoxemia persistente em ar ambiente;
- Apneia (referida ou observada durante atendimento);
- Impossibilidade da família de oferecer cuidado adequado ao paciente em casa ou dificuldade de acesso ao serviço de saúde em caso de piora.

A presença de algum fator de risco para doença grave (principalmente idade menor de 3 meses, prematuridade com IG < 29 semanas, broncodisplasia, cardiopatia congênita com repercussão

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

hemodinâmica, doença neuromuscular e imunodeficiências) deve ser levado em consideração, porém isoladamente não é indicação de internação.

Pacientes sem critérios de internação, porém que ainda não entraram no período de pico de piora da doença não precisam ser internados, porém os cuidadores devem ser orientados quanto aos sinais de piora para retorno se necessário.

Oxigênio Suplementar

Aceitar pacientes em ar ambiente com Sat O2 > 90% se previamente hígido, bom estado geral, boa aceitação da dieta e desconforto respiratório se apresente de forma leve. Nas oportunidades de indicação de oxigênio, manter a saturação entre 92 a 94%.

Nebulização

A nebulização com solução salina hipertônica não é recomendada para pacientes com hipótese diagnóstica de bronquiolite viral tanto no atendimento inicial quanto na internação.

Hidratação

Quando necessário, o soro de manutenção isotônico é o mais indicado para a hidratação EV devido risco de hiponatremia. Quando na impossibilidade de acesso venoso, pode ser realizado por via orogástrica ou nasogástrica, dentro da avaliação especifica de cada paciente.

Salbutamol

O uso de Salbutamol não é recomendado pela Academia Americana de Pediatria. O paciente apresenta um potencial de melhora, porém não altera o curso da doença, indicação de internação e tempo de permanência no hospital.

O teste terapêutico com Salbutamol pode ser realizado, desde que o paciente seja reavaliado pelo médico, de preferência o mesmo que prescreveu, e a medicação mantida somente nos casos que ocorrer a melhora de: hipoxemia, sibilos e desconforto respiratório.

Antibióticos

Somente quando há coinfecção bacteriana seja essa confirmada ou com forte suspeita.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

<u>Não indicado para o tratamento de pacientes com Bronquiolite</u>:

- Corticoide sistêmico
- Brometo de ipratrópio
- Sulfato de magnésio
- Inalação com epinefrina.

Critérios de alta

A alta hospitalar pode ser considerada quando:

- Melhora do desconforto respiratório e FR dentro do padrão de normalidade para idade;
- Estável em ar ambiente – hipoxemia e desconforto respiratório (?) – há pelo menos 4 horas;
- Boa aceitação alimentar;
- Melhora da hidratação;
- Segurança e confiança dos responsáveis quanto ao tratamento domiciliar e fácil acesso a serviços de saúde em casa de necessidade.

6 – RESULTADO ESPERADO

Após a leitura deste protocolo, o médico pediatra estará apto a:

1. Definir a Bronquiolite.
2. Descrever as manifestações clínicas.
3. Conhecer as indicações de exames complementares.
4. Discorrer sobre o tratamento.
5. Listar critérios de internação hospitalar
6. Listar os critérios para alta hospitalar.

7 – AÇÕES CORRETIVAS

Evitar a solicitação de exames não condizentes com o diagnóstico.
Evitar a prescrição de medicações sem indicação para o diagnóstico.

8 – RISCOS DO PROCESSO

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

Não se aplica.

9 – INDICADORES

Diagnóstico clínico realizado corretamente (número de solicitações de radiografia de tórax e exames laboratoriais)

Tratamento realizado corretamente (número de tratamento corretos/ número de pacientes tratados)

10 – ANEXOS

N/A

12 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Schvartsman, Benita G. Soares; Maluf Jr., Paulo; Carneiro-Sampaio, Magda. Pronto Socorro [3.ed.]. BARUERI: Manole, 2018. 920p. (Coleção Pediatria. Instituto da Criança HC - FMUSP)

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.UE.ASS.030	VERSÃO: 01
POP PUNÇÃO INTRAÓSSEA UTILIZANDO O DISPOSITIVO BIG® (Bone Injection Gun)	VALIDADE: 07/2027	Pag. 1 de 9

Elaborado por: Assessora Técnica – Renata Colamarche	Data: 07/2025	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 90E0F55E05D144F...
Verificado por: Assessor Técnico – Fabricio Lopes da Silva	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: 97794B2C355C4A3...
Verificado por: Coordenação da Qualidade – Sabrina Benetti	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Sabrina Benetti 36842B6BE0BF4CE...
Aprovado por: Gerência Assistencial - Carla Carin Casaes	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Carla Carin Casaes FAEFCD486FD6449...

Rev.	Data	Descrição da Revisão / Data / Responsável
0	Não se aplica	Emissão do documento

1- OBJETIVO

Padronizar condutas baseadas em evidências científicas para o uso adequado do material para acesso intraósseo, disponível na unidade, garantindo as boas práticas assistenciais na técnica de inserção do dispositivo BIG® (Bone Injection Gun) para punção intraóssea de emergência na face ântero-medial da tíbia, úmero, maléolo e rádio, visando acesso à circulação venosa em crianças e adultos (LANE; GUIMARÃES, 2008).

A punção intraóssea (IO) consiste na introdução de uma agulha na cavidade da medula óssea, possibilitando acesso à circulação sistêmica venosa por meio da infusão de fluido na cavidade medular, fornecendo uma via rígida, não colapsável, para a infusão de medicamentos e soluções em situações de emergência.

O acesso intraósseo voltou a ganhar evidência com as atuais diretrizes mundiais de reanimação cardiopulmonar e reposição volêmica no trauma, que o posicionam como a segunda opção em sequência de acessos ou vias de administração de medicamentos, no caso de insucesso na obtenção de um acesso venoso periférico.

O acesso intraósseo obtido em situações de emergência pode ser mantido, em geral, até 24 horas do início de sua inserção, havendo necessidade de substituí-lo após este período, não apenas pela progressiva perda de sua eficiência como também por riscos adicionais de osteomielite e embolia gordurosa.

Este tipo de acesso poderá ser realizado pelo profissional médico e pelos enfermeiros em situações de emergência ou urgência, desde que não obtenha sucesso na tentativa de acesso venoso e de que esteja capacitado para tal finalidade

2 – ALCANCE

Unidades de Urgência e Emergência (Pronto Socorro Santana e UPA Jaçanã).

3 – COMPETÊNCIA

Médico;
Enfermeiro*

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

*Obs.: Desde que seja capacitado para este procedimento.

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

BIG®: Bone Injection Gun

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

Material:

1. MATERIAL – KIT PUNÇÃO INTRA ÓSSEA (EXCLUSIVO PARA PUNÇÃO INTRA ÓSSEA)
    - Dispositivo para punção intraóssea - modelo disponível na unidade BIG® tamanho pediátrico (VERMELHO) e adulto (AZUL) – FIG 1;
    - Agulha 40x12
    - Agulha 25x8
    - Luva estéril tamanhos 7,0; 7,5 e 8,0;
    - Gaze estéril;
    - Solução Tópica (Álcool 70% ou Clorexidina 2%) para antissepsia;
    - Lençol de tecido para coxim – usar do setor;
    - Seringa de 10 ml e 20 ml;
    - Polifix e/ou conector em T (torneirinha)
    - Micropore – fita adesiva
    - Equipo macro e microgotas



Figura 1 – Agulha intraóssea modelo BIG® (Bone Injection Gun). Versão Pediátrica (vermelha) e adulto (azul). Fonte Waismed Ltda, Israel.

Procedimentos:

Preparo:

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

- Posicionar paciente em decúbito dorsal;
- Apoiar um coxim sob o joelho permitindo que o membro fique semifletido;
- Manter perna fletida a 30° para localizar tuberosidade tibial;
- Proceder leve rotação externa do membro inferior escolhido para punção (o osso puncionado precisa estar apoiado em superfície plana, maca, colchão, etc.);
- Escolher o dispositivo adequado (criança ou adulto): para menores de 12 anos o dispositivo VERMELHO e para maiores de 12 anos o dispositivo AZUL;
- Abrir a embalagem do dispositivo;
- Calçar a luva estéril;
- Proceder antissepsia da pele com produto disponível padronizado na instituição e em seguida, delimitar o local de punção (conforme descrito nos itens 4.2 e 4.3)

Delimitação do Local de inserção: Pacientes de 0 – 12 anos

- Delimitar a tuberosidade da tíbia (Fig.2);
- Avançar 1-2 cm medialmente (Fig.3);
- A partir deste ponto avançar 1cm distalmente (para baixo) - LOCAL DA PUNÇÃO (Fig.4).



Figura 2 – Identificar a tuberosidade da tíbia
Fonte: Manual do fabricante

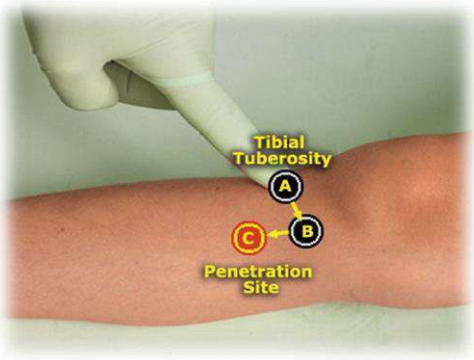


Figura 3 – Sitio de inserção do dispositivo em de 0-12 anos.

Delimitação do Local de inserção: Pacientes acima de 12 anos e adultos

- Delimitar a tuberosidade da tibia (Fig 4);
- Avançar 2 cm medialmente (Fig.5);
- A partir deste ponto avançar 1cm proximalmente (para cima em direção ao joelho) - Platô Tibial.

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

- LOCAL DA PUNÇÃO (Fig. 6 e 7);
  - Úmero (Fig.8);
  - Maléolo (Fig.9);
  - Rádio (Fig.10).



Figura 4 – Identificar a tuberosidade da tíbia. Fonte: Manual do fabricante

Figura 5 – Avançar 2cm medialmente. Fonte: Manual do fabricante.

Figura 6 – Avançar 1cm em direção à patela. Fonte: Manual de dispositivo BIG®

Figura 7 – Sítio de inserção do BIG® em maiores de 12 anos e adultos. Instrução do fabricante..

Figura 8 – Úmero.

Figura 9- Maléolo medial.

Figura 10- Rádio.

1.1.1 Punção: CRIANÇAS

• O dispositivo possui ajuste com regulagem da idade, o que permite delimitar a profundidade da agulha entre 0.5 – 1.5 cm (Fig.11):

– 0 a 3 anos: 0.5cm
– 3 a 6 anos: 1cm
– 6 a 12 anos: 1.5cm

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

• A partir da idade estimada da criança (0-3 anos; 3-6 anos; 6-12 anos), girar o componente inferior do dispositivo até que apareçam os limites da faixa etária na agulha juntamente com a respectiva profundidade a ser inserida no momento do disparo.

Figura 11 – Agulha intraóssea modelo BIG® (Bone Injection Gun). Versão Pediátrica (vermelha).

• Com a mão não dominante, apoiar a extremidade distal da agulha sobre o sítio de punção, formando um ângulo de 90° com a pele, segurando firme na mão entre o polegar e o indicador pressionando para baixo (contra a pele), segurar firme apoiando a mão na perna do paciente;
• Com a mão dominante, retirar a trava de proteção do dispositivo (parte superior) e reservá-lo. (Fig.7);
• Manter o dispositivo firmemente apoiado com a mão não-dominante sobre o sítio de punção e, com a mão dominante, posicionar o 3° e 4° dedos sob a asa lateral do dispositivo e a face interna da mesma mão na parte superior do mesmo, pressionando-o para baixo: ocorrerá imediatamente o disparo da agulha nesse momento (Fig.8);
• Retirar o dispositivo de plástico girando-o gentilmente para cima: nesse momento surgirá a agulha devidamente inserida no osso (Fig.9);
• Verificar se a mesma encontra-se firememente aderida ao osso;
• Retirar o guia (mandril) presente no interior da agulha (Fig.9) somente a agulha deverá permanecer inserida no osso;
• Conectar a seringa com 10 ml e aspirar verificando o conteúdo medular (Fig.10), caso não retorne medula prossiga com o flushing de SF 0,9% (nem toda punção reflui conteúdo medular);
• Em seguida fazer uma injeção rápida (Flushing) da solução salina visando desobstrução da agulha (Fig.11);
• Conectar adaptador soro/equipo e iniciar a infusão ou administração de medicamentos conforme orientação médica: observar se há presença de estravazamento de soroterapia/medicamentos no tecido subcutâneo – caso houver, a punção deve ser retirada (Fig.12);
• Utilizar a trava de plástico “retirada no início do procedimento” para fixação da mesma junto à pele (Fig13);
• Fazer curativo conforme rotina do serviço;
** Em crianças usar curativo transparente para visualização no caso de extravazamento.
• Realizar radiografia local e anotar no prontuário.

Punção: ADULTOS

O dispositivo possui ajuste com regulagem de local a ser puncionado, o que permite delimitar a profundidade da agulha entre 1.5 – 2.5cm (Fig.12)

- Rádio: 1.5cm
- Maléolo: 2.0cm
- Tíbia/Úmero: 2.5cm

A partir do local de punção (Tibia, Úmero, Maleolo e Rádio), girar o componente inferior do dispositivo até

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

que apareçam os locais juntamente com a respectiva profundidade a ser inserida no momento do disparo.

Figura 12 – Agulha intraóssea modelo BIG® (Bone Injection Gun) adulto (azul). Fonte Waismed Ltda, Israel.

• Com a mão não dominante, apoiar a extremidade distal da agulha sobre o sítio de punção, formando um ângulo de 90° com a pele, segurando firme na mão entre o polegar e o indicador pressionando firmemente para baixo (contra a pele) (Fig.13);
• Com a mão dominante, retirar a trava de proteção do dispositivo (parte superior) e reserva-lo. (Fig.14).
•Manter o dispositivo firmemente apoiado com a mão não-dominante sobre o sítio de punção e, com a mão dominante, posicionar o 3° e 4° dedos sob a asa lateral do dispositivo e a face interna da mesma mão na parte superior do mesmo, pressionando-o para baixo: ocorrerá imediatamente o disparo da agulha nesse momento (Fig.15).
• Retirar o dispositivo de plástico girando-o gentilmente para cima: nesse momento surgirá a agulha devidamente inserida no osso.
• Verificar se a mesma encontra-se firmemente aderida ao osso;
• Retirar o guia (mandril) presente no interior da agulha (Fig.16) somente a agulha deverá permanecer inserida no osso;
• Conectar a seringa com 10 ml e aspirar verificando o conteúdo medular (Fig. 17), pode haver retorno ou não da medula (nem toda punção reflui conteúdo medular);
• Em seguida fazer uma injeção rápida (Flushing) com solução SF 0,9%, visando desobstrução da agulha (Fig.18);
• Conectar adaptador soro/equipo e iniciar a infusão ou administração de medicamentos conforme orientação médica: observar se há presença de estravazamento de soroterapia/medicamentos no tecido subcutâneo – caso houver, a punção deve ser retirada;
• Utilizar a trava de plástico “retirada no início do procedimento” para fixação da mesma junto à pele;
• Fazer curativo conforme rotina do serviço;
• Realizar radiografia do local e anotar no prontuário.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

Figura 13 – Mantenha o dispositivo junto ao sítio de punção num ângulo de 90º, e retire a trava de segurança. Segure com firmeza a base pressionando contra a pele. Fonte: Manual do fabricante.

Figura 14 – Retirada da trava de segurança.

Figura 15 -Posicionamento da mão para punção com dispositivo guia. Fonte- Manual do BIG®. Com a mão não dominante pressione firmemente o dispositivo junto ao sítio de punção; com a mão dominante, coloque o 3º e 4º dedos sob as abas laterais e a palma da mão na parte superior do dispositivo, pressionando-o. Fonte: Manual do fabricante.

Figura 16 – Retirada do

do fabricante.

Figura 17 e Figura 18 – Conectar seringa com SF 0,9%, aspirar conteúdo medular e em seguida infundir solução SF0,9% para desobstrução da agulha. Fonte: Manual do fabricante.

OBSERVAÇÕES

- Lavar as mãos antes e depois dos procedimentos.
- Para realização das intervenções utilize SEMPRE equipamentos de proteção individual (EPI) – óculos, luvas e máscara facial.
- O dispositivo pediátrico (VERMELHO) deve ser utilizado em paciente MENORES de 12 anos;
- O dispositivo adulto (AZUL) deve ser utilizado em paciente MAIORES de 12 anos.

BIG® trata-se de um pequeno dispositivo plástico automático com disparo por meio de molas para inserção intraóssea. A partir da remoção da trava de segurança na parte superior do dispositivo, o disparador é

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

pressionado e a agulha dispara através do córtex ósseo. Possui ajustável profundidade de inserção entre 0.5 e 1.5cm (pediátrico) e 0.5 a 2.5cm (adulto). A versão adulta possui uma agulha de 15 Gauge e a pediátrica 18 Gauge. A versão pediátrica é indicada para uso em crianças menores que 12 anos de idade. A versão adulta é indicada para crianças maiores de 12 anos e adultos incluindo idosos.

A unidade tem um KIT PARA PUNÇÃO INTRA ÓSSEA ADULTO E PEDIÁTRICO, mantido em sala de emergência adulto e contendo o material necessário para o procedimento.

.

6 – RESULTADO ESPERADO

7 – AÇÕES CORRETIVAS

8 – RISCOS DO PROCESSO

9 – INDICADORES

10 – ANEXOS

12 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: D7D3C7AE-BA8E-47E7-BC3E-A51907740D72

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.UE.ASS.031	VERSÃO: 01
UTILIZAÇÃO CURATIVO TRÊS PONTOS	VALIDADE: 07/2027	Pag. 1 de 3

Elaborado por: Assessor Técnico – Fabricio Lopes da Silva	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: 97794B2C355C4A3...
Verificado por: Assessora Técnica - Renata Colamarche	Data: 07/2025	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 90E0F55E05D144F...
Verificado por: Coordenação da Qualidade – Sabrina Benetti	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Sabrina Benetti 36842B6BE0BF4CE...
Aprovado por: Gerência Assistencial - Carla Carin Casaes	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Carla Carin Casaes FAEFCD486FD6449...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
0	Não se aplica	Emissão do documento

1- OBJETIVO

Instalar o curativo de três pontos com a finalidade de promover o tamponamento imediato da lesão torácica aberta ou aspirativa.

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

- Equipamentos de proteção individual (como óculos, luvas e máscara facial)
- Fita adesiva
- Solução fisiológica 0,9% ou água destilada

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

- Gaze estéril
- Plástico ou material estéril impermeável

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Utilizar os equipamentos de proteção individual;
- Explicar o procedimento ao usuário e/ou acompanhante se possível;
- Realizar a limpeza da lesão com Solução Fisiológica 0,9% ou água destilada utilizando a gaze para passar na lesão depois de umedecida e também ao seu redor, utilizando técnica para curativos. Nunca realize o movimento contrário, sempre da ferida para área peri lesão;
- Realizar a cobertura de toda ferida com a cobertura impermeável (p.ex., embalagem da gaze industrializada face interna- plástico);
- Colar as fitas adesivas em três lados do curativo de forma a permitir a saída de exsudato da lesão no sentido da gravidade (Fig. 1);
- Monitorar a dinâmica ventilatória.

Figura 1



6 - OBSERVAÇÃO

A fixação do curativo oclusivo em apenas três lados produz um efeito de válvula; desse modo, na expiração, tem-se a saída de ar que é impedido de retornar na inspiração, evitando, assim, formar um pneumotórax hipertensivo.

7 - REGISTRO

Registrar a assistência prestada em ficha de atendimento de enfermagem com assinatura e carimbo constando número do Coren de quem realizou a técnica.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de intervenção para o SAMU 192: serviço de atendimento móvel de urgência. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/outubro/26/livro-basico-2016.pdf>. Acesso em: 15 mai 2019.

COLÉGIO AMERICANO DE CIRURGIÕES. Comitê do Trauma. Suporte avançado de vida no trauma ATLS: manual do curso para alunos. São Paulo: Colégio Americano de Cirurgiões, 2007.

PHTLS atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.UE.ASS.032	VERSÃO: 01
POP DIRECIONAMENTO DE PACIENTES COM DETERIORAÇÃO CLÍNICA EM AMA UBS INTEGRADA	VALIDADE: 07/2027	Pag. 1 de 6

Elaborado por: Assessora Técnica – Renata Colamarche	Data: 07/2025	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 90E0F55E05D144F...
Verificado por: Assessor Técnico – Fabricio Lopes da Silva	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: 97794B2C355C4A3...
Verificado por: Coordenação da Qualidade – Sabrina Benetti	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Sabrina Benetti 36842B6BE0BF4CE...
Aprovado por: Gerência Assistencial - Carla Carin Casaes	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Carla Carin Casaes FAEFCD486FD6449...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
0	Não se aplica	Emissão do documento

1- OBJETIVO

Descrever a rotina para situações em que usuários dos serviços da Unidade Básica de Saúde (UBS) apresentam deterioração clínica e necessitam de continuidade de sua assistência no serviço de urgência e emergência integrado, seguindo para a AMA.

2 - ALCANCE

Unidades de Atendimento Médico Ambulatorial integradas a Unidades Básicas de Saúde.

3 – RESPONSABILIDADE

Enfermeiro, Médico, Técnico de enfermagem, Assistente Administrativo e Assistente Social.

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

Como se sabe as Unidades Básicas de Saúde são a principal porta de acesso à Atenção Primária a Saúde (APS) e consequentemente ao Sistema Único de Saúde (SUS) e por este motivo, diferentes públicos dão entrada, buscando serviços diversos que podem ser oferecidos e referenciados pela unidade.

De acordo com essa demanda espontânea se torna necessário que a equipe multiprofissional tenha um olhar atento e qualificado sobre o estado geral de saúde destes usuários, afim de identificar precocemente casos que possam ser de maior complexidade.

É necessário que haja a correta capacitação dos profissionais não assistenciais para que consigam identificar alterações do estado geral dos usuários e que adotem a comunicação eficaz com

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

as equipes assistenciais para que estas avaliem o quadro e prossigam de acordo com as necessidades de cada caso específico.

Além da identificação precoce de alterações de estado geral é necessário que se estabeleça um fluxo para o atendimento de intercorrências clínicas e seu correto direcionamento ao serviço de urgência e emergência, caso seja necessário.

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

Quando os pacientes dão entrada no serviço de saúde todos deverão ser direcionados ao Totem para retirada de senha, onde contamos com a presença dos controladores de acesso, e neste primeiro contato o usuário irá informar o motivo pelo qual este veio até a UBS. Neste primeiro contato, caso o paciente relate queixas agudas, os controladores de acesso deverão acionar de imediato a equipe de enfermagem do serviço.

Como exemplos destes quadros agudos podemos citar: Falta de ar, dor no peito, dor abdominal, sangramentos em geral, dormência de mãos/braços, tontura, quedas em geral e etc...

Além disso, caso o usuário não apresente relato de queixa aguda, porém seja observado que apresenta alterações de seu estado geral enquanto aguarda, também deverá haver a comunicação para a equipe de enfermagem do serviço, esta comunicação deverá ser realizada por qualquer profissional do serviço que identifique o quadro anormal. Como exemplo de quadros a serem observados podemos citar suor excessivo, dificuldade para caminhar, palidez, apatia, falta de resposta a comandos verbais e etc.

A equipe de enfermagem (técnico de enfermagem ou enfermeiro) ao serem acionados pelo controlador de acesso ou demais membros da equipe, deverão obter as informações sobre aquele usuário e direcioná-lo para o acolhimento para que seja avaliado e tenha seus sinais vitais (SSVV) aferidos, independente do motivo pelo qual este está procurando a unidade de saúde.

Ao realizar o acolhimento dos usuários direcionados pelo controlador de acesso e também dos demais que chegam através do acesso avançado o enfermeiro deverá realizar uma breve entrevista afim de compreender o quadro clínico apresentado e, em identificando alterações de SSVV e/ou queixas potencialmente agudas e graves deverá solicitar a avaliação do médico do serviço.

É fundamental que este usuário quando identificado seja acomodado de forma confortável e privada em ambiente adequado (ex: sala de procedimentos) para que se proceda a avaliação médica, e em confirmação da necessidade de atendimento em unidade especializada (urgência e emergência) o enfermeiro responsável deverá solicitar a outro profissional (técnico de enfermagem ou assistente administrativo) para que prossiga até a AMA integrada e comunique que haverá a necessidade de

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

remoção de um paciente para continuidade do atendimento. É importante que um profissional de saúde permaneça com o usuário durante todo este processo.

O médico da UBS sequencialmente deverá passar o caso para o médico da AMA afim de definir se o paciente prosseguirá para atendimento em consultório ou se necessitará de atendimento em sala de emergência. Na AMA esse paciente terá seu acolhimento com classificação de risco (ACCR), realizado pelo enfermeiro de forma preferencial, bem como abertura da ficha de atendimento (FA).

Após definição da necessidade de atendimento o paciente deverá ser transportado até a AMA, sendo que, caso esteja consciente e capaz de permanecer sentado deverá ser acomodado em cadeira de rodas a ser conduzida por profissional da saúde da UBS até a AMA integrada, sendo deixado sob a responsabilidade de profissional de saúde também na unidade de destino, onde o atendimento prosseguirá.

Nos casos de pacientes de maior gravidade, que após passagem de caso médico a médico seja definida a necessidade de atendimento em sala de emergência, este deverá ser transportado pela equipe de saúde em maca de transporte, ou onde não for possível, em prancha rígida (anexo 02) com cintos de fixação. Nos transportes em prancha é fundamental que sejam envolvidos o maior número de profissionais possível (sendo o ideal 06 colaboradores, 03 de cada lado), afim de garantir um transporte seguro.

É importante citarmos que em casos críticos onde o usuário apresenta quadro súbito e inesperado (crise convulsiva, desmaio, parada respiratória e/ou cardíaca) este deverá ser atendido imediatamente, no local onde se encontra e o médico também acionado de imediato. À equipe administrativa, nestes casos, caberá a comunicação do evento à equipe da AMA e orientação dos demais usuários para manter a área livre e se possível garantir alguma privacidade, com uso de biombos por exemplo.

Nestes atendimentos de quadros súbitos a equipe de enfermagem e o médico deverão garantir a segurança deste paciente, evitando possíveis agravos ao quadro e organizar o local para o transporte até a AMA o mais rapidamente possível. Este transporte deverá ocorrer de acordo com a necessidade de cada serviço (maca ou prancha rígida) sendo sempre acompanhada pelo médico da UBS até a admissão deste paciente na sala de emergência da AMA.

Em todos os casos de necessidade de continuidade de atendimento ao paciente em serviço de urgência e emergência, o serviço social da UBS deverá ser comunicado para que possa garantir a apresentação do prontuário do usuário, facilitando a obtenção de seu histórico e ainda prosseguir com a comunicação à familiares/responsáveis caso o paciente esteja desacompanhado.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

6– RESULTADO ESPERADO

Efetividade na identificação, atendimento e transferência de pacientes em deterioração clínica durante atendimento em UBS para a AMA integrada.

Organização do fluxo de direcionamento de pacientes em quadros agudos que necessitem de continuidade do atendimento em AMA.

7– AÇÕES CORRETIVAS

8 – RISCOS ENVOLVIDOS

Atraso ou não identificação de pacientes em deterioração clínica durante atendimento na UBS.

Comunicação ineficaz entre as equipes, impactando no atendimento necessário ao paciente em quadro crítico.

9 – DOCUMENTOS RELACIONADOS

N/A

10 - INDICADORES

N/A

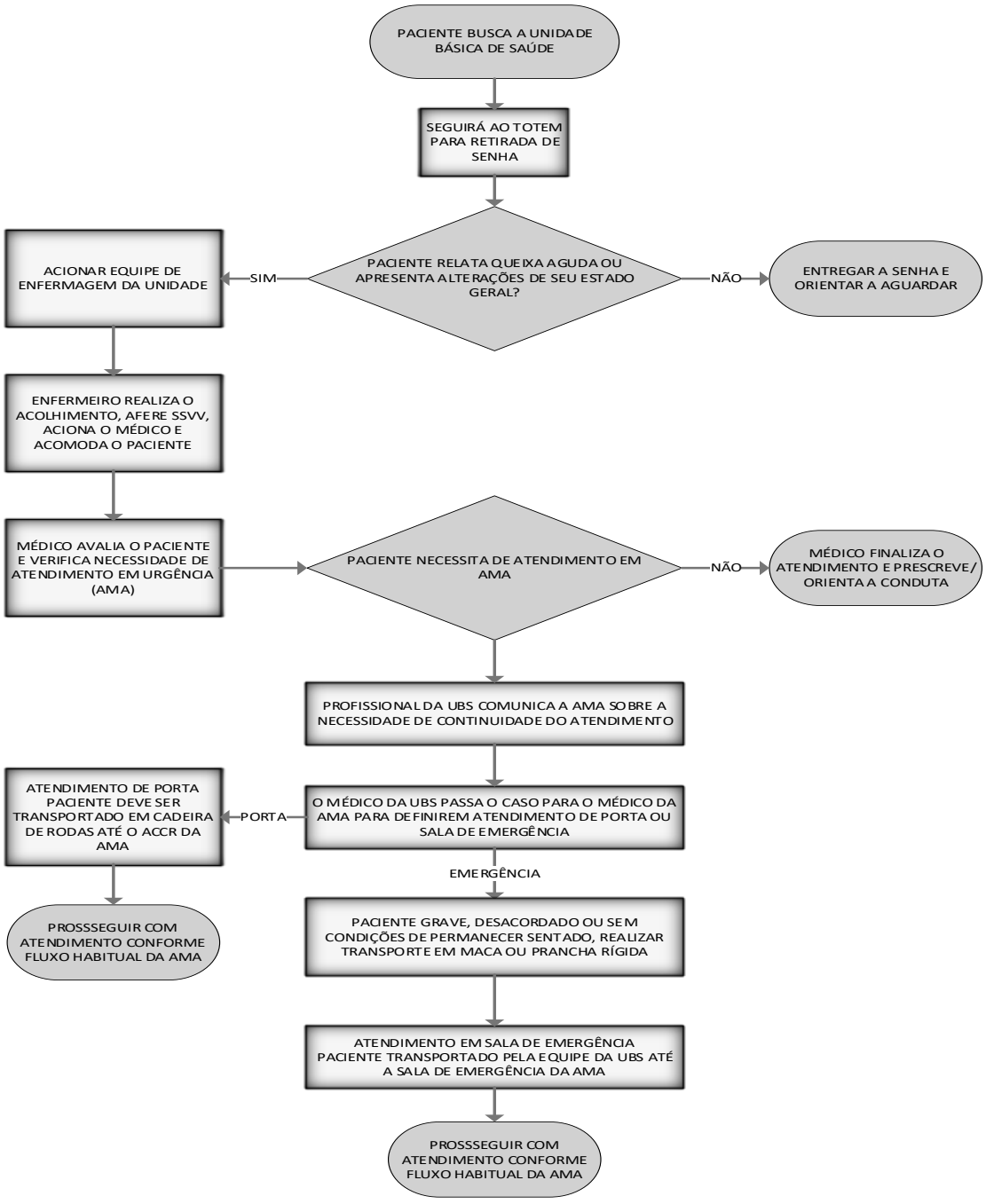
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

11- ANEXOS

1- FLUXO DE ATENDIMENTO DE PACIENTES COM DETERIORAÇÃO CLÍNICA NA UBS



AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

2 – PRANCHA RÍGIDA COM CINTAS DE FIXAÇÃO



12- REFERÊNCIAS

N/A

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.UE.ASS.033	VERSÃO: 1
FAST TRACK	VALIDADE: 07/2027	Pag. 1

Elaborado por: Coordenadora Assistencial – Paula A. S. F. Martins	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Carla Carin Casaes FAEFCD486FD6449...
Verificado por: Assessora Técnica - Renata Colamarche	Data: 07/2025	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 90E0F55E05D144F...
Verificado por: Coordenador Médico – José Pablo Rojas Soliz	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Jose Pablo 8CFB1F44058F481...
Verificado por: Coordenação da Qualidade – Sabrina Benetti	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Sabrina Benetti 36842B6BE0BF4CE...
Aprovado por: Gerência Assistencial - Carla Carin Casaes	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Carla Carin Casaes FAEFCD486FD6449...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
0	Não se aplica	Emissão do documento

1- OBJETIVO

Reduzir o tempo de espera para atendimento médico dos pacientes classificados como verde e azul, conforme Protocolo Manchester.
Reduzir o tempo de espera para medicação após atendimento médico na unidade.

2 – ALCANCE

Pacientes portadores de patologias dita de baixa complexidade, triados pelo Protocolo Manchester como azul ou verde, com condições clínicas como:

- Odinofagia, disfagia, conjuntivites, dores articulares crônicas sem trauma, dor lombar crônica sem trauma, dor miccional, rinorreia, tosse, fraqueza e prostração, diarreia/vômitos leves, enxaqueca, resultados de exames, acidentes leves com animais.

São Critérios de exclusão: Crianças, idosos, pacientes com mais de uma queixa simultânea, gestantes, multi comorbidades e pacientes com mais de duas passagens nos últimos 30 dias.

3 – COMPETÊNCIA

ENFERMEIROS

- Direcionar os pacientes elegíveis para os ambientes de atendimento, sinalizados com FILIPETA DO FAST TRACK (anexo 01), direcionando à recepção após a classificação de risco;

RECEPÇÃO

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

- Abrir a ficha de atendimento com sinalização "FT" na filipeta, alertando o paciente para aguardar na recepção o chamado pelo painel para o consultório 06.
- Encaminhar a FA para a "especialidade" FT, criada no sistema dos chamadores.

MÉDICOS

- Examinar, diagnosticar, prescrever e conduzir os casos.
- Realizar a contra referência para unidades básicas de saúde, se indicado.

FARMACÊUTICO

- O farmacêutico do plantão, deve ao menos uma vez a cada 24 horas visitar a sala de fast track a fim de avaliar se há necessidade de reposição de medicação no estoque local da sala.

Observações:

- Na contingência manual – sem nenhum sistema – imprimir ficha do SIGA e emitir lista com os pacientes FT para entregar ao Médico do consultório 06.
- Na contingência manual por demanda, imprimir as FAs direcionadas ao FT e entregar no consultório 06.

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

Siglas:
FT - *Fast Track* – "passagem rápida", tem como intuito reduzir o tempo de espera para o atendimento médico.
FA – Ficha de atendimento
CR – Classificação de risco.
VO – Via oral
IM – Via intramuscular

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

A Sala 06 será o local designado para esta atividade;

Os médicos eleitos para o *Fast Track* serão os mais experientes em atendimento de porta em urgência e emergência, no momento;

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

- O médico chamará para a consulta a ficha sinalizada pela Classificação de Risco que se encaixe nos critérios definidos acima – conforme filipeta entregue pelo enfermeiro na ocasião da classificação de risco;
- Após o atendimento, o médico deverá prescrever preferencialmente as medicações padronizadas no fast track, conforme tabela em anexo, a ser administrada pelo técnico de enfermagem alocado na mesma sala 06.
- O técnico de enfermagem do Fast Track por sua vez, realiza conferência de identificação do paciente, conforme meta de segurança 01, e prepara as medicações já prescritas pelo médico, administrando-as conforme meta de segurança 03; uma vez o paciente atendido e medicado, o mesmo está pronto para deixar a sala 06, para seu domicílio munido de receituário e encaminhamento à UBS, conforme necessidade.
- Na eventualidade de situação de maior complexidade, o paciente deverá ser conduzido conforme o caso, porém a reavaliação será feita por outro plantonista ou em sala de emergência.

Obs.: registros médicos e de enfermagem serão feitos conforme rotina do serviço.

6 – RESULTADO ESPERADO

Redução dos tempos de espera para consulta e medicação.

Redução da movimentação dos pacientes pela unidade.

7 – AÇÕES CORRETIVAS

Em caso de paciente admitido com necessidade de investigação diagnóstica ou dor não passível de tratamento com medicação intramuscular ou via oral, a situação deve ser conduzida inicialmente com completude da consulta pelo médico do FAST TRACK, solicitando exames laboratoriais, radiografia ou outros que considere relevante para condução do caso. Este paciente, não deve ser novamente conduzido a fila para novo atendimento, mas sim, direcionado pelo técnico de enfermagem à sala de medicação.

Após medicação e condução clínica adequada, outro médico da porta deve ser acionado pela equipe de enfermagem para reavaliar o paciente a fim de realizar a conclusão do diagnóstico e condução clínica do caso citado.

8 – RISCOS DO PROCESSO

Encaminhamento de pacientes não elegíveis para o modelo *fast track.*

Aumento do tempo de espera das fichas com classificação de risco amarela

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

9 – INDICADORES

Número de pacientes atendidos pelo fast track

Número de medicações realizadas no fast track

Número de medicações IM realizadas no fast track

Número de medicações VO realizadas no fast track

Tempo total de jornada do paciente após retirada de triagem

Tempo para atendimento inicial na fila exclusiva de fast track

Indice de retorno pós atendimento em modelo FAST TRACK em até 30 dias corridos

10 – ANEXOS

ANEXO 1 – FILIPETA FAST TRACK

PSM SANTANA DR LAURO RIBAS BRAGA	PSM SANTANA DR LAURO RIBAS BRAGA
FAST TRACK	FAST TRACK

ANEXO 2 - LISTA DE MEDICAMENTOS ELEGÍVEIS

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

ITENS DISPONIBILIZADOS PARA A SALA FAST TRACK

PSM SANTANA **DATA:**

MEDICAMENTOS - AMPOLAS	CÓD.	QTDE.	REPOSIÇÃO
ÁGUA DESTILADA 10 ML	215	10	
ÁLCOOL 70% 100 ML	84	2	
BENZILPENICILINA BENZATINA 1.200.000 U	125	15	
BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA 20MG 1ML	131	20	
BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA 4 MG/ML + DIPIRONA 500MG/ML-5ML AMP	284	20	
CETOPROFENO 100MG IM	853	30	
DEXAMETASONA 10MG 2,5ML INJETAVEL	149	20	
DICLOFENACO DE SODIO 75MG 3ML INJETAVEL	153	20	
DIPIRONA SODICA 500MG/ML - 2 ML	347	30	
HIDROCORTISONA SUCCINATO SODICO 100MG INJETAVEL	181	5	
HIDROCORTISONA SUCCINATO SODICO 500MG INJETAVEL	182	5	
METOCLOPRAMIDA 5MG/ML 2ML INJETAVEL	200	10	
ONDANSETRONA 2MG/ML SOL INJ 4ML	250	10	
MEDICAMENTOS - COMPRIMIDOS	**CÓD.**	**QTDE.**	**REPOSIÇÃO**
DIPIRONA 500MG CP	216	20	
METOCLOPRAMIDA 10MG CP	199	20	
PARACETAMOL 750MG CP	240	20	
MATERIAIS MÉDICOS HOSPITALARES	**CÓD.**	**QTDE.**	**REPOSIÇÃO**
AGULHA HIPODERMICA 30 X 7 MM DESCARTAVEL	509	100	
AGULHA HIPODERMICA 40 X 12 MM DESCARTAVEL	511	100	
ALGODÃO BOLA	530	1	
COLETOR P/ARTIGOS PERFURO CORTANTES 13 LT	581	1	
COPO DESCARTÁVEL 180 ML	424	100	
COPO DESCARTÁVEL 50 ML	425	100	
FITA ADESIVA HIPOALERGENICA 50MMX10MTS MICROPORE C/CAPA	659	1	
LUVA PROCEDIMENTO S/LATEX S/ PO NAO ESTERIL MEDIA	687	100	
LUVA PROCEDIMENTO S/LATEX S/ PO NAO ESTERIL PEQUENA	688	100	
SERINGA 03 ML DESCARTAVEL S/ AGULHA (LUER LOCK) C/ DISPOSITIVO DE SEGURANÇA	854	30	
SERINGA 05 ML DESCARTAVEL S/ AGULHA (LUER LOCK) C/ DISPOSITIVO DE SEGURANÇA	718	30	

12 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

1 – Chaves, S. M. A; FAST TRACK NAS UPA - ANÁLISE DAS OPORTUNIDADES E DAS MELHORIAS CONTÍNUAS - Universidade Federal Fluminense, Niterói 2021. Disponível em: https://app.uff.br/riuff/bitstream/handle/1/28709/Tese-SandradoAmaral.pdf?sequence=1&isAllowed=y Acesso em: 10/02/2024.

1. Lindner G, Woitok BK. Emergency department overcrowding : Analysis and strategies to manage an international phenomenon. Wien Klin Wochenschr. 2021 Mar;133(5-6):229-233. doi: 10.1007/s00508-019-01596-7. Epub 2020 Jan 13. PMID: 31932966.

Fazzalari A, Srinivas S, Panjwani S, Pozzi N, Friedrich A, Sheoran R, Sabato J, Durocher D, Reznek M, Aiello F, Litwin D, Cahan MA. A Fast-Track Pathway for Emergency General Surgery at an Academic Medical Center. J Surg Res. 2021 Nov;267:1-8. doi: 10.1016/j.jss.2021.04.012. Epub 2021 Jun 8. PMID: 34116389.

2. De Freitas L, Goodacre S, O'Hara R, Thokala P, Hariharan S. Interventions to improve patient flow in emergency departments: an umbrella review. Emerg Med J. 2018 Oct;35(10):626-637. doi: 10.1136/emermed-2017-207263. Epub 2018 Aug 9. PMID: 30093379.

3. Gasperini B, Pierri F, Espinosa E, Fazi A, Maracchini G, Cherubini A. Is the fast-track process efficient and safe for older adults admitted to the emergency department? BMC Geriatr. 2020 Apr 28;20(1):154. doi: 10.1186/s12877-020-01536-5. PMID: 32345234; PMCID: PMC7189513.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.UE.ASS.034	VERSÃO: 01
MANEJO DO DÉFICIT NEUROLÓGICO AGUDO	VALIDADE: 07/2027	Pag. 1 de 10

Elaborado por: Diretor Técnico – André Ramos Neto	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Carla Carin Casaes FAEFCD486FD6449...
Verificado por: Assessora Técnica – Renata Colamarche	Data: 07/2025	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 90E0F55E05D144F...
Verificado por: Coordenação da Qualidade – Sabrina Benetti	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Sabrina Benetti 36842B6BE0BF4CE...
Aprovado por: Gerência Assistencial - Carla Carin Casaes	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Carla Carin Casaes FAEFCD486FD6449...

REV.	DATA	DESCRIÇÃO DA REVISÃO / DATA / RESPONSÁVEL
0	Não se aplica	Emissão do documento

1- OBJETIVO

Implantação de um programa institucional multiprofissional e interdisciplinar para a avaliação e tratamento dos pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI) visando promover atendimento ágil, com segurança e eficácia, baseado nas melhores evidências disponíveis na literatura médica periodicamente atualizada

Os objetivos específicos deste protocolo incluem:

• A rápida identificação dos sinais de alerta para um AVC,
• O pronto desencadeamento do processo de investigação diagnóstica,
• O rápido início das medidas terapêuticas de fase aguda (gerais e específicas).

2 – ALCANCE

Unidades de urgência e emergência.

3 – COMPETÊNCIA

- Médicos,
- Enfermeiros e,
- Técnicos de enfermagem.

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

O acidente vascular cerebral (AVC) é uma das maiores causas de morte e incapacidade funcional no mundo. Em algumas regiões do Brasil ainda figura como a principal causa de morte. Caracteriza-se por um déficit neurológico, geralmente focal, de instalação súbita e rápida evolução, decorrente do dano localizado em alguma região cerebral, o qual pode ser de natureza isquêmica (AVCI) ou hemorrágica (AVCH). No caso do AVCI, o dano é causado

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

pela redução da oferta tissular de oxigênio e do suprimento energético decorrentes do comprometimento do fluxo sanguíneo (isquemia) para aquela respectiva região. O AVCI pode ser classificado com base no mecanismo determinante do fenômeno isquêmico. Os mecanismos mais comuns de AVCI são a oclusão de grandes vasos, a embolia de origem cardíaca e a oclusão de pequenas artérias. Caso o fenômeno isquêmico cerebral seja de menor duração, com reversão completa dos sintomas e duração menor que uma hora, é denominado de ataque isquêmico transitório (AIT). As melhores evidências clínicas disponíveis no momento demonstram que o atendimento adequado, rápido, bem estruturado e multiprofissional aos pacientes com AVCI reduz a mortalidade e a morbidade dos mesmos.

As presentes diretrizes clínico-assistenciais se prestam a auxiliar os serviços no manejo do paciente com Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquêmico agudo e servir como referência de conduta clínica e são baseadas nas diretrizes publicadas pelo Ministério da Saúde, nas diretrizes da Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares, nas diretrizes da American Stroke Association e nas diretrizes da European Stroke Organization Como toda linha, trata-se de referências de conduta que devem, em todas as circunstâncias, ser avaliadas no contexto clínico individualizado de cada paciente.

Os pacientes com AVC devem ser triados com a mesma prioridade que são os pacientes com infarto agudo do miocárdio (IAM), sepse ou politraumatismo. Como a janela terapêutica é estreita, independentemente de se fazer trombólise, deve haver objetividade nas avaliações e exames iniciais.

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

A identificação do paciente com suspeita de acidente vascular cerebral (AVC) será inicialmente realizada no acolhimento com classificação de risco (ACCR), realizado pelo enfermeiro, que na identificação de caso condizente deverá seguir o fluxo de direcionamento para atendimento imediato deste usuário.

A aplicação das medidas contidas neste protocolo se inicia a partir da identificação de um paciente com sinais de alerta para a suspeita de AVC. Estes incluem quaisquer déficits neurológicos **de início súbito, especialmente os localizados.**

A lista abaixo contém alguns destes déficits, e entre os principais destacamos:

- Dificuldade repentina para falar ou compreender;

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

• Fraqueza muscular súbita ou alteração sensitiva súbita unilaterais;

• Perda visual súbita, especialmente se unilateral;

• Perda súbita do equilíbrio ou incoordenação motora repentina

O protocolo de Manchester de Classificação de Risco pode auxiliar na suspeita de AVC, especialmente na presença de um dos seguintes itens:

• Alteração de comportamento (Discriminador: Déficit neurológico agudo ou déficit neurológico novo);

• Mal-estar em adultos (Discriminador: Déficit neurológico agudo ou déficit neurológico novo);

• Quedas (Discriminador: Déficit neurológico agudo, déficit neurológico novo ou alteração do nível de consciência)

Ao ser classificado no serviço de urgência como paciente com ALTA PROBABILIDADE DE AVC a classificação de prioridade no atendimento pelo protocolo Manchester sempre deve ser VERMELHA ou LARANJA, e o paciente deve ser imediatamente acomodado na sala de emergência no prazo máximo de 10 minutos a contar do momento de sua identificação. Seguem abaixo as ações de enfermagem a serem prontamente realizadas:

• Direcionar de imediato o paciente para o setor de emergência;

• Realizar glicemia capilar;

• Acionar CÓDIGO AVC** (alta probabilidade de AVC com evolução dos sintomas <24hs*);

• Realizar monitoramento cardiovascular não invasivo;

• Realizar controles, cuidados gerais (CCG) e sinais vitais (P, PA, T, FR);

• Manter decúbito a 0º e caso haja vômitos elevar a 30º;

• Manter jejum VO;

• Instalar oxigênio 2L/min se SatO2 <92 - 94%;

• Puncionar 02 acessos venosos calibrosos, evitando o membro afetado;

MSD Calibre 18 (manter salinizado) e,

MSE Calibre 20 ou 18, com Soro Fisiológico 500ml para manter acesso.

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

**: Para pacientes que acordam com o déficit (wake up stroke), deve-se considerar como horário do início dos sintomas, o último momento em que o paciente esteve assintomático antes de dormir.*

***:O CÓDIGO AVC envolve a comunicação simultânea e integrada de diversos profissionais e setores da unidade, envolvidos no atendimento inicial dos pacientes com suspeita de AVC agudo, incluindo equipes médicas responsáveis pelo primeiro atendimento, enfermagem, laboratório de análises clínicas e núcleo interno de regulação.*

OBSERVAÇÕES

Em paciente com menos de 4,5 horas de evento, o tempo torna-se crucial para resolução do caso, logo, ao identificar pacientes com déficit neurológico agudo abaixo do tempo citado, o enfermeiro deve-se encaminhar o paciente imediatamente a emergência, em cadeira de rodas ou maca, sendo classificado como vermelho ou laranja, o médico emergencista deve fazer avaliação inicial, descrevendo o NIHSS do paciente, antes da própria confecção do prontuário deve ser inserido no sistema SIRESP, sendo o médico o informante à equipe de enfermagem e NIR sobre a necessidade de transferência imediata para o hospital referência Este mesmo médico deve fazer contato ao hospital referência para comunicação do paciente com possibilidade de trombólise e realizar o transporte do paciente em ambulância tripulada com médico, quando houver a cessão da vaga através da plataforma SIRESP e, por fim, passagem de caso no hospital referência.

Em paralelo, o auxiliar administrativo do NIR, destaca a ambulância que se encontra a disposição, ou aciona a ambulância mais próxima do território para realizar a transferência com maior brevidade possível.

Em pacientes com tempo de evolução dos sintomas acima de 4,5 horas, instalar apenas um acesso venoso (no membro superior não parético) para fins de hidratação, realizar a internação solicitando leito e tomografia no sistema SIRESP, introduzir apenas estatina padronizada no serviço e seguir com os cuidados gerais, idealmente mantendo paciente em jejum.

Dados importantes que a história deve conter (a serem obtidos concomitantemente às medidas iniciais de atendimento):

a) horário preciso do início dos sintomas (ou último horário em que foi visto normal)

b) tipo dos sintomas

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

c) condição do paciente

d) evolução dos sintomas

Antecedentes pessoais que devem ser ativamente investigados:

a) Medicações em uso: anticoagulantes, antiagregantes plaquetários, anticoncepcional, vasoconstritores e hipoglicemiantes

b) Hábitos: tabagismo, etilismo e uso de drogas

c) Eventos recentes: AIT, AVC, IAM, trauma, cirurgias, sangramentos, crise convulsiva, gravidez e puerpério

d) Comorbidades: hipertensão arterial, diabetes mellitus, arritmias cardíacas, miocardiopatias, dislipidemia, insuficiência renal e trombofilias.

O exame neurológico inicial deve ser realizado pelo médico plantonista da emergência, utilizando a Escala de AVC do NIH (NIHSS) e a escala de coma de Glasgow.

Déficits não contemplados por estas escalas devem ser anotados no prontuário, como alteração pupilar, disfagia, nistagmo, déficits de pares cranianos, outras alterações cognitivas e comportamentais, sinais de rigidez de nuca, e outros.

Devem ser solicitados também os exames laboratoriais protocolares (hemograma completo, plaquetas, tempo de protrombina, tempo de tromboplastina parcial ativado, sódio potássio, ureia e creatinina). A glicemia capilar é o único resultado laboratorial obrigatório nos pacientes em CÓDIGO AVC, a obrigatoriedade do resultado de outros exames laboratoriais antes do tratamento trombolítico intravenoso deve ser considerada apenas em casos selecionados.

MEDIDAS TERAPÊUTICAS GERAIS

As medidas terapêuticas gerais visam favorecer a viabilidade do tecido cerebral, através da adequação e estabilização de certos parâmetros fisiológicos. Alguns desses parâmetros podem sofrer variação, particularmente na fase aguda do AVC requerendo, por essa razão, monitoramento.

Embora as medidas terapêuticas gerais tenham forte grau de recomendação e sejam intuitivamente benéficas, na sua maioria apresentam baixo nível de evidência. Posterior adequação das medidas terapêuticas gerais pode ser necessária a partir da definição diagnóstica e terapêutica específica após o resultado do exame protocolar de neuroimagem.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

Um exemplo disso inclui o controle da pressão arterial, o qual pode ter diferente recomendação nos casos de AVCI com indicação de tratamento trombolítico intravenoso quando comparados com aqueles sem essa indicação.

Medidas objetivando redução de danos devem ser implementadas, tais como:

- Realizar MONITORAMENTO MULTIPARAMÉTRICO (PA, FC, FR, Saturação e etc.) contínuo pelo menos durante as primeiras 24 horas de evolução do AVCI;
- Manter o paciente em DECÚBITO 0º GRAUS e ELEVADA A 30º GRAUS em caso de náuseas e vômitos (decisão individual quanto ao melhor decúbito deve ser analisada posteriormente);
- Manter a SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO >92 - 94% da maneira menos invasiva possível (cateter nasal, máscara, CPAP ou BIPAP);
- Observar cuidados de PROTEÇÃO DE VIAS AÉREAS. Em pacientes com rebaixamento do nível de consciência ou disfunção bulbar que traga risco de broncoaspiração considerar intubação orotraqueal (IOT);
- Manter a TEMPERATURA CORPÓREA <37,5°C com medicamentos antipiréticos, como a dipirona ou o paracetamol e, nos casos refratários, cobertores térmicos;
- Manter o paciente em JEJUM até que o diagnóstico seja definido e a situação neurológica estabilizada. A alimentação oral deverá ser liberada após uma AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE DEGLUTIÇÃO (screening de disfagia);
- Realizar MONITORAMENTO FREQUENTE DA GLICEMIA CAPILAR, inicialmente de hora em hora, mantendo-o entre 140-180 mg/dl, EVITANDO HIPERGLICEMIA E HIPOGLICEMIA. Não está definida qual a melhor via e forma de administração, se subcutânea ou intravenosa, mas a via subcutânea é geralmente eficiente, mais simples e com menor risco de hipoglicemia; tratar hipoglicemia (glicemia <60 mg / dL) através da infusão intravenosa de 40 ml de solução glicosada a 50%;
- CORRIGIR HIPOTENSÃO E HIPOVOLEMIA para manter os níveis sistêmicos de perfusão necessários para suportar a função orgânica, CORRIGIR HIPOTENSÃO E HIPOVOLEMIA para manter os níveis sistêmicos de perfusão necessários para suportar a função orgânica, Monitorização Pressão arterial: medição a cada 15 min por 1 hora, a cada 30 min por mais 6 horas e a cada 1 hora por 24 horas.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

• NIHSS: a cada 30 min nas primeiras 6 horas, e depois a cada 1 hora até completar 24 horas. Aumento de 4 pontos pode indicar sangramento.

6 – RESULTADO ESPERADO

- Avaliação médica em até 10 minutos.
- Inserção da solicitação de vaga no sistema SIRESP em até 30 minutos da classificação inicial.
- Transferência em até 01 hora após vaga cedida.

7 – AÇÕES CORRETIVAS

Educação continuada capacitando todas as equipes envolvidas neste protocolo de atendimento.
Uma vez aventado a hipótese de AVC, esta só será descartada após tomografia computadorizada (TC) de crânio, bem como a alta do paciente.

8 – RISCOS DO PROCESSO

Falha na identificação dos casos suspeito na classificação de risco;
Falha na identificação dos casos pela equipe médica;
Não inserção do caso na plataforma de regulação de vagas (SIRESP);
Ausência de ambulância a disposição para transferência;
Insucesso no contato telefônico ao hospital referência.

9 – INDICADORES

TEMPOS MÁXIMOS RECOMENDADOS NO CÓDIGO AVC

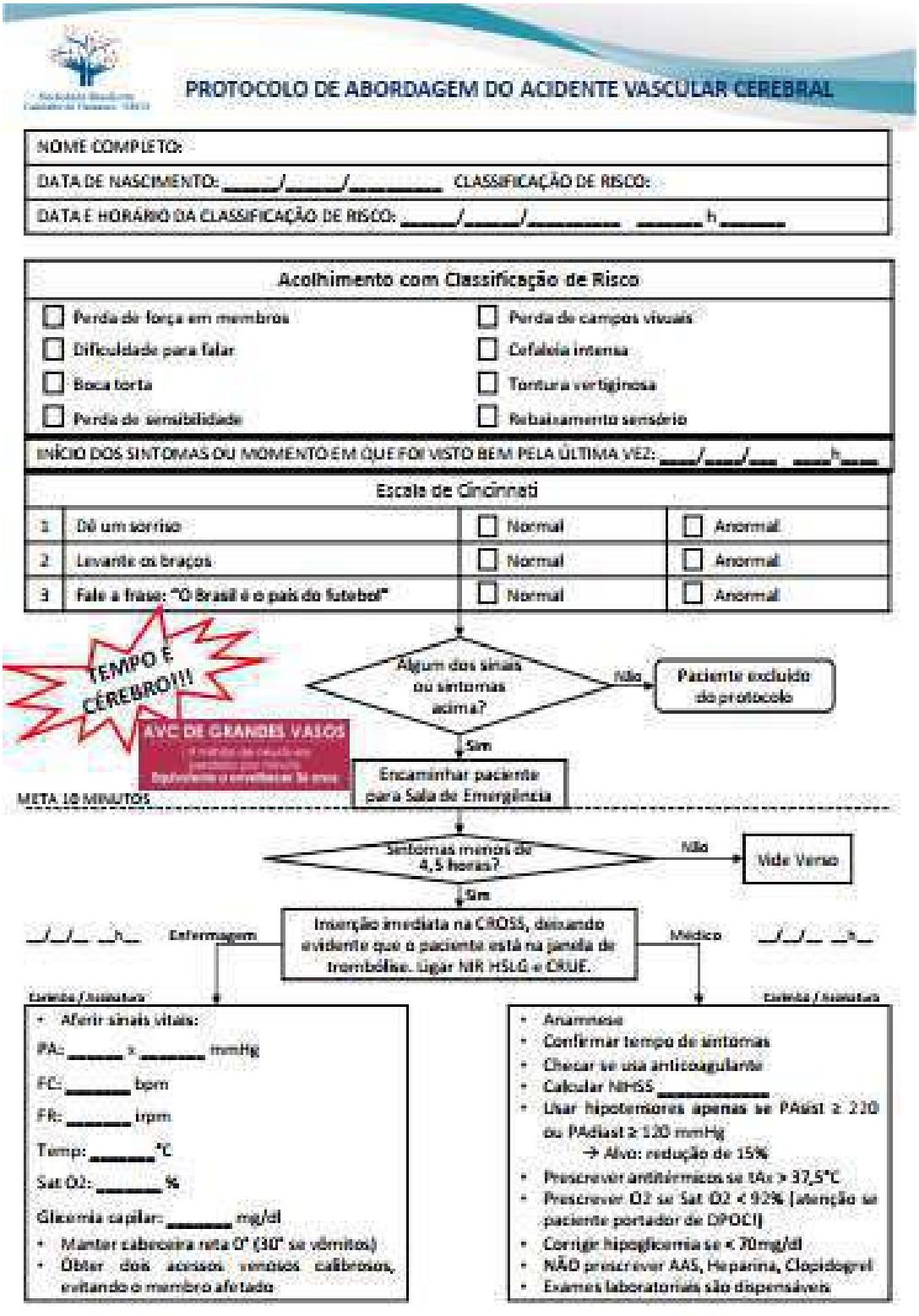
- Porta (senha) à avaliação médica inicial – 10 minutos - 80% dos casos atendidos em até 10 minutos
- 100% dos casos inseridos no sistema SIRESP em até 30 minutos
- 100% dos casos transferidos em até 01 hora

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

10 – ANEXOS

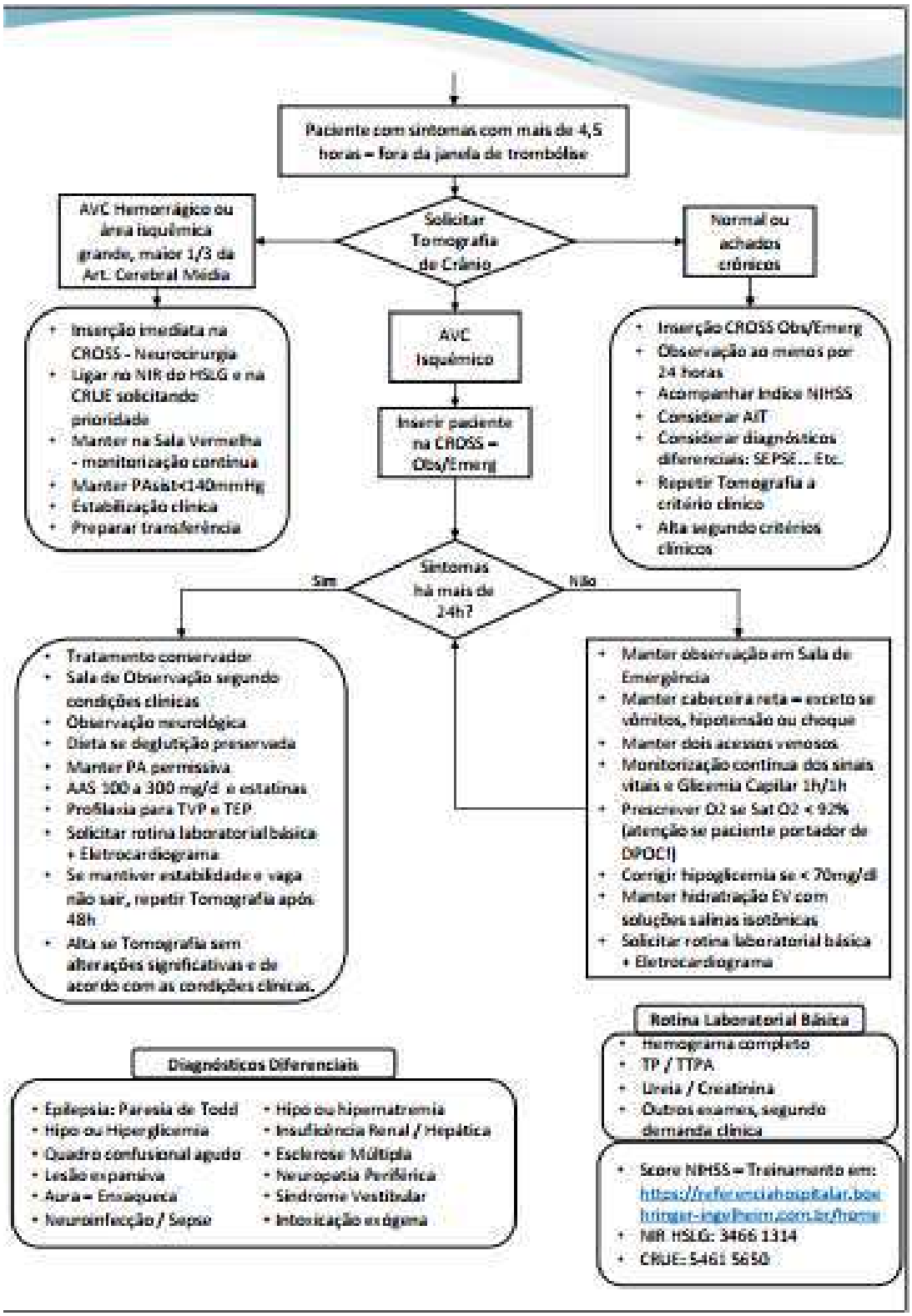


AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.UE.ASS.034	VERSÃO: 01
MANEJO DO DÉFICIT NEUROLÓGICO AGUDO	VALIDADE: 07/2027	Pag. 9 de 10



CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

11 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, et al. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke. Vol. 50, Stroke. United States; 2019. p. e344–418.

2. Saúde OM de. The Atlas of Heart Disease and Stroke. 2019; Available from: www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/

3. Naghavi M, Abajobir AA, Abbafati C, Abbas KM, Abd-Allah F, Abera SF, et al. Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet [Internet]. 2017 Sep 16;390(10100):1151–210. Available from: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32152-9

4. Estratégia. M da SS de A à SD de AP. Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral. Brasília; 2013.

5. Martí-Carvajal AJ, Valli C, Martí-Amarista CE, Solà I, Martí-Fàbregas J, Bonfill Cosp X. Citicoline for treating people with acute ischemic stroke. Cochrane database Syst Rev. 2020 Aug;8(8):CD013066.

6. Cassella CR, Jagoda A. Ischemic Stroke: Advances in Diagnosis and Management. Emerg Med Clin North Am. 2017 Nov;35(4):911–30.

7. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 664, DE 12 DE ABRIL DE 2012. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Trombólise no Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo. Brasília: Diário Oficial da União; 2012.

8. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº. 665, DE 12 DE ABRIL DE 2012. Dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC. Brasília: Diário Oficial da União; 2012

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.UE.ASS.035	VERSÃO: 01
MANEJO DA DOR	VALIDADE: 07/2025	Pag. 1 de 6

Elaborado por: Assessor Técnico – Renata Colamarche	Data: 07/2025	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 90E0F55E05D144F...
Verificado por: Assessora Técnica – Fabricio Lopes da Silva	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: 97794B2C355C4A3...
Verificado por: Coordenador Médico – José Pablo Rojas Soliz	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Jose Pablo 8CFB1F44058F481...
Verificado por: Coordenação da Qualidade – Sabrina Benetti	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Sabrina Benetti 36842B6BE0BF4CE...
Aprovado por: Gerência Assistencial - Carla Carin Casaes	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Carla Carin Casaes FAEFCD486FD6449...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
0	Não se aplica	Emissão do documento

1- OBJETIVO

Orientar o profissional na avaliação da dor do paciente, tornando-a no mínimo suportável, facilitando a recuperação do paciente e diminuir a ocorrência de lembranças desagradáveis, principalmente dos pacientes submetidos a procedimentos com maior potencial doloroso.

2 – ALCANCE

Unidades de Urgência e Emergência.

3 – COMPETÊNCIA

- Técnico de enfermagem;
- Enfermeiro;
- Farmacêutico Clinico
- Médico.

4 – MATERIAIS

- Prescrição médica;
- Prescrição de enfermagem;
- Folha de sinais vitais;
- Escala visual da dor;

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

- Bolsa térmica;
- Medicamento de acordo com a prescrição médica;
- Coxins.

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

A queixa dolorosa do paciente será considerada desde a entrada no serviço de saúde, na Classificação de Risco realizada pelo enfermeiro, com avaliação da intensidade da mesma, e reavaliada pela equipe multidisciplinar com a prevenção e o tratamento dos sintomas.

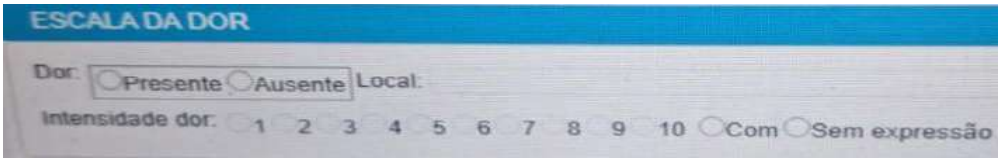
A identificação do paciente com dor pode ser realizada por qualquer um dos membros da equipe multiprofissional, no entanto o enfermeiro é o profissional de referência da equipe assistencial neste processo e é de sua responsabilidade garantir que as ações relacionadas ao gerenciamento da dor sejam desencadeadas e que o paciente seja adequadamente assistido. O gerenciamento será realizado pelo enfermeiro e técnico de enfermagem.

A escala a ser utilizada será: Numérica, Facial e Descritiva.

Segue modelo abaixo



FONTE: TOLIFE SISTEMA DE CLASSIICAÇÃO DE RISCO



FONTE: PR SISTEMA DE PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

MÉDICO:

- Avaliar e monitorar a dor utilizando as escalas acima citadas indicadas para cada quadro clínico específico, sendo uma avaliação conjunta com a equipe multidisciplinar;
- Diagnosticar a possível causa da dor;

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

- Iniciar tratamento da mesma, tendo como base, medidas farmacológicas e não farmacológicas no direcionamento do tratamento.

ENFERMAGEM:

- O enfermeiro deve exercer o controle da dor e ter a responsabilidade na avaliação diagnóstica utilizando a escala acima citada conforme o quadro clínico específico em conjunto com a equipe multidisciplinar, na intervenção e monitorização dos resultados do tratamento.
- Investigar o local, a intensidade, o tipo e a possível causa da dor.
- Comunicar à equipe médica a ocorrência e iniciar as intervenções, de acordo com a orientação médica, tendo como base, medidas farmacológicas e não farmacológicas. Realizar anotação de enfermagem em ficha de atendimento ou prontuário de admissão em leito de observação.
- O técnico de enfermagem em conjunto com a equipe multidisciplinar avaliará a ocorrência da dor registrando em prontuário eletrônico do paciente (PEP) e comunicando ao enfermeiro. Irá realizar as medidas indicadas para o tratamento conforme prescrição médica, com checagem e registro adequados.

MANEJO DA DOR LEVE (1 A 4 PONTOS)

- Dipirona: dose 500 mg a 1.000 mg até de 6/6 h (dose máxima diária 4 gramas), VO, IM ou EV;
- Paracetamol: dose 750 - 1000 mg via oral até 6/6 horas (dose máxima diária 4 gramas);

MANEJO DA DOR MODERADA (5 A 7 PONTOS)

- Cetoprofeno: dose 100 mg de 12/12hs (via IM ou IV);
- Diclofenaco sódico*: dose 50 a 100 mg VO ou IM de 12/12 h;
- Ibuprofeno: dose 300 mg 8/8h VO (duração máxima de 3 dias).

Obs.: Associar se necessário Dipirona 500 mg a 1.000 mg (preferencialmente EV) até de 6/6 h (dose máxima diária 4 gramas);

*: Os medicamentos à base de diclofenaco sódico e potássico não são indicados para crianças abaixo de 14 anos, com exceção de casos de artrite juvenil crônica. Para uso intramuscular realizar em glúteo.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

Nota - Se não houver melhora, considerar manejo como DOR INTENSA, iniciando com opioides leves;

- Tramadol: dose 50 a 100 mg venoso ou oral até de 6/6 horas;

MANEJO DA DOR INTENSA (8 A 10 PONTOS)

Primeira escolha Opioides potentes

- Morfina: dose 0,05 a 0,1 mg/Kg IM ou EV;

Segunda escolha Opioides Fracos

- Tramadol: dose 50 a 100 mg venoso ou oral até de 6/6 horas;

Em casos de dor intensa manter sempre em uso continuo:

- Cetoprofeno: dose100 mg de 12/12hs (via oral, IM ou IV);
- Diclofenaco sódico: dose 50 a 100 mg VO ou IM de 12/12 h;

OBS – Em caso de má resposta, deve-se considerar o uso de Opioides muito potentes

- Fentanil: dose 1 a 2 mcg/Kg/dose EV;

DROGAS ADJUVANTES:

As drogas adjuvantes são utilizadas para aumentar o efeito analgésico dos opioides, tratar outros sintomas que exacerbam a dor, tratar tipos específicos de dor, diminuir ou abolir os efeitos colaterais dos Analgésicos utilizados. Podem ser prescritos em todos os degraus da escada analgésica.

1. Antidepressivos Tricíclicos: iniciar com Amitriptilina 25mg.
2. Anticonvulsionantes: Carbamazepina 100mg a 200mg – 3x/dia.
3. Antieméticos: Ondansetron 8 mg IV até 8/8h.
4. Neurolépticos: Haloperidol (Haldol 5mg IM).
5. Laxantes: Lactulona 667 mg/ml
6. Corticosteroides: Dexametasona 4 mg a 10 mg EV. Obs: retirada gradativa.
7. Ansiolíticos: Diazepam – 5mg a 10mg via oral.

   OBS – Verificar Medicamentos para Substituição

REAVALIAÇÃO:

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

Todo paciente com dor leve deverá receber intervenção apropriada e ser reavaliado após 60 minutos, e pacientes com dor moderada ou forte devem ser reavaliados após 30 minutos, caso paciente esteja sem dor nesta primeira reavaliação, as sequenciais serão feitas no horário padrão de aferição de sinais vitais ou diante de nova demanda espontânea do paciente. Nos casos em que o paciente apresenta demanda espontânea antes do intervalo de reavaliação, que é de 30 a 60 minutos, ou persiste com dor nesta primeira deverá receber nova intervenção conforme prescrição e conduta médica. Em pacientes portadores de dores crônicas ou de difícil controle, a reavaliação deverá ocorrer a cada 30 minutos até se atingir escores equivalentes à dor leve. Toda conduta deve ser registrada no prontuário do paciente.

6 – RESULTADO ESPERADO

- Melhora clinica dos pacientes com dor crônica e aguda;
- Verificar os resultados das intervenções analgésicas
- Assegurar que todos os pacientes sejam avaliados de maneira ativa para a ocorrência de dor;
- Identificar os pacientes que tenham dor através de uma avaliação sistematizada;
- Padronizar as escalas de avaliação de dor que são utilizadas;
- Orientar toda a equipe multidisciplinar (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, farmacêuticos) sobre a importância do gerenciamento de dor;
- Orientar a equipe assistencial quanto à escolha e a aplicação das escalas de avaliação da dor padronizadas na instituição de acordo com as características de cada paciente;
- Orientar a equipe assistencial quanto à reavaliação da dor após tratamento;
- Orientar a equipe assistencial no que diz respeito ao registro em prontuário da avaliação, tratamento, reavaliação da dor, identificação e controle dos efeitos adversos relacionados as medicações analgésicas

7 – RISCOS DO PROCESSO

- Rebaixamento do nível de consciência do paciente devido a excesso de analgesia;
- Dependência química.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- Kintu A. et al. Postoperative pain after cesarean section: assessment and management in a tertiary hospital in a low-income country. BMC Health Services Research 2019 (19):68 2)
- Chou R. et al. Guidelines on the management of postoperative pain. American Pain Society.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

The Journal of Pain, 17(2), 2016:131-157

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. A dor como 5º sinal vital: Registro sistemático da intensidade da Dor, 2013.
- POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,2009. p.542-584.
- Barash PG, Cullen BF, Stoelting RK. Opióides. Anestesia clínica. 4ª edição. Barueri – SP: Ed. Manole, 2004;14:345-376.
- NAIME, F. F. Manual de Tratamento da Dor. 2ed. Ed. Manole, Barueri, SP, 2013.
- RESOLUÇÃO - RDC Nº 137, DE 29 DE MAIO DE 2003 - Diclofenaco sódico e potássico: atenção à prescrição! Disponível em: https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Legislacao Busca &nota=136

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco - SBCD		
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP.UE.ASS.036**	**VERSÃO: 01**
MANEJO DE CRISE CONVULSIVA EM ADULTOS	**VALIDADE:07/2027**	**Pag. 1 de 8**

Elaborado por: Diretor Técnico – André Ramos Neto	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Carla Carin Casaes FAEFCD486FD6449...
Verificado por: Assessora Técnica - Renata Colamarche	Data: 07/2025	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 90E0F55E05D144F...
Verificado por: Coordenador Médico – José Pablo Rojas Soliz	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Jose Pablo 8CFB1F44058F481...
Verificado por: Coordenação da Qualidade – Sabrina Benetti	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Sabrina Benetti 36842B6BE0BF4CE...
Aprovado por: Gerência Assistencial - Carla Carin Casaes	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Carla Carin Casaes FAEFCD486FD6449...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
0	Não se aplica	Emissão do documento

1- OBJETIVO

Padronizar as condutas, medicações e atuações frente ao manejo das crises convulsivas nas unidades de urgência e emergência, assim reduzindo tempo de internação, mitigando riscos e promovendo ampliação do conceito de segurança do paciente

2 – ALCANCE

Unidades de urgência e emergência

3 – COMPETÊNCIA

- Equipe médica.
- Equipe de Enfermagem.

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

Status epilepticus é a ocorrência prolongada de crise epiléptica, com manifestação clínica ou não (nesse caso, subclínico, porém com confirmação eletroencefalográfica).

Configura emergência médica de alta morbidade e mortalidade se não detectado e tratado precocemente.

Crises epilépticas são caracterizadas pelo aparecimento súbito de sinais ou sintomas neurológicos (paroxismos), em geral de curta duração (60 a 90 segundos). Na epilepsia os

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

episódios são recorrentes e estereotipados (sempre iguais).

Principais diagnósticos diferenciais das crises epilépticas: Sincope crises psicogênicas, perda de fôlego (crianças), enxaqueca, narcolepsia, crises de pânico, crises de hipoglicemia, distúrbios paroxísticos do movimento, ataque isquêmico transitório, distúrbios do sono, amnesia global transitória, drop-attacks.

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

Pacientes que apresentem crises convulsivas no ambiente da unidade de saúde e/ou que tenham acompanhante que relate crise presenciada deverão ser conduzidos para atendimento em sala de emergência, pelo médico emergencista ou àquele referenciado a este setor.

Além deste, os usuários trazidos por serviço de remoção externa (SAMU, Bombeiros, COBOM) em status pós comicial também deverão ser atendidos em sala de emergência.

Dada a possibilidade de recorrência de crises convulsivas, todos os pacientes atendidos por este quadro deverão ser mantidos em leito (observação/emergência), não sendo direcionados para atendimento em porta no serviço.

Além disso, esses pacientes que derem entrada por crises convulsivas presenciadas **DEVEM permanecer em observação por pelo menos 06 horas em leito de retaguarda ou emergência**. E os idosos devem **permanecer 12 horas sob observação.**

DIRETRIZES ATENDIMENTO MÉDICO:

Durante a anamnese o profissional médico deverá questionar:

- Quando foi o evento paroxístico?
- Foi o primeiro, ou já ocorreram outros semelhantes? Se sim, quantos episódios já ocorreram? Qual a frequência média de episódios? Quando foi o último?
- Os episódios são sempre iguais? Estão associados com algum fator desencadeante? (ex. ao levantar). Descreva a sequência de eventos que ocorrem no episódio. Quanto tempo durou o episódio?
- Houve perda de consciência? Se sim, recobrou rapidamente a consciência?
- Ocorrem manifestações motoras? Houve queda ao solo? Mordeu a língua? Urinou na roupa? Babou? Recuperou logo a consciência ou demorou? Sentiu o que ao acordar? Ficou confuso após o evento?

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

- Paciente já foi levado a serviços de urgência por causa dessas crises?
- Sente algo pouco antes do episódio como: mal estar epigástrico, sensação de desmaio ou escurecimento gradual da visão, dormência em parte do corpo, escurecimento de metade com campo visual, luzes e brilhos na visão, náuseas ou vômitos, contrações musculares?
- Houve piscamentos, arregalar ou fixação dos olhos, olhar vago?
- Contrações motoras (tônicas, clônicas, distônicas, etc.) ou automatismos (orais, gestuais, de marcha), queda ao solo, liberação de esfíncteres, respiração ruidosa, cianose, ruborização, palidez, midríase, pilo-ereção, grito epiléptico, desvio cefálico e ocular, em que direção?
- Sempre a mesma sensação se repete antes de cada crise?
- Apresentava algum déficit motor? De que lado? Apresentava confusão mental ou sonolência? Sentia dores musculares? Cefaleia?
- Houve algum quadro na história clínica sugestivo de estado de mal epiléptico?
- O paciente foi ou está sendo medicado com antiepilépticos?
- Descrever as doses utilizadas durante todo o tratamento, tempo de uso, efeito sobre as crises e os efeitos adversos.
- IDA: Importante verificar se há alguma doença ou sintoma concomitante.

ANTECEDENTES - Determine se o paciente:

- Tem outras doenças?
- Usa alguma outra medicação?
- Tem história familiar de epilepsia?
- Há história de crise convulsiva febril?
- Há história de problemas no parto e atraso no desenvolvimento?
- Teve traumatismo craniano grave?
- Teve crise epiléptica prolongada ou status, seja febril, por infecção do SNC ou trauma craniano na infância?
- Teve episódios prévios de déficit neurológico agudo sugestivo de isquemia cerebral?
- Alergia a algum medicamento ou antiepiléptico?

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

- Trata-se de mulher em idade fértil? Grávida? Em uso de anticoncepcionais

EXAME FÍSICO

- Fascies sindrômica?
- Pressão arterial, frequência cardíaca, hipotensão postural, ritmo e ausculta cardíaca, lesões na pele*, palpação do fígado, sinais de icterícia, edema de membros inferiores, tremores.

CRISES PROVOCADAS, OU SINTOMÁTICAS, OU NÃO ESPONTÂNEAS

Distúrbios sistêmicos como: intoxicação ou abstinência alcoólica, intoxicação ou abstinência a benzodiazepínicos, hipoglicemia, hiperglicemia, hiponatremia, hipocalcemia, abuso de drogas (cocaína, anfetamina, opiáceos)

Medicações que podem provocar crises epiléticas:

- Antibióticos (penicilinas, cefalosporinas, fluoroquinolonas e carbapenem), antipsicóticos (clorpromazina, clozapina, etc.), opiáceos e antidepressivos (bupropiona, etc.).

ATENÇÃO: outros fatores desencadeantes como febre alta, privação de sono ou crises exclusivamente no sono, estímulos luminosos em padrões ou repetitivos são potenciais fatores provocadores de crises epilépticas em indivíduos com epilepsia ou com propensão genética para epilepsia.

CRISES NÃO PROVOCADAS, OU ESPONTÂNEAS:

Realizar exames complementares:
1. Neuroimagem: CT
2.LCR ou exames específicos

SE ESSA FOR A PRIMEIRA CRISE EPILÉPTICA NÃO PROVOCADA, DETERMINAR O RISCO PARA RECORRÊNCIA DAS CRISES

Consenso da Academia Americana de Neurologia (AAN) sobre os fatores que mais comprovadamente implicam em maior risco para o indivíduo ter uma nova crise epiléptica são:

a) Ter um histórico de um insulto cerebral prévio como traumatismo craniano ou AVC,
b) Ter um EEG com anormalidades epileptiformes
c) Ter alguma anormalidade significativa nos exames de neuroimagem
d) Ter tido a crise epiléptica durante o sono

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

Outros fatores que podem ser considerados como fatores de risco para recorrência:

e) Ser jovem ou idoso
f) Se a crise for de início focal
g) Se houver retardo mental.
*Apresentar múltiplas crises recorrentes em 24 horas logo pela primeira vez, não aumenta o risco de recorrência das crises.

DETERMINAR SE O QUADRO CLÍNICO DEFINE UMA SINDROME EPILÉPTICA

a) Epilepsia tipo ausência infantil
b) Epilepsia mioclônica juvenil
c) Epilepsia benigna da infância com pontas centro temporais
d) Convulsões febris
e) Epilepsia do lobo temporal mesial

O DIAGNÓSTICO É DE EPILEPSIA?

1. Ocorreram pelo menos duas crises epiléticas não provocadas, separadas por um intervalo maior que 24 horas, OU,
2. Ocorreu uma crise epiléptica não-provocada, e há uma probabilidade calculada de pelo menos 60% para o sujeito apresentar crises recorrentes nos próximos 10 anos, OU,
3. Há diagnóstico de uma síndrome epiléptica,

QUAL É A ETOLOGIA DA EPILEPSIA?

1. Epilepsias secundária: quando há uma lesão estrutural suspeita de causar o problema
2. Epilepsia de origem genética: quando há uma mutação conhecida que causa epilepsia, quando a história familiar é sugestiva de um problema familiar e não há uma lesão suspeita, ou quando o paciente apresenta uma síndrome epiléptica que se acredita tenha origem genética
3. Epilepsias de causa desconhecida

HÁ INDICAÇÃO PARA INICIAR O USO DE DROGAS ANTIEPILÉPTICAS?

a) Iniciar com a droga mais adequada de acordo com o tipo de crise epiléptica inicial que o paciente apresenta
b) E de acordo com o perfil de efeitos colaterais
c) Lembrar que em mulheres as drogas antiepiléticas alteram aspectos hormonais, podem ser teratogênicas (valproato), são encontradas no leite materno e reduzem os níveis de anticoncepcionais orais
d) Iniciar tratamento em monoterapia
e) Em doses progressivamente crescentes até controle das crises, ou efeitos colaterais indesejáveis, ou além dos níveis terapêuticos no sangue

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

DROGA	Dose habitual (mg/dia)	Tomadas/ dia	Efeitos adversos
Carbamazepina	400-1600 (10-20 mg/kg/dia)	2-3	Leucopenia, hiponatremia, sonolencia, ataxia, diplopia, náuseas, erupção cutânea, hepatotoxicidade
Clobazam	10-30 (0,5-1,5 mg/kg/dia)	1-2	Sonolência
Clonazepam	0,5-4 (0,05-0,3 mg/kg/dia)	1-2	Sonolência
Fenitoina	200-300	1-2	Ataxia, nistagmo, hipertrofia gengival, acne, hirsutismo, lentidão psicomotora, osteoporose
Fenobarbital	100 (3-5 mg/kg/dia)	1	Sonolência, lent psicomotora, sedação, irritabilidade
Gabapentina	900-2400	2-3	Fadiga, sonolência, ataxia, nauseas, ganho de peso
Lamotrigina	100-400 (1-15 mg/kg/dia)	2	Erupção cutânea, nausea, insonia alucinações, pancitopenia
Oxcarbazepina	900-1800 (20-40 ,g/kg/dia)	2	= CBZ
Topiramato	100-200 (1-15 mg/kg/dia)	2	Cefaleia, sedação, perda de memória, glaucoma, perda de peso, ansiedade, hiperatividade, depressão, parestesias, cálculo renal
Valproato e Divalproato	600-1500 (15-60 mg/kg/dia)	2-3	Ganho de peso, trombocitopenia, dist menstruais, SOMP, tremores, queda de cabelo, hepatotoxicidade

O PACIENTE EPILÉPTICO TEM COMORBIDADES IMPORTANTES?

a) Risco de suicídio

b) Depressão ou ansiedade

c) Queixas cognitivas ou de aprendizado.

6 – RESULTADO ESPERADO

Reduzir o tempo de internação, mitigando riscos e promovendo ampliação do conceito de segurança do paciente.

7 – AÇÕES CORRETIVAS

Condução dos casos em setor de observação em caso de sala de emergência superlotada. Acionamento do protocolo de superlotação do serviço, com abertura de leitos extras em observação caso necessário.

8 – RISCOS DO PROCESSO

Flebite por fenitoína

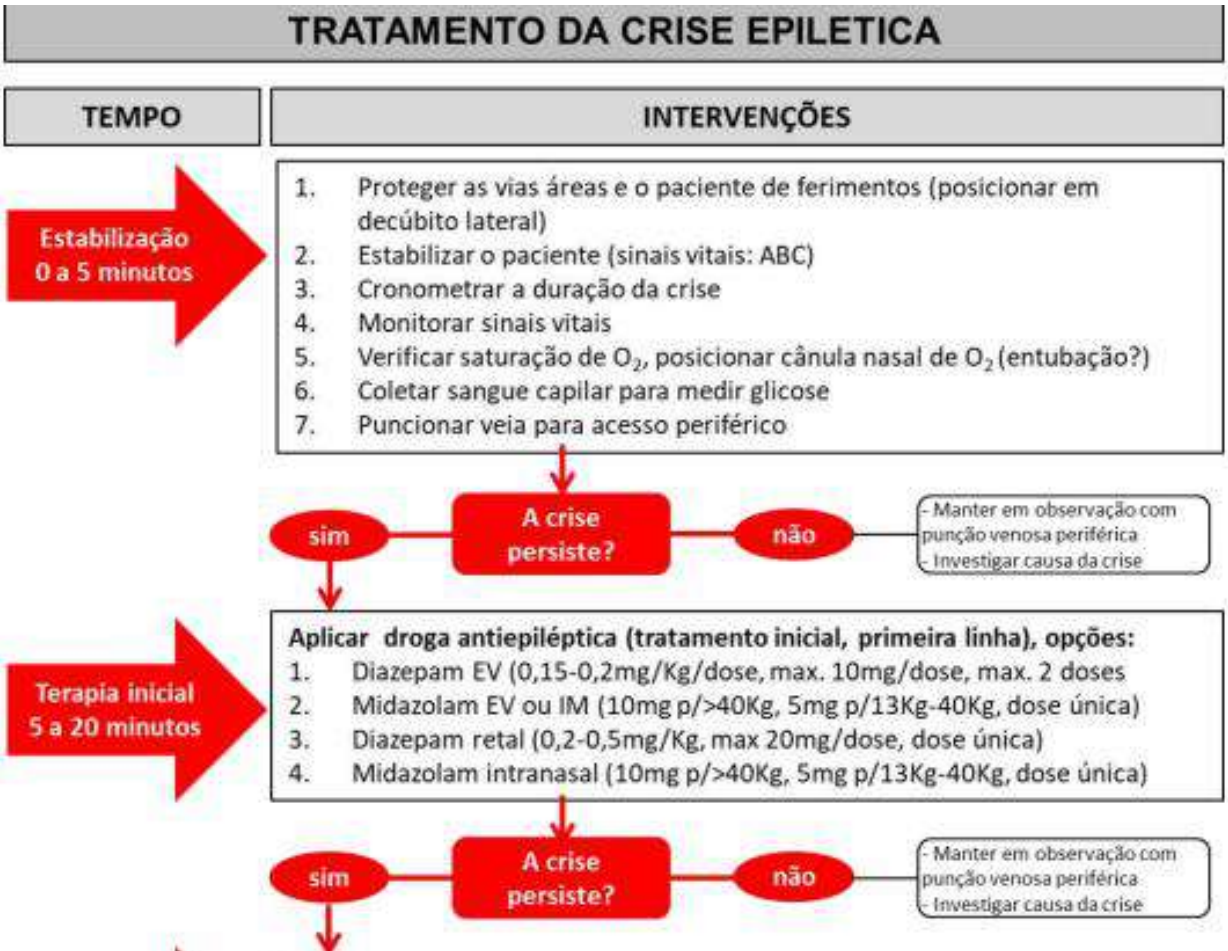
CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

9 – INDICADORES

- Tempo de permanência em pacientes portadores de crise convulsiva (mediana de tempo de permanência de pacientes com crises convulsivas) em idosos (>65 anos) e não idosos (<65 anos)
- Tratamento realizado corretamente (número de tratamento corretos/ número de pacientes tratados)
- Letalidade (número de óbitos de pacientes com crises convulsiva/número de pacientes tratados com crise convulsiva)

10 – ANEXOS



Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

12 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- **Browne TR, Holmes GL**. Epilepsy. New England Journal of Medicine. 2001;344(15):1145–51.

- *Esta é uma revisão abrangente sobre a fisiopatologia, diagnóstico e tratamento da epilepsia, incluindo medidas agudas em crises convulsivas.*

- **Shinnar S, Berg AT, Moshe SL, et al.** Risk of recurrence after a first unprovoked seizure in childhood: A prospective study. Pediatrics. 1990;85(6):1076–85.
- **Glauser T, Shinnar S, Gloss D, et al.** Evidence-based guideline: Treatment of convulsive status epilepticus in children and adults: Report of the guideline committee of the American Epilepsy Society. Epilepsy Currents. 2016;16(1):48–61.
- **Lowenstein DH, Bleck T, Macdonald RL.** It's time to revise the definition of status epilepticus. Epilepsia. 1999;40(1):120–2.
- **Trinka E, Cock H, Hesdorffer D, et al.** A definition and classification of status epilepticus: Report of the ILAE Task Force on Classification of Status Epilepticus. Epilepsia. 2015;56(10):1515–23.
  Beniczky S, Hirsch LJ, Kaplan PW, et al. Unified EEG terminology and criteria for nonconvulsive status epilepticus. Epilepsia. 2013;54(Suppl 6):28–9.
- **Sánchez Fernández I, Abend NS, Agadi S, et al.** Time from convulsive status epilepticus onset to anticonvulsant administration in children. Neurology. 2015;84(23):2304–11.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.UE.ASS.037	VERSÃO:01
ALTA REFERENCIADA	VALIDADE: 07/2027	Pag. 1 de 5

Elaborado por: Assessora Técnica – Priscila Gomes de Pinho	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Priscila Gomes de Pinho 7B77E6E5BA62418...
Verificado por: Assessora Técnica – Renata Colamarche	Data: 07/2025	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 90E0F55E05D144F...
Verificado por: Coordenação da Qualidade – Sabrina Benetti	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Sabrina Benetti 36842B6BE0BF4CE...
Aprovado por: Gerência Assistencial - Carla Carin Casaes	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Carla Carin Casaes FAEFCD486FD6449...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
0	Não se aplica	Emissão do documento

1 – OBJETIVO

Aprimorar a continuidade do cuidado dos pacientes com condições crônicas atendidos na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Jaçanã, assegurando seu encaminhamento à Atenção Primária por meio da Unidade Básica de Saúde (UBS) e garantindo a realização da consulta de retorno em até 30 dias após o atendimento na UPA.

A justificativa para essa ação está centrada na melhoria da coordenação e continuidade do cuidado para pacientes com condições crônicas, que necessitam de acompanhamento regular para controle e gestão de sua saúde.

O processo de contrarreferência quando eficaz, garante a integralidade do tratamento, orientando a correlação entre os diversos diagnósticos do usuário. Este modelo deve construir ligações na avaliação a longo prazo e fortalecer a adesão ao tratamento recomendado.

2 – ALCANCE

UPA Jaçanã.
Unidades Básicas de Saúde (UBS) do território.

3 – COMPETÊNCIA

Equipe medica;

Equipe de enfermagem;

Serviço Social;

Assistentes Administrativos (Regulação / NIR).

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

O sistema de referência e contrarreferência em saúde existe para proporcionar a atenção integral ao paciente. Por meio de uma troca de informações eficaz entre os diferentes níveis de assistência, cria-se um ambiente propício à abordagem do indivíduo como um todo.
A alta referenciada oportuniza continuidade do acesso ao nível primário e especializado, reduzindo os desfechos negativos e garantindo melhor alocação de recursos do sistema.

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

Os pacientes portadores de insuficiência cardíaca, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, Diabetes Mellitus tipo 2, doença vascular periférica crônica, hipertensão arterial sistêmica e síndromes demenciais (Doença de Alzheimer, Demência com corpos de Lewy, Demência Frontotemporal, Demência da doença de Parkinson, Demência Vascular, Demência Alcoólica), que receberem alta do setor de observação da UPA deverão ser encaminhados para as unidades básicas de saúde de acordo com o seu território de origem.

Médico da observação:
- O médico prescreve a alta hospitalar e preenche o Resumo de Alta (documento de prontuário obrigatório) e o Formulário de Referência x Contra Referência em 01 via, contendo a condição clínica da admissão, tratamento instituído para a compensação do quadro, os resultados de exames realizados durante o período de admissão e o tratamento a ser seguido no domicílio.
- Após a alta hospitalar, aciona o serviço social para que seja verificada a unidade básica de saúde referência do paciente.

Serviço Social - de segunda a sexta-feira das 7h às 19h
-Verifica a unidade básica de saúde referência do paciente e entra em contato, logo após a alta, via WhatsApp da gerente da unidade para o agendamento da consulta de retorno.
-Envia para a unidade básica de saúde, via e-mail do Serviço Social e do gerente da unidade, o Resumo de Alta e/ou Formulário de Referência x Contra Referência.
-Preenche guia de agendamento de consulta (anexo 01) com o nome da UBS, data e horário da consulta de retorno.

Núcleo Interno de Regulação - de segunda a sexta-feira das 19h às 7h, finais de semana e feriados
-Verifica a unidade básica de saúde referência do paciente.
-Envia para a unidade básica de saúde, via e-mail, o Resumo de Alta e/ou Formulário de Referência x Contra Referência.
-Envia uma mensagem para o WhatsApp da unidade contendo nome e data de nascimento do paciente, sinalizando a necessidade de agendamento de consulta.

Enfermeiro:
-No momento da alta, entrega guia de agendamento de consulta para o paciente com orientações.

Unidade Básica de Saúde
<u>De segunda a sexta-feira das 7h às 19h:</u>
-Realiza o agendamento de consulta em vagas de acesso e fornece devolutiva via WhatsApp para o NIR da UPA (11-

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

96339-3757). A devolutiva deve acontecer em até 2 (duas) horas do horário da solicitação.
-Responde aos e-mails com o agendamento da consulta (para o caso de e-mails enviados de segunda a sexta-feira das 19h às 7h, finais de semana e feriados, a UBS deverá responder em até 24h úteis após o recebimento da demanda).
-Se a solicitação foi realizada em finais de semana, feriados e período noturno (nos quais a UBS estava fechada), a UBS deve comunicar o paciente sobre a consulta agendada.
-Após a consulta, envia WhatsApp para o NIR da UPA (11-96339-3757) confirmando a presença do paciente na UBS para a consulta agendada.

6 – RESULTADO ESPERADO

1. **Melhoria na comunicação entre a UPA e as UBS:** Garantir que as informações clínicas e necessidades de continuidade de cuidados sejam transmitidas de forma ágil e precisa, evitando perda de dados relevantes sobre o paciente.
2. **Agilidade no acesso aos serviços da Atenção Primária**: Esta ação evita a demora no início ou continuidade do tratamento, garantindo o vínculo do paciente na Atenção Primária.
3. **Continuidade do cuidado e acompanhamento do paciente**: Garantir o atendimento e direcionamentos adequados para manutenção da saúde do paciente.
4. **Redução de reinternações e idas desnecessárias à UPA**: Espera-se que os cuidados na UBS sejam efetivos e preventivos, tratando as condições antes que se agravem.
5. **Satisfação do paciente e da equipe de saúde**: Um processo eficiente satisfaz o paciente, que tem sua saúde sendo priorizada, e a equipe, que atua de forma mais organizada e preventiva.

7 – AÇÕES CORRETIVAS

1. Reavaliar continuamente o processo e realizar ajustes conforme necessário.
2. Oferecer capacitações adicionais para a equipe.

8 – RISCOS DO PROCESSO

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

1. Falhas na comunicação entre a UPA e as UBS.
2. Falta de acompanhamento ou monitoramento do processo.
3. Não comparecimento do paciente para consulta na UBS.

9 – INDICADORES

Nome do indicador	Numerador	Denominador	Meta
Taxa de readmissão (mensal)	Número de pacientes readmitidos pelo mesmo diagnóstico em até 30 dias.	Número total de pacientes que permaneceram em observação na UPA sem necessidade de transferência hospitalar.	Reduzir o número de readmissões mensais de pacientes portadores de doenças crônicas na UPA Jaçanã até Junho/2025.
Taxa de agendamento (mensal)	Número de pacientes que receberam alta da UPA após permanecerem em observação e que tiveram consulta agendada na UBS.	Número total de pacientes que receberam alta da UPA após permanecerem em observação.	Aumentar o número de atendimentos de pacientes portadores de doenças crônicas admitidos na UPA Jaçanã nas suas UBS de referência até Junho/2025.
Taxa de atendimentos (mensal)	Número de pacientes que passaram em consulta.	Número de pacientes encaminhados.	Aumentar a adesão dos pacientes ao acompanhamento na UBS de referência até junho/2025.
Taxa de contra referência bem preenchida (mensal)	Número de contra referência bem preenchida.	Número total de contra referência.	Aumentar a taxa de contra referências bem preenchidas de pacientes portadores de doenças crônicas para suas UBS de referência até Junho/2025.

10 – ANEXOS

1 - GUIA DE AGENDAMENTO DE CONSULTA

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

UPA 24h UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO — UPA Jaçanã

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco - SBCD — SUS — PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO

GUIA DE AGENDAMENTO
Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Jaçanã

Data do atendimento na UPA: ____ / ____ / _____

Dados do Paciente:
Nome completo: _____
Data de nascimento: ____ / ____ / _____
Cartão SUS: _____
Telefone: _____

Encaminhamento para:
Unidade Básica de Saúde (UBS): _____
Endereço da UBS: _____
Data da consulta: ____ / ____ / _____ Especialidade: _____

Observações Adicionais:
_____

Assinatura do Serviço Social: _____

12 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Ribeiro SP, Cavalcanti MLT. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. Ciência & Saúde Coletiva, 25(5):1799-1808, 2020.

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.UE.ASS.038	VERSÃO: 01
ATENDIMENTO AO PACIENTE COM RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO	VALIDADE: 07/2027	Pag. 1 de 7

Elaborado por: Coordenadora Assistencial – Paula A. S. F. Martins	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Paula Andrea Shinzato Ferreira Martins 864CAF24E4274A4...
Verificado por: Assessora Técnica – Renata Colamarche	Data: 07/2025	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 90E0F55E05D144F...
Verificado por: Coordenação da Qualidade – Sabrina Benetti	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Sabrina Benetti 36842B6BE0BF4CE...
Aprovado por: Gerência Assistencial - Carla Carin Casaes	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Carla Carin Casaes FAEFCD486FD6449...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
0	Não se aplica	Emissão do documento

1- OBJETIVO

- Identificar os pacientes com potencial risco de broncoaspiração;
- Padronizar medidas preventivas;
- Definir estratégias de rápido reconhecimento dos eventos de broncoaspiração e consequentemente intervenção imediata

2 – ALCANCE

- Observação adulto
- Observação pediátrica
- Sala de Emergência

3 – COMPETÊNCIA

- Médicos
- Enfermeiros
- Técnicos de enfermagem

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

Aspiração broncopulmonar (broncoaspiração) - é a entrada de conteúdo, endógeno ou exógeno, colonizados por bactérias residentes, ou não, do tubo digestivo para o trato respiratório inferior (traqueia, brônquios e pulmões), ocasionando alterações inflamatórias e crescimento bacteriano. As substâncias mais comuns são os resíduos gástricos e as secreções colonizadas contidas na cavidade orofaríngea, favorecendo a ocorrência de pneumonite aspirativa e/ou pneumonia.

A broncoaspiração representa uma das principais causas de morte por infecções associadas a assistência à saúde,

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

sendo essa situação muito preocupante quando se considera o envelhecimento da população, o tempo de internação e suas comorbidades.

Fatores de risco:

- Tempo de intubação maior que 48h;
- Traqueostomia;
- Disfagia;
- Uso de sondagem nasoenteral, nasogástrica e gastrostomia;
- Rebaixamento do nível de consciência;
- Doenças neurológicas;
- Distensão abdominal;
- Doenças esofágicas;
- Ausência de decúbito elevado.

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

AVALIAÇÃO DE RISCO PARA BRONCOASPIRAÇÃO

Todos os pacientes internados devem ser avaliados na admissão e diariamente quanto à presença dos seguintes fatores de risco:

a. Alterações neurológicas associadas à disfagia
b. Doenças e cirurgias de cabeça e pescoço
c. Doenças do refluxo gastroesofágico
d. Pacientes críticos acima de 65 anos
e. Primeiras 24h pós extubação de pacientes que permaneceram > 48h sob IOT
f. Desconforto respiratório durante ou após a ingesta alimentar
g. Sinais de engasgo e/ou voz molhada
h. Reflexo de tosse diminuído
i. Rebaixamento do nível de consciência
j. Presença sonda naso/oro gástrica/enteral
k. Sialorreia e /ou acúmulo de resíduo alimentar em cavidade oral
l. Sensação de bolo parado na garganta; dor ao engolir
m. Prótese dentária mal adaptada
n. Uso de drogas sedativas.

Caso apresente UM ou MAIS fatores de risco, este deve ser classificado como paciente com ALTO RISCO DE

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.UE.ASS.038	VERSÃO: 01
ATENDIMENTO AO PACIENTE COM RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO	VALIDADE: 07/2027	Pag. 3 de 7

BRONCOASPIRAÇÃO, sendo identificado o risco na placa a beira leito e no censo/passagem de plantão, para a implementação das medidas preventivas recomendadas.

PROCEDIMENTOS:

Enfermeiro:

- Identificar o risco de broncoaspiração à beira leito;
- Em caso de alto risco de broncoaspiração, discutir com equipe médica a possibilidade de suspender dieta via oral;
- Cuidados com dispositivos como CNG, CNE e BIC;
- Realizar ações preventivas no plano de cuidados;
- Orientar ações estratégicas à equipe, paciente e acompanhante, como elevação do decúbito a 60° durante a oferta da dieta, observar sinais sugestivos de engasgos/aspiração durante a alimentação;
- Evolução em prontuário;
- Realizar notificação de evento adverso, quando houver broncoaspiração.

Médico:

- Avaliação, acompanhamento e prescrição;
- Evolução em prontuário das intervenções a serem realizadas;
- Para os pacientes com sonda enteral, certificar o posicionamento pós-pilórico por meio de radiografia;
- Quando necessário realizar prescrição de dieta com consistência adequada.

Técnico de enfermagem:

- Monitorar e identificar o paciente com risco;
- Seguir o plano de cuidados;
- Realizar elevação do decúbito para 60°, durante a oferta da dieta;
- Realizar ou orientar paciente quanto a higiene oral;
- Realizar a oferta da dieta via oral, de acordo com a consistência adequada, com atenção para os sinais de engasgo / aspiração;
- Ofertar dieta apenas quando paciente estiver alerta;
- Ofertar o alimento em pequeno volume, na colher;
- Pausar dieta enteral somente durante procedimentos de transporte, troca de fralda, banho e aspiração nasotraqueal e orotraqueal. Durante o banho e transporte, passar 20 ml de água para lavagem da sonda antes e após os procedimentos;
- Manter pressão de cuff entre 25 e 30 cmH2O para adultos. Para crianças, não exceder 20cmH20;
- Relatar ao enfermeiro qualquer intercorrência durante a oferta da dieta;
- Registrar em prontuário as intervenções realizadas.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

INTERVENÇÕES IMEDIATAS DIANTE DO VÔMITO COM RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO

- Interromper imediatamente a dieta;
- Lateralizar o paciente;
- Elevar a cabeceira da cama a 45º, se não houver contraindicação;
- Aspirar a cavidade oral, faríngea e traqueal, para remoção dos resíduos da dieta;
- Investigar sinais de broncoaspiração: tosse, cianose, queda dos níveis de saturação de oxigênio, dispneia ou apneia, ausculta de crepitações ou sibilos, presença de aspirado traqueal com resíduos gástricos e hipotensão arterial;
- Comunicar equipe médica e iniciar os procedimentos de suporte, se necessários;
- Relatar o ocorrido no prontuário; e realizar Notificação de Evento Adverso (NEA).

MONITORAMENTO DO PROTOCOLO DE BRONCOASPIRAÇÃO

A coleta de dados para o levantamento de indicadores da implementação deste protocolo, devem ser realizadas pelas unidades assistenciais, utilizando-se a ficha de coleta de dados – TERMÔMETRO DE BRONCOASPIRAÇÃO (Anexo 1).

Este monitoramento deverá ser realizado quinzenalmente com a coleta de dados de prontuários e beira leito. O serviço poderá definir profissional técnico para essa coleta de dados, sendo ele membro do NSP e acompanhado pelo enfermeiro de educação permanente ou 40 horas.

Os indicadores abaixo deverão ser monitorados pelas unidades assistenciais e Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) a fim de proporcionar a análise crítica e implementação de melhorias:

- Proporção de pacientes com avaliação de Risco Broncoaspiração na admissão (primeiras 24h);
- Proporção de pacientes com avaliação de Risco Broncoaspiração Diária (nas últimas 24h);
- Proporção de pacientes em que as medidas preventivas foram implementadas;
- Incidência de broncoaspiração na unidade.

6 – RESULTADO ESPERADO

- Redução dos casos de broncoaspiração ocorridos no serviço de saúde;
- Desenvolvimento da capacidade dos profissionais em avaliar o risco para broncoaspiração dos usuários.

7 – AÇÕES CORRETIVAS

- Padronizar a identificação e monitoramento dos pacientes conforme o risco de broncoaspiração.

8 – RISCOS DO PROCESSO

- Falha no processo de avaliação do risco para broncoaspiração pela equipe de enfermagem;
- Monitoramento ineficaz do paciente com alto risco para broncoaspiração;

9 – INDICADORES

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

- Proporção de pacientes com avaliação de Risco Broncoaspiração na admissão (primeiras 24h);
- Proporção de pacientes com avaliação de Risco Broncoaspiração Diária (nas últimas 24h);
- Proporção de pacientes em que as medidas preventivas foram implementadas;
- Incidência de broncoaspiração na unidade.

10 – ANEXOS

Anexo 1. Modelo de coleta de dados para indicador

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.UE.ASS.038	VERSÃO: 01
ATENDIMENTO AO PACIENTE COM RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO	VALIDADE: 07/2027	Pag. 6 de 7

As medidas preventivas abaixo devem ser avaliadas somente em pacientes com Alto Risco de Broncoaspiração																				
BCPJ	Paciente com histórico de broncoaspiração durante a admissão em observação?		Sim/não / Não se aplica/NA= não aplicável →pacientes com menos que 24 h de internação.																	
BCP4	Paciente com histórico de broncoaspiração durante a admissão na enfermaria?		Sim/não / Não se aplica/NA= não aplicável →pacientes com menos que 24 h de internação.																	
BCPES	Medidas preventivas para Prevenção de Broncoaspiração Para TODOS os pacientes com Alto Risco	Identificação leito com GRAU DE RISCO nas últimas 24 horas (inspeção visual)	Sim/não / Não se aplica/NA= não aplicável (considerar quando não receber o cuidado ou recusa do paciente) NA= consideração documentada em prontuário ou não se aplica (Observar paciente à beira leito no momento da coleta e prescrições das últimas 24h)																	
		Cabeceira elevada de 30° a 45, se não houver contraindicação (inspeção visual)																		
		Cavidade oral higienizada sempre que necessário e, no mínimo, pelo menos (registro em prontuário)																		
		Confirmado posicionamento da sonda após a inserção? (registro em prontuário)																		
	Pacientes de Alto Risco em uso de CNE/CNG	Confirmado posicionamento da sonda antes de cada administração de dieta? (registro em prontuário)																		
		Utilizando bomba de infusão para dieta? (inspeção visual)																		
		Sonda fixada adequadamente? (inspeção visual)																		
		Aspiração de secreções sempre que necessário (registro em prontuário e inspeção visual)																		
	Pacientes de Alto Risco em uso de traqueostomia	Aspiração de secreções sempre que necessário (registro em prontuário e inspeção visual)																		

Nome do profissional que coletou os dados:

ANOTAÇÕES

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

12 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
2. Sousa NM. Prevenção da pneumonia por aspiração: revisão sistemática [Dissertação]. Porto (Portugal): Universidade do Porto; 2013.
3. Plano de Intervenções em Enfermagem - Prevenção de Aspiração Broncopulmonar em Adultos - Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Hospital de Clínicas. Disponível em: http://www.ebserh.gov.br/documents/147715/0/PIE+Preven%C3%A7%C3%A3ode+broncoaspira%C3%A7%C3%A3o+2013.pdf/ece782f7-a46e-4265-9c01-da1fc2c5cbb1
4. Protocolo de Broncoaspiração – Cruz Azul de São Paulo: Saúde e Educação – 01/10/2018 Disponível em: http://cruzazulsp.com.br/sistema/docpix/a/dicas_saude/2018/10/protocolo_de_broncoaspiracao_15396193811676332.pdf

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.UE.ASS.039	VERSÃO:01
INSERÇÃO, MANUTENÇÃO E CUIDADOS COM CATETER VENOSO CENTRAL	VALIDADE: 07/2027	Pag. 1 de 7

Elaborado por: Assessora Técnica – Renata Colamarche	Data: 07/2025	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 90E0F55E05D144F...
Verificado por: Assessor Técnico – Fabricio Lopes da Silva	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: 97794B2C355C4A3...
Verificado por: Coordenação da Qualidade – Sabrina Benetti	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Sabrina Benetti 36842B6BE0BF4CE...
Aprovado por: Gerência Assistencial - Carla Carin Casaes	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Carla Carin Casaes FAEFCD486FD6449...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
0	Não se aplica	Emissão do documento

1- OBJETIVO

Definir os procedimentos para inserção, cuidados e manutenção de cateter venoso central em pacientes admitidos nas unidades de urgência e emergência e que necessitem deste dispositivo para continuidade do processo assistencial..

2 – ALCANCE

Unidades de urgência e emergência

3 – COMPETÊNCIA

- Médico
- Enfermeiro
- Técnico de Enfermagem

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

Acesso venoso central é o posicionamento de um dispositivo apropriado de acesso vascular cuja extremidade atinja a veia cava superior ou inferior, independentemente do local da inserção.

O cateter venoso central de inserção periférica (PICC) também é um acesso venoso central,

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

porém com inserção em veia periférica, que pode ser inserido por enfermeiro habilitado.

Suas indicações para uso são:

- Monitorização hemodinâmica invasiva (pressão venosa central, pressão de artéria pulmonar etc.).
- Acesso vascular para a infusão de soluções irritantes, vesicantes ou hiperosmóticas;
- Hemodiálise
- Acesso vascular de longo prazo para nutrição parenteral prolongada ou quimioterapia;
- Reposição rápida de fluidos ou sangue no trauma ou cirurgia;
- Estimulação cardíaca artificial temporária;
- Acesso venoso em pacientes com veias periféricas ruins.
- Os locais de inserção variam de acordo com o quadro clínico do cliente e habilidade do executor:
- Veia jugular interna (VJI) e veia subclávia (VSC) preferencialmente à direita (cúpula

pleural mais baixa, menor risco de pneumotórax do que à esquerda).

- Veia femoral (VF);
- Veia jugular externa (VJE);
- Veias periféricas de MMSS/II para inserção de PICC

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

- Cateter mono, duplo ou triplo lúmen;
- Bandeja de punção de acesso central;
- Clorexidina degermante;
- Clorexidina alcoólica;
- Campo e avental estéreis, máscara, gorros e óculos;
- Luva estéril;
- Micropore;
- Seringas de 5 e 10 ml;
- Agulhas 40x12 e 30x7 ou 25x7; 1 de 4
- Xylocaína 2% sem vasoconstritor;
- Fio sutura (nylon 3-0);
- Lâmina de bisturi nº11;

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

- Gazes estéreis;
- Monitor cardíaco;
- Equipo, polifix 2 ou 4 vias e SF0,9% 250ml

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

Após avaliação médica criteriosa e verificação da necessidade de inserção de cateter venoso central em paciente admitido no serviço de saúde o procedimento deverá ser realizado, de forma mais

organizada possível, atendendo aos requisitos do bundle de inserção e manutenção de cateter venoso central, que são:

1º - Higienização das mãos

2º - Precauções máximas de barreira

3º - Antissepsia com Clorexidina

4º - Escolha do sitio de inserção adequado, com preferência por veia subclávia nos cateteres não tunelizados.

5º - Reavaliação diária da necessidade de manutenção do cateter, com pronta remoção daqueles desnecessários.

5. PROCEDIMENTO

5.1 INSERÇÃO

- Lavar as mãos.
- Preparar material e ambiente.
- Explicar ao paciente/família os benefícios e objetivos do procedimento.
- Preparar todo material necessário.
- Expor o local de punção do cateter e fazer a degermação com clorexidina alcoólica.
- Retirar ar do equipo e polifix 2 ou 4 vias com SF0,9%.

Auxiliar no procedimento médico:

- Abrir pacote com a Bandeja de punção.
- Abrir e dispor no campo da Bandeja: seringas, agulhas, fio de sutura, campos e o kit cateter.

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

- Colocar clorexidina alcoólica na cuba da bandeja e SF0,9% na outra cuba da bandeja.

Após a paramentação médica (luvas e avental estéreis, gorro, óculos e máscara)

- Apresentar a xylocaína para aspiração pelo médico.
- Aguardar o médico realizar a antissepsia do local de punção com a clorexidina.
- Colocar os campos estéreis.
- Aplicar o anestésico local
- Localizar o vaso sanguíneo
- Realizar a punção com a agulha do kit
- Passagem do guia do kit,
- Retirada da agulha do kit,
- Passagem do dilatador do kit (talvez seja necessário fazer uma pequena incisão no sítio de punção),
- Retirada do dilatador,
- Passagem do cateter,
- Retirada do guia;

Após o médico aspirar sangue do cateter para testar a efetividade da punção venosa, apresentar o SF0,9% com o equipo e conectar na via do introdutor para manter a permeabilidade do acesso.

- Aguardar o médico realizar a fixação do cateter com fio de sutura.
- Fazer curativo com clorexidina alcoólica no sítio de punção e ocluir com gaze.
- Controlar sinais vitais.
- Aguardar radiografia para confirmar a localização do cateter e afastar possíveis iatrogenias.
- Lavar as mãos

5.2 CURATIVO E CUIDADOS APÓS A INSERÇÃO DO CATETER

- O curativo deverá ser realizado com técnica asséptica e exclusivamente pelo

ENFERMEIRO do setor.

- O primeiro curativo deve ser realizado com uso de gaze para absorção de possíveis sangramentos devendo ser trocado em 24 horas e instalado apenas o tegaderm.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

- Em casos de clientes com distúrbios de coagulação deve ser observada a persistência de sangramento.
- O curativo com Tegaderm tem validade de 07 dias, desde que sem sujidades e bem fixo à pele.

5.3 TÉCNICA DE REALIZAÇÃO DO CURATIVO

- Proceder a retirada do curativo anterior, se houver, com luvas de procedimento sem tocar o óstio.
- Técnica asséptica, calçar luva estéril.
- Realizar a desinfecção da pele com clorexidina alcoólica em sentido único e trocando a face da gaze.
- Observar aspecto da pele e óstio bem como a fixação do cateter.
- Instalar o tegaderm de forma a fixar corretamente o cateter sem tracionar ou dobrar sua inserção.
- Se necessário realizar fixação externa extra com micropore.
- Datar o curativo.

5.4 MANUTENÇÃO DO CATETER

- Para todos os cateteres é fundamental a desinfecção dos conectores com álcool 70% em 06 movimentos.
- Observar curativo e óstio do cateter para evitar tracionamento na manipulação.
- Comunicar ao enfermeiro em caso de curativo solto ou perda dos pontos de sutura.
- Após coleta de sangue realizar salinização com turbilhonamento de SF 0,9% (volume adequado para cliente).

- Atentar para o término das soluções e substituição imediata.
- Em caso de obstrução comunicar ao Enfermeiro.
- A retirada do cateter venoso central deverá ser realizada privativamente pelo enfermeiro.

Prevenção de agravo:

- Seguir procedimento técnico

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

- Radiografia
- Monitorar traçado cardíaco
- Monitorar oximetria de pulso
- Avaliar uso de trombolíticos antes da punção e retirada do cateter

Tratamento da não conformidade:

- Comunicar as intercorrências ao enfermeiro e médico e realizar os registros necessários
- Tracionar o fio guia em caso de arritmias
- Punção ou drenagem de tórax em caso de pneumotórax ou hemotórax
- Aplicar compressão e gelo caso ocorra hematoma ou sangramentos
- Em caso de deslocamento do cateter retirar imediatamente e realizar hemostasia e providenciar acesso periférico imediato se necessário
- Assegurar tratamento dos agravos e atenção à família

Observações/Recomendações complementares:

- Utilização correta dos EPIs.
- Realizar os registros necessários após os procedimentos.
- Manter o local em ordem.
- Realizar posição trendelenburg auxilia nas punções de jugulares e subclávias.

6 – RISCOS DO PROCESSO

- Pneumotórax
- Hemotórax
- Dissecção
- Arritmia
- Infecção
- Hematoma
- Deslocamento do cateter
- Isquemia ou necrose
- Sangramentos

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

7 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- Ações de enfermagem na prevenção de infecções relacionadas ao cateter venoso central: uma revisão integrativa. Saymom Fernando dos Santos1 , Raquel Siqueira Viana2 , Carla Lúcia Goulart Constant Alcoforado3 , Camila Cláudia Campos4 , Selme Silqueira de Matos5 , Flávia Falci Ercole6. Disponível em: http://www.sobecc.org.br/arquivos/artigos/2015/pdfs/v19n4/SOBECC_v19n4_219-225.pdf
- Bundle de cateter venoso central: conhecimento e comportamento dos profissionais de saúde da Unidade de Terapia Intensiva adulto de um hospital de grande porte. Camila Adriana Barbosa Costa. Disponível em: http://hdl.handle.net/1843/ANDO-AMTJV6.
- CINTRA, E. A.; NISCHIDE, V. M.; NUNES, W. A. Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo. São Paulo: Atheneu, 2003.
- HUDAK, C. M.; GALLO, B. M. Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.
- MOTTA, A. L. C. Normas, rotinas e técnicas de enfermagem. São Paulo: Látia, 2003.
- PRADO, M. L.; GELBCKE, F. L. Fundamentos para o cuidado profissional de 3 de 4 enfermagem. Florianópolis: Cidade Futura, 2013.
- KNOBEL, E.; LASELVA, C. R.; JUNIOR, D. F. M.; Terapia intensiva: enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2006.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.SBCD.ASS.001	VERSÃO: 01
PROTOCOLO DE BRONCOASPIRAÇÃO	VALIDADE: 06/2025	Pag. 1 de 7

Elaborado por: Blanca E. M. Jeton	Data: 06/2023	Visto:
Elaborado por: Flávia Dione Batista	Data: 06/2023	Visto:
Elaborado por: Juliana Veronesi	Data: 06/2023	Visto:
Revisado por: Aurivan Andrade de Lima	Data: 06/2023	Visto
Aprovado por: Erica de Cassia Laurindo	Data: 06/2023	Visto:

Rev.	Data	Descrição da Revisão / Data / Responsável
1	07/2023	Emissão inicial.

1 – OBJETIVO

- Alinhar medidas de prevenção de broncoaspiração junto a equipe assistencial;
- Diminuir os riscos de broncoaspiração através da conscientização e aplicação das medidas de prevenção;
- Evitar internação hospitalar através de medidas de prevenção de broncoaspiração;
- Conscientizar a equipe assistencial da importância de ações preventivas junto aos pacientes de risco;
- Minimizar os riscos de Morbi Mortalidade relacionado a broncospiração.

2 – ALCANCE

Equipe Assistencial (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, fisioterapeuta, fonoaudióloga, nutricionista, assistente social, farmacêutico, Terapeuta Ocupacional), responsável pelo cuidado do paciente em risco.

3 – COMPETÊNCIA

Equipe Assistencial (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, fisioterapeuta, fonoaudióloga, nutricionista, assistente social, farmacêutico, Terapeuta Ocupacional).

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

- **Segurança do paciente -** refere-se à redução do risco de danos evitáveis associados à assistência à saúde;
- **Broncoaspiração (BCP)** -ocorre quando substâncias estranhas, como líquidos, alimentos ou secreções, entram nas vias respiratórias inferiores, incluindo os pulmões. Isso pode resultar em irritação pulmonar, inflamação, infecção e dificuldade respiratória.
- **Via Oral (VO)-** Via de administração de dieta ou medicação pela cavidade oral.

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

5.1 INTRODUÇÃO

A prevenção de broncoaspiração consiste em implementar medidas e estratégias para reduzir o risco de aspiração de substâncias estranhas para as vias respiratórias inferiores. Essa atividade envolve a equipe assistencial, que inclui médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, nutricionistas e outros profissionais de saúde. As práticas de prevenção de broncoaspiração não devem estar associadas ao entendimento que somente pacientes de sondagem enteral ou gástrica, sendo de suma importância alinhar com as práticas para alimentações V.O.

5.2 FATORES DE RISCO

- Doenças neurológicas: Acidente Vascular Cerebral, Traumatismo Crâneo Encefálico, Parkinson, Alzheimer, Esclerose Múltipla, Esclerose Lateral Amiotrófica, Miastenia Gravis, Tumor Cerebral, Paralisia Cerebral;
- Doenças Pulmonares: DPOC grave, Asma grave;
- Doença Esofágica: Tumor de esôfago, fistula traqueo - esofágica, hérnia de hiato, megaesôfago, refluxo gastro esofágico;
- Pós-operatório Imediato;
- Intubação prévia e Traqueostomia;
- Higiene oral inadequada, com permanência de restos alimentares e secreção na boca;
- Reflexo de tosse diminuído ou ausente;
- Dificuldade para respirar, podendo ocorrer Assincronia entre a respiração e a deglutição (engolir);
- Salivação Excessiva;

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

- Prematuridade;
- Jejum Prolongado;
- Clientes com náuseas e vômitos, tosse persistente e distensão abdominal;
- Vômito / Regurgitação;
- Voz molhada (borbulhante);
- Dor ao engolir;
- Sensação de bolo parado na garganta;
- Guarda de alimentos na cavidade oral;
- Engasgos e/ou tosse antes, durante ou após ingestão de alimentos (sólido, pastoso, líquido);

5.3 PRÁTICAS POTENCIALIZADORAS DA BRONCOASPIRAÇÃO

O risco de broncoaspiração está presente na maioria dos pacientes acamados. Devido a incidência, há um grande envolvimento dos serviços em garantir práticas que busquem prevenir a broncoaspiração, como forma de garantir uma assistência livre de danos aos pacientes.

Diante desta possibilidade, além da falha na sistematização das práticas de prevenção e da falta de envolvimento assistencial, existem fatores que podem potencializar o risco de broncoaspiração junto aos pacientes. Abaixo temos os principais fatores que devem ser corrigidos imediatamente afim de evitar falhas nos processos de prevenção:

- Cabeceira da cama não elevada (30 a 45 °)
- Higienização da cavidade oral inadequada;
- Posicionamento Inadequado do cateter enteral;
- Falta de monitoramento do resíduo gástrico
- Técnicas de extubação / Intubação de forma inadequada;
- Volume enteral incompatível com a absorção do paciente
- Equipe profissional desatualizada com as práticas assistenciais de prevenção.

5.4 AÇÕES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL:

MÉDICO:

- Explicar para o paciente e/ou familiares sinais para identificação do risco de broncoaspiração;

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

- Prescrever cabeceira elevada (30 a 45°);
- Solicitar controle radiológico após passagem da sonda com avaliação de sua localização;
- Orientar toda a equipe multiprofissional em caso de pacientes em uso de drogas que aumentam o risco de broncoaspiração, bem como deixar prescrito medidas preventivas;
- Solicitar parecer da fonoaudiologia sempre que identificado os fatores de risco de broncoaspiração;
- Discutir as medidas de cautela na progressão de dietas enterais para assistida /oral

ENFERMEIRO:

- Orientar o paciente e a família sobre todas as etapas da terapêutica escolhida, procedimento de passagem de sonda, tipo de dieta, forma de infusão, principais cuidados e complicações;
- Avaliar dinamicamente as mudanças das condições dos pacientes e os riscos potenciais de broncoaspiração;
- Discutir junto a equipe médica a avaliação e acompanhamento da fonoaudiologia aos pacientes de risco de broncoaspiração;
- Orientar a manter a cabeceira elevada de 30 a 45 °
- Avaliar condições da higiene oral e orientar o cuidador sempre que necessário;
- Anotar o posicionamento da sonda antes da administração da dieta em prontuário;
- Orientar manter o paciente em decúbito elevado a 45° após a infusão da dieta por pelo menos 45 minutos;
- Orientar e aspirar secreção dos pacientes conforme plano de cuidados e sempre que necessário.
- Orientar a equipe de enfermagem e cuidadores sobre a importância de avaliar a boca dos pacientes pós dieta assistida ou supervisionada bem como a higienização correta da boca;
- Observar os sinais de congestão abdominal após e durante a infusão de dieta e quando necessário interromper a dieta colocando o paciente em decúbito 90°;
- Realizar a capacitação continuada dos profissionais da enfermagem e equipe multidisciplinar junto as ações preventivas de broncoaspiração;

FISIOTERAPEUTA:

- Alertar a toda equipe multidisciplinar e cuidadores em caso de uso de drogas que provoquem um relaxamento do esfíncter esofágico distal aumentado, psicotrópicos e sedativos.

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

- Avaliar e orientar sobre o uso de espessante em liquido e o ponto (Néctar, Mel e Pudim) conforme for indicado;
- Solicitar exames quando necessário para complementar à avaliação.
- Avaliação dos pacientes com risco potencial de broncoaspiração;
- Avaliar condições da higiene oral e orientar o cuidador sempre que necessário;
- Realizar a capacitação continuada dos profissionais da enfermagem e equipe multidisciplinar junto as ações preventivas de broncoaspiração;

6 – RESULTADO ESPERADO

Reduzir ou evitar completamente a ocorrência de broncoaspiração, é importante ressaltar que, embora as medidas de prevenção sejam implementadas para reduzir o risco de broncoaspiração, elas não podem eliminar completamente o risco.

7 – AÇÕES CORRETIVAS

Quando ocorre um episódio de broncoaspiração, é importante tomar ações corretivas imediatas para minimizar os danos e garantir a segurança do paciente como:

- Suspender a dieta ou qualquer alimento;
- Avalie rapidamente a condição do paciente. Verifique os sinais vitais, a saturação de oxigênio, a frequência respiratória e outros indicadores relevantes. Observe a presença de dificuldade respiratória, tosse persistente, cianose (coloração azulada da pele) ou outros sinais de complicações respiratórias;
- Aspirar o conteúdo de cavidade oral ou traqueal se possível;
- Mantenha a cabeceira elevada 30 a 45 °;
- Comunicar o médico imediatamente;
- Nos casos de broncoaspiração associada a vomito deve-se lateralizar a cabeça imediatamente, interromper a dieta e aspirar o conteúdo da cavidade oral / traqueal; (prática permitida aos enfermeiros);
- Acionar SAMU para encaminhar ao serviço de urgência e emergência caso tenha sinais de complicações respiratória;
- Realize treinamento e orientação aos responsáveis pelo cuidado no domicilio do paciente, afim de identificar os sinais de alerta de broncoaspiração e como proceder caso ocorra.

8 – RISCOS DO PROCESSO

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

- Indicar e cobrar a sinalização do risco de broncoaspiração aos pacientes que não estiverem sinalizados;
- Atentar-se aos pacientes muito secretivos, intervindo imediatamente na aspiração traqueal e discutindo as possíveis drogas que estejam estimulando a sialorréia;
- Realizar as medições do Cuff aos pacientes com traqueostomia com cuff.

FARMÁCÊUTICO:

- Avaliar prescrição medicamentosa e interações farmacológicas;
- Avaliar e sinalizar a entrada do protocolo de prevenção de broncoaspiração sempre que identificado o risco potencial;
- Alertar a toda equipe multidisciplinar em caso de uso de drogas que provoquem um relaxamento do esfíncter esofágico distal aumentado;
- Sinalizar e cobrar a sinalização do risco de broncoaspiração aos pacientes que não estiverem sinalizados;

NUTRICIONISTA:

- Assegurar o aporte nutricional adequado;
- Realizar prescrição de dieta de acordo com o quadro clínico do paciente;
- Discutir junto a fonoaudiologia a consistência da dieta a ser administrada conforme avaliação e após orientar cuidador;
- Discutir e sistematizar junto a fonoaudiologia a progressão da dieta com segurança e após orientar cuidador;
- Avaliar e sinalizar a entrada do protocolo de prevenção de broncoaspiração sempre que identificado o risco potencial;
- Sinalizar e cobrar a sinalização do risco de broncoaspiração aos pacientes que não estiverem sinalizados;

FONOAUDIÓLOGA:

- Avaliação do paciente para a reintrodução da dieta via oral em pacientes com sonda ou traqueostomizado.
- Avaliar a consistência da dieta a ser oferecida ao paciente para a alimentação segura por via oral (pastosa, livre, líquida espesso ou líquida).

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

Abaixo temos os principais fatores que devem ser corrigidos imediatamente afim de evitar falhas nos processos de prevenção:

- Falha na classificação de risco do paciente
- Falta de educação do familiar ou cuidador sobre os cuidados como:
  - ➢ Posicionamento inadequado do cateter enteral;
  - ➢ Falta de monitoramento do resíduo gástrico;
  - ➢ Higiene da cavidade oral inadequada;
  - ➢ Cabeceira da cama não elevada (30 a 45°)
- Falta de envolvimento do paciente quanto aos cuidados durante alimentação;
- Ausência de um plano multiprofissional para prevenção do risco;
- Volume enteral incompatível com absorção do paciente.

9 – INDICADORES

Número de ocorrências de broncoaspiração.

10 – ANEXOS

Não se aplica.

12 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Coppini LZ, Waitzberg DL. Complicações em Nutrição Enteral. In: Waitzberg DL, editor. Nutrição Oral, Enteral e Parenteral na Prática Clínica, 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 2000.

BLOCH, Abby & MUELLER, Charles. Suporte Nutricional Enteral e Parenteral. In: MAHAN, L. Kathleen & ESCOTT – STUMP, Sylvia. Alimentos, nutrição & dietoterapia. São Paulo: Roca. 10 ed, 2002.

MATSUBA, Claudia Satiko Takemura. Enfermagem em terapia nutricional / Claudia Satiko Takemura Matsuba, Daniel Magnoni. – São Paulo: SARVIER, 2009

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	PRT.SBCD.UE.002	VERSÃO: 01
PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA	VALIDADE: 07/2027	Pag. 1 de 25

Elaborado por: Assessor Técnico – Renata Colamarche	Data: 07/2025	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 90E0F55E05D144F...
Verificado por: Assessora Técnica – Fabricio Lopes da Silva	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: 97794B2C355C4A3...
Verificado por: Coordenador Médico – José Pablo Rojas Soliz	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Jose Pablo 8CFB1F44058F481...
Verificado por: Coordenação da Qualidade – Sabrina Benetti	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Sabrina Benetti 36842B6BE0BF4CE...
Aprovado por: Gerência Assistencial - Carla Carin Casaes	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Carla Carin Casaes FAEFCD486FD6449...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
0	Não se aplica	Emissão do documento

1- OBJETIVO

Padronizar critérios mínimos para o reconhecimento e tratamento precoce dos pacientes que apresentam Dor Torácica (independentemente de sua causa), porém focando na SCA, alinhando as condutas de atendimento aos referenciais internacionais e protocolos municipais, visando obter maior agilidade e qualidade assistencial.

2 – ABRANGÊNCIA

Unidades de Urgência e Emergência.

3 – EXIGÊNCIA (s) E JUSTIFICATIVA (s)

Garantir as informações pertinentes à área da assistência.

4 – RESPONSABILIDADES

Enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes administrativos e médicos de todos os setores das unidades de urgência e emergência.

5 – ABREVIAÇÕES

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

AVC	Acidente Vascular Cerebral
BP	Beneficência Portuguesa
BRE	Bloqueio de ramo esquerdo
CP	Comprimido
CSST	Com supra do segmento ST
ECG	Eletrocardiograma
EV	Endovenoso
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
POP	Procedimento Operacional Padrão
PSM	Pronto Socorro Municipal
RCP	Reanimação Cardiopulmonar
SBCD	Sociedade Brasileira Caminho de Damasco
SC	Subcutâneo
SCA	Síndrome Coronariana Aguda
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNC	Sistema Nervoso Central
SST	Sem supra do segmento ST
VD	Ventrículo Direito
VO	Via oral

6– DEFINIÇÕES

A síndrome coronária aguda com elevação de ST representa cerca de 29 a 38% dos casos de IAM. A mortalidade hospitalar média gira em torno de 5 a 6%. A SCA inclui: a angina instável e o IAM com ou sem supradesnivelamento do segmento ST.

A angina instável e o IAM **sem supra de ST**, podem não apresentar alterações típicas no ECG, o que fisiopatologicamente significa uma **suboclusão** das artérias que irrigam o miocárdio. Já no IAM **com supra ST**, há uma elevação do segmento ST, característica ao ECG, que significa fisiopatologicamente, uma **oclusão TOTAL** do fluxo arterial ao miocárdio.

Como etiologia, a SCA com elevação de ST pode ser causada por:

- Trombo oclusivo (placa aterosclerótica sofre ruptura ou erosão) => a principal causa;

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

- Espasmo coronariano (angina de Prinzmetal);
- Embolia para coronárias: trombo intracavitário, mixoma, endocardite, etc.
- Oclusão do óstio coronariano: dissecção de aorta ou de coronária;
- Arterite: sífilis, lúpus, doença reumatoide, poliarterite nodosa, Takayasu, Kawasaki;
- Trombose *in situ*: anemia falciforme, doenças mielo-proliferativas;
- Cocaína, anfetamina e derivados: vasoconstrição coronariana + efeitos cronotrópicos positivos, trombose e efeito tóxico direto no miocárdio.

7 – PROCEDIMENTO

O atendimento do paciente com dor torácica deve ser diferenciado dos demais pacientes, pois o fluxo assistencial deve seguir a lógica da priorização do atendimento desde a sua entrada no serviço. Vide macrofluxo no Anexo 01.

No momento da chegada do paciente, o mesmo poderá manifestar via totem/recepção/classificação de risco a **queixa de dor torácica**. Mas o sintoma pode ser referido também posteriormente durante a estada na instituição. Em todas as situações, deve-se **sinalizar imediatamente a equipe de enfermagem** para a realização do **ECG** de 12 derivações em tempo de **até 10 minutos**, contabilizando desde o horário da chegada do paciente na instituição ou da manifestação da queixa dolorosa, até o horário da realização do exame.

Após a realização do ECG, o médico deverá **analisar o traçado eletrocardiográfico imediatamente após** sua realização, e o paciente deverá ser avaliado em relação a sua história clínica e o tipo de dor, achados estes norteadores para definição de conduta.

Toda linha de cuidado proposta para os pacientes elegíveis ao protocolo deve ser evidenciada por meio do prontuário.

O diagnóstico consiste em:

a) <u>Sintomas típicos ou atípicos:</u>

Critérios de Avaliação da Dor	**Dor Típica**	**Dor Atípica – Até 30% dos IAM CSST**
Caráter da Dor	Geralmente associada a constrição, compressão, queimação e sensação de “peso”, durando 20 minutos ou mais.	Geralmente associada como sensação de facada, agulhada, pontadas e relato de piora durante a respiração.

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

Localização da Dor	Localizada no segmento retroesternal, ombro esquerdo, pescoço, face, mandíbula e região epigástrica.	Localizada no hemotórax e ombro direito.
Fatores Desencadeantes	Relacionada ao exercício, excitação, estresse, frio e refeições copiosas.	Palpação, movimentação.

** Atenção a diabéticos, mulheres e idosos que tendem a apresentar sintomas atípicos – **equivalente anginoso** – dispneia, sudorese, fadiga, palpitações, síncope, confusão mental, queimação no estomago, náuseas ou vômitos, **20% a 30% não apresentam dor!** Mais comum ocorrer em idosos, mulheres, diabetes, insuficiência cardíaca prévia, chegada tardia ao serviço.

Tipos de Dor	Características da Dor
Dor Tipo A **Definitivamente Anginosa** As características dão certeza do diagnóstico de SCA, independentemente dos resultados dos exames complementares.	Dor/Desconforto retroesternal ou precordial, geralmente precipitado pelo esforço físico, podendo ter irradiação para o ombro, mandíbula ou face interna do braço, com duração de minutos. A mesma pode ser aliviada com o repouso ou com o uso de Nitrato em um período <10 minutos.
Dor Tipo B **Provavelmente Anginosa** As características fazem da SCA a principal hipótese, porém se faz necessária a coleta de exames complementares.	Apresenta a maioria, mas não todas as características da dor definitivamente anginosa podendo ser menos intensa, localização variável ou algum critério que impeça a definição de angina.
Dor Tipo C **Provavelmente Não Anginosa** As características não fazem da SCA a principal hipótese, porém se faz necessária a coleta de exames complementares, como critério de exclusão.	Apresenta poucas características da dor definitivamente anginosa, principalmente a relação com esforço.
Dor Tipo D **Definitivamente Não Anginosa** As características não incluem a SCA como hipótese diagnóstica.	Não apresenta nenhuma das características da dor típica anginosa.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS DA DOR TORÁCICA



CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD. ESTÁ PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

ORIGEM CARDIOLÓGICA

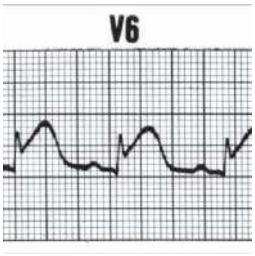
ORIGEM NÃO CARDIOLÓGICA

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

b) <u>Alterações eletrocardiográficas</u>

Realizar o ECG em 12 derivações. Se há suspeita de IAM em Ventrículo Direito (se suspeita de infarto de parede inferior), realizar V3R e V4R.

O diagnóstico eletrocardiográfico de IAM com Supra ST consiste na presença de supra desnivelamento **≥ 1 mm** do **segmento ST** em pelo menos **2 derivações contíguas** ou reconhecimento de **Bloqueio de Ramo Esquerdo <u>novo</u>***.



Para as derivações precordiais **V1 e V3**, considerar SST:

- Sexo feminino: 1,5mm
- Sexo masculino > 40 anos: 2,0mm
- Sexo masculino < 40 anos: 2,5mm

*Na ausência de ECG antigo do paciente, aplicar os **Critérios de Sgarbossa**: presença de SST + BRE e avaliar:

• Supradesnivelamento de segmento ST ≥ a 1 mm em concordância com o QRS;

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

• Infradesnivelamento de segmento ST ≥ a 1 mm em V1, V2 e V3;

• Supradesnivelamento de segmento ST ≥ a 5 mm em discordância com o QRS.

A depressão de segmento ST e/ou inversão dinâmica de ondas T é sugestivo de isquemia (angina instável de alto risco ou IAM sem supra ST) => seriar enzimas.

ECG não diagnóstico ou normal, porém, com dor torácica fortemente sugestiva de isquemia, sugere angina instável de risco baixo ou intermediário => seriar enzimas.

Repetir ECG após 3h, 6h, 9h e/ou quando necessário.

Derivações Alteradas	**Parede Comprometida**
V1-V2	SEPTAL
V3-V4	ANTERIOR
V5-V6 e/ou D1 aVL	LATERAL
D2-D3-aVF	INFERIOR
V1-V6	ANTERIOR EXTENSA
V2-V3 ou V7-V8	POSTERIOR/DORSAL
V3R- V4R	VD



c) Elevação enzimática (CK-MB e Troponina)

Colher na admissão e com intervalo 3h - 6h e 9h da admissão.

Fazer a dosagem da Troponina através do equipamento *point of care*, disponível no serviço. Encaminhar amostra para laboratório externo apenas no caso de discordância clínica ou indisponibilidade do aparelho.

Obs.: Valor de corte do *point of care*: depende do equipamento. Verificar no comprovante do resultado. No

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

equipamento atual o valor de referência varia de 0,0 a 0,3 ng/ml.

ATENÇÃO

Se houver indicação de terapia de reperfusão, não se deve aguardar os resultados para o tratamento;

A coleta de exames não deverá interferir na decisão de abertura ou não de protocolo de SCA e sim os critérios clínicos e do ECG.

VII.1 – Rota 1 de abordagem – Formulário Protocolo de Dor Torácica (Anexo 4)

A ROTA 1 deverá ser implementada nos casos em que os pacientes apresentem uma das características clínicas descritas abaixo:

- Dor Torácica do Tipo A/B/C ou equivalente anginoso com evidência de alteração eletrocardiográfica relacionada a IAM com **infra desnivelamento ST** ou na vigência de **inversão de onda T**
- Dor Tipo A/B/C com **ECG inespecífico ou normal**
- Presença de dor tipo C, com **alta probabilidade clínica de SCA**

Cabe ressaltar que, para os pacientes classificados como alta probabilidade de SCA, sugere-se a aplicação do **TIMI RISK** – Anexo 3 (escala preditiva de avaliação do risco de morte em eventos isquêmicos tanto para pacientes com **Angina Instável**, como, para pacientes com **IAM CSST**). Como fator de escolha para a terapia medicamentosa os **antiagregantes** e **anticoagulantes**.

- Estratificação de Risco cardiológico por meio da aplicação do **Heart Score** (a **escala de Grace** também pode ser utilizada) – Anexo 3
- Dosagem de Troponina;
- Estabilização Clínica e internação – Sala de Emergência
- Avaliação quanto à provável indicação de realização de procedimento intervencionista eletivo;
- Prescrição Médica:
    - Jejum, até estabilização;
    - Acesso venoso periférico
    - Monitorização contínua cardíaca e sinais vitais;
    - Cateter O_2: 3l/minuto se Sat O_2 < 94%;
    - Antiplaquetário: **AAS** 100mg – 1 CP VO e para pacientes com alto risco de SCA associar o **Clopidogrel** 300mg;
    - **Dinitrato de Isossorbida** (Isordil®) 5mg SL exceto se contraindicado;

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

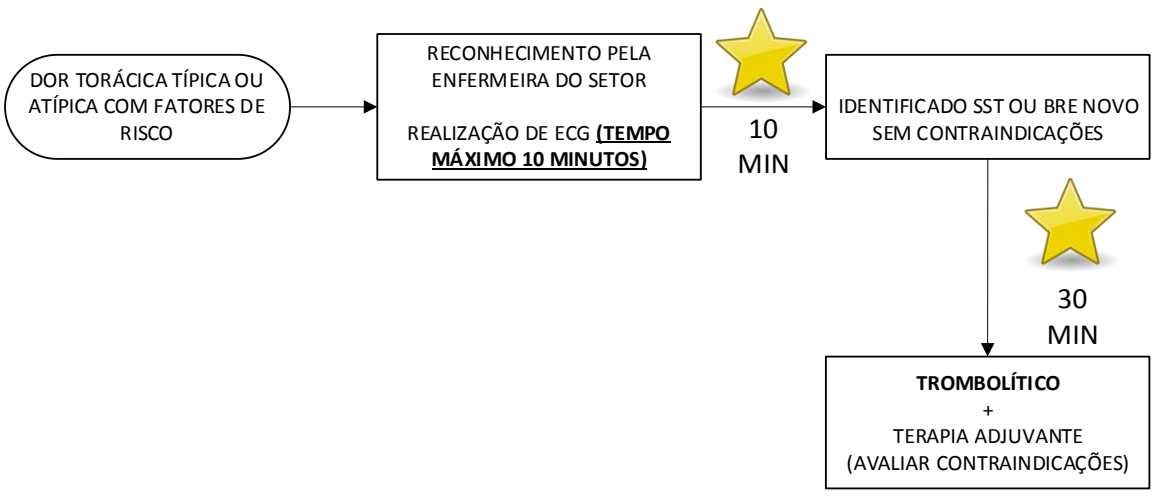
Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

- **Nitroglicerina** (Tridil®) 50mg + SF 0,9% 250ml EV, quando indicado - em Bomba Infusão Contínua com doses progressivas a cada 5 a 10min, até a dose anterior àquela que reduziu a pressão arterial do paciente em > 20 mmHg ou para < 100 mmHg e/ou aumentou a frequência cardíaca para > 10% do basal;
- **Morfina** dose inicial de 2 mg a 8 mg (geralmente suficiente para aliviar a dor e a ansiedade). Com a monitorização da pressão arterial, essas doses podem ser repetidas a intervalos de 5 a 15min.
- **B-bloqueador**: não havendo contraindicações, há a preferência para o uso VO de Metoprolol (25mg a 50mg) 2X/d iniciado nas primeiras 24h se estabilidade clínica.
- **Enoxaparina** 1mg/Kg/dose 12/12h SC, dose máxima 100mg, para pacientes de moderado e alto risco. **Se função renal alterada, 1mg/Kg/dia, assim como para pacientes com >75anos, 0,75mg/Kg/dose 12/12h**.Pacientes dialíticos ou com taxa de filtração glomerular inferior a 15ml/min e peso superior a 130kg deve-se considerar a Heparina não Fracionada (HNF) em BIC.

VII.2 – Rota 2 de abordagem – Formulário Protocolo de Dor Torácica (Anexo 4)

Para os pacientes que apresentam Dor Torácica do tipo A/B/C ou equivalente anginoso, com evidência de alteração eletrocardiográfica caracterizada por SST ou BRE novo ou presumivelmente novo, supondo a impossibilidade da angioplastia percutânea primária em tempo menor que 90 minutos. Paciente deve estar na SALA DE EMERGÊNCIA.

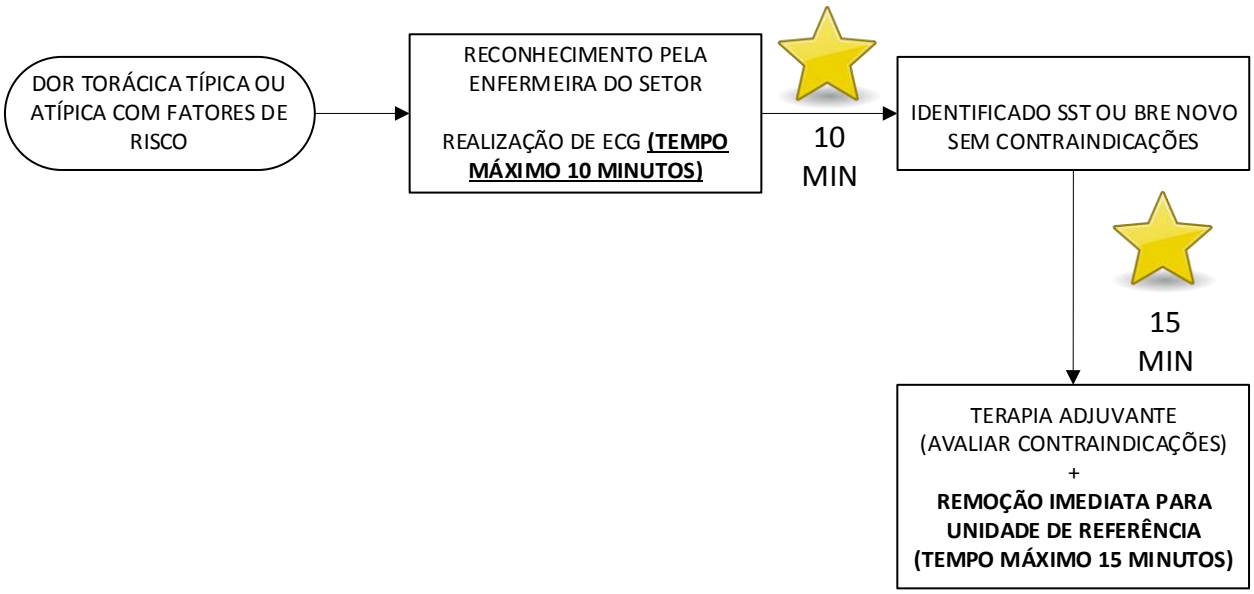
NAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO E PRONTO SOCORRO:



CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

NAS UNIDADES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL - AMAs



- Jejum de 4 horas para os exames. Depois, dieta branda.
- Monitorização cardíaca contínua.
- Acesso venoso periférico (preferentemente MSE)
- Oxigenioterapia se $SatO_2$ < 94% em cateter nasal 3 l/min
- Terapia antiagregante:
    - Ácido acetilsalicílico (AAS) 300 mg VO
    - Clopidogrel – dose de ataque de 300 mg VO para pacientes < 75 anos. **Em pacientes >75 anos, prescrever 75mg**
    - Sinvastatina 40 mg VO

ATENÇÃO

NAS UNIDADES AMA O USUÁRIO COM QUADRO DE SST/BRE NOVO DEVERÁ RECEBER A TERAPIA ADUJAVANTE APRESENTADA ACIMA E PROSSEGUIR EM REMOÇÃO PRIORITÁRIA À UNIDADE DE URGÊNCIA DE REFERÊNCIA.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

- Heparina, preferencialmente Enoxaparina 30 mg EV em *bolus* + 1mg/kg SC de 12/12 h - dose máxima 100mg. **Em pacientes >75anos: 0,75mg/kg/dose SC 12/12h**
- Analgesia e Sedação
    - Sulfato de morfina, na dose de 1 a 3 mg cada 5 minutos EV até o alívio da dor (dose máxima de 25 a 30 mg) ou evidência de toxicidade (hipotensão, depressão respiratória ou vômitos frequentes).
        - Caso ocorra bradicardia associada, recomenda-se administrar Atropina 0,5-1,0 mg EV.
        - Na ocorrência de depressão respiratória utilizar Naloxona 0,1-0,2 mg EV
    - O uso rotineiro de ansiolíticos não é recomendado. Quando necessário utilizar Diazepam na dose de 5-10 mg VO 8/8h por 24-48h.
- Nitratos
    - N**ão** devem ser utilizados de rotina visto que não diminuem mortalidade e sim morbidade.
    - São utilizados para alívio de dor isquêmica, congestão pulmonar e diminuição pressórica.
    - Logo após o primeiro ECG, nos casos em que houver dor torácica isquêmica, deve ser administrado nitrato sublingual (dinitrato de isossorbida 5 mg ou mononitrato de isossorbida 5 mg), desde que não haja **contraindicações** (infarto de ventrículo direito, uso de sildenafil ou derivados nas últimas 24h, hipotensão arterial). Após 5/10 min do uso do nitrato, deve ser realizado novo ECG para avaliar resolução ou manutenção do supradesnível do ST (afastar espasmo).
- Nitroglicerina (Tridil®) 50mg + SF 0,9% 250ml EV em bomba de infusão contínua – conforme critério médico.
- B-bloqueador: não havendo contraindicações, há a preferência para o uso VO de Metoprolol (25 mg a 50 mg) 2X/d iniciado nas primeiras 24h se estabilidade clínica.

- **FIBRINOLÍTICO – ANEXO 02**
    - Reduzir o tempo de isquemia, melhorando o prognóstico e reduzindo morbimortalidade.
    - Tempo de sintomas <12 horas
    - ECG CSST ou BRE NOVO ou supostamente novo

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

- **IMPORTANTE: PARA PACIENTES > 75 ANOS, A DOSE DE TENECTEPLASE DEVERÁ SER REDUZIDA PELA METADE**
- **Contraindicações ABSOLUTAS**:
  - Hemorragia Intracraniana prévia;
  - Lesão estrutural cerebrovascular - aneurismas;
  - Neoplasias do SNC primárias ou metastáticas;
  - AVC Isquêmico nos últimos 3 meses;
  - Sangramento ativo (exceto menstruação);
  - Sangramento ativo do trato gastrointestinal;
  - Diástase sanguínea;
  - Suspeita de dissecção aguda aórtica;
  - Trauma grave nos últimos 3 meses;
  - OUTROS TIPOS DE IAM SEM SUPRA DESNIVELAMENTO SEGMENTO ST.

- **Contraindicações RELATIVAS**
  - PAS > 180 mmHg ou PAD >110 mmHg **refratária**;
  - Hipertensão arterial crônica
  - AVC Isquêmico com mais de 3 meses;
  - Demência;
  - Parada cardiorrespiratória com RCP > 10 min;
  - Cirurgia de grande porte nos últimos 3 meses;
  - Úlcera péptica ativa;
  - Gravidez, aborto ou parto recente < 7 dias;
  - Anticoagulantes orais;
  - Punção em sítio não compressível;
  - Uso de estreptoquinase há mais de 5 dias;
  - História de alergia;
  - Sangramentos nas últimas 2-4 semanas.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

- **Fatores de risco hemorrágico**
  - Idade ≥ 75 anos;
  - Baixo peso corporal (homem < 80 Kg, mulher < 65 Kg);
  - Sexo feminino
  - Raça negra
  - Uso de cocaína
  - AVC prévio
  - PAS > 160 mmHg / PAD > 110 mmHg
  - INR > 4 ou TP > 24
  - Uso de anticoagulante e Alteplase

- **Modo de Utilização**
  - **TECNECTEPLASE** – TNK (Metalyse®)
  - Apresentação: Ampolas de 40 mg (8 ml) e 50mg (10ml)
  - NÃO utilizar com soluções glicosadas
  - Infundir em veia periférica calibrosa
  - Infundir em *Bolus* único em 10 segundos

MODO DE UTILIZAÇÃO DA TECNECTEPLASE – TNK (Metalyse®) PELO PESO EM *BOLUS*:

Peso (Kg)	Unidades	mg	ml
<60	6000	30	6
60 a 70	7000	35	7
>70 a 80	8000	40	8
>80 a 90	9000	45	9
>90	1000	50	10

MODO DE UTILKIZAÇÃO DA ALTEPLASE (Actilyse®)

Até 6 horas do início dos sintomas (dose máxima = 100mg)			
Peso >= 65Kg	15mg	EV em *bolus*	Imediato

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

	50mg	EV	durante 30 minutos seguintes
	35mg	EV	durante os próximos 60 minutos
Peso <65Kg	15mg	EV em *bolus*	Imediato
	0,75mg/kg (até 50mg)	EV	durante 30 minutos seguintes
	0,50mg/kg (até 35mg)	EV	durante os próximos 60 minutos
Entre 6 e 12 horas do início dos sintomas (dose máxima = 100mg)			
Peso >= 65Kg	10mg	EV em *bolus*	Imediato
	50mg	EV	durante 60 minutos seguintes
	40mg	EV	durante os próximos 120 minutos
Peso <65Kg	10mg	EV em *bolus*	Imediato
	1,5mg/kg (dose máxima total)	EV	durante os próximos 180 minutos

PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DA ALTEPLASE:

• Dissolver o conteúdo de um frasco de alteplase liofilizado (50 mg) com 50 ml de diluente em condições assépticas, para obter uma concentração final de 1 mg de alteplase por ml.

Cuidados durante a infusão:

Evitar agitar o frasco no momento do preparo da medicação (risco de formação de bolhas);

Após o término da infusão, lavar o equipo com SF 0,9%;

Nunca utilizar soro glicosado (risco de precipitação);

Usar acesso exclusivo para infusão da alteplase;

Atentar para horário do início dos sintomas, para calcular dosagem do trombolítico e tempo de infusão;

Após Tenecteplase ou Alteplase, inserir o paciente imediatamente na plataforma SIRESP e nas unidades localizadas no Município de São Paulo (PSM e UPA), encaminhar o paciente **imediatamente** ao Centro de Referência (Hospital Beneficência Portuguesa) através de contato telefônico com Dr. Sérgio, responsável pela Hemodinâmica deste nosocômio **(11) 94478-8628**.

IMPORTANTE: PARA PACIENTES > 75 ANOS, A DOSE DE TENECTEPLASE DEVERÁ SER REDUZIDA PELA METADE! ATENÇÃO À DOSE DOS DEMAIS MEDICAMENTOS PARA A IDADE!

- **Critérios de reperfusão:**
  - Clínicos: evidência de melhora da dor torácica com ausência e/ou melhora significativa de dispneia e estabilidade hemodinâmica.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

- ECG: evidência de redução de ao menos 50% do SST quando comparado ao ECG de admissão (ECG com 60-90min pós-trombólise).

- Houve RESOLUÇÃO SUPRA ST > 50% após 60-90min (após início da infusão)?
  - **SIM** - CAT entre 2 - 24h (ligar no celular acima o mais breve possível em **no máximo 12 horas**);
  - **NÃO** - CAT DE RESGATE (ligar no celular acima **imediatamente** a qualquer horário!)

PRESCRIÇÃO DE MANUTENÇÃO:

1. AAS 100MG
2. ENOXAPARINA 1MG/KG SC 12/12H **(0,75MG/KG SC 12/12 P/ PCTES >75A)** SE INSUFICIENCIA RENAL, HEPARINA 5000UI SC 8/8H;
3. CLOPIDOGREL 75MG 1XDIA
4. MONONITRATO DE ISOSSORBIDA 20MG 3XDIA
5. SINVASTATINA 40MG A NOITE.
6. ATENOLOL 25MG 12/12H
7. ENALAPRIL 10MG 12/12H
8. SINTOMÁTICOS
9. **INSERIR PACIENTE NA PLATAFORMA SIRESP / CROSS**

ATENÇÃO: PACIENTES TROMBOLISADOS DEVERÃO SER TRANSPORTADOS EM VIATURA UTI (TRIPULADA POR MÉDICO).

VII.3 – Rota 3 de abordagem – Formulário Protocolo de Dor Torácica (Anexo 4)

A ROTA 3 contempla pacientes que se apresentaram com dor torácica e foram incluídos no protocolo, mas que após avaliação clínica e exames complementares excluiu a hipótese de SCA, interrompendo o fluxo. Esta rota tem como grande objetivo excluir ou diagnosticar outras doenças graves como Tromboembolismo Pulmonar (TEP) e Dissecção Aguda de Aorta (DAA), bem como situações não ameaçadoras à vida que não se relacionam à isquemia miocárdica. A sequência de cuidados propostos na ROTA 3 deve ser individualizada a depender da principal hipótese diagnóstica aventada.

8 - TEMPO PARA REALIZAÇÃO DESTE PROCEDIMENTO

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

- 10 minutos para realizar e interpretar o ECG inicial;
- 30 minutos para a infusão do trombolítico quando indicado.

9 - MENSURAR INDICADORES DESTE PROCEDIMENTO/ INDICADORES RELACIONADOS

•Indicadores propostos:

- Tempo Porta-ECG;
- Tempo Porta-Agulha – no caso de trombólise indicada;
- Índice de adesão ao protocolo (relação entre o número de pacientes com dor torácica em que o protocolo foi aberto e o total de pacientes com quadro descrito de dor torácica) - mensal;
- Taxa de Mortalidade por IAM no serviço – (relação entre óbitos por IAM e total de óbitos no serviço) – mensal.
- *Tempo ECG–transferência para UPA/PSM (aplicável às AMAs)*

10 - FORMULÁRIOS / DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

- Formulário Protocolo de Dor Torácica – Anexo 4
- Formulário Trombolítico – Anexo 5
- Formulário Dor Torácica AMAs – Anexo 6

11 - PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

Ressaltamos a necessidade de ampla divulgação do protocolo às equipes assistenciais, bem como sua sensibilização para a correta adesão. O objetivo é garantir a adequada compreensão das orientações e minimizar a ocorrência de eventos adversos e desfechos negativos.

Todos os incidentes envolvendo o processo aqui descrito devem ser notificados por quaisquer profissionais, colaboradores e mesmos prestadores de serviço dentro da organização.

12 - REFERÊNCIAS

1.Protocolo de Dor Torácica, Projeto Infarto, Prefeitura de São Paulo

2.V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST, Arq. Bras. Cardiol 2015, 105 (2Supl.1).

3.I Diretriz sobre Dor Torácica, Arq. Bras. Cardiol volume 79, (suplemento II), 2002

4.Protocolo Clínico Gerenciado: Dor Torácica, Hospital Alemão Oswaldo Cruz, 2014

5.Protocolo Síndrome Coronariana Aguda – SCA – SMS – Prefeitura do Município de São Paulo, 2022

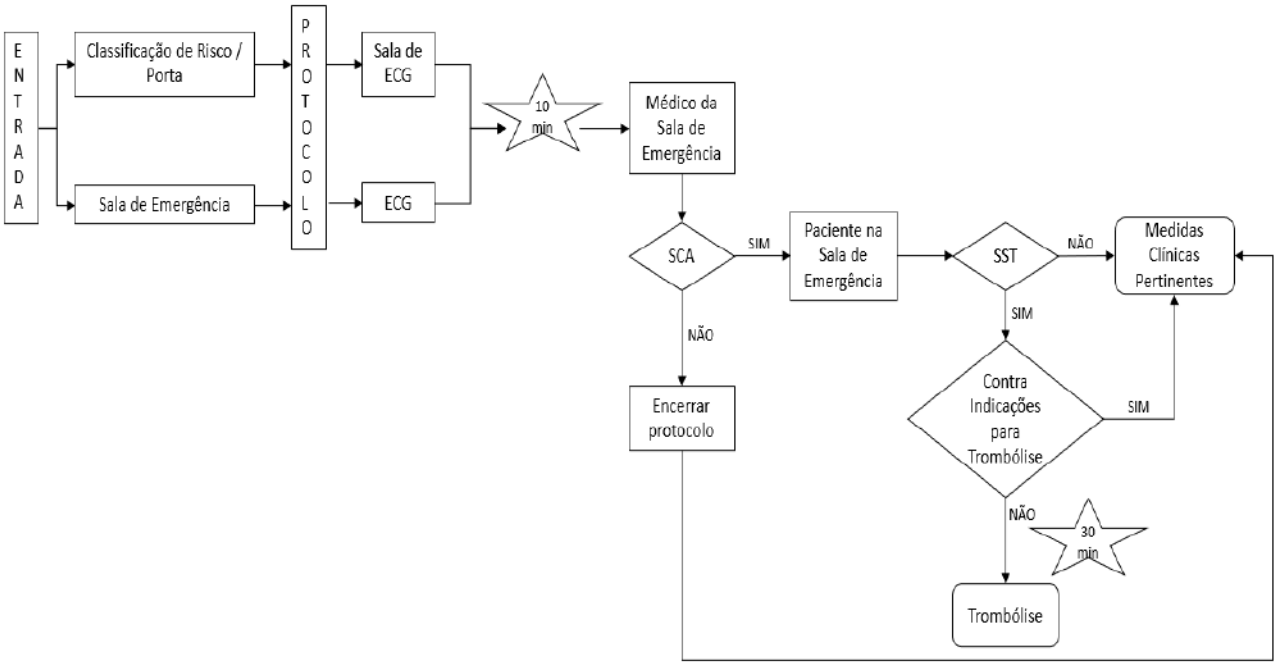
6.Projeto apoio à implementação das boas práticas na atenção à cardiologia e urgências cardiovasculares – Protocolo Dor Torácica - PROADI-SUS – Triênio 2021-2023.

13 - ANEXOS

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

Anexo 1 - Macrofluxo da abordagem do paciente com Dor Torácica



Anexo 2 – Trombólise

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

SOCESP - PROJETO INFARTO -



SÍNDROME CORONÁRIA AGUDA COM SUPRA ST
TRATAMENTO FÁRMACO-INVASIVO
TENECTEPLASE (TNK)

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Início sintomas ≤ 12 horas
- Tempo transferência para angioplastia primária > 120 min
- ECG: supra ST (ponto J) ≥ 1,0mm (≥ 2 derivações contíguas)
- Nas derivações V_2-V_3 considerar supra ST:
  - Homens: ≥ 2,5mm < 40 anos
    ≥ 2,0mm ≥ 40 anos
  - Mulheres: ≥ 1,5mm
- BRE ou BRD novo
- Supra ST V_3R-V_4R = infarto VD
- Supra ST V_7-V_9 ≥ 0,5mm = infarto dorsal (geralmente infra ST V_1-V_2)

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Qualquer contraindicação absoluta ao TNK

SITUAÇÕES ESPECIAIS
(indicar angioplastia primária)

- Sintomas ≥ 12horas (dor ou sinais de isquemia persistente)
- Instabilidade hemodinâmica (hipotensão, choque, congestão pulmonar)
- Arritmias ventriculares complexas
- Risco hemorrágico alto

10'

INFUSÃO TENECTEPLASE*
(até 10 min após ECG)

< 75 anos	≥ 75 anos
Aspirina 200mg + Clopidogrel 300mg + Enoxaparina: (30mg EV + 1mg/Kg SC 12/12h)	Aspirina 200mg + Clopidogrel 75mg + Enoxaparina: (0,75mg/Kg SC 12/12h)
+ TNK Dose completa	+ TNK 50% da dose

DOSE TENECTEPLASE (EV *bolus*)

< 60 Kg = 30mg = 6 ml	80-89 Kg = 45mg = 9 ml
60-69 Kg = 35mg = 7 ml	> 90 Kg = 50mg = 10 ml
70-79 Kg = 40mg = 8 ml	

RESOLUÇÃO SUPRA ST > 50% aos 60-90min?
(após início da infusão)

SIM → 120' CAT entre 2 - 24h

NÃO → CAT URGENTE "RESGATE"

*Idealmente, após TNK encaminhar o paciente imediatamente ao Centro de Referência

FIBRINOLÍTICO: CONTRAINDICAÇÕES

ABSOLUTAS

- Hemorragia prévia SNC
- Neoplasia de SNC (primária ou metastática)
- Lesão estrutural vascular de SNC
- AVC isquêmico < 6 meses
- Dissecção de aorta (suspeita ou confirmada)
- Sangramento ativo (exceto menstruação)
- Sangramento gastrointestinal < 30 dias
- Punção ou biópsia em sítio não compressível (ex. fígado, rins, lombar < 24h)
- Coagulopatias
- TCE e/ou trauma de face < 30 dias
- Cirurgia SNC < 2 meses

RELATIVAS

- PAS ≥ 180mmHg ou PAD ≥ 110 mmHg – refratária
- RCP prolongada ou traumática
- Ataque isquêmico transitório ≤ 6 meses
- Úlcera péptica ativa
- Cirurgia de grande porte ≤ 3 semanas
- Gravidez, aborto ou parto recente < 7 dias
- Anticoagulantes orais
- Cocaína: preferir tratamento clínico e/ou angioplastia
- Endocardite

FATORES DE RISCO HEMORRÁGICO

- Idade ≥ 75 anos
- Baixo peso corporal (homem < 80 Kg, mulher < 67 Kg)
- Sexo feminino

TRATAMENTO INVASIVO
ANGIOPLASTIA PRIMÁRIA
- Tempo ≤ 60min em centros com hemodinâmica ou
- Tempo transferência < 120min

(Aspirina 200mg + Clopidogrel 600mg) ou
(Aspirina 200mg + Ticagrelor 180mg) ou
(Aspirina 200mg + Prasugrel 60mg)
+
Heparina não-fracionada (sala de hemodinâmica)
70-100 UI/Kg EV (máximo 5.000 UI)

CLÍNICO | STENT | CIRÚRGICO

APÓS TENECTEPLASE E RETARDO NA TRANSFERÊNCIA MANTER:
- Aspirina 100mg/dia + Clopidogrel 75mg/dia + Enoxaparina 1mg/kg 12/12h (1mg/Kg/dia se ClCr < 30ml/min) até o CAT ou até a alta hospitalar ou até 8º dia se permanecer internado.
- Prasugrel: contraindicado - AVC/AIT pregresso, > 75 anos.
  Peso ≤ 60Kg = 5mg/dia (casos especiais)

NEJM 2017;376:2053-64

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

Anexo 3 – Escores – TIMI – GRACE – Heart Score – Classificações do IAM

ESCORE DE TIMI para SCA com Supra			
História	Pontuação	Escore de Risco	Mortalidade em 30 dias (%) no Estudo In TIME II
Idade < 65 anos	0	0	0
Idade 65 - 74	2	0	0.8%
Idade > 75 anos	3	1	1.6%
DM ou HAS ou Angina	1	2	2.2%
PAS<100mmHg	3	3	4.4%
FC>100	2	4	7.3%
Killip II e IV	2	5	12.4%
Peso <67kg	1	6	16.1%
Supra de ST parede anterior ou BRE	1	7	23,4%
Inicio do tratamento > 4 horas	1	8	26,8%
		>8	35,9%
Escore de risco = Total de Pontos (0 a 14)			

Classificações do IAM

Classificação clínica de Killip

Killip I: Sem evidência de congestão pulmonar
Killip 2: Estertores pulmonares, distensão venosa jugular ou terceira bulha
Killip 3: Edema pulmonar
Killip 4: Choque cardiogênico

Classificação hemodinâmica de Forrester

Forrester I: IC >2.2 e PCP< I8
Forrester 2: IC>2.2 e PCP> I8
Forrester 3: IC<2.2 e PCP< I8 (correlaciona-se com infarto do ventrículo direito)
Forrester 4: IC<2.2 e PCP< I8
(IC = índice cardíaco, PCP = pressão capilar pulmonar; aferido com catéter de Swan Ganz)

Classificação de Forrester modificada

Classe I: perfusão normal e ausência de congestão pulmonar
Classe 2a: perfusão normal, congestão pulmonar ao exame físico ou radiografia, sem dispnéia
Classe 2b: perfusão normal e congestão pulmonar com dispnéia
Classe 3: perfusão diminuída e ausência de congestão pulmonar
Classe 4: perfusão diminuída e presença de congestão pulmonar

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

Escore Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE)

Variável		Pontos
Idade (anos)	<29	0
	30-39	0
	40-49	18
	50-59	36
	60-69	55
	70-79	73
	80-89	91
	> 90	100
História de IC		24
História de IAM		12
FC em repouso (bpm)	< 49	0
	50-69	3
	70-89	9
	90-109	14
	110-149	23
	150-199	35
	>200	43
PAS (mmHg)	<79	24
	80-99	22
	100-119	18
	120-139	14
	140-159	10
	160-199	4
	> 200	0
Depressão segment ST		11
Creatinina (mg/dl)	0- 0,39	1
	0,4-0,79	3
	0,8-1,19	5
	1,2-1,59	7
	1,6-1,99	9
	2,0-3,99	15
	>4	20
Troponina elevada		15

Baixo Risco: <108 pontos
Risco Intermediário: 109-140 pontos
Alto Risco: >140 pontos

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

HEART SCORE

História	Forte suspeita	2
	Moderada suspeita	1
	Leve ou nenhuma suspeita	0
Eletrocardiograma	Desvio do segmento ST importante	2
	Alterações inespecíficas de repolarização ventricular	1
	Normal	0
Idade	>64	2
	46 a 64	1
	<46	0
Fatores de risco	>2 fatores de risco ou história de doença arterial coronária	2
	1 ou 2 fatores de risco	1
	Sem fatores de risco	0
Troponina	>2 vezes o limite da normalidade	2
	Até 2 vezes o limite da normalidade	1
	No limite da normalidade ou abaixo	0

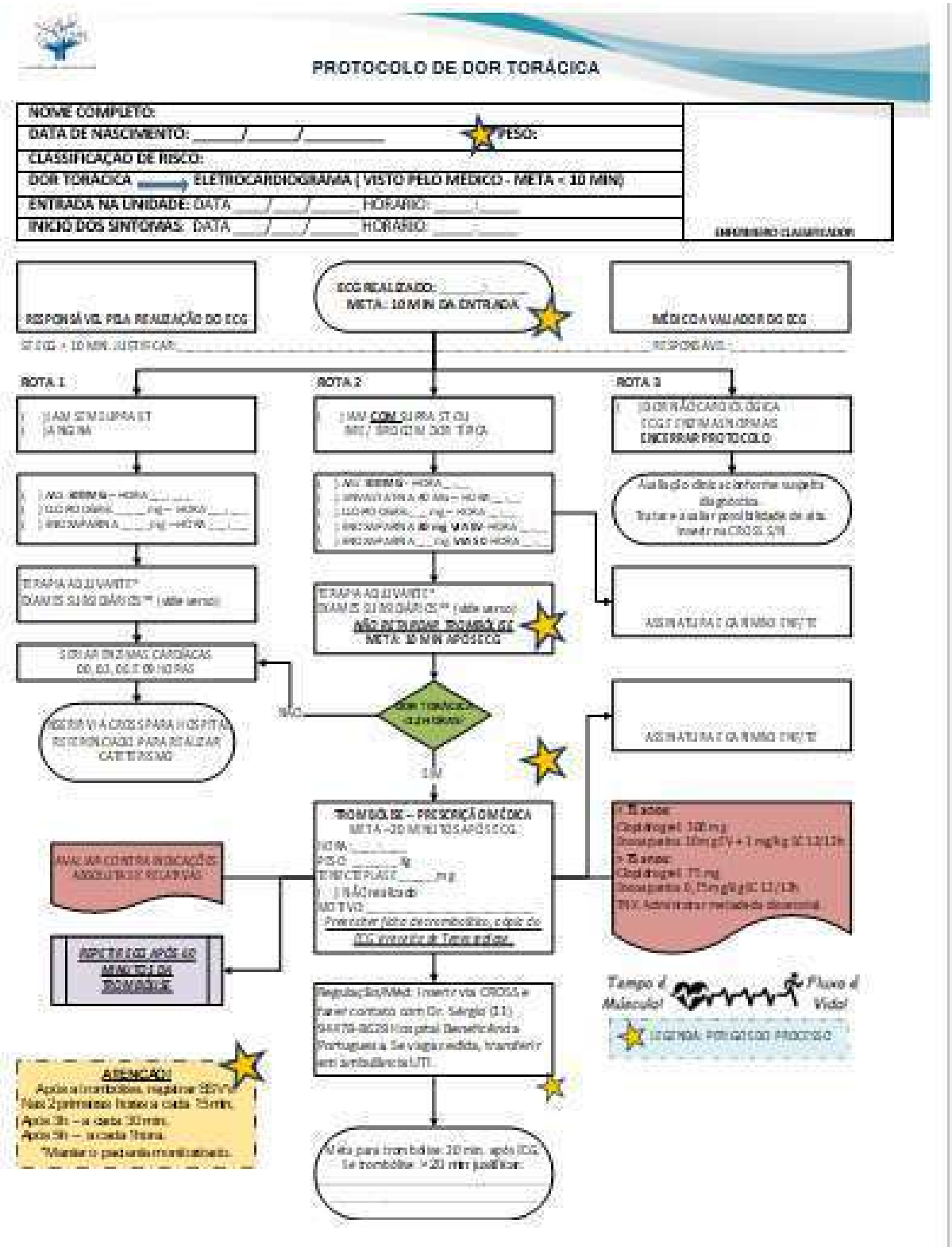
0 a 3 – risco de 1,6%
4 a 6 – risco de 13%
7 ou mais pontos – risco de 50%

=> de chance de desenvolver IAM, angioplastia, cirurgia de revascularização miocárdica ou morte em 06 meses

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

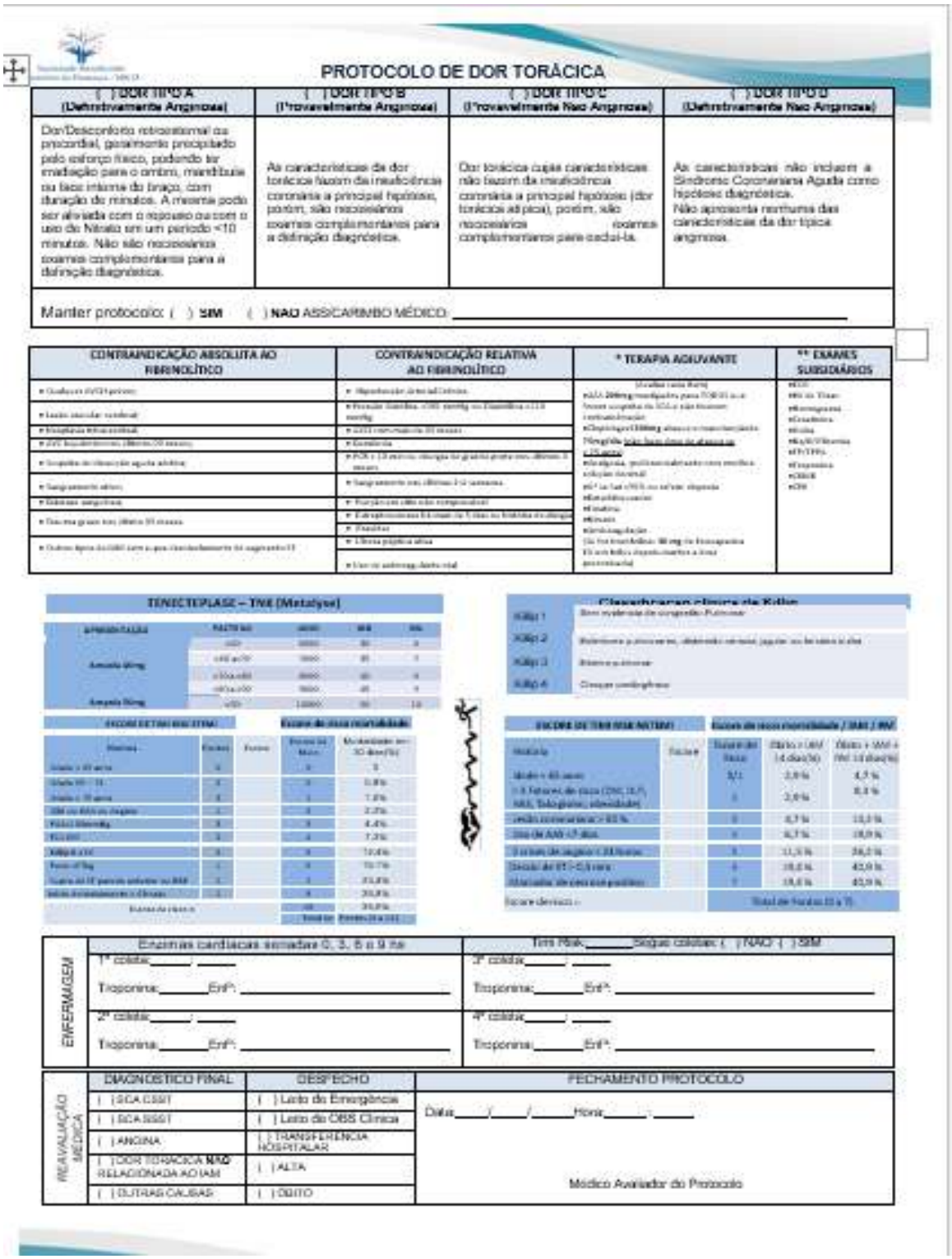
Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

Anexo 4 – Ficha Protocolo de Dor Torácica e Ficha Protocolo de Dor Torácica AMA



CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3



PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA

( ) DOR TIPO A (Definitivamente Anginosa)	( ) DOR TIPO B (Provavelmente Anginosa)	( ) DOR TIPO C (Provavelmente Não Anginosa)	( ) DOR TIPO D (Definitivamente Não Anginosa)
Dor/Desconforto retroesternal ou precordial, geralmente precipitado pelo esforço físico, podendo ter irradiação para o ombro, mandíbula ou face interna do braço, com duração de minutos. A mesma pode ser aliviada com o repouso ou com o uso de Nitrato em um período <10 minutos. Não são necessários exames complementares para a definição diagnóstica.	As características da dor torácica fazem da insuficiência coronária a principal hipótese, porém, são necessários exames complementares para a definição diagnóstica.	Dor torácica cujas características não fazem da insuficiência coronária a principal hipótese (dor torácica atípica), porém, são necessários exames complementares para excluí-la.	As características não incluem a Síndrome Coronariana Aguda como hipótese diagnóstica. Não apresenta nenhuma das características da dor típica anginosa.

Manter protocolo: ( ) SIM ( ) NÃO ASSICARIMBO MÉDICO: _____

CONTRAINDICAÇÃO ABSOLUTA AO FIBRINOLÍTICO	CONTRAINDICAÇÃO RELATIVA AO FIBRINOLÍTICO	* TERAPIA ADJUVANTE	** EXAMES SUBSIDIÁRIOS
• Qualquer AVCH prévio • Lesão vascular cerebral • Neoplasia intracraniana • AVC isquêmico nos últimos 03 meses • Suspeita de dissecção aguda aórtica • Sangramento ativo • Distúrbio sanguíneo • Trauma grave nos últimos 15 meses • Outras lesões do SNC com a possibilidade de sangramento	• Hipertensão arterial crônica • Pressão sistólica >180 mmHg ou Diastólica >110 mmHg • AVC nos últimos 06 meses • Gestante • PCR > 10 minutos, cirurgia ou grande trauma nos últimos 3 meses • Sangramento nas últimas 3 semanas • Punção em sítio não compressível • Uso de anticoagulantes (Varfarina, Dabigatrana, Rivaroxabana, Apixabana, Edoxabana) • Diabético • Úlcera péptica ativa • Uso de anticoagulante oral	Ácido acetilsalicílico 200mg mastigados para TODOS os casos (exceto suspeita de SCA e uso recente) Clopidogrel 300mg ataque e manutenção Nitroglicerina (sob baixa dose ou ataque ou em 1,25 ataque) Heparina: preferencialmente com monitorização laboratorial Metoprolol Morfina Sinvastatina Hidratação Oxigenioterapia: 3L/min se hipoxemia Evitar nitrato: Sildenafil ou Tadalafil	ECG RX de Tórax Hemograma Creatinina Ureia Na/K/Cl/Bicarbonato BT/TGO/TGP Troponina CKMB CPK

TENECTEPLASE – TNK (Metalyse)

APRESENTAÇÃO	PESO (kg)	(mg)	(UI)	(mL)
Ampola 50mg	<60	30	8.000	6
	60 a <70	35	9.333	7
	70 a <80	40	10.667	8
	80 a <90	45	12.000	9
Ampola 50mg	≥90	50	13.333	10

Classificação clínica de Killip

Killip 1	Sem evidência de congestão Pulmonar
Killip 2	Estertores pulmonares, ritmo de galope (B3) ou bibasais ou alba
Killip 3	Edema agudo de pulmão
Killip 4	Choque cardiogênico

ESCORE DE TIMI PARA IAMCSST

Variável	Escore	Escore	Escore de risco de mortalidade em 30 dias (%)
Idade ≥ 65 anos	2	0	0,8%
Idade 65 - 74	2	1	1,6%
Idade ≥ 75 anos	3	2	2,2%
DM ou HAS ou Angina	1	3	4,4%
Peso < 67kg	1	4	7,3%
Killip II-IV	2	5	12,4%
Parada no PS	3	6	16,1%
Tempo de TIV > 4h ou bloqueio de ramo	1	7	23,4%
Infarto anterior ou BRE	1	8	26,8%
Escore de risco mortalidade			

ESCORE DE TIMI PARA NSTEMI

Variável	Escore	Escore de risco mortalidade / SCA / IAM	
		Óbito + IAM (4 dias) (%)	Óbito + IAM + RM (14 dias) (%)
Idade > 65 anos ≥ 3 fatores de risco (DM, HAS, Tabagismo, sobrepeso)	1	3,1 2,0	4,7 8,3
Uso de AAS nos 7 dias	1	4,1	7,3
≥ 2 crises de angina nas 24 horas	1	7,2	12,5
Desvio de ST > 0,5 mm	1	8,3	14,6
Elevação de marcadores positivos	1	13,2	19,9
Escore de risco		Total de Pontos (0 a 7)	

ENFERMAGEM

Enzimas cardíacas seriadas 0, 3, 6 e 9 hs	Tira Rítmica:_____ Dejgas coletas: ( ) NÃO ( ) SIM
1ª coleta:_____/_____ Troponina:_____Enf°:_____	3ª coleta:_____/_____ Troponina:_____Enf°:_____
2ª coleta:_____/_____ Troponina:_____Enf°:_____	4ª coleta:_____/_____ Troponina:_____Enf°:_____

REAVALIAÇÃO MÉDICA

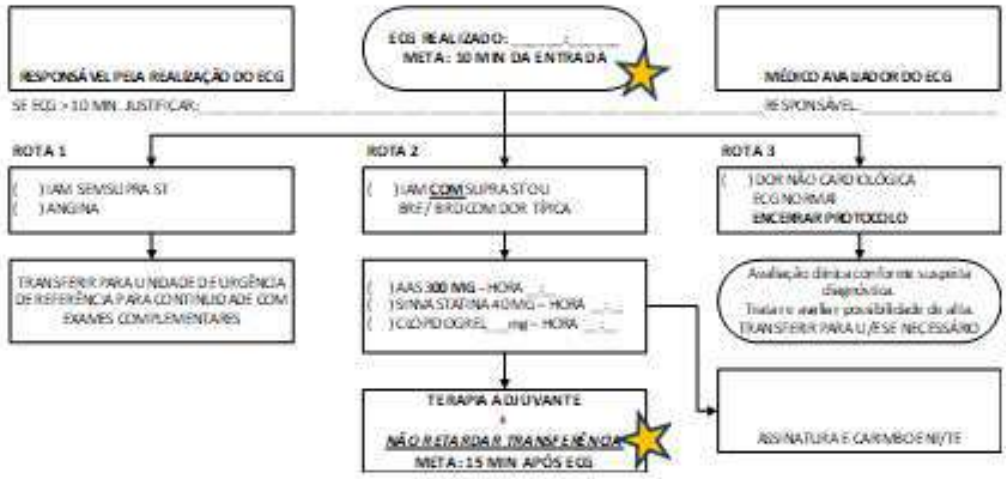
DIAGNÓSTICO FINAL	DESFECHO	FECHAMENTO PROTOCOLO
( ) SCA CSST	( ) Leito de Emergência	Data:_____/_____/_____Hora:_____:_____
( ) SCA SSST	( ) Leito de OBS Clínica	
( ) ANGINA	( ) TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR	
( ) DOR TORÁCICA NÃO RELACIONADA AO IAM	( ) ALTA	
( ) OUTRAS CAUSAS	( ) ÓBITO	Médico Avaliador do Protocolo

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA - AMA

NOME COMPLETO:	
DATA DE NASCIMENTO: _____/_____/_____ PESO:	
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:	
DOR TORÁCICA ⟹ ELETROCARDIOGRAMA (VISTO PELO MÉDICO - META < 10 MIN)	
ENTRADA NA UNIDADE: DATA ___/___/_____ HORÁRIO: ____:____	
INÍCIO DOS SINTOMAS: DATA ___/___/_____ HORÁRIO: ____:____	ENFERMEIRO CLASSIFICADOR

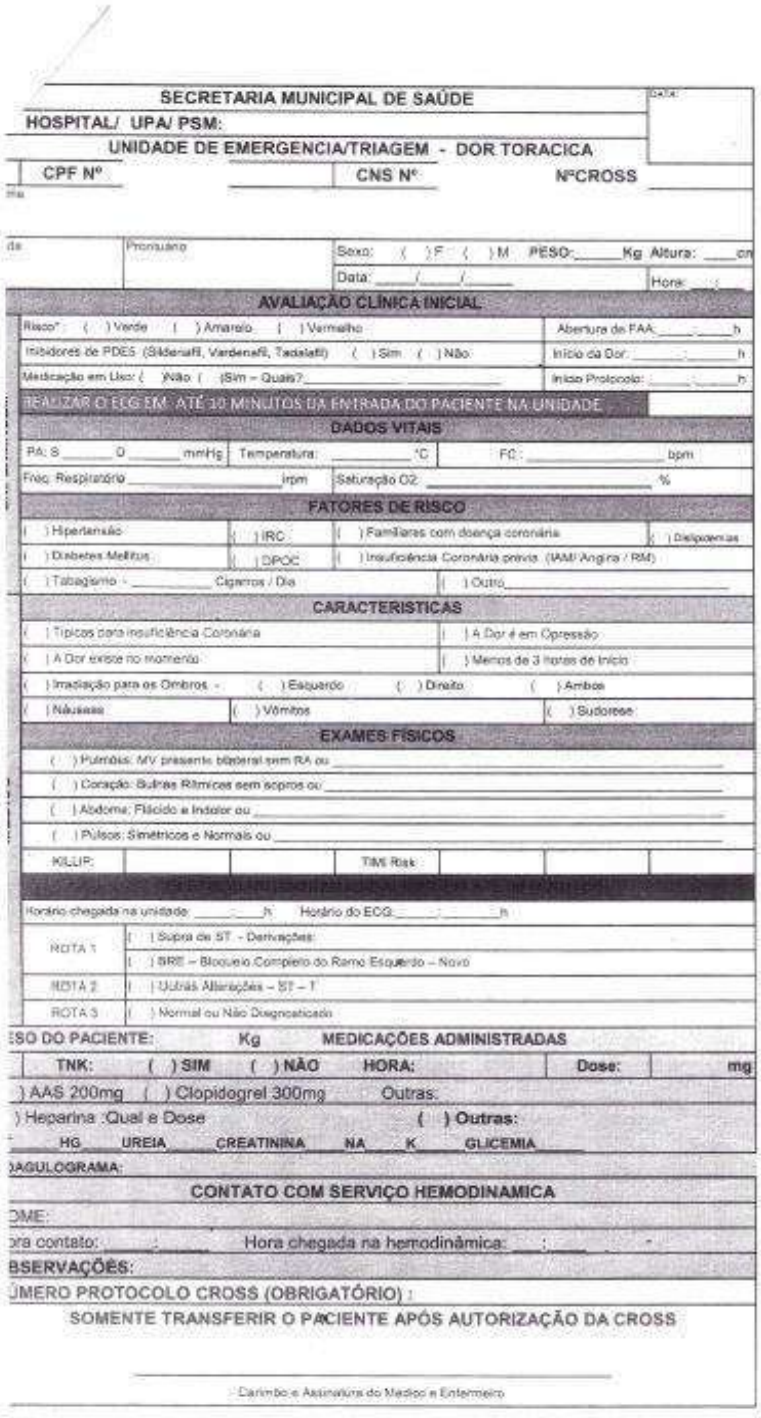


( ) DOR TIPO A (Definitivamente Anginosa)	( ) DOR TIPO B (Provavelmente Anginosa)	( ) DOR TIPO C (Provavelmente Não Anginosa)	( ) DOR TIPO D (Definitivamente Não Anginosa)
Dor/Desconforto retroesternal ou precordial, geralmente precipitado pelo esforço físico, podendo ter irradiação para o ombro, mandíbula ou face interna do braço, com duração de minutos. A mesma pode ser aliviada com o repouso ou com uso de Nitrato em um período <10 minutos. Não são necessários exames complementares para a definição diagnóstica.	– As características da dor torácica fazem da insuficiência coronária a principal hipótese, porém, são necessários exames complementares para a definição diagnóstica.	– Dor torácica cujas características não fazem da insuficiência coronária a principal hipótese (dor torácica atípica), porém, são necessários exames complementares para excluí-la.	As características não incluem a Síndrome Coronariana Aguda como hipótese diagnóstica. Não apresenta nenhuma das características da dor típica anginosa.
Manter protocolo: ( ) SIM ( ) NÃO ASS/CARIMBO MÉDICO: _____			

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

Anexo 5 – Ficha Trombolítico



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL/ UPA/ PSM:

UNIDADE DE EMERGENCIA/TRIAGEM - DOR TORACICA

CPF Nº _____ CNS Nº _____ NºCROSS _____

Sexo: ( ) F ( ) M PESO:_____Kg Altura: ____cm

Data: ____/____/____ Hora: ____:____

AVALIAÇÃO CLÍNICA INICIAL

Risco* ( ) Verde ( ) Amarelo ( ) Vermelho — Abertura da FAA: ____:____h

Inibidores de PDE5 (Sildenafil, Vardenafil, Tadalafil) ( ) Sim ( ) Não — Início da Dor: ____:____h

Medicação em Uso: ( )Não ( )Sim – Quais?_____ — Início Propicio: ____:____h

REALIZAR O ELG EM ATÉ 10 MINUTOS DA ENTRADA DO PACIENTE NA UNIDADE

DADOS VITAIS

PA: S _____ D _____ mmHg | Temperatura: _____ °C | FC: _____ bpm

Freq. Respiratório _____ irpm | Saturação O2: _____ %

FATORES DE RISCO

( ) Hipertensão | ( ) IRC | ( ) Familiares com doença coronária | ( ) Dislipidemias

( ) Diabetes Mellitus | ( ) DPOC | ( ) Insuficiência Coronária prévia (IAM/ Angina / RM)

( ) Tabagismo - _____ Cigarros / Dia | ( ) Outro_____

CARACTERISTICAS

( ) Típicos para insuficiência Coronária | ( ) A Dor é em Opressão

( ) A Dor existe no momento | ( ) Menos de 3 horas de início

( ) Irradiação para os Ombros - ( ) Esquerdo ( ) Direito ( ) Ambos

( ) Náuseas | ( ) Vômitos | ( ) Sudorese

EXAMES FISICOS

( ) Pulmões: MV presente bilateral sem RA ou _____

( ) Coração: Bulhas Rítmicas sem sopros ou _____

( ) Abdome: Flácido e Indolor ou _____

( ) Pulsos: Simétricos e Normais ou _____

KILLIP: | | | TIMI Risk | | | |

Horário chegada na unidade: ____:____h Horário do ECG: ____:____h

ROTA 1 ( ) Supra de ST - Derivações:

( ) BRE – Bloqueio Completo do Ramo Esquerdo – Novo

ROTA 2 ( ) Outras Alterações – ST – T

ROTA 3 ( ) Normal ou Não Diagnosticado

ESO DO PACIENTE: Kg MEDICAÇÕES ADMINISTRADAS

TNK: ( ) SIM ( ) NÃO HORA: Dose: mg

) AAS 200mg ( ) Clopidogrel 300mg Outras:

) Heparina :Qual e Dose ( ) Outras:

HG UREIA CREATININA NA K GLICEMIA

AGULOGRAMA:

CONTATO COM SERVIÇO HEMODINAMICA

OME:

ora contato: ____:____ Hora chegada na hemodinâmica: ____:____

BSERVAÇÕES:

ÚMERO PROTOCOLO CROSS (OBRIGATÓRIO) :

SOMENTE TRANSFERIR O PACIENTE APÓS AUTORIZAÇÃO DA CROSS

Carimbo e Assinatura do Medico e Enfermeiro

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	PRT.SBCD.UE.003	VERSÃO: 2
PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA	VALIDADE: 07/2027	Pag. 1 de 23

Elaborado por: Assessor Técnico – Renata Colamarche	Data: 01/08/2022	
Verificado por: Assessora Técnica – Fabricio Lopes da Silva	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: 97794B2C355C4A3...
Verificado por: Coordenador Médico – José Pablo Rojas Soliz	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Jose Pablo 8CFB1F44058F481...
Verificado por: Coordenação da Qualidade – Sabrina Benetti	Data:07/2025	Visto: Assinado por: Sabrina Benetti 36842D6DE9BF4GE...
Aprovado por: Gerência Assistencial - Carla Carin Casaes	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Carla Carin Casaes FAEFCD486FD6449...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
0	25/09/2022	Elaboração do Protocolo
1	20/09/2024	Atualização das dosagens iniciais de AAS nos casos identificados com dor tipo A/B/C para 300 mg e inclusão de Sinvastatina 40 mg. Inserção de procedimentos do atendimento à dor torácica nas AMAs.
2	07/2025	Atualização de dados referentes ao uso de Alteplase nas unidades de urgência. Revisado por Renata Colamarche: _____

1- OBJETIVO

Padronizar critérios mínimos para o reconhecimento e tratamento precoce dos pacientes que apresentam Dor Torácica (independentemente de sua causa), porém focando na SCA, alinhando as condutas de atendimento aos referenciais internacionais e protocolos municipais, visando obter maior agilidade e qualidade assistencial.

2 – ABRANGÊNCIA

Unidades de Urgência e Emergência.

3 – EXIGÊNCIA (s) E JUSTIFICATIVA (s)

Garantir as informações pertinentes à área da assistência.

4 – RESPONSABILIDADES

DS

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

Enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes administrativos e médicos de todos os setores das unidades de urgência e emergência.

5 – ABREVIAÇÕES

AVC	Acidente Vascular Cerebral
BP	Beneficência Portuguesa
BRE	Bloqueio de ramo esquerdo
CP	Comprimido
CSST	Com supra do segmento ST
ECG	Eletrocardiograma
EV	Endovenoso
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
POP	Procedimento Operacional Padrão
PSM	Pronto Socorro Municipal
RCP	Reanimação Cardiopulmonar
SBCD	Sociedade Brasileira Caminho de Damasco
SC	Subcutâneo
SCA	Síndrome Coronariana Aguda
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNC	Sistema Nervoso Central
SST	Sem supra do segmento ST
VD	Ventrículo Direito
VO	Via oral

6– DEFINIÇÕES

A síndrome coronária aguda com elevação de ST representa cerca de 29 a 38% dos casos de IAM. A mortalidade hospitalar média gira em torno de 5 a 6%. A SCA inclui: a angina instável e o IAM com ou sem supradesnivelamento do segmento ST.

A angina instável e o IAM **sem supra de ST**, podem não apresentar alterações típicas no ECG, o que fisiopatologicamente significa uma **suboclusão** das artérias que irrigam o miocárdio. Já no IAM **com supra ST**, há uma elevação do segmento ST, característica ao ECG, que significa fisiopatologicamente, uma **oclusão TOTAL**

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

do fluxo arterial ao miocárdio.

Como etiologia, a SCA com elevação de ST pode ser causada por:

- Trombo oclusivo (placa aterosclerótica sofre ruptura ou erosão) => a principal causa;
- Espasmo coronariano (angina de Prinzmetal);
- Embolia para coronárias: trombo intracavitário, mixoma, endocardite, etc.
- Oclusão do óstio coronariano: dissecção de aorta ou de coronária;
- Arterite: sífilis, lúpus, doença reumatoide, poliarterite nodosa, Takayasu, Kawasaki;
- Trombose *in situ*: anemia falciforme, doenças mielo-proliferativas;
- Cocaína, anfetamina e derivados: vasoconstrição coronariana + efeitos cronotrópicos positivos, trombose e efeito tóxico direto no miocárdio.

7 – PROCEDIMENTO

O atendimento do paciente com dor torácica deve ser diferenciado dos demais pacientes, pois o fluxo assistencial deve seguir a lógica da priorização do atendimento desde a sua entrada no serviço. Vide macrofluxo no Anexo 01.

No momento da chegada do paciente, o mesmo poderá manifestar via totem/recepção/classificação de risco a **queixa de dor torácica**. Mas o sintoma pode ser referido também posteriormente durante a estada na instituição. Em todas as situações, deve-se **sinalizar imediatamente a equipe de enfermagem** para a realização do **ECG** de 12 derivações em tempo de **até 10 minutos**, contabilizando desde o horário da chegada do paciente na instituição ou da manifestação da queixa dolorosa, até o horário da realização do exame.

Após a realização do ECG, o médico deverá **analisar o traçado eletrocardiográfico imediatamente após** sua realização, e o paciente deverá ser avaliado em relação a sua história clínica e o tipo de dor, achados estes norteadores para definição de conduta.

Toda linha de cuidado proposta para os pacientes elegíveis ao protocolo deve ser evidenciada por meio do prontuário.

O diagnóstico consiste em:

a) <u>Sintomas típicos ou atípicos:</u>

Critérios de Avaliação da Dor	**Dor Típica**	**Dor Atípica – Até 30% dos IAM CSST**
Caráter da Dor	Geralmente associada a constrição, compressão, queimação e sensação de “peso”, durando 20	Geralmente associada como sensação de facada, agulhada, pontadas e relato de piora

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

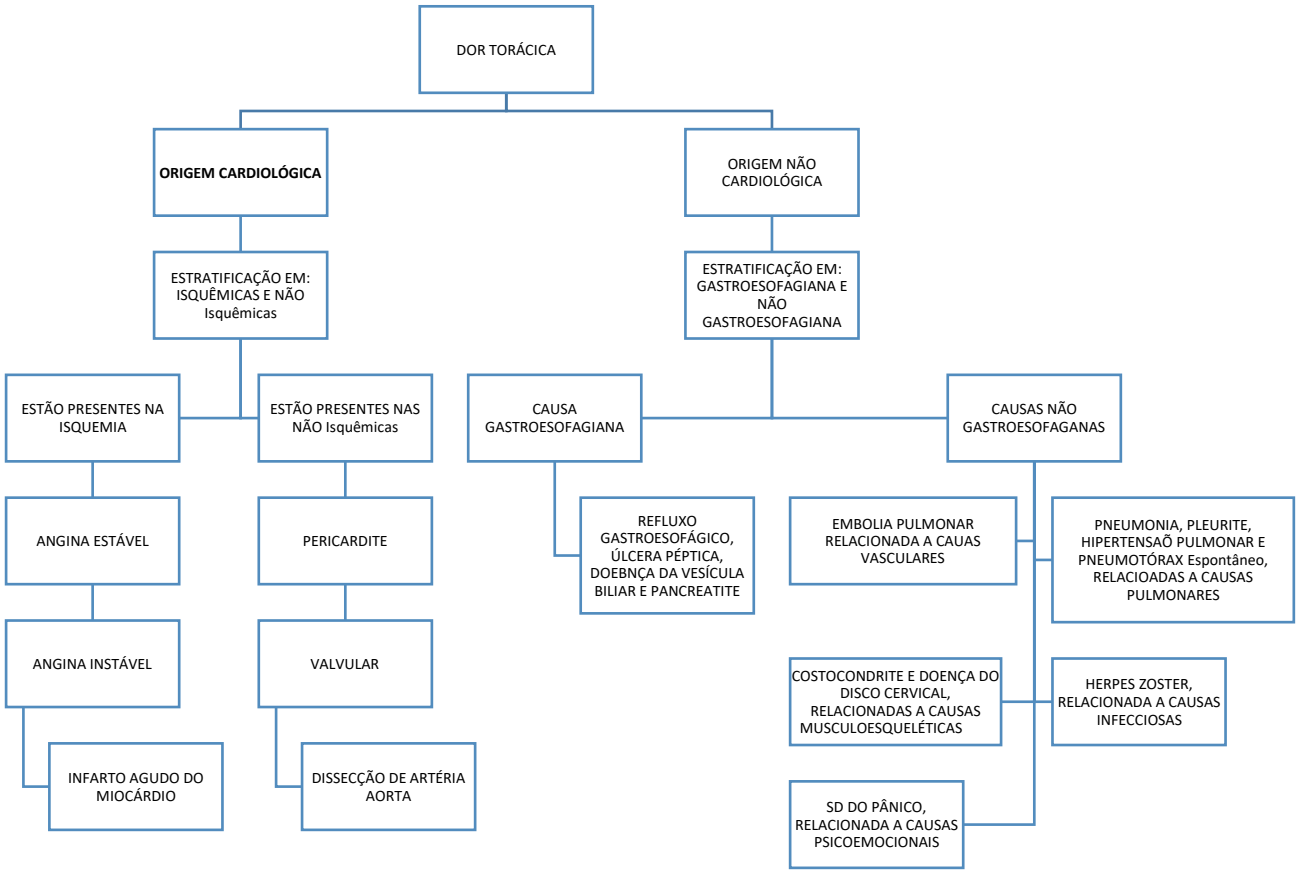
	minutos ou mais.	durante a respiração.
Localização da Dor	Localizada no segmento retroesternal, ombro esquerdo, pescoço, face, mandíbula e região epigástrica.	Localizada no hemotórax e ombro direito.
Fatores Desencadeantes	Relacionada ao exercício, excitação, estresse, frio e refeições copiosas.	Palpação, movimentação.

** Atenção a diabéticos, mulheres e idosos que tendem a apresentar sintomas atípicos – **equivalente anginoso** – dispneia, sudorese, fadiga, palpitações, síncope, confusão mental, queimação no estomago, náuseas ou vômitos, **20% a 30% não apresentam dor!** Mais comum ocorrer em idosos, mulheres, diabetes, insuficiência cardíaca prévia, chegada tardia ao serviço.

Tipos de Dor	**Características da Dor**
Dor Tipo A **Definitivamente Anginosa** As características dão certeza do diagnóstico de SCA, independentemente dos resultados dos exames complementares.	Dor/Desconforto retroesternal ou precordial, geralmente precipitado pelo esforço físico, podendo ter irradiação para o ombro, mandíbula ou face interna do braço, com duração de minutos. A mesma pode ser aliviada com o repouso ou com o uso de Nitrato em um período <10 minutos.
Dor Tipo B **Provavelmente Anginosa** As características fazem da SCA a principal hipótese, porém se faz necessária a coleta de exames complementares.	Apresenta a maioria, mas não todas as características da dor definitivamente anginosa podendo ser menos intensa, localização variável ou algum critério que impeça a definição de angina.
Dor Tipo C **Provavelmente Não Anginosa** As características não fazem da SCA a principal hipótese, porém se faz necessária a coleta de exames complementares, como critério de exclusão.	Apresenta poucas características da dor definitivamente anginosa, principalmente a relação com esforço.
Dor Tipo D **Definitivamente Não Anginosa** As características não incluem a SCA como hipótese diagnóstica.	Não apresenta nenhuma das características da dor típica anginosa.

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

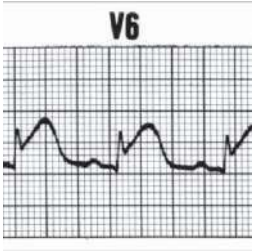
DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS DA DOR TORÁCICA



b) <u>Alterações eletrocardiográficas</u>

Realizar o ECG em 12 derivações. Se há suspeita de IAM em Ventrículo Direito (se suspeita de infarto de parede inferior), realizar V3R e V4R.

O diagnóstico eletrocardiográfico de IAM com Supra ST consiste na presença de supra desnivelamento **≥ 1 mm** do **segmento ST** em pelo menos **2 derivações contíguas** ou reconhecimento de **Bloqueio de Ramo Esquerdo <u>novo</u>***.



Para as derivações precordiais **V1 e V3**, considerar SST:

- Sexo feminino: 1,5mm
- Sexo masculino > 40 anos: 2,0mm
- Sexo masculino < 40 anos: 2,5mm

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

*Na ausência de ECG antigo do paciente, aplicar os **Critérios de Sgarbossa**: presença de SST + BRE e avaliar:

- Supradesnivelamento de segmento ST ≥ a 1 mm em concordância com o QRS;
- Infradesnivelamento de segmento ST ≥ a 1 mm em V1, V2 e V3;
- Supradesnivelamento de segmento ST ≥ a 5 mm em discordância com o QRS.

A depressão de segmento ST e/ou inversão dinâmica de ondas T é sugestivo de isquemia (angina instável de alto risco ou IAM sem supra ST) => seriar enzimas.

ECG não diagnóstico ou normal, porém, com dor torácica fortemente sugestiva de isquemia, sugere angina instável de risco baixo ou intermediário => seriar enzimas.

Repetir ECG após 3h, 6h, 9h e/ou quando necessário.

Derivações Alteradas	**Parede Comprometida**
V1-V2	SEPTAL
V3-V4	ANTERIOR
V5-V6 e/ou D1 aVL	LATERAL
D2-D3-aVF	INFERIOR
V1-V6	ANTERIOR EXTENSA
V2-V3 ou V7-V8	POSTERIOR/DORSAL
V3R- V4R	VD



c) Elevação enzimática (CK-MB e Troponina)

Colher na admissão e com intervalo 3h - 6h e 9h da admissão.

Fazer a dosagem da Troponina através do equipamento *point of care*, disponível no serviço. Encaminhar amostra para laboratório externo apenas no caso de discordância clínica ou indisponibilidade do aparelho.

Obs.: Valor de corte do *point of care*: depende do equipamento. Verificar no comprovante do resultado. No equipamento

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

atual o valor de referência varia de 0,0 a 0,3 ng/ml.

ATENÇÃO

Se houver indicação de terapia de reperfusão, não se deve aguardar os resultados para o tratamento;

A coleta de exames não deverá interferir na decisão de abertura ou não de protocolo de SCA e sim os critérios clínicos e do ECG.

VII.1 – Rota 1 de abordagem – Formulário Protocolo de Dor Torácica (Anexo 4)

A ROTA 1 deverá ser implementada nos casos em que os pacientes apresentem uma das características clínicas descritas abaixo:

- Dor Torácica do Tipo A/B/C ou equivalente anginoso com evidência de alteração eletrocardiográfica relacionada a IAM com **infra desnivelamento ST** ou na vigência de **inversão de onda T**
- Dor Tipo A/B/C com **ECG inespecífico ou normal**
- Presença de dor tipo C, com **alta probabilidade clínica de SCA**

Cabe ressaltar que, para os pacientes classificados como alta probabilidade de SCA, sugere-se a aplicação do **TIMI RISK** – Anexo 3 (escala preditiva de avaliação do risco de morte em eventos isquêmicos tanto para pacientes com **Angina Instável**, como, para pacientes com **IAM CSST**). Como fator de escolha para a terapia medicamentosa os **antiagregantes** e **anticoagulantes**.

- Estratificação de Risco cardiológico por meio da aplicação do **Heart Score** (a **escala de Grace** também pode ser utilizada) – Anexo 3
- Dosagem de Troponina;
- Estabilização Clínica e internação – Sala de Emergência
- Avaliação quanto à provável indicação de realização de procedimento intervencionista eletivo;
- Prescrição Médica:
    - Jejum, até estabilização;
    - Acesso venoso periférico
    - Monitorização contínua cardíaca e sinais vitais;
    - Cateter O_2: 3l/minuto se Sat O_2 < 94%;
    - Antiplaquetário: **AAS** 100mg – 1 CP VO e para pacientes com alto risco de SCA associar o **Clopidogrel** 300mg;
    - **Dinitrato de Isossorbida** (Isordil®) 5mg SL exceto se contraindicado;
    - **Nitroglicerina** (Tridil®) 50mg + SF 0,9% 250ml EV, quando indicado - em Bomba Infusão Contínua com doses progressivas a cada 5 a 10min, até a dose

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

anterior àquela que reduziu a pressão arterial do paciente em > 20 mmHg ou para < 100 mmHg e/ou aumentou a frequência cardíaca para > 10% do basal;

- **Morfina** dose inicial de 2 mg a 8 mg (geralmente suficiente para aliviar a dor e a ansiedade). Com a monitorização da pressão arterial, essas doses podem ser repetidas a intervalos de 5 a 15min.
- **B-bloqueador**: não havendo contraindicações, há a preferência para o uso VO de Metoprolol (25mg a 50mg) 2X/d iniciado nas primeiras 24h se estabilidade clínica.
- **Enoxaparina** 1mg/Kg/dose 12/12h SC, dose máxima 100mg, para pacientes de moderado e alto risco. **Se função renal alterada, 1mg/Kg/dia, assim como para pacientes com >75anos, 0,75mg/Kg/dose 12/12h**.Pacientes dialíticos ou com taxa de filtração glomerular inferior a 15ml/min e peso superior a 130kg deve-se considerar a Heparina não Fracionada (HNF) em BIC.

VII.2 – Rota 2 de abordagem – Formulário Protocolo de Dor Torácica (Anexo 4)

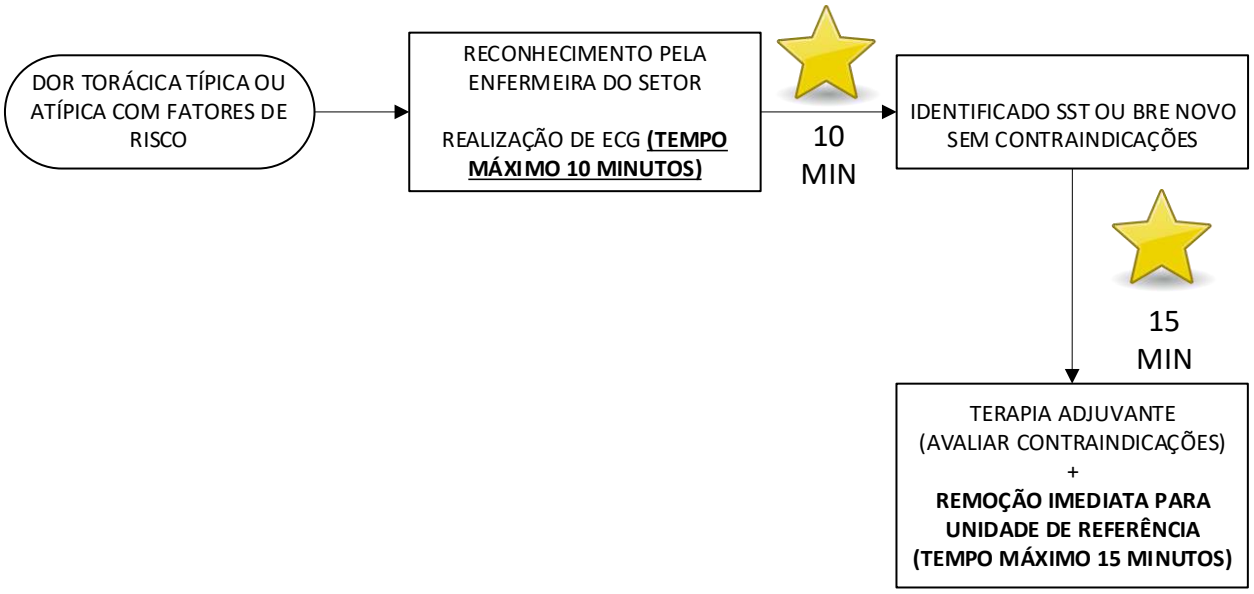
Para os pacientes que apresentam Dor Torácica do tipo A/B/C ou equivalente anginoso, com evidência de alteração eletrocardiográfica caracterizada por SST ou BRE novo ou presumivelmente novo, supondo a impossibilidade da angioplastia percutânea primária em tempo menor que 90 minutos. Paciente deve estar na SALA DE EMERGÊNCIA.

NAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO E PRONTO SOCORRO:



Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

NAS UNIDADES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL - AMAs



- Jejum de 4 horas para os exames. Depois, dieta branda.
- Monitorização cardíaca contínua.
- Acesso venoso periférico (preferentemente MSE)
- Oxigenioterapia se $SatO_2$ < 94% em cateter nasal 3 l/min
- Terapia antiagregante:
    - Ácido acetilsalicílico (AAS) 300 mg VO
    - Clopidogrel – dose de ataque de 300 mg VO para pacientes < 75 anos. **Em pacientes >75 anos, prescrever 75mg**
    - Sinvastatina 40 mg VO

ATENÇÃO

NAS UNIDADES AMA O USUÁRIO COM QUADRO DE SST/BRE NOVO DEVERÁ RECEBER A TERAPIA ADUJAVANTE APRESENTADA ACIMA E PROSSEGUIR EM REMOÇÃO PRIORITÁRIA À UNIDADE DE URGÊNCIA DE REFERÊNCIA.

- Heparina, preferencialmente Enoxaparina 30 mg EV em *bolus* + 1mg/kg SC de 12/12 h - dose máxima 100mg. **Em pacientes >75anos: 0,75mg/kg/dose SC 12/12h**
- Analgesia e Sedação

DS

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

- Sulfato de morfina, na dose de 1 a 3 mg cada 5 minutos EV até o alívio da dor (dose máxima de 25 a 30 mg) ou evidência de toxicidade (hipotensão, depressão respiratória ou vômitos frequentes).
  - Caso ocorra bradicardia associada, recomenda-se administrar Atropina 0,5-1,0 mg EV.
  - Na ocorrência de depressão respiratória utilizar Naloxona 0,1-0,2 mg EV
- O uso rotineiro de ansiolíticos não é recomendado. Quando necessário utilizar Diazepam na dose de 5-10 mg VO 8/8h por 24-48h.

- Nitratos
  - **Não** devem ser utilizados de rotina visto que não diminuem mortalidade e sim morbidade.
  - São utilizados para alívio de dor isquêmica, congestão pulmonar e diminuição pressórica.
  - Logo após o primeiro ECG, nos casos em que houver dor torácica isquêmica, deve ser administrado nitrato sublingual (dinitrato de isossorbida 5 mg ou mononitrato de isossorbida 5 mg), desde que não haja **contraindicações** (infarto de ventrículo direito, uso de sildenafil ou derivados nas últimas 24h, hipotensão arterial). Após 5/10 min do uso do nitrato, deve ser realizado novo ECG para avaliar resolução ou manutenção do supradesnível do ST (afastar espasmo).
- Nitroglicerina (Tridil®) 50mg + SF 0,9% 250ml EV em bomba de infusão contínua – conforme critério médico.
- B-bloqueador: não havendo contraindicações, há a preferência para o uso VO de Metoprolol (25 mg a 50 mg) 2X/d iniciado nas primeiras 24h se estabilidade clínica.

- **FIBRINOLÍTICO – ANEXO 02**
  - Reduzir o tempo de isquemia, melhorando o prognóstico e reduzindo morbimortalidade.
  - Tempo de sintomas <12 horas
  - ECG CSST ou BRE NOVO ou supostamente novo
  - **IMPORTANTE: PARA PACIENTES > 75 ANOS, A DOSE DE TENECTEPLASE DEVERÁ SER REDUZIDA PELA METADE**
  - **Contraindicações ABSOLUTAS**:
    - Hemorragia Intracraniana prévia;
    - Lesão estrutural cerebrovascular - aneurismas;
    - Neoplasias do SNC primárias ou metastáticas;

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

- AVC Isquêmico nos últimos 3 meses;
- Sangramento ativo (exceto menstruação);
- Sangramento ativo do trato gastrointestinal;
- Diástase sanguínea;
- Suspeita de dissecção aguda aórtica;
- Trauma grave nos últimos 3 meses;
- OUTROS TIPOS DE IAM SEM SUPRA DESNIVELAMENTO SEGMENTO ST.

- **Contraindicações RELATIVAS**
  - PAS > 180 mmHg ou PAD >110 mmHg **refratária**;
  - Hipertensão arterial crônica
  - AVC Isquêmico com mais de 3 meses;
  - Demência;
  - Parada cardiorrespiratória com RCP > 10 min;
  - Cirurgia de grande porte nos últimos 3 meses;
  - Úlcera péptica ativa;
  - Gravidez, aborto ou parto recente < 7 dias;
  - Anticoagulantes orais;
  - Punção em sítio não compressível;
  - Uso de estreptoquinase há mais de 5 dias;
  - História de alergia;
  - Sangramentos nas últimas 2-4 semanas.

- **Fatores de risco hemorrágico**
  - Idade ≥ 75 anos;
  - Baixo peso corporal (homem < 80 Kg, mulher < 65 Kg);
  - Sexo feminino
  - Raça negra
  - Uso de cocaína
  - AVC prévio
  - PAS > 160 mmHg / PAD > 110 mmHg
  - INR > 4 ou TP > 24
  - Uso de anticoagulante e Alteplase

DS

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

- **Modo de Utilização**
  - **TECNECTEPLASE** – TNK (Metalyse®)
  - Apresentação: Ampolas de 40 mg (8 ml) e 50mg (10ml)
  - NÃO utilizar com soluções glicosadas
  - Infundir em veia periférica calibrosa
  - Infundir em *Bolus* único em 10 segundos

MODO DE UTILIZAÇÃO DA TECNECTEPLASE – TNK (Metalyse®) PELO PESO EM *BOLUS*:

Peso (Kg)	Unidades	mg	ml
<60	6000	30	6
60 a 70	7000	35	7
>70 a 80	8000	40	8
>80 a 90	9000	45	9
>90	1000	50	10

MODO DE UTILKIZAÇÃO DA ALTEPLASE (Actilyse®)

Até 6 horas do início dos sintomas (dose máxima = 100mg)			
Peso >= 65Kg	15mg	EV em *bolus*	Imediato
	50mg	EV	durante 30 minutos seguintes
	35mg	EV	durante os próximos 60 minutos
Peso <65Kg	15mg	EV em *bolus*	Imediato
	0,75mg/kg (até 50mg)	EV	durante 30 minutos seguintes
	0,50mg/kg (até 35mg)	EV	durante os próximos 60 minutos
Entre 6 e 12 horas do início dos sintomas (dose máxima = 100mg)			
Peso >= 65Kg	10mg	EV em *bolus*	Imediato
	50mg	EV	durante 60 minutos seguintes
	40mg	EV	durante os próximos 120 minutos
Peso <65Kg	10mg	EV em *bolus*	Imediato
	1,5mg/kg (dose máxima total)	EV	durante os próximos 180 minutos

PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DA ALTEPLASE:

• Dissolver o conteúdo de um frasco de alteplase liofilizado (50 mg) com 50 ml de diluente em condições assépticas, para obter uma concentração final de 1 mg de alteplase por ml.

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

Cuidados durante a infusão:

- Evitar agitar o frasco no momento do preparo da medicação (risco de formação de bolhas);
- Após o término da infusão, lavar o equipo com SF 0,9%;
- Nunca utilizar soro glicosado (risco de precipitação);
- Usar acesso exclusivo para infusão da alteplase;
- Atentar para horário do início dos sintomas, para calcular dosagem do trombolítico e tempo de infusão;

Após Tenecteplase ou Alteplase, inserir o paciente imediatamente na plataforma SIRESP e nas unidades localizadas no Município de São Paulo (PSM e UPA), encaminhar o paciente **imediatamente** ao Centro de Referência (Hospital Beneficência Portuguesa) através de contato telefônico com Dr. Sérgio, responsável pela Hemodinâmica deste nosocômio **(11) 94478-8628**.

IMPORTANTE: PARA PACIENTES > 75 ANOS, A DOSE DE TENECTEPLASE DEVERÁ SER REDUZIDA PELA METADE! ATENÇÃO À DOSE DOS DEMAIS MEDICAMENTOS PARA A IDADE!

- **Critérios de reperfusão:**
  - Clínicos: evidência de melhora da dor torácica com ausência e/ou melhora significativa de dispneia e estabilidade hemodinâmica.
  - ECG: evidência de redução de ao menos 50% do SST quando comparado ao ECG de admissão (ECG com 60-90min pós-trombólise).

- Houve RESOLUÇÃO SUPRA ST > 50% após 60-90min (após início da infusão)?
  - **SIM** - CAT entre 2 - 24h (ligar no celular acima o mais breve possível em **no máximo 12 horas**);
  - **NÃO** - CAT DE RESGATE (ligar no celular acima **imediatamente** a qualquer horário!)

PRESCRIÇÃO DE MANUTENÇÃO:

1. AAS 100MG
2. ENOXAPARINA 1MG/KG SC 12/12H **(0,75MG/KG SC 12/12 P/ PCTES >75A)** SE INSUFICIENCIA RENAL, HEPARINA 5000UI SC 8/8H;
3. CLOPIDOGREL 75MG 1XDIA
4. MONONITRATO DE ISOSSORBIDA 20MG 3XDIA
5. SINVASTATINA 40MG A NOITE.
6. ATENOLOL 25MG 12/12H
7. ENALAPRIL 10MG 12/12H
8. SINTOMÁTICOS

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

9. **INSERIR PACIENTE NA PLATAFORMA SIRESP / CROSS**

ATENÇÃO: PACIENTES TROMBOLISADOS DEVERÃO SER TRANSPORTADOS EM VIATURA UTI (TRIPULADA POR MÉDICO).

VII.3 – Rota 3 de abordagem – Formulário Protocolo de Dor Torácica (Anexo 4)

A ROTA 3 contempla pacientes que se apresentaram com dor torácica e foram incluídos no protocolo, mas que após avaliação clínica e exames complementares excluiu a hipótese de SCA, interrompendo o fluxo. Esta rota tem como grande objetivo excluir ou diagnosticar outras doenças graves como Tromboembolismo Pulmonar (TEP) e Dissecção Aguda de Aorta (DAA), bem como situações não ameaçadoras à vida que não se relacionam à isquemia miocárdica. A sequência de cuidados propostos na ROTA 3 deve ser individualizada a depender da principal hipótese diagnóstica aventada.

8 - TEMPO PARA REALIZAÇÃO DESTE PROCEDIMENTO

- 10 minutos para realizar e interpretar o ECG inicial;
- 30 minutos para a infusão do trombolítico quando indicado.

9 - MENSURAR INDICADORES DESTE PROCEDIMENTO/ INDICADORES RELACIONADOS

•Indicadores propostos:

- Tempo Porta-ECG;
- Tempo Porta-Agulha – no caso de trombólise indicada;
- Índice de adesão ao protocolo (relação entre o número de pacientes com dor torácica em que o protocolo foi aberto e o total de pacientes com quadro descrito de dor torácica) - mensal;
- Taxa de Mortalidade por IAM no serviço – (relação entre óbitos por IAM e total de óbitos no serviço) – mensal.
- *Tempo ECG–transferência para UPA/PSM (aplicável às AMAs)*

10 - FORMULÁRIOS / DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

- Formulário Protocolo de Dor Torácica – Anexo 4
- Formulário Trombolítico – Anexo 5
- Formulário Dor Torácica AMAs – Anexo 6

11 - PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

Ressaltamos a necessidade de ampla divulgação do protocolo às equipes assistenciais, bem como sua sensibilização para a correta adesão. O objetivo é garantir a adequada compreensão das orientações e minimizar a ocorrência de

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

eventos adversos e desfechos negativos.

Todos os incidentes envolvendo o processo aqui descrito devem ser notificados por quaisquer profissionais, colaboradores e mesmos prestadores de serviço dentro da organização.

12 - REFERÊNCIAS

1.Protocolo de Dor Torácica, Projeto Infarto, Prefeitura de São Paulo

2.V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST, Arq. Bras. Cardiol 2015, 105 (2Supl.1).

3.I Diretriz sobre Dor Torácica, Arq. Bras. Cardiol volume 79, (suplemento II), 2002

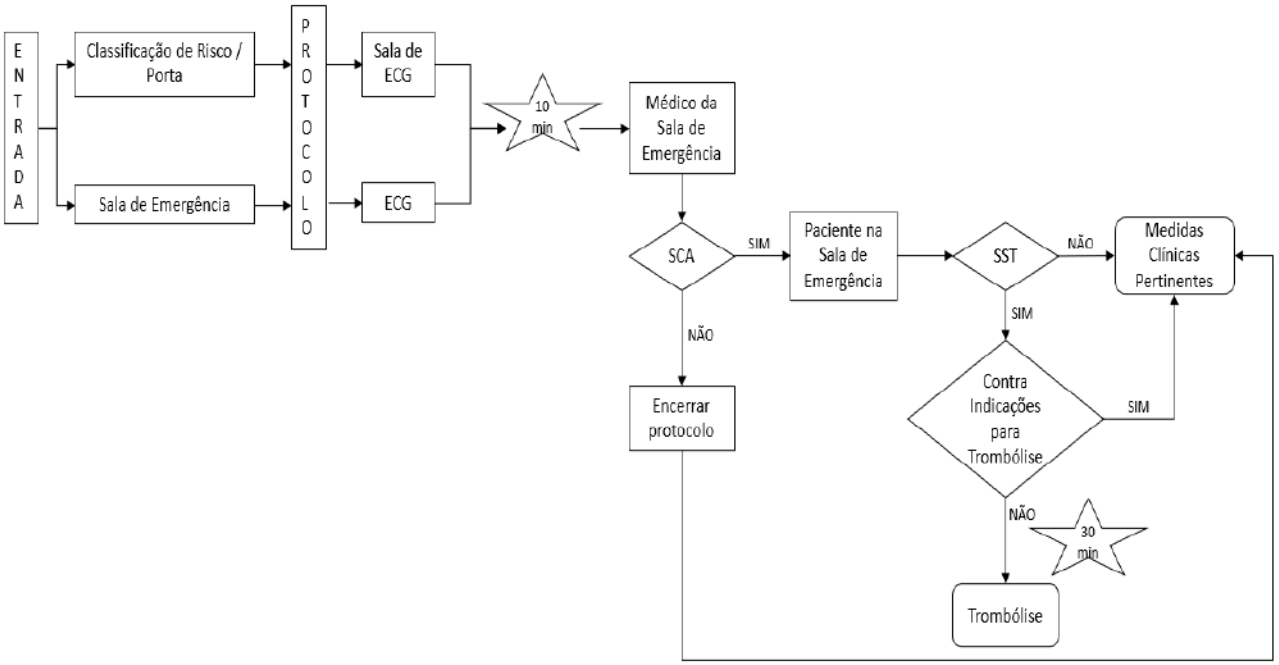
4.Protocolo Clínico Gerenciado: Dor Torácica, Hospital Alemão Oswaldo Cruz, 2014

5.Protocolo Síndrome Coronariana Aguda – SCA – SMS – Prefeitura do Município de São Paulo, 2022

6.Projeto apoio à implementação das boas práticas na atenção à cardiologia e urgências cardiovasculares – Protocolo Dor Torácica - PROADI-SUS – Triênio 2021-2023.

13 - ANEXOS

Anexo 1 - Macrofluxo da abordagem do paciente com Dor Torácica



Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

Anexo 2 – Trombólise



DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

Anexo 3 – Escores – TIMI – GRACE – Heart Score – Classificações do IAM

ESCORE DE TIMI para SCA com Supra			
História	Pontuação	Escore de Risco	Mortalidade em 30 dias (%) no Estudo In TIME II
Idade < 65 anos	0	0	0
Idade 65 - 74	2	0	0.8%
Idade > 75 anos	3	1	1.6%
DM ou HAS ou Angina	1	2	2.2%
PAS<100mmHg	3	3	4.4%
FC>100	2	4	7.3%
Killip II e IV	2	5	12.4%
Peso <67kg	1	6	16.1%
Supra de ST parede anterior ou BRE	1	7	23,4%
Inicio do tratamento > 4 horas	1	8	26,8%
		>8	35,9%
Escore de risco = Total de Pontos (0 a 14)			

Classificações do IAM

Classificação clínica de Killip

Killip I: Sem evidência de congestão pulmonar
Killip 2: Estertores pulmonares, distensão venosa jugular ou terceira bulha
Killip 3: Edema pulmonar
Killip 4: Choque cardiogênico

Classificação hemodinâmica de Forrester

Forrester I: IC >2.2 e PCP< I8
Forrester 2: IC>2.2 e PCP> I8
Forrester 3: IC<2.2 e PCP< I8 (correlaciona-se com infarto do ventrículo direito)
Forrester 4: IC<2.2 e PCP< I8
(IC = índice cardíaco, PCP = pressão capilar pulmonar; aferido com catéter de Swan Ganz)

Classificação de Forrester modificada

Classe I: perfusão normal e ausência de congestão pulmonar
Classe 2a: perfusão normal, congestão pulmonar ao exame físico ou radiografia, sem dispnéia
Classe 2b: perfusão normal e congestão pulmonar com dispnéia
Classe 3: perfusão diminuída e ausência de congestão pulmonar
Classe 4: perfusão diminuída e presença de congestão pulmonar

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

Escore Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE)

Variável		Pontos
Idade (anos)	<29	0
	30-39	0
	40-49	18
	50-59	36
	60-69	55
	70-79	73
	80-89	91
	> 90	100
História de IC		24
História de IAM		12
FC em repouso (bpm)	< 49	0
	50-69	3
	70-89	9
	90-109	14
	110-149	23
	150-199	35
	>200	43
PAS (mmHg)	<79	24
	80-99	22
	100-119	18
	120-139	14
	140-159	10
	160-199	4
	> 200	0
Depressão segment ST		11
Creatinina (mg/dl)	0- 0,39	1
	0,4-0,79	3
	0,8-1,19	5
	1,2-1,59	7
	1,6-1,99	9
	2,0-3,99	15
	>4	20
Troponina elevada		15

Baixo Risco: <108 pontos
Risco Intermediário: 109-140 pontos
Alto Risco: >140 pontos

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

HEART SCORE

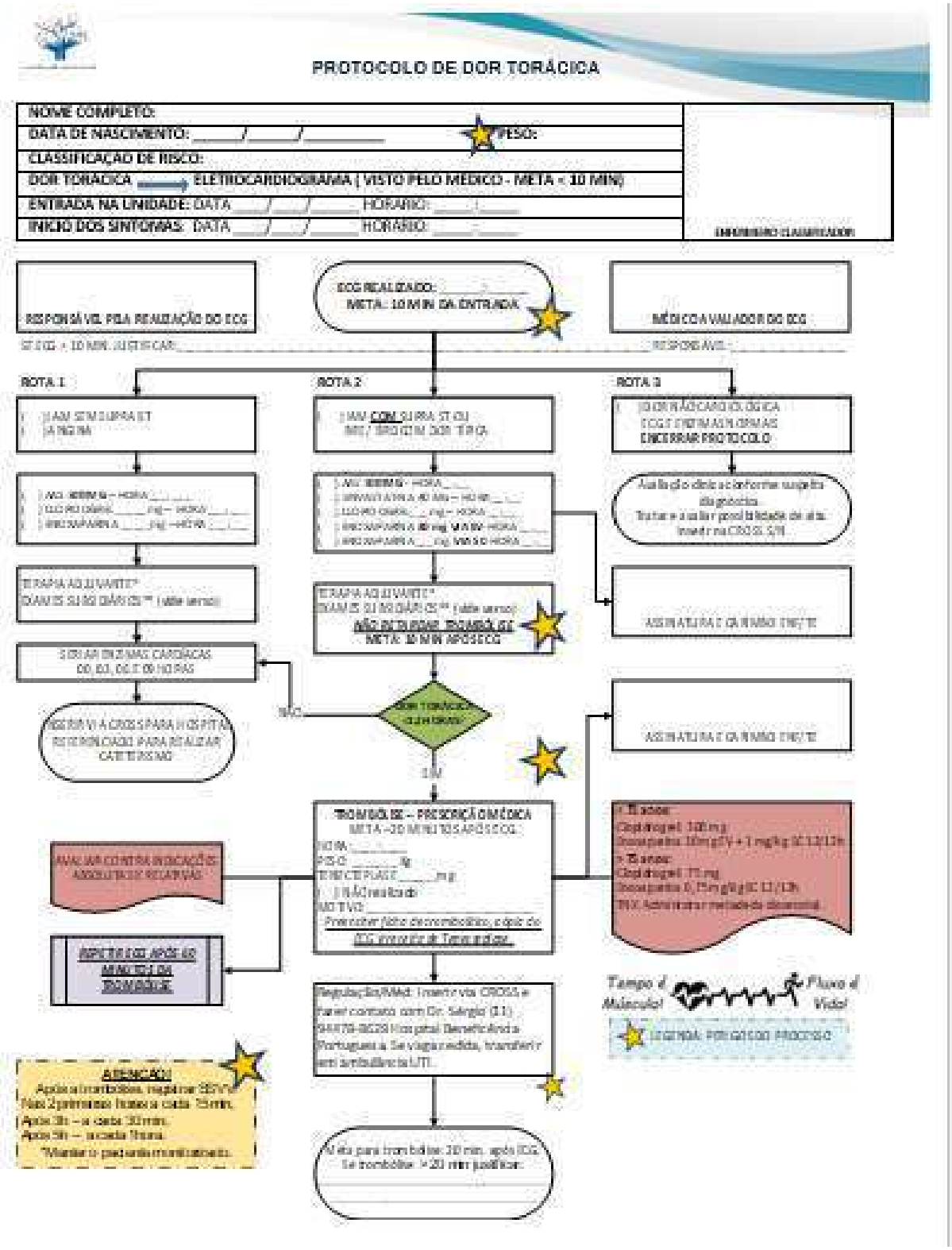
História	Forte suspeita	2
	Moderada suspeita	1
	Leve ou nenhuma suspeita	0
Eletrocardiograma	Desvio do segmento ST importante	2
	Alterações inespecíficas de repolarização ventricular	1
	Normal	0
Idade	>64	2
	46 a 64	1
	<46	0
Fatores de risco	>2 fatores de risco ou história de doença arterial coronária	2
	1 ou 2 fatores de risco	1
	Sem fatores de risco	0
Troponina	>2 vezes o limite da normalidade	2
	Até 2 vezes o limite da normalidade	1
	No limite da normalidade ou abaixo	0

0 a 3 – risco de 1,6%
4 a 6 – risco de 13%
7 ou mais pontos – risco de 50%

=> de chance de desenvolver IAM, angioplastia, cirurgia de revascularização miocárdica ou morte em 06 meses

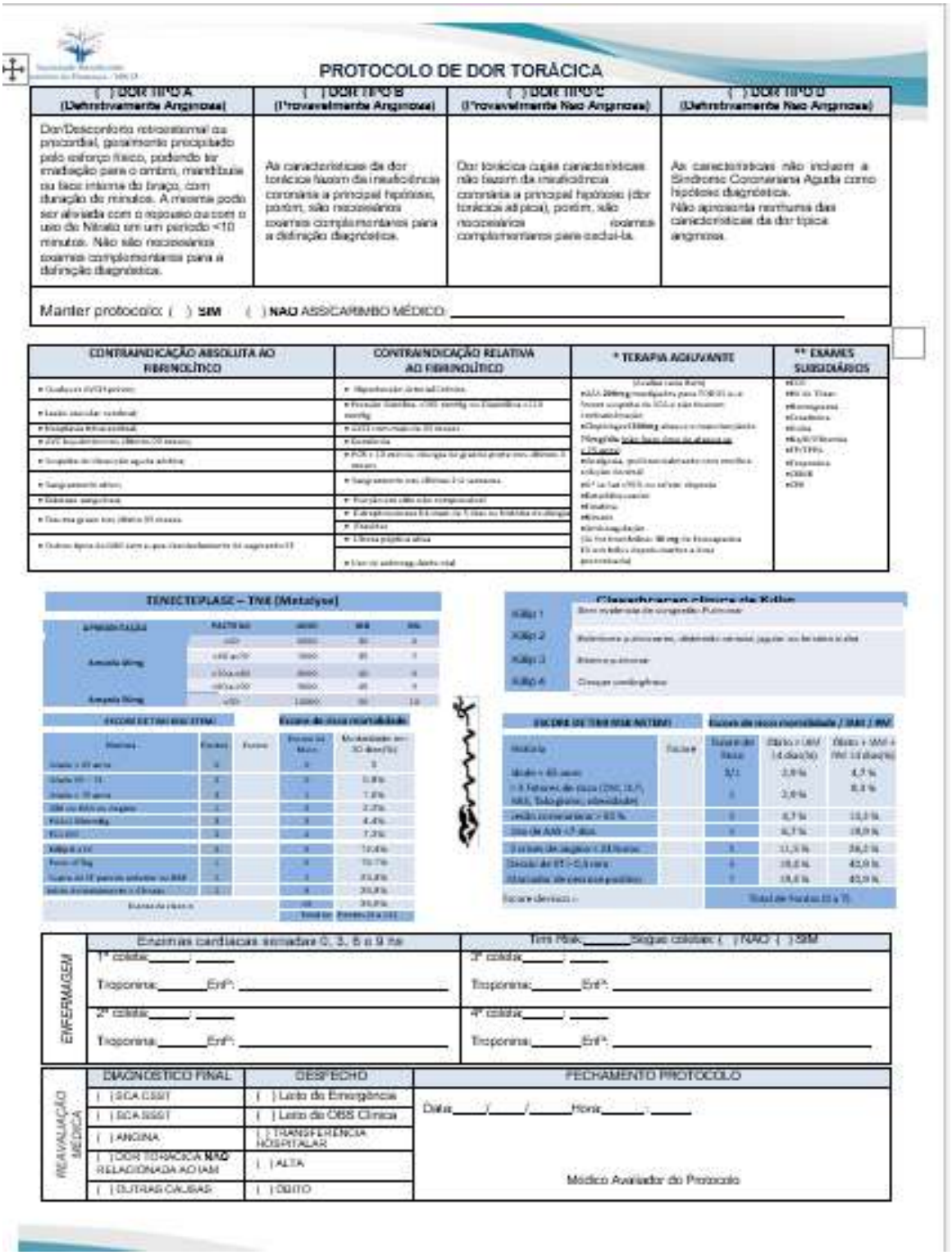
Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

Anexo 4 – Ficha Protocolo de Dor Torácica e Ficha Protocolo de Dor Torácica AMA



DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3



PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA

( ) DOR TIPO A (Definitivamente Anginosa)	( ) DOR TIPO B (Provavelmente Anginosa)	( ) DOR TIPO C (Provavelmente Não Anginosa)	( ) DOR TIPO D (Definitivamente Não Anginosa)
Dor/Desconforto retroesternal ou precordial, geralmente precipitado pelo esforço físico, podendo ter irradiação para o ombro, mandíbula ou face interna do braço, com duração de minutos. A mesma pode ser aliviada com o repouso ou com o uso de Nitrato em um período <10 minutos. Não são necessários exames complementares para a definição diagnóstica.	As características de dor torácicas fazem da insuficiência coronária a principal hipótese, porém, são necessários exames complementares para a definição diagnóstica.	Dor torácica cujas características não fazem da insuficiência coronária a principal hipótese (dor torácica atípica), porém, são necessários exames complementares para excluí-la.	As características não incluem a Síndrome Coronariana Aguda como hipótese diagnóstica. Não apresenta nenhuma das características da dor típica anginosa.

Manter protocolo: ( ) **SIM** ( ) **NÃO** ASSICARIMBO MÉDICO: _____

CONTRAINDICAÇÃO ABSOLUTA AO FIBRINOLÍTICO	CONTRAINDICAÇÃO RELATIVA AO FIBRINOLÍTICO	* TERAPIA ADJUVANTE	** EXAMES SUBSIDIÁRIOS
• Qualquer AVCH prévio • Lesão vascular conhecida • Neoplasia intracraniana • AVC isquêmico nos últimos 03 meses • Suspeita de dissecção aguda aórtica • Sangramento ativo • Diátese hemorrágica • Trauma grave nos últimos 03 meses • Outras lesões ou UBS com alto risco de sangramento	• Hipertensão arterial crônica • Pressão sistólica >180 mmHg ou Diastólica >110 mmHg • AVCI nos últimos 03 meses • Demência • PCR > 10 minutos, cirurgia ou grande trauma nos últimos 3 meses • Sangramento nas últimas 3 semanas • Punções em sítio não compressível • Endocardite • Úlcera péptica ativa • Uso de anticoagulante oral	Ácido acetilsalicílico 200mg mastigados para TODOS a não ser que seja alérgico ou tenha contraindicação Clopidogrel 300mg ataque e manutenção Ticagrelor pode ser uma opção se disponível Heparina, preferencialmente com monitorização laboratorial Nitrato sublingual Morfina Metoprolol Anestesia local Oxigenoterapia	ECG RX de Tórax Ecocardiograma Cineangiocoronariografia Troponina Hemograma Coagulograma Ureia/Creatinina Sódio/Potássio Glicemia CPK-MB

TENECTEPLASE – TNK (Metalyse)

APRESENTAÇÃO	FAIXA DE PESO	VOLUME (ML)	DOSE (MG)	DOSE (UI)
Ampola 50mg	até 60 kg	10	5	10.000
	60 a 70 kg	12	6	12.000
	70 a 80 kg	14	7	14.000
	80 a 90 kg	16	8	16.000
Ampola 10mg	>90 kg	10	10	20.000

Escore de risco hemorrágico

Variável	Pontos	Escore	Escore de risco hemorrágico	Mortalidade em 30 dias (%)
Idade > 65 anos	1		1	1
Idade 65 - 74	1		1	0,8 %
Idade > 75 anos	2		2	1,6 %
IAM no Killip ou choque	2		2	2,2 %
Killip Kimbally	3		3	4,4 %
Killip III	3		3	7,3 %
Killip IV	5		5	14,6 %
Peso < 67 kg	1		1	1,5 %
Diabetes ou HT prévio ou uso de BRA	1		1	2,2 %
Infarto Anterolateral ou Clínica	1		1	2,2 %
Escore de risco hemorrágico				2,2 %

Classificação clínica de Killip

Killip I	Sem evidência de congestão Pulmonar
Killip II	Estertores pulmonares, ritmo de galope, hipotensão arterial
Killip III	Edema agudo de pulmão
Killip IV	Choque cardiogênico

ESCORE DE TIMI PARA ANTES

Variável	Escore	Escore de risco hemorrágico	Óbito + IAM 14 dias (%)	Óbito + IAM + AVC 14 dias (%)
Idade > 65 anos	1	1	3,1	4,7 %
≥ 3 Fatores de risco (DAC, DLP, HAS, Tabagismo, obesidade)	1	1	3,0 %	8,3 %
Creatinina clearance < 60 %	1	1	6,7 %	11,3 %
Uso de AAS ≤ 7 dias	1	1	6,7 %	18,9 %
2 ou mais episódios de angina ≤ 24 horas	1	1	11,3 %	26,2 %
Desvio de ST > 0,5 mm	1	1	18,6 %	42,9 %
Marcadores de necrose positivos	1	1	19,6 %	43,9 %
Escore de risco =			Total de Pontos (0 a 7)	

ENFERMAGEM

Enzimas cardíacas seriadas 0, 3, 6 e 9 hs	Tira Rítmica:_____Sagas colidas: ( ) NÃO ( ) SIM
1ª coleta:_____ / _____ Troponina:_____Enf°: _____	3ª coleta:_____ / _____ Troponina:_____Enf°: _____
2ª coleta:_____ / _____ Troponina:_____Enf°: _____	4ª coleta:_____ / _____ Troponina:_____Enf°: _____

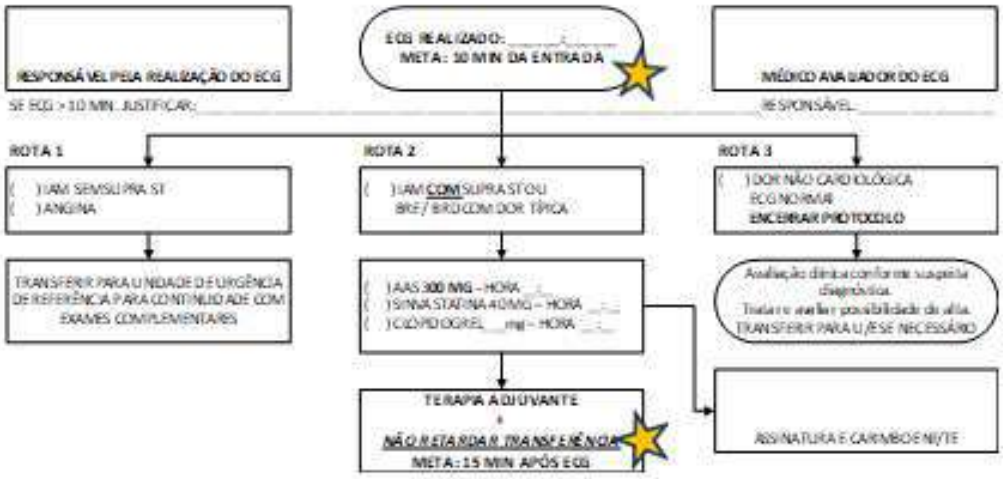
REAVALIAÇÃO MÉDICA

DIAGNÓSTICO FINAL	DESFECHO	FECHAMENTO PROTOCOLO
( ) SCA CSST	( ) Leito de Emergência	Data:_____/_____/_____Hora:_____:_____
( ) SCA SSST	( ) Leito de OBS Clínica	
( ) ANGINA	( ) TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR	
( ) DOR TORÁCICA NÃO RELACIONADA AO IAM	( ) ALTA	
( ) OUTRAS CAUSAS	( ) ÓBITO	Médico Avaliador do Protocolo

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA - AMA

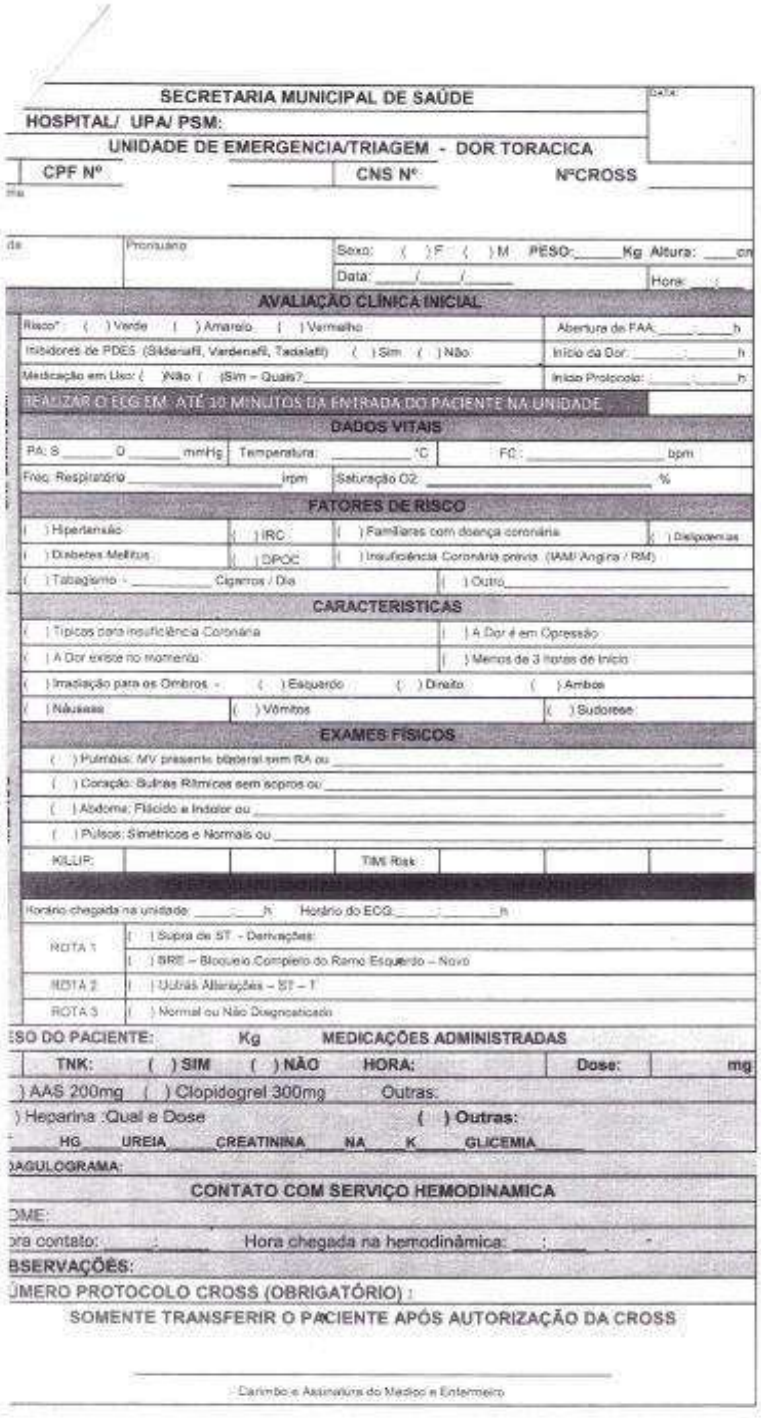
NOME COMPLETO:	
DATA DE NASCIMENTO: _____/_____/_____ PESO:	
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:	
DOR TORÁCICA ⟹ ELETROCARDIOGRAMA (VISTO PELO MÉDICO - META < 10 MIN)	
ENTRADA NA UNIDADE: DATA ___/___/_____ HORÁRIO: ____:____	
INÍCIO DOS SINTOMAS: DATA ___/___/_____ HORÁRIO: ____:____	ENFERMEIRO CLASSIFICADOR



( ) DOR TIPO A (Definitivamente Anginosa)	( ) DOR TIPO B (Provavelmente Anginosa)	( ) DOR TIPO C (Provavelmente Não Anginosa)	( ) DOR TIPO D (Definitivamente Não Anginosa)
Dor/Desconforto retroesternal ou precordial, geralmente precipitado pelo esforço físico, podendo ter irradiação para o ombro, mandíbula ou face interna do braço, com duração de minutos. A mesma pode ser aliviada com o repouso ou com uso de Nitrato em um período <10 minutos. Não são necessários exames complementares para a definição diagnóstica.	– As características da dor torácica fazem da insuficiência coronária a principal hipótese, porém, são necessários exames complementares para a definição diagnóstica.	– Dor torácica cujas características não fazem da insuficiência coronária a principal hipótese (dor torácica atípica), porém, são necessários exames complementares para excluí-la.	As características não incluem a Síndrome Coronariana Aguda como hipótese diagnóstica. Não apresenta nenhuma das características da dor típica anginosa.
Manter protocolo: ( ) SIM ( ) NÃO ASS/CARIMBO MÉDICO: _____			

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

Anexo 5 – Ficha Trombolítico



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL/ UPA/ PSM:

UNIDADE DE EMERGENCIA/TRIAGEM - DOR TORACICA

CPF Nº _____ CNS Nº _____ NºCROSS _____

de _____ Pronuario _____ Sexo: ( ) F ( ) M PESO:_____Kg Altura: ____cm

Data: ____/____/____ Hora: ____

AVALIAÇÃO CLÍNICA INICIAL

Risco* ( ) Verde ( ) Amarelo ( ) Vermelho | Abertura de FAA: ____:____h

Inibidores de PDE5 (Sildenafil, Vardenafil, Tadalafil) ( ) Sim ( ) Não | Início da Dor: ____:____h

Medicação em Uso: ( )Não ( )Sim – Quais?_____ | Início Protocolo: ____:____h

REALIZAR O ELG EM ATÉ 10 MINUTOS DA ENTRADA DO PACIENTE NA UNIDADE

DADOS VITAIS

PA: S _____ D _____ mmHg | Temperatura: _____ °C | FC: _____ bpm

Freq. Respiratória _____ irpm | Saturação O2: _____ %

FATORES DE RISCO

( ) Hipertensão | ( ) IRC | ( ) Familiares com doença coronária | ( ) Dislipidemias

( ) Diabetes Mellitus | ( ) DPOC | ( ) Insuficiência Coronária prévia (IAM/ Angina / RM)

( ) Tabagismo - _____ Cigarros / Dia | ( ) Outro_____

CARACTERISTICAS

( ) Típicos para insuficiência Coronária | ( ) A Dor é em Opressão

( ) A Dor existe no momento | ( ) Menos de 3 horas de início

( ) Irradiação para os Ombros - ( ) Esquerdo ( ) Direito ( ) Ambos

( ) Náuseas | ( ) Vômitos | ( ) Sudorese

EXAMES FISICOS

( ) Pulmões: MV presente bilateral sem RA ou _____

( ) Coração: Bulhas Rítmicas sem sopros ou _____

( ) Abdome: Flácido e Indolor ou _____

( ) Pulsos: Simétricos e Normais ou _____

KILLIP: | | | TIMI Risk | | | |

Horário chegada na unidade: ____:____h Horário do ECG: ____:____h

ROTA 1 ( ) Supra de ST - Derivações:

( ) BRE – Bloqueio Completo do Ramo Esquerdo – Novo

ROTA 2 ( ) Outras Alterações – ST – T

ROTA 3 ( ) Normal ou Não Diagnosticado

ESO DO PACIENTE: Kg MEDICAÇÕES ADMINISTRADAS

TNK: ( ) SIM ( ) NÃO HORA: Dose: mg

) AAS 200mg ( ) Clopidogrel 300mg Outras:

) Heparina :Qual e Dose ( ) Outras:

HG UREIA CREATININA NA K GLICEMIA

AGULOGRAMA:

CONTATO COM SERVIÇO HEMODINAMICA

OME:

ora contato: ____:____ Hora chegada na hemodinâmica: ____:____

BSERVAÇÕES:

ÚMERO PROTOCOLO CROSS (OBRIGATÓRIO) :

SOMENTE TRANSFERIR O PACIENTE APÓS AUTORIZAÇÃO DA CROSS

Carimbo e Assinatura do Medico e Enfermeiro

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROTOCOLO	PRT.SBCD.UE.004	VERSÃO:01
PROTOCOLO DE CONTRA REFERÊNCIA DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PARA UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	VALIDADE: 07/2027	Pag. 1 de 4

Elaborado por: Assessora Técnica - Renata Colamarche	Data: 07/2025	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 90E0F33E03D144F...
Verificado por: Assessor Técnico – Fabricio Lopes da Silva	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: 97794B2C355C4A3...
Verificado por: Coordenador Médico – José Pablo Rojas Soliz	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Jose Pablo 8CEB1E44058E481...
Verificado por: Coordenação da Qualidade – Sabrina Benetti	Data:07/2025	Visto: Assinado por: Sabrina Benetti 36842B6BE8BF4GE...
Aprovado por: Gerência Assistencial - Carla Carin Casaes	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Carla Carin Casaes FAEECD486FD6440...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
0	Não se aplica	Elaboração do protocolo

1- OBJETIVO

Com base na análise dos dados dos atendimentos realizados pelas unidades de urgência e emergência, provenientes do BI disponibilizado pela PR Sistemas, foi possível identificar que em sua maioria, envolveram usuários classificados em protocolo Manchester com as cores verde e azul, que nos remetem a casos sem critério de urgência e que podem ser atendidos ou encaminhados através da demanda de agenda avançada para as unidades básicas de saúde (UBS) para um acompanhamento e cuidado longitudinal.

Desta forma, temos como objetivo identificar os casos de usuários que buscam o serviço de urgência e emergência repetidamente, e após atendimento contra referenciá-los para sua unidade de referência para que possamos fornecer orientação adequada através de formulário padronizado de contra referência.

2 – ALCANCE

Unidades de urgência e emergência

3 – COMPETÊNCIA

Equipe médica.
Equipe de enfermagem.
Equipe Administrativa

DS

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE ENVOLVIDAS:

- AMA/UBS INTEGRADA JARDIM JOAMAR
- AMA/UBS INTEGRADA LAUZANE PAULISTA
- AMA/UBS INTEGRADA WAMBERTO DIAS DA COSTA
- UBS CONJUNTO IPESP
- UBS DONA MARIQUINHA SCIASCIA
- UBS DR JOSÉ DE TOLEDO PIZA
- UBS DR. DOMINGOS MAZZONETO DE CILO - VILA AURORA
- UBS DR. JOAQUIM ANTONIO EIRADO
- UBS FLOR DE MAIO
- UBS HORTO FLORESTAL
- UBS JAÇANÃ - DR SEBASTIÃO GABRIEL SAYAGO DE LAET
- UBS JARDIM APUANÃ
- UBS JARDIM DAS PEDRAS
- UBS JARDIM FONTALIS
- UBS JOVA RURAL
- UBS PARQUE EDU CHAVES
- UBS VILA ALBERTINA - DR. OSVALDO MARÇAL
- UBS VILA NIVI
- UBS VILA NOVA GALVÃO - SÔNIA REGINA CAMPANELLI

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

I. PROCEDIMENTO

No acolhimento:

Quando o enfermeiro realizar o acolhimento e classificação de risco do usuário, identificando sua baixa prioridade conforme protocolo Manchester, (cor verde ou azul de classificação) e até mesmo, busca pela unidade de saúde inapropriadamente com base na necessidade apresentada, este deverá questionar ao usuário qual a sua UBS de referência. Ao receber como resposta alguma das UBSs pertencentes a este contrato de gestão, o enfermeiro deverá proceder com o preenchimento do formulário de contra referência (anexo 01) em duas vias, deixando uma delas anexada à ficha de atendimento (FA).

A segunda via deste formulário de contra referência deverá ser entregue ao usuário com a orientação de que, em próximo dia útil este deverá ir até a sua UBS munido deste documento afim de prosseguir com a continuidade de sua assistência junto a equipe da atenção básica. Cabe ao enfermeiro salientar que este documento é suficiente para que seja realizado o acolhimento, avaliação e possíveis agendamentos necessários na unidade.

No consultório médico:

Durante o atendimento médico, em sistema de prontuário eletrônico do paciente (PEP), caso o médico identifique que este usuário possui quadro consistente com seguimento pela atenção básica ou ainda, que possui outros registros de atendimento regulares na unidade de saúde, conforme dados do PEP

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

este deverá questionar ao usuário qual a sua UBS de referência. Ao receber como resposta alguma das UBSs pertencentes a este contrato de gestão, o médico deverá proceder com o preenchimento do formulário de contra referência (anexo 01) em duas vias, deixando uma delas anexada à ficha de atendimento (FA).

A outra via deste formulário de contra referência deverá ser entregue ao usuário com a orientação de que, em próximo dia útil este deverá ir até a sua UBS munido deste documento afim de prosseguir com a continuidade de sua assistência junto a equipe da atenção básica. O médico deverá salientar que este documento é suficiente para que seja realizado o acolhimento, avaliação e possíveis agendamentos necessários na unidade.

Usuários provenientes de outras UBS que não as incluídas neste protocolo inicial podem ser referenciadas, através do preenchimento adequado do formulário de contra referência disponibilizado.

Setor administrativo:

Diariamente, durante os procedimentos de baixa das FAs do serviço, a equipe administrativa terá a incumbência de identificar as fichas de contra referência anexadas e separá-las. De posse destes documentos, estes profissionais deverão preencher a planilha online de contrarreferência (anexo 02) com os dados completos dos usuários referenciados, para que as unidades básicas estejam cientes de quais usuários estão sendo direcionados para acolhimento em demanda avançada em seus serviços.

Concomitantemente, em acesso online compartilhado, a gestão das unidades básicas de saúde deste contrato realizará o acompanhamento dos casos inseridos diariamente em planilha, viabilizando o agendamento de consulta médica conforme especialidade necessária. Além disso, após a data do agendamento, deverá registrar em planilha se houve ou não o comparecimento do usuário.

Gestão administrativa, coordenação médica e lideranças de enfermagem:

As lideranças da unidade deverão manter acompanhamento semanal do quantitativo de contra referências emitidas através de planilha online de registro destas informações. Nesta planilha serão inseridos o nome do usuário e seus dados pessoais, a data do atendimento no serviço de urgência e a unidade de destino.

Sugerimos que estes hiperutilizadores sejam também monitorados através da plataforma SIGA para verificar se voltaram a buscar atendimento nas unidades de urgência e emergência deste contrato ou até mesmo em serviços de outros territórios. Esta demanda pode ser também compartilhada com a equipe do serviço social.

10 – ANEXOS

ANEXO 01

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

FICHA DE ENCAMINHAMENTO E CONTRA-REFERÊNCIA

UPA JAÇANÃ

NOME COMPLETO:
DATA DE NASCIMENTO:
CARTÃO SUS:
UNIDADE DE DESTINO:
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

DATA DA SOLICITAÇÃO:	ASSINATURA:

IMPRIMIR EM 02 VIAS

ANEXO 02

CARTÃO SUS	NOME COMPLETO	DATA DE NASCIMENTO	DATA ATENDIMENTO AMA	ESPECIALIDADE	COR DE CLASSIFICAÇÃO	UBS DE REFERÊNCIA	DATA AGENDAMENTO UBS	COMPARECEU AO ATENDIMEN
12345678910	José Paulo da Silva	13/10/67	29/05/23	CLINICA MÉDICA	VERDE	UBS Wamberto Dias Costa	30/05/23	SIM

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	PRT.SBCD.UE.005	VERSÃO:01
PROTOCOLO DE CONTRA REFERÊNCIA DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PARA UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	VALIDADE: 07/2027	Pag. 1 de 4

Elaborado por: Assessora Técnica - Renata Colamarche	Data: 07/2025	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 90E0F55E05D144F...
Verificado por: Assessor Técnico – Fabricio Lopes da Silva	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: 97794B2C355C4A3...
Verificado por: Coordenador Médico – José Pablo Rojas Soliz	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Jose Pablo 8CFB1F44058F481...
Verificado por: Coordenação da Qualidade – Sabrina Benetti	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Sabrina Benetti 36842B6BE0BF4CE...
Aprovado por: Gerência Assistencial - Carla Carin Casaes	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Carla Carin Casaes FAEFCD486FD6449...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
0	Não se aplica	Emissão do documento

1- OBJETIVO

Com base na análise dos dados dos atendimentos realizados pelas unidades de urgência e emergência, provenientes do BI disponibilizado pela PR Sistemas, foi possível identificar que em sua maioria, envolveram usuários classificados em protocolo Manchester com as cores verde e azul, que nos remetem a casos sem critério de urgência e que podem ser atendidos ou encaminhados através da demanda de agenda avançada para as unidades básicas de saúde (UBS) para um acompanhamento e cuidado longitudinal.

Desta forma, temos como objetivo identificar os casos de usuários que buscam o serviço de urgência e emergência repetidamente, e após atendimento contra referenciá-los para sua unidade de referência para que possamos fornecer orientação adequada através de formulário padronizado de contra referência.

2 – ALCANCE

Unidades de urgência e emergência

3 – COMPETÊNCIA

Equipe médica.
Equipe de enfermagem.
Equipe Administrativa

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE ENVOLVIDAS:

- AMA/UBS INTEGRADA JARDIM JOAMAR
- AMA/UBS INTEGRADA LAUZANE PAULISTA
- AMA/UBS INTEGRADA WAMBERTO DIAS DA COSTA
- UBS CONJUNTO IPESP
- UBS DONA MARIQUINHA SCIASCIA
- UBS DR JOSÉ DE TOLEDO PIZA
- UBS DR. DOMINGOS MAZZONETO DE CILO - VILA AURORA
- UBS DR. JOAQUIM ANTONIO EIRADO
- UBS FLOR DE MAIO
- UBS HORTO FLORESTAL
- UBS JAÇANÃ - DR SEBASTIÃO GABRIEL SAYAGO DE LAET
- UBS JARDIM APUANÃ
- UBS JARDIM DAS PEDRAS
- UBS JARDIM FONTALIS
- UBS JOVA RURAL
- UBS PARQUE EDU CHAVES
- UBS VILA ALBERTINA - DR. OSVALDO MARÇAL
- UBS VILA NIVI
- UBS VILA NOVA GALVÃO - SÔNIA REGINA CAMPANELLI

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

I. PROCEDIMENTO

No acolhimento:

Quando o enfermeiro realizar o acolhimento e classificação de risco do usuário, identificando sua baixa prioridade conforme protocolo Manchester, (cor verde ou azul de classificação) e até mesmo, busca pela unidade de saúde inapropriadamente com base na necessidade apresentada, este deverá questionar ao usuário qual a sua UBS de referência. Ao receber como resposta alguma das UBSs pertencentes a este contrato de gestão, o enfermeiro deverá proceder com o preenchimento do formulário de contra referência (anexo 01) em duas vias, deixando uma delas anexada à ficha de atendimento (FA).

A segunda via deste formulário de contra referência deverá ser entregue ao usuário com a orientação de que, em próximo dia útil este deverá ir até a sua UBS munido deste documento afim de prosseguir com a continuidade de sua assistência junto a equipe da atenção básica. Cabe ao enfermeiro salientar que este documento é suficiente para que seja realizado o acolhimento, avaliação e possíveis agendamentos necessários na unidade.

No consultório médico:

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

Durante o atendimento médico, em sistema de prontuário eletrônico do paciente (PEP), caso o médico identifique que este usuário possui quadro consistente com seguimento pela atenção básica ou ainda, que possui outros registros de atendimento regulares na unidade de saúde, conforme dados do PEP este deverá questionar ao usuário qual a sua UBS de referência. Ao receber como resposta alguma das UBSs pertencentes a este contrato de gestão, o médico deverá proceder com o preenchimento do formulário de contra referência (anexo 01) em duas vias, deixando uma delas anexada à ficha de atendimento (FA).

A outra via deste formulário de contra referência deverá ser entregue ao usuário com a orientação de que, em próximo dia útil este deverá ir até a sua UBS munido deste documento afim de prosseguir com a continuidade de sua assistência junto a equipe da atenção básica. O médico deverá salientar que este documento é suficiente para que seja realizado o acolhimento, avaliação e possíveis agendamentos necessários na unidade.

Usuários provenientes de outras UBS que não as incluídas neste protocolo inicial podem ser referenciadas, através do preenchimento adequado do formulário de contra referência disponibilizado.

Setor administrativo:

Diariamente, durante os procedimentos de baixa das FAs do serviço, a equipe administrativa terá a incumbência de identificar as fichas de contra referência anexadas e separá-las. De posse destes documentos, estes profissionais deverão preencher a planilha online de contrarreferência (anexo 02) com os dados completos dos usuários referenciados, para que as unidades básicas estejam cientes de quais usuários estão sendo direcionados para acolhimento em demanda avançada em seus serviços.

Concomitantemente, em acesso online compartilhado, a gestão das unidades básicas de saúde deste contrato realizará o acompanhamento dos casos inseridos diariamente em planilha, viabilizando o agendamento de consulta médica conforme especialidade necessária. Além disso, após a data do agendamento, deverá registrar em planilha se houve ou não o comparecimento do usuário.

Gestão administrativa, coordenação médica e lideranças de enfermagem:

As lideranças da unidade deverão manter acompanhamento semanal do quantitativo de contra referências emitidas através de planilha online de registro destas informações. Nesta planilha serão inseridos o nome do usuário e seus dados pessoais, a data do atendimento no serviço de urgência e a unidade de destino.

Sugerimos que estes hiperutilizadores sejam também monitorados através da plataforma SIGA para verificar se voltaram a buscar atendimento nas unidades de urgência e emergência deste contrato ou até mesmo em serviços de outros territórios. Esta demanda pode ser também compartilhada com a equipe do serviço social.

10 – ANEXOS

ANEXO 01

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

FICHA DE ENCAMINHAMENTO E CONTRA-REFERÊNCIA

UPA JAÇANÃ

NOME COMPLETO:
DATA DE NASCIMENTO:
CARTÃO SUS:
UNIDADE DE DESTINO:

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

DATA DA SOLICITAÇÃO:	ASSINATURA:

IMPRIMIR EM 02 VIAS

ANEXO 02

CARTÃO SUS	NOME COMPLETO	DATA DE NASCIMENTO	DATA ATENDIMENTO AMA	ESPECIALIDADE	COR DE CLASSIFICAÇÃO	UBS DE REFERÊNCIA	DATA AGENDAMENTO UBS	COMPARECEU AO ATENDIMEN
12345678910	José Paulo da Silva	13/10/67	29/05/23	CLINICA MÉDICA	VERDE	UBS Wamberto Dias Costa	30/05/23	SIM

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	PRT.SBCD.UE.006	VERSÃO: 01
PROTOCOLO NOTIFICAÇÃO DE RESULTADOS CRÍTICOS	VALIDADE: 07/2027	Pag. 1 de 4

Elaborado por: Assessora Técnica – Renata Colamarche	Data: 07/2025	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche 90E0F55E05D144F...
Verificado por: Assessor Técnico – Fabricio Lopes da Silva	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: 97794B2C355C4A3...
Verificado por: Coordenação da Qualidade – Sabrina Benetti	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Sabrina Benetti 36842B6BE0BF4CE...
Aprovado por: Gerência Assistencial - Carla Carin Casaes	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Carla Carin Casaes FAEFCD486FD6449...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
0	Não se aplica	Emissão do documento

1- OBJETIVO

Garantir o recebimento dos valores críticos laboratoriais à equipe assistencial da unidade de urgência e emergência.

Estabelecer fluxo de comunicação segura para os profissionais da assistência envolvidos no processo de atendimento ao paciente.

2 – ALCANCE

Unidades de urgência e emergência

3 – COMPETÊNCIA

Profissional do laboratório;
Técnico de laboratório;
Enfermeiro;
Assistente administrativo;
Serviço Social;
Médico.

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

Notificação de valores críticos: É um processo pelo qual os profissionais de saúde são alertados a respeito de resultados laboratoriais potencialmente fatais, imediatamente após a realização do exame. Uma vez que são resultados que geram ações médicas imediatas, uma comunicação oportuna, precisa, completa e inequívoca desses valores críticos é essencial para garantir cuidados médicos adequados e prevenir os efeitos adversos causados por atrasos no tratamento.

O médico que será notificado desses valores críticos tem a responsabilidade de interpretar o resultado relacionando com a clínica do paciente e tomar a conduta necessária. Caso a pessoa notificada não esteja qualificada para tomar decisões clínicas, esta tem a obrigação de repassar a informação imediatamente a uma pessoa qualificada.

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

Ao ser identificado um resultado laboratorial crítico em exame coletado pela unidade de urgência e emergência:

Profissional do laboratório – Informar aos técnicos de laboratório locados na unidade o resultado crítico, garantindo a meta 01 de informação com três identificadores (nome completo, nome da mãe e data de nascimento).

Técnico de laboratório – Recebe informação do resultado crítico, registra em sistema, ou em livro ata destinado a este fim, em contingência, respeitando a meta 01 com três identificadores (nome completo do paciente, nome da mãe e data de nascimento), bem como nome completo e conselho de classe do profissional que está lhe passando o resultado crítico.

Enfermeiro da medicação / referência – Recebe informação de resultado crítico, utiliza a técnica ***READ BACK***, repetindo informes da meta 01, bem como o exame alterado. Registra esta alteração em prontuário eletrônico do paciente e informa ao médico que está conduzindo o caso.

Em caso de paciente ausente da unidade, o enfermeiro da medicação/referência deverá informar ao assistente administrativo locado no NIR, que procederá ligação por 03 (três) vezes nos números cadastrados em registro de prontuário e após contato orientar o paciente a retornar à unidade, informando o contato realizado ao enfermeiro para devido registro em prontuário eletrônico.

Assistente administrativo NIR - Recebe a informação da necessidade de contato com paciente pela enfermeira da medicação, orientando o retorno à unidade por alteração laboratorial, caso não obtenha sucesso no contato, após 03 tentativas, com intervalo mínimo de 15 minutos entre cada ligação, deverá comunicar ao enfermeiro da medicação que não houve sucesso, com os horários das tentativas de ligação, e comunicar ao serviço social para continuidade nas tentativas de contato com paciente para retorno à unidade.

Médico – Recebe informação proveniente da enfermeira da medicação, realizando a técnica ***READ BACK***, repetindo a informação citada e registrando em prontuário eletrônico a alteração e conduta frente à situação.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

6 – RESULTADO ESPERADO

Garantir que os resultados anormais que podem indicar risco imediato para a vida do paciente sejam comunicados de forma rápida e eficaz aos profissionais de saúde responsáveis, permitindo intervenções médicas adequadas.

7 – AÇÕES CORRETIVAS

N/A

8 – RISCOS DO PROCESSO

Ausência de contato adequado com o enfermeiro da medicação, sendo a contingência o enfermeiro da Observação Adulto.
Ausência do médico condutor do caso na unidade, sendo a contingência para o médico referência do plantão.
Ausência da notificação do laboratório à unidade.

9 – INDICADORES

Taxa de resultados críticos informados: $\frac{\text{Total de resultados críticos}}{\text{Total de resultados críticos comunicados}}$

Taxa de efetividade de contato: $\frac{\text{Total de resultados críticos com pacientes ausentes}}{\text{Total de pacientes contatados com sucesso}}$

10 – ANEXOS

1. LIVRO DE REGISTRO DE RESULTADOS CRÍTICOS

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 45357927-18BC-4E06-861C-F6B79F6C19E3

CIDADE DE SÃO PAULO SAÚDE — SUS

COMUNICAÇÃO DE RESULTADOS CRÍTICOS

DATA: _____/_____/_____

NOME COMPLETO	DATA DE NASCIMENTO: ___/___/____
NOME DA MÃE	
RESULTADO CRÍTICO:	
NOME DO INFORMANTE:	REGISTRO CONSELHO DE CLASSE:

RESULTADO RECEBIDO POR: CARIMBO E ASSINATURA

DATA: _____/_____/_____

NOME COMPLETO	DATA DE NASCIMENTO: ___/___/____
NOME DA MÃE	
RESULTADO CRÍTICO:	
NOME DO INFORMANTE:	REGISTRO CONSELHO DE CLASSE:

RESULTADO RECEBIDO POR: CARIMBO E ASSINATURA

11 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. The Journal of the Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine, vol 14 no.1 (eJIFCC vol14 no.1).
2. Wallach Jacques, M. D. Interpretação de Exames Laboratoriais -7ª Edição – 2003.
3. Kost GJ. Table of critical limits. MLO: Medical Laboratory Observer; vol.43. 2011. Oplustil, C P, et al.
4. Procedimentos básicos em microbiologia clínica. São Paulo: Sarvier, 3°ed. 2010.
5. Comunicación de valores críticos: resultados de uma encuesta realizada por La comision de La calidad extraanalítica de La Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patologia Molecular. Ver Lab Clin. 2010. GONG, Yanping; ADELI, Khosrow.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

PROTOCOLO CLINICO GERENCIADO	**PRT.UNS.ASS.003**	**VERSÃO: 01**
PROTOCOLO DE AVC	**VALIDADE: 02/2027**	**Página 1 de 9**

Elaborado: Dante Hideo Uemura – Coordenador Médico Assistencial	Data: 02/2025	Visto: DocuSigned by: Dante Hideo Uemura EDF7689CB02E46A...
Revisado: Letícia Nascimento – Enfermeira da Qualidade	Data: 02/2025	Visto: Assinado por: Letícia do Nascimento Oliveira D60B8F2887C4440...
Verificado: Carla Carin Casaes – Gerente Assistencial	Data: 02/2025	Visto: Assinado por: Carla Carin Casaes FAEFCD486FD6449...
Aprovado: Tassiana Pita - Superintendência de Urgência e Emergência	Data: 02/2025	Visto: Assinado por: Tassiana Sacchi Pitta Diaz CEC19F2097164F7...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
0	Não se aplica	Elaboração inicial do documento.

1- OBJETIVO

Implantação de um programa institucional multiprofissional e interdisciplinar para a avaliação e tratamento dos pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI) visando promover atendimento ágil, com segurança e eficácia, baseado nas melhores evidências disponíveis na literatura médica periodicamente atualizada.

Os objetivos específicos deste protocolo incluem:

- A rápida identificação dos sinais de alerta para um AVC;
- O pronto desencadeamento do processo de investigação diagnóstica;
- O rápido início das medidas terapêuticas de fase aguda (gerais e específicas).

2 – ALCANCE

Este documento destina-se a todas as equipes assistenciais atuantes na UPA Nossa Senhora Aparecida;

3 – RESPONSABILIDADE

- Médicos;
- Enfermeiros;
- Técnicos de enfermagem.

4– TERMOS E DEFINIÇÕES

O acidente vascular cerebral (AVC) e uma das maiores causas de morte e incapacidade funcional no mundo. Em algumas regiões do Brasil ainda comfigura como a principal causa de morte. Caracteriza-se por um déficit neurológico, geralmente focal, de instalação súbita e rápida evolução, decorrente do dano localizado em alguma região cerebral, o qual pode ser de natureza isquêmica (AVCI) ou hemorrágica (AVCH). No caso do AVCI, o dano é causado pela redução da oferta tissular de oxigênio e do suprimento energético decorrentes do comprometimento do fluxo sanguíneo (isquemia) para aquela respectiva região. O AVCI pode ser classificado com base no mecanismo determinante do fenômeno isquêmico. Os mecanismos mais comuns de AVCI são a oclusão de grandes vasos, a embolia de origem cardíaca e a oclusão de pequenas artérias. Caso o fenômeno isquêmico cerebral seja de menor duração, com reversão completa dos

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

sintomas e duração menor que uma hora, é denominado de ataque isquêmico transitório (AIT). As melhores evidências clínicas disponíveis no momento demonstram que o atendimento adequado, rápido, bem estruturado aos pacientes com AVCI reduz a mortalidade e a morbidade dos mesmos.

As presentes diretrizes clínico-assistenciais se prestam a auxiliar os serviços no manejo do paciente com Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquêmico agudo e servir como referência de conduta clínica e são baseadas nas diretrizes publicadas pelo Ministério da Saúde, nas diretrizes da Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares, nas diretrizes da American Stroke Association e nas diretrizes da European Stroke Organization Como toda linha, trata se de referências de conduta que devem, em todas as circunstâncias, ser avaliadas no contexto clínico individualizado de cada paciente.

Os pacientes com AVC devem ser triados com a mesma prioridade que são os pacientes com infarto agudo do miocárdio (IAM), sepse ou politraumatismo. Como a janela terapêutica e estreita, independentemente de se fazer trombólise, deve haver objetividade nas avaliações e exames iniciais.

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

A identificação do paciente com suspeita de acidente vascular cerebral (AVC) será inicialmente realizada no acolhimento com classificação de risco (ACCR), realizado pelo enfermeiro, que na identificação de caso condizente deverá seguir o fluxo de direcionamento para atendimento imediato deste usuário.

A aplicação das medidas contidas neste protocolo se inicia a partir da identificação de um paciente com sinais de alerta para a suspeita de AVC. Estes incluem quaisquer déficits neurológicos de início súbito, especialmente os localizados.

A lista abaixo contém alguns destes déficits, e entre os principais destacamos:

- Dificuldade repentina para falar ou compreender;
- Fraqueza muscular súbita ou alteração sensitiva súbita unilaterais;
- Perda visual súbita, especialmente se unilateral;
- Perda súbita do equilíbrio ou incoordenação motora repentina.

O protocolo de Manchester de Classificação de Risco pode auxiliar na suspeita de AVC, especialmente na presença de um dos seguintes itens:

- Alteração de comportamento (Discriminador: Déficit neurológico agudo ou déficit neurológico novo);
- Mal-estar em adultos (Discriminador: Déficit neurológico agudo ou déficit neurológico novo);

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

- Quedas (Discriminador: Déficit neurológico agudo, déficit neurológico novo ou alteração do nível de consciência).

Ao ser classificado como paciente com ALTA PROBABILIDADE DE AVC a classificação de prioridade no atendimento pelo protocolo de classificação de risco utilizado sempre deve ser VERMELHA. O paciente deve ser imediatamente acomodado na sala de emergência no prazo máximo de 10 minutos a contar do momento de sua identificação. Seguem abaixo as ações de enfermagem a serem prontamente realizadas:

- Direcionar de imediato o paciente para o setor de emergência;
- Realizar glicemia capilar;
- Acionar CÓDIGO AVC** (alta probabilidade de AVC com evolução dos sintomas <24hs*);
- Realizar monitoramento cardiovascular não invasivo;
- Realizar controles, cuidados gerais (CCG) e sinais vitais (P, PA, T, FR);
- Manter decúbito a 0º e caso haja vômitos elevar a 30º;
- Manter jejum VO;
- Instalar oxigênio 2L/min se SatO2 <92 - 94%;
- Puncionar 02 acessos venosos calibrosos, evitando o membro afetado;
- MSD Calibre 18 (manter salinizado) e MSE Calibre 20 ou 18, com Soro Fisiológico 500ml para manter o acesso.

*: Para pacientes que acordam com o déficit (*wake up stroke*), deve-se considerar como horário do início dos sintomas, o último momento em que o paciente esteve assintomático antes de dormir.
**:O CÓDIGO AVC envolve a comunicação simultânea e integrada de diversos profissionais e setores da unidade, envolvidos no atendimento inicial dos pacientes com suspeita de AVC agudo, incluindo equipes médicas responsáveis pelo primeiro atendimento, enfermagem, laboratório de análises clínicas e núcleo interno de regulação.

OBSERVAÇÕES

Em paciente com menos de 4,5 horas de evento, o tempo torna-se crucial para resolução do caso, logo, ao identificar pacientes com déficit neurológico agudo abaixo do tempo citado, o enfermeiro deve-se encaminhar o

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

paciente imediatamente a emergência, em cadeira de rodas ou maca, sendo classificado como vermelho ou laranja, o médico emergencista deve fazer avaliação inicial, descrevendo o NIHSS do paciente, antes da própria confecção do prontuário deve ser inserido no sistema SIRESP, sendo o médico o informante à equipe de enfermagem e NIR sobre a necessidade de transferência imediata para o hospital referência Este mesmo médico deve fazer contato ao hospital referência para comunicação do paciente com possibilidade de trombólise e realizar o transporte do paciente em ambulância tripulada com médico, quando houver a cessão da vaga através da plataforma SIRESP e, por fim, passagem de caso no hospital referência.

Em paralelo, o auxiliar administrativo do NIR, solicita uma ambulância para a equipe de regulação que se encontra no mesmo prédio, para realizar a transferência com maior brevidade possível.

Em pacientes com tempo de evolução dos sintomas acima de 4,5 horas, instalar apenas um acesso venoso (no membro superior não parético) para fins de hidratação, realizar a internação solicitando leito e tomografia no sistema SIRESP, introduzir apenas estatina padronizada na UPA e seguir com os cuidados gerais, idealmente mantendo paciente em jejum.

Dados importantes que a história deve conter (a serem obtidos concomitantemente às medidas iniciais de atendimento):

a. Horário preciso do início dos sintomas (ou último horário em que foi visto normal);
b. Tipo dos sintomas;
c. Condição do paciente;
d. Evolução dos sintomas.

Antecedentes pessoais que devem ser ativamente investigados:

a. Medicações em uso: anticoagulantes, antiagregantes plaquetários, anticoncepcional, vasoconstritores e hipoglicemiantes;
b. Hábitos: tabagismo, etilismo e uso de drogas;
c. Eventos recentes: AIT, AVC, IAM, trauma, cirurgias, sangramentos, crise convulsiva, gravidez e puerpério;
d. Comorbidades: hipertensão arterial, diabetes mellitus, arritmias cardíacas, miocardiopatias, dislipidemia, insuficiência renal e trombofilias.

O exame neurológico inicial deve ser realizado pelo médico plantonista da emergência, utilizando a Escala de

DS DHU
Rubrica LDNO
Rubrica CCC
Rubrica TSPD

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

AVC do NIH (NIHSS) e a escala de coma de Glasgow.

Déficits não contemplados por estas escalas devem ser anotados no prontuário, como alteração pupilar, disfagia, nistagmo, déficits de pares cranianos, outras alterações cognitivas e comportamentais, sinais de rigidez de nuca, e outros.

Devem ser solicitados também os exames laboratoriais protocolares (hemograma completo, plaquetas, tempo de protrombina, tempo de tromboplastina parcial ativado, sódio potássio, ureia e creatinina). A glicemia capilar é o único resultado laboratorial obrigatório nos pacientes em CÓDIGO AVC, a obrigatoriedade do resultado de outros exames laboratoriais antes do tratamento trombolítico intravenoso deve ser considerada apenas em casos selecionados.

MEDIDAS TERAPÊUTICAS GERAIS

As medidas terapêuticas gerais visam favorecer a viabilidade do tecido cerebral, através da adequação e estabilização de certos parâmetros fisiológicos. Alguns desses parâmetros podem sofrer variação, particularmente na fase aguda do AVC requerendo, por essa razão, monitoramento.

Embora as medidas terapêuticas gerais tenham forte grau de recomendação e sejam intuitivamente benéficas, na sua maioria apresentam baixo nível de evidência. Posterior adequação das medidas terapêuticas gerais pode ser necessária a partir da definição diagnóstica e terapêutica específica após o resultado do exame protocolar de neuroimagem. Um exemplo disso inclui o controle da pressão arterial, o qual pode ter diferente recomendação nos casos de AVCI com indicação de tratamento trombolítico intravenoso quando comparados com aqueles sem essa indicação.

Medidas objetivando redução de danos devem ser implementadas, tais como:

- Realizar MONITORAMENTO MULTIPARAMÉTRICO (PA, FC, FR, Saturação e etc.) contínuo pelo menos durante as primeiras 24 horas de evolução do AVCI;
- Manter o paciente em DECÚBITO 0º GRAUS e ELEVADA A 30º GRAUS em caso de náuseas e vômitos (decisão individual quanto ao melhor decúbito deve ser analisada posteriormente);
- Manter a SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO >92 - 94% da maneira menos invasiva possível (cateter nasal, máscara);
- Observar cuidados de PROTEÇÃO DE VIAS AÉREAS. Em pacientes com rebaixamento do nível de consciência ou disfunção bulbar que traga risco de broncoaspiração considerar intubação orotraqueal

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

(IOT);

- Manter a TEMPERATURA CORPÓREA <37,5°C com medicamentos antipiréticos, como a dipirona ou o paracetamol e, nos casos refratários, cobertores térmicos;
- [Manter o paciente em JEJUM ate] que o diagnóstico seja definido e a situação neurológica estabilizada. A alimentação oral deverá ser liberada após uma AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE DEGLUTIÇÃO (screening de disfagia);
- Realizar MONITORAMENTO FREQUENTE DA GLICEMIA CAPILAR, inicialmente de hora em hora, mantendo-o entre 140-180 mg/dl, EVITANDO HIPERGLICEMIA E HI-POGLICEMIA. Não está definida qual a melhor via e forma de administração, se subcutânea ou intravenosa, mas a via subcutânea é geralmente eficiente, mais simples e com menor risco de hipoglicemia; tratar hipoglicemia (glicemia <60 mg / dL) através da infusão intravenosa de 40 ml de solução glicosada a 50%;
- CORRIGIR HIPOTENSÃO E HIPOVOLEMIA para manter os níveis sistêmicos de perfusão necessários para suportar a função orgânica, CORRIGIR HIPOTENSÃO E HI-POVOLEMIA para manter os níveis sistêmicos de perfusão necessários para suportar a função orgânica, Monitorização Pressão arterial: medição a cada 15 min por 1 hora, a cada 30 min por mais 6 horas e a cada 1 hora por 24 horas;
- NIHSS: a cada 30 min nas primeiras 6 horas, e depois a cada 1 hora até completar 24 horas. Aumento de 4 pontos pode indicar sangramento.

6 – RESULTADOS ESPERADOS

- Avaliação médica em até 10 minutos;
- Inserção da solicitação de vaga no sistema SIRESP em até 30 minutos da classificação inicial;
- Transferência em até 01 hora após vaga cedida.

7- AÇÕES CORRETIVAS

Educação continuada capacitando todas as equipes envolvidas neste protocolo de atendimento.

Uma vez aventado a hipótese de AVC, está só será descartada após tomografia computadorizada (TC) de crânio, bem como a alta do paciente.

8 – RISCOS DO PROCESSO

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

- Falha na identificação dos casos suspeito na classificação de risco;
- Falha na identificação dos casos pela equipe médica;
- Não inserção do caso na plataforma de regulação de vagas (SIRESP);
- Ausência de ambulância a disposição para transferência;
- Insucesso no contato telefônico ao hospital referência.

9 – INDICADORES

Tempos máximos recomendados no código AVC:

- Porta (senha) à avaliação médica inicial – 10 minutos - 80% dos casos atendidos em até 10 minutos;
- 100% dos casos inseridos no sistema SIRESP em até 30 minutos;
- 100% dos casos transferidos em até 01 hora.

10 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. POWERS, W. J. et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke. *Stroke*, v. 50, p. e344–418, 2019.
2. SAÚDE, O. M. de. *The Atlas of Heart Disease and Stroke*. 2019. Disponível em: <www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/>. Acesso em: 13 fev. 2025.
3. NAGHAVI, M. et al. Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*, v. 390, n. 10100, p. 1151–1210, 16 set. 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32152-9. Acesso em: 13 fev. 2025.
4. ESTRATÉGIA M. da SS de A à SD de AP. *Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral*. Brasília, 2013.
5. MARTÍ-CARVAJAL, A. J. et al. Citicoline for treating people with acute ischemic stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 8, p. CD013066, ago. 2020.
6. CASSELLA, C. R.; JAGODA, A. Ischemic stroke: advances in diagnosis and management. *Emergency Medicine Clinics of North America*, v. 35, n. 4, p. 911–930, nov. 2017.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 664, DE 12 DE ABRIL DE 2012. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

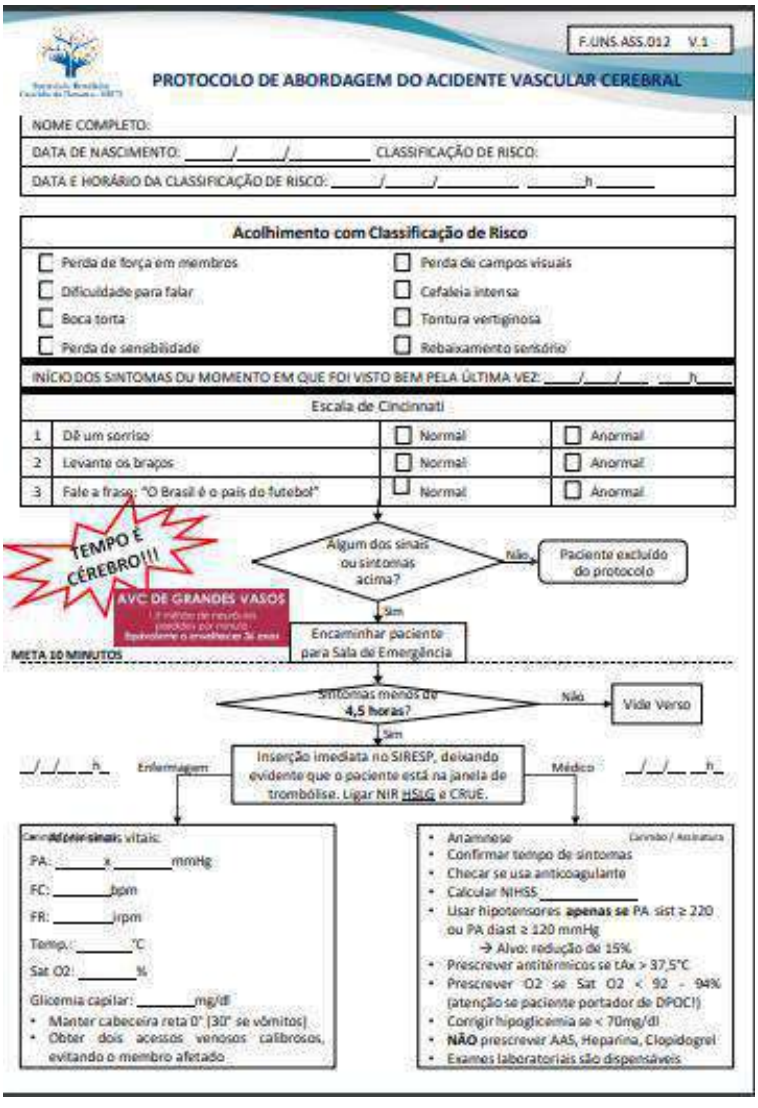
Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

Terapêuticas - Trombólise no Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo. *Diário Oficial da União*, Brasília, 12 abr. 2012.

8. BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº. 665, DE 12 DE ABRIL DE 2012. Dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC. *Diário Oficial da União*, Brasília, 12 abr. 2012.

11 - ANEXOS

- Anexo 1 – Formulário do protocolo de AVC, **F.UNS.ASS.012**



F.UNS.ASS.012 V.1

PROTOCOLO DE ABORDAGEM DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

NOME COMPLETO:

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

DATA E HORÁRIO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: ____/____/____ ____h____

Acolhimento com Classificação de Risco

- ☐ Perda de força em membros
- ☐ Dificuldade para falar
- ☐ Boca torta
- ☐ Perda de sensibilidade
- ☐ Perda de campos visuais
- ☐ Cefaleia intensa
- ☐ Tontura vertiginosa
- ☐ Rebaixamento sensório

INÍCIO DOS SINTOMAS OU MOMENTO EM QUE FOI VISTO BEM PELA ÚLTIMA VEZ: ____/____/____ ____h____

Escala de Cincinnati

1	Dê um sorriso	☐ Normal	☐ Anormal
2	Levante os braços	☐ Normal	☐ Anormal
3	Fale a frase: "O Brasil é o país do futebol"	☐ Normal	☐ Anormal

TEMPO É CÉREBRO!!!

AVC DE GRANDES VASOS

Algum dos sinais ou sintomas acima? — Não → Paciente excluído do protocolo

Sim → Encaminhar paciente para Sala de Emergência

META 10 MINUTOS

Sintomas menos de 4,5 horas? — Não → Vide Verso

Sim → Inserção imediata no SIRESP, deixando evidente que o paciente está na janela de trombólise. Ligar NIR HSLG e CRUE.

__/__/__ __h__ Enfermagem

- Aferir sinais vitais:
- PA: _____x_____mmHg
- FC: _____bpm
- FR: _____irpm
- Temp.: _____°C
- Sat O2: _____%
- Glicemia capilar: _____mg/dl
- Manter cabeceira reta 0° (30° se vômitos)
- Obter dois acessos venosos calibrosos, evitando o membro afetado

Médico __/__/__ __h__

- Anamnese — Carimbo / Assinatura
- Confirmar tempo de sintomas
- Checar se usa anticoagulante
- Calcular NIHSS_____
- Usar hipotensores **apenas se** PA sist ≥ 220 ou PA diast ≥ 120 mmHg → Alvo: redução de 15%
- Prescrever antitérmicos se tAx > 37,5°C
- Prescrever O2 se Sat O2 < 92 - 94% (atenção se paciente portador de DPOC!)
- Corrigir hipoglicemia se < 70mg/dl
- **NÃO** prescrever AAS, Heparina, Clopidogrel
- Exames laboratoriais são dispensáveis

DS DHU

Rubrica UDNO

Rubrica CCC

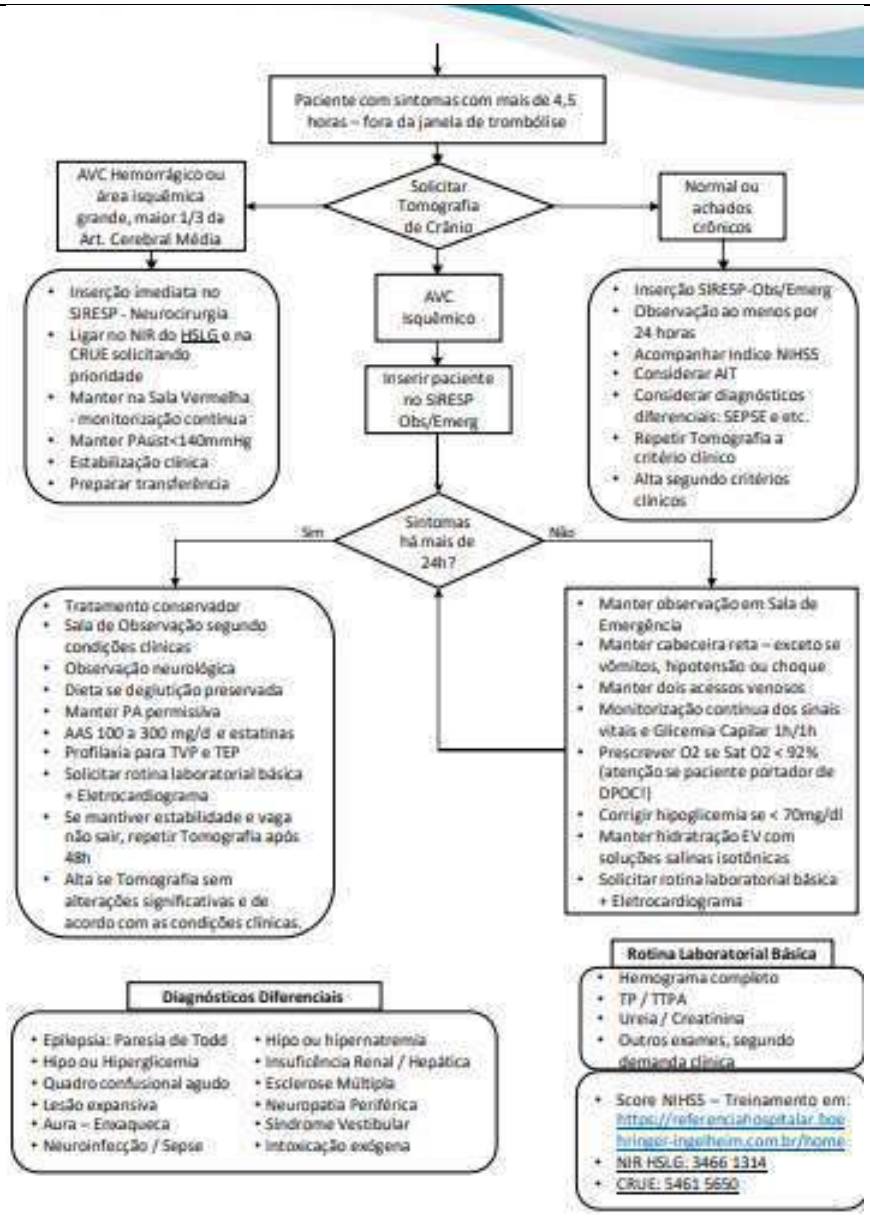
Rubrica TSPD

CÓPIA CONTROLADA

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS UAPH

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E



CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**PRT.UNS.NGQ.001**	**VERSÃO:** 01
PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	**VALIDADE: 12/2026**	**Pag. 1 de 8**

Elaborado: Letícia Nascimento – Enfermeira da Qualidade	Data: 12/2024	Visto: Assinado por: Letícia do Nascimento Oliveira
Verificado: Arluci Viesque Trovatti Ayres – Supervisora de Enfermagem	Data: 12/2024	Visto: Assinado por: Arluci Viesque Trovatti Ayres
Verificado: Renata Colamarche - Assessor urgência/ emergência	Data: 12/2024	Visto: DocuSigned by: Renata Colamarche
Aprovado: Natalia Stevanato Silva – Gerente Administrativa	Data: 12/2024	Visto: DocuSigned by: Natalia Stevanato Silva

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
0	Não se aplica	Emissão inicial.

1- OBJETIVO

Assegurar que o processo de identificação do paciente seja corretamente realizado de forma que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina, prevenindo a ocorrência de erros e enganos que possam lesar o paciente e atendendo ao preconizado pela Meta 1 de Segurança do Paciente. Será realizado através da conferência de dois identificadores (nome completo e data de nascimento) antes de qualquer procedimento assistencial ou administrativo.

2 – ALCANCE

Unidade de Pronto Atendimento

3 – COMPETÊNCIA

Equipe administrativa;
Equipe assistencial;

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

POP: Procedimento operacional padrão
SBCD: Sociedade Brasileira Caminho de Damasco
DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO: Documento com os dados pessoais do paciente: fotografia, nome completo, data e local de nascimento, nacionalidade, filiação, número do documento que deverá ser emitido por um órgão oficial, como: Identidade, Carteira Nacional de Habilitação, Passaporte, Carteira de Trabalho ou Carteira dos Conselhos Regionais. Acrescentamos ainda Certidão de Nascimento no caso dos Recém-nascidos.
HOMÔNIMOS: Que ou quem tem o mesmo nome que outrem.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

5 DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

5.1. Introdução:

Este protocolo faz parte do programa de segurança institucional do paciente e política institucional de segurança do paciente

Tem o objetivo de viabilizar a aplicação da meta internacional de segurança – Meta1 – Identificação segura, em todas as fases do processo de cuidado.

A identificação correta do paciente é o processo pelo qual se assegura ao paciente determinado tipo de procedimento ou tratamento a ele direcionado, prevenindo a ocorrência de erros e enganos que o possam lesar. Além de ser um dos requisitos de Boas Práticas para o Funcionamento de serviços de Saúde preconizada pela RDC N°63, de 25 de novembro de 2011, (Seção II, Art. 8° - O serviço de saúde deve estabelecer estratégias e ações voltadas para a Segurança do Paciente, tais como: I Mecanismos de Identificação do paciente). Possibilitando assim maior eficiência e agilidade de procedimentos e informações.

5.2. Objetivos:

- ✓ Definir as diretrizes a serem aplicadas pela unidade com objetivo de controlar os riscos de falhas durante o processo assistencial;
- ✓ Divulgar junto as equipes a cultura de segurança relacionado ao risco de eventos por falha na identificação de pacientes;
- ✓ Incluir as barreiras e práticas de controle durante todas atividades para minimizar a ocorrência de eventos;
- ✓ Educar paciente e acompanhante referente a importância de sua participação no cuidado e garantia de uma assistência livre de danos;

5.3. Etapas de execução do protocolo:

A identificação do paciente na UPA segue o seguinte fluxo:

Ao adentrar a unidade e passar pela recepção o usuário recebe uma etiqueta de identificação contendo os dois marcadores definidos, nome completo e data de nascimento. Se o paciente necessitar de observação em leito de emergência e for encaminhado para o setor da observação, é retirado a etiqueta e identificado com a pulseira branca com etiqueta adesivada, contendo também os dois marcadores, e inserido à beira leito uma placa de identificação, contendo: nome, data de nascimento, idade, alergia, jejum, riscos, e identificação de precauções necessárias. Caso o paciente seja transferido para outra unidade, ele é encaminhado com a pulseira de identificação, que contém seu nome completo e data de nascimento.

- Pacientes admitidos em leito de observação e de emergência: Identificados com uso de pulseira branca adesivada com etiqueta contendo os identificadores, nome completo e data de nascimento. Setores aplicáveis: Retaguarda, Emergência, Observação.

Rubrica LDNO

Rubrica AVTA

DS RC

DS MSS

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS LAPH

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

- Pacientes de Atendimento Porta: Identificados com uma etiqueta com os identificadores na altura do peito, sendo obrigatória para a circulação deste nas dependências da UPA.

- Demais Circulantes: Todos os usuários que circulem nas dependências da unidade deverão estar identificados com uma etiqueta na altura do peito, bem como os acompanhantes e visitantes. Os acompanhantes recebem uma etiqueta com a identificação de "ACOMPANHANTE" e seu nome completo. Já os visitantes recebem uma etiqueta com a identificação de "VISITANTES". E os colaboradores e terceiros deverão estar portando crachá de identificação de uso pessoal.

O protocolo de identificação do paciente inclui as seguintes etapas:

5.3.1 Identificar os pacientes

Devido ao alto fluxo de movimentação de usuários na Unidade de Pronto Atendimento, a identificação do paciente deve ser sempre observada no momento exato do atendimento garantindo aplicação das barreiras e práticas estabelecidas institucionalmente e na unidade através do mapeamento de riscos.

5.3.1 Definição institucional

A metodologia de identificação deve ser padrão com o uso sempre de 02 marcadores: NOME COMPLETO E DATA DE NASCIMENTO, em todos os impressos ou locais que requerem a identificação, como frascos de amostras para exames, por exemplo.

5.3.1 Educar o paciente/acompanhante

Para envolver o paciente/acompanhante no processo de identificação correta, é necessário que sejam explicados os propósitos dos 02 identificadores da pulseira e que a conferência da identificação seja obrigatória antes do cuidado.

5.3.1 Transferências de pacientes

Quando for realizada transferência para outro serviço de saúde, um identificador adicional do paciente pode ser adicionado, como o nome da mãe, para refinar a exatidão da identificação, devido a não transferência do número do prontuário entre os serviços de saúde. O mesmo deve ocorrer quando a transferência for entre o serviço de ambulância e um serviço de saúde. Este terceiro marcador deve constar nos documentos de transferência.

5.3.1 Transferências de pacientes

As identificações deverão seguir um padrão de local de inserção, sejam as pulseiras ou etiquetas na altura do peito, da seguinte forma:

Etiqueta de Identificação: Deverá ser adesivada na altura do peito do lado esquerdo, caso o lado esquerdo

Rubrica LDNO

Rubrica AVTA

DS RC

DS MSS

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS LAPH

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

esteja impossibilitado adesivar no direito. Quando as vestimentas dificultam a permanência do adesivo, a etiqueta deverá ser reposicionada onde seja possível fixar desde que a etiqueta se mantenha a altura do peito.

Pulseira de Identificação: Deverá ser instalada no pulso do paciente de forma a não garrotear, porém não permitindo a saída acidental da pulseira.

Devemos priorizar a seguinte localização para pulseira:

- 1° opção no membro superior direito (MSD);
- 2ª opção membro superior esquerdo (MSE);
- 3ª opção membro inferior direito (MID) e por fim;
- 4ª opção membro inferior esquerdo (MIE).

Atendimento de paciente inconsciente e/ou sem documento de identificação:

Ao paciente inconsciente, desorganizado ou com quadro de confusão mental, fazer constar na pulseira as seguintes informações: "DESCONHECIDO" seguido de sinais físicos permanentes da pessoa exemplo: "homem negro com cabelos pretos". Todos os pacientes admitidos sem identificação deverão ser notificados ao serviço social para início das tratativas de identificação adequada.

5.3.1. Outras Identificações

Para os pacientes admitidos em leito na observação ou emergência, deverão ser identificados além da pulseira de identificação, com a identificação beira-leito com preenchimento dos riscos assistenciais emitido pelo sistema de prontuário eletrônico do serviço.

5.3.2. Ocorrência de Homônimos

Diante da ocorrência de homônimos, que se caracteriza por 02 pessoas com exatamente o mesmo nome (Exemplo: Paciente 01: José da Silva e Paciente 02: José da Silva), há o risco aumentado de falha na identificação, portanto, quando ocorrer, **serão seguidas as seguintes orientações:**

- Os pacientes com nome homônimo ou nomes muito semelhantes deverão ficar o mais distante possível um do outro dentro da unidade.
- Não deverá ser destinado o mesmo profissional para realizar a prestação de cuidados de ambos pacientes.
- Deverá ser utilizada a checagem dos 3 identificadores (nome completo, data de nascimento e nome da mãe).

5.3.3. Checagem dos Identificadores

Todos os colaboradores ao prestar qualquer assistência ao paciente ou durante a realização de quaisquer procedimentos, e/ou prestação de assistência à saúde deverão realizar checagem dos identificadores previamente ao início do cuidado. Para tal checagem deverá ser solicitado ao paciente a verbalização dos identificadores.

Rubrica LDNO

Rubrica AVTA

DS RC

DS MSS

CÓPIA CONTROLADA

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS LAPH

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

Visando as boas práticas de identificação**, deverão ser seguidos os seguintes preceitos:**

- Não induzir o paciente a confirmação dos dados "Exemplo: o Sr. **É** José da Silva", deverá ser realizada a confirmação dos dados solicitando que o paciente os verbalize.
- Nos atendimentos pontuais, realizar a conferência do documento oficial com foto de forma a garantir uma 2ª barreira na checagem da veracidade dos dados.
- Em casos de pacientes impedidos de verbalizar os identificadores, por motivos de: Sedação profunda, surto psicótico, desorientação em tempo e espaço, dentre outros, caso o paciente esteja com um acompanhante, deverá ser realizada a checagem junto ao acompanhante e na ausência do acompanhante, deverá ser realizado com 2 profissionais simultaneamente.

5.3.4. Confirmar a identificação do paciente antes do cuidado

Como prática em todos os setores deve ser sempre questionado ao paciente para que sempre, ele ou o responsável, em caso de crianças ou pessoas portadoras de necessidades especiais, diga o nome completo e data de nascimento, para que os profissionais confiram essa informação com seus registros, formulários ou prontuário antes de procedimentos como:

- ✓ Abertura de ficha ou registro de comparecimento na recepção;
- ✓ Administração de imunobiológicos/vacina;
- ✓ Administração de medicamentos;
- ✓ Encaminhamento e realização de exame de Imagem;
- ✓ Entrega de medicamentos;
- ✓ Coleta de material para exames;
- ✓ Transferência do paciente para outra unidade;
- ✓ Consultas

PONTOS DE ATENÇÃO:

❖ Mesmo que o profissional de saúde conheça o paciente, deverá verificar os detalhes de sua identificação para garantir que o paciente correto receba o cuidado correto.

❖ **NUNCA** pergunte ao paciente "você é o Sr. Silva?" porque o paciente pode não compreender e concordar por engano.

❖ Em caso de falha no painel de chamada, deverá ser sempre chamado o paciente pelo nome **COMPLETO**.

Registrar corretamente o nome completo do paciente e a data de nascimento

Deverá constar de forma completa ambos identificadores, em todos os documentos em uso relacionados ao

Rubrica LDNO

Rubrica AVTA

DS RC

DS MSS

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS LAPH

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

paciente, como formulários, e outros documentos como envelopes de prontuários, solicitação de exames, encaminhamentos, relatórios, agendas, prescrição médica, etc.
É proibido abreviar nomes.

PRATICAS APLICÁVEIS DURANTE A ASSISTÊNCIA AO PACIENTE

a. Recepção

O profissional da recepção da unidade deverá solicitar um documento oficial com foto além do cartão SUS e cartão de cadastro da unidade, sendo aceitos:

- ✓ RG;
- ✓ CNH;
- ✓ Carteira de Trabalho;
- ✓ Passaporte;
- ✓ Carteira funcional expedida por órgão público;
- ✓ Carteira de identidade do indígena.

Caso o munícipe não possua nenhum documento de identificação com foto, seu acesso aos serviços não poderá ser recusado, mas deverá ser orientado quando a necessidade da apresentação da documentação.

Sempre solicitar que o paciente ou acompanhante diga o nome completo e data de nascimento, mesmo com a entrega de documento.

b. SAME – Arquivo de prontuários - administrativo

Conferir o preenchimento de identificação do prontuário no envelope, e validar os dois identificadores para evitar o risco de homônimos.

c. Coleta de exames laboratoriais

Inicialmente conferir os dois identificadores com o impresso de solicitação de exame.
É de responsabilidade dos profissionais de enfermagem a identificação dos frascos de amostras de exames na presença do usuário.
A dupla conferencia deve ser realizada junto ao paciente e familiar para que o mesmo confira a numeração do protocolo, com a etiqueta colada na solicitação onde consta o nome completo e data de nascimento, e com todos os frascos ou tubos de amostras.

d. Administração de medicamentos

Os pacientes que necessitarem receber medicamentos na unidade de saúde, ou que estejam aguardando remoção, deverão receber uma etiqueta de identificação com a descrição do nome completo e data de nascimento a ser afixada na roupa, do lado direito, e retirada apenas após o desfecho do atendimento

Rubrica LDNO
Rubrica AVTA
DS RC
DS MSS

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS LAPH

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

(quando medicação) e mantida quando remoção.
Mesmo identificado a cada novo medicamento a ser administrado deverá ser conferido a identificação do paciente, junto a prescrição médica. Bem como para quaisquer outros cuidados prestados a este usuário.

Toda medicação administrada deve ser preparada na presença do paciente, e em caso de soro este deverá ser identificado com o rótulo padrão com todos os campos adequadamente preenchidos.

e. Encaminhamento e Realização de Exames de Imagem

Deverá ser solicitado ao responsável pela realização do exame de imagem a conferência dos dados da identificação antes do encaminhamento e antes da realização do exame.

Entrega de medicamentos

Em toda dispensação de medicação na farmácia o auxiliar deverá conferir o nome descrito no cartão do SUS com o nome descrito na receita da medicação. Pode ser entregue para outra pessoa desde que os dados estejam conformes.

Consulta médica

Ao chamar o paciente para realização da consulta médica, ele deverá ser chamado pelo nome completo e ao chegar no consultório ao iniciar o atendimento checar verbalmente o nome completo e data de nascimento.

6 – RESULTADO ESPERADO

Reduzir a ocorrência de erros oriundos de falhas na identificação adequada dos pacientes.

7 – AÇÕES CORRETIVAS

Em caso de falha de registro ou identificação o processo deve ser imediatamente paralisado e ser realizado o ajuste.
Também deverá ser registrado como incidente de segurança do paciente.

8 – RISCOS DO PROCESSO

Troca de paciente
Administração de medicamento ou cuidado prestado em paciente errado
Troca de documentação

Rubrica LDNO
Rubrica AVTA
DS RC
DS MSS

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS LAPH

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

9 – INDICADORES

Número de eventos adversos relacionados a falhas na identificação do paciente.

10 – ANEXOS

Não se aplica.

11 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- MINISTÉRIO DA SAÚDE/ ANVISA/ FIOCRUZ. Protocolo de identificação do paciente - Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Abril, 2023. Disponível em: Anexo 01: PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE* (www.gov.br)
- RESOLUÇÃO - RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013

Rubrica LDNO

Rubrica AVTA

DS RC

DS MSS

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS LAPH

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.UE.ASS.004	VERSÃO: 01
PUNÇÃO LOMBAR – PROCEDIMENTO E CUIDADOS	VALIDADE: 02/2027	Pag. 1 de 8

Elaborado por: Diretor Técnico - Kauê de Cezaro	Data: 02/2025	Visto: Assinado por: KAUE DE CEZARO DOS SANTOS A023D24A445A4DE...
Verificado por: Assessor Técnico – Fabrício Lopes	Data: 02/2025	Visto: Assinado por: Fabricio Lopes da Silva 97794B2C355C4A3...
Verificado por: Qualidade	Data: 02/2025	Visto: DocuSigned by: Erica de Cassia Lamindo C3591491EA564CF...
Verificado por: Enfermeiro de SCIRAS – Anderson Camacho	Data: 02/2025	Visto: Assinado por: Anderson Camacho 92CFAF0ED6E6466...
Aprovado por: Gerência Assistencial – Carla Casaes	Data: 02/2025	Visto: Assinado por: Carla Carin Casaes FAEFCD486FD6449...
Aprovado por: Diretoria de Urgência/Emergência - 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

Estabelecer uma rotina sobre o procedimento de coleta de liquor nas unidades da SBCD.

2 – ALCANCE

Unidades Hospitalares, Unidades de Assistência Pré – Hospitalar – Atenção Primária, ambulatórios, serviços diagnósticos.

3 – RESPONSABILIDADE

- Equipe Médica;
- Equipe de Enfermagem;
- Coordenação Médica e de Enfermagem.

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

LCR: Liquor, ou líquido cefalorraquiano é um fluido claro e incolor que circula no sistema nervoso central (SNC).

As indicações para coleta de liquor consistem em suspeitas ou confirmações das seguintes patologias, no entanto, para os serviços de urgência e emergência as indicações serão prevalentemente infecciosas, dado o caráter ambulatorial das demais investigações:

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

- Meningite.
- Encefalite.
- Doenças desmielinizantes.
- Neurossífilis.
- Hemorragia subaracnoide.
- Carcinomatose meníngea.
- Guillain-Barré.
- Hidrocefalia de pressão normal.
- Doenças neurodegenerativas.
- Metástases para o sistema nervoso central.
- Diagnóstico diferencial de cefaleias.
- Controle de terapia intratecal.
- Investigação de infecções sistêmicas com acometimento neurológico

As contraindicações a realização de punção lombar são:

- Sinais de hipertensão intracraniana.
- Suspeita de abscesso epidural espinhal
- Trombocitopenia ou outros distúrbios de coagulação
- Uso de anticoagulantes
- Sinais neurológicos focais
- Paciente comatoso
- Crises convulsivas
- Cirurgia lombar prévia com colocação de próteses/pinos
- Infecção na pele que irá ser puncionada

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

Materiais Necessários

- Bandeja de punção lombar;
- Seringa de 10 ml;

Rubrica AC
Rubrica
DS EDCL
Rubrica FLDS
Rubrica KCS
Rubrica CCC

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

- 1 ampola de lidocaína com vaso;
- Agulha epidural;
- Agulha conforme calibre solicitado pelo médico;
- Clorexidina alcoólica;
- Gaze estéril;
- Micropore;
- Luva estéril;
- Luva de procedimento;
- Recipiente para coleta de material.

PROCEDIMENTO:

MÉDICO - Realiza orientação do procedimento e sua necessidade ao paciente e coleta assinatura do mesmo ou de seu responsável legal em F.UE.ASS.005 - **termo de consentimento – punção de liquor** (anexo 01). Realiza a coleta do liquor e solicitação dos exames relacionados a suspeita clínica.

TÉCNICO DE ENFERMAGEM – Realiza posicionamento do paciente de maneira adequada para realização do procedimento, orienta o paciente ou responsável legal sobre o processo, acomoda e orienta o paciente após punção.

1. Orientação ao paciente e posicionamento

Informar o paciente sobre o procedimento, seus riscos e benefícios, obtendo consentimento informado.

Posição do paciente: Decúbito lateral: O paciente deve estar deitado de lado, com as pernas flexionadas em direção ao abdome (posição fetal), o que aumenta o espaço entre os processos espinhosos vertebrais.

Sentado: Em alguns casos, o paciente pode ser posicionado sentado com o tronco inclinado para frente, apoiando-se em uma mesa ou travesseiro.

2. Identificação do local anatômico

- Palpe os processos espinhosos lombares para localizar o espaço intervertebral.
- Referência anatômica: Encontre a crista ilíaca (a borda superior do osso do quadril) e trace uma linha imaginária entre as duas cristas. Essa linha cruza o processo espinhoso de L4.

Rubrica AC
Rubrica
DS EDCL
Rubrica FLDS
Rubrica KCS
Rubrica CCC

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS LAPH

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

- A punção é geralmente realizada no espaço intervertebral entre L3-L4 ou L4-L5, abaixo da terminação da medula espinhal (cone medular), que ocorre em L1-L2 na maioria dos adultos.

3. Preparação estéril

- Limpe a pele no local escolhido com solução antisséptica (clorexidina alcoólica) em movimentos circulares, de dentro para fora.
- Coloque campos estéreis ao redor do local.
- Vista luvas estéreis e organize o material necessário.

4. Anestesia local

Infiltre anestésico local (lidocaína 1-2%) no local da punção. Use uma agulha fina (**Neonatos e Lactentes**: 22G ou 23G, **Crianças**: 22G ou 23G, **Adultos**: 20G, 21G ou 22G, **Idosos**: 22G ou 23G). Para alcançar até o tecido subcutâneo e ligamento interespinhoso.

5. Inserção da agulha

Utilize agulha para punção lombar (com mandril) conforme calibre indicado (adulto ou pediátrico). Introduza a agulha no espaço intervertebral escolhido:

Direcione-a ligeiramente cranialmente e medialmente, com ângulo de cerca de 15 graus.
Atravessará as seguintes estruturas anatômicas:

- Pele.
- Tecido subcutâneo.
- Ligamento supraespinhoso.
- Ligamento interespinhoso.
- Ligamento amarelo.
- Espaço epidural (contendo gordura e plexo venoso interno).
- Dura-máter e aracnoide (acessando o espaço subaracnoide).

Sentirá uma resistência inicial ao atravessar o ligamento amarelo e, em seguida, uma "perda de resistência" ao atingir o espaço subaracnoide.

Rubrica AC
Rubrica
DS EDCL
Rubrica FLDS
Rubrica KCS
Rubrica CCC

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS LAPH

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

Atenção: Referências anatômicas importantes

Cone medular: Terminação da medula espinhal (em L1-L2).

Cauda equina: Conjunto de raízes nervosas no canal espinhal lombar, evitando lesões durante o procedimento.

Espaço subaracnoide: Local onde o LCR é coletado.

Rubrica AC

Rubrica

DS EDCL

Rubrica FLDS

Rubrica KCS

Rubrica CCC

6. Coleta do liquor

- Retire o mandril da agulha cuidadosamente.
- O liquor deve fluir de forma contínua.
- Coleta-se cerca de 2-5 ml em tubos estéreis. Nas análises de liquor serão realizadas avaliações citológicas, bioquímicas e microbiológicas, preferencialmente com conteúdo coletado em 03 tubos estéreis e na impossibilidade, em tubo estéril único com volume de 8 ml a 15 ml.

7. Conclusão do procedimento

- Recoloque o mandril e remova a agulha suavemente.
- Aplique um curativo no local da punção.
- Oriente o paciente a permanecer deitado por pelo menos 1-2 horas para minimizar o risco de cefaleia pós-punção.
- Identificar o frasco com material coletado contendo o nome do paciente, data de nascimento, leito, número de ficha de atendimento ou de prontuário e tipo de material coletado.
- Encaminhar a amostra ao laboratório para análise.
- Registrar o procedimento realizado no prontuário do paciente.

8. Complicações e cuidados

- Observe sinais de complicações como dor de cabeça, lombalgia, ou sinais neurológicos.
- Reavalie periodicamente.

- Monitorar queixas de cefaleia e/ou dor e comunicar imediatamente ao enfermeiro da unidade

Eventos possíveis pós punção

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS LAPH

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

- Cefaleia pós-punção:

Descrição: Dor de cabeça que piora ao ficar em pé e melhora ao deitar.

Ações corretivas: Repouso absoluto por 48 horas, preferencialmente deitado de barriga para baixo, ingestão de líquidos com cafeína (como café ou refrigerantes) e uso de analgésicos conforme orientação médica

- Dor nas costas:

Descrição: Dor no local da punção que pode irradiar para as pernas.

Ações corretivas: Repouso, uso de analgésicos e, em alguns casos, aplicação de calor local

- Sangramento:

Descrição: Presença de sangue no líquido cefalorraquidiano (LCR).

Ações corretivas: Avaliar se o sangramento é acidental ou devido a uma hemorragia subaracnóidea. Em caso de sangramento acidental, a intensidade geralmente diminui ao longo da coleta. Se persistir, pode ser necessário repetir a punção em outro local

- Infecção:

Descrição: Raro, mas pode ocorrer infecção no local da punção.

Ações corretivas: Administração de antibióticos e monitoramento médico rigoroso.

- Hematoma:

Descrição: Acúmulo de sangue no local da punção.

Ações corretivas: Aplicação de gelo nas primeiras 24 horas e, posteriormente, calor local. Monitoramento para sinais de complicações

OBSERVAÇÃO:

Caso a equipe médica assistente não se considere apta para realizar o procedimento ou identifique contra indicações para seguir com o procedimento, se deve inserir o caso na plataforma **SIRESP**, informando a necessidade de isolamento sob suspeita de meningite e seguir com o tratamento com antibioticoterapia adequada (**Vancomicina + ceftriaxona + ampicilina)** e corticoide.

6 – RESULTADO ESPERADO

Realizar a punção lombar de maneira padronizada, segura e eficaz, assegurando a coleta adequada do material e o bem-estar do paciente.

7 – AÇÕES CORRETIVAS

Rubrica AC
Rubrica
DS EDCL
Rubrica FLDS
Rubrica KCS
Rubrica CCC

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS LAPH

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

Educação quanto a higiene de mãos

No máximo 02 punções por operador

8 – RISCOS DO PROCESSO

Contaminação cruzada

Falha de coleta de liquor

Coleta de liquido sanguinolento

9 – INDICADORES

Não se aplica.

10 – ANEXOS

ANEXO 1 -F.UE.ASS.005 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PUNÇÃO LOMBAR

Código: F.UE.ASS.005 – Versão 01

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
PUNÇÃO LOMBAR – COLETA DE LÍQUOR

Por este instrumento particular o (a) paciente_____ , nascido em _____, **ou seu responsável legal Sr. (a)**_____, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei nº 8.078/90, que estando no pleno gozo de minhas faculdades mentais, autorizo o Dr. _____, ***CRM***_____ , seus assistentes e todos os demais profissionais vinculados à assistência, credenciados à unidade de saúde _____, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado **"PUNÇÃO LOMBAR"**, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestesias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer. Declara, outrossim, que recebi todas as explicações necessárias quanto a proposta do procedimento que será realizado, em linguagem clara e acessível feitas pelo referido (a) médico (a), atendendo ao disposto nos artigos 22º e 34º do Código de Ética Médica e no artigo 9º da Lei nº 8.078/90 (abaixo transcritos), o qual esclareceu de forma detalhada a natureza e os objetivos do procedimento e me foi dada na oportunidade o direito de fazer perguntas e aclarar todas as dúvidas que achei pertinentes, sendo todas elas respondidas de maneira completa e satisfatória, quer seja nos aspectos dos benefícios, como dos riscos e possíveis reações de menor ou maior intensidade, bem como fui informado sobre os riscos e/ou benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s). A partir desse momento fiquei ciente do abaixo descrito:

Rubrica AC
Rubrica
DS EDCL
Rubrica FLDS
Rubrica KCS
Rubrica CCC

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE
DS LAPH

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

11 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. SOUZA, V.H.S; MOZACHI, N. O Hospital: Manual do Ambiente Hospitalar. 2ª ed. Curitiba: Os Autores, 2005.

2. Oliveira, J. P. S., Mendes, N. T., Martins, Á. R., & Sanvito, W. L. (2020). Cerebrospinal fluid: history, collection techniques, indications, contraindications and complications. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, *56*, e2822020. https://doi.org/10.5935/1676-2444.20200054

3.OLIVEIRA, João Paulo S. et al. Líquido cefalorraquidiano: história, técnicas de coleta, indicações, contraindicações e complicações. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, v. 56, p. e2822020, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/jbpml/a/DpqyKS9CXBM7dY3QdXvFB6F/?format=html&lang=pt. Acesso em: 12/01/2025.

Rubrica AC

Rubrica

DS EDCL

Rubrica FLDS

Rubrica KCS

Rubrica CCC

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS LAPH

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco - SBCD

RELATÓRIO MÉDICO PÓS-ÓBITO

SUS

F.UE.ENF.024 - Versão 01

NOME:

DATA DE NASCIMENTO: _____/_____/_____

FICHA DE ATENDIMENTO N°: | DATA DE ADMISSÃO: ____/____/_____

DADOS DO ÓBITO

DATA DO ÓBITO: ____/_____/_____

HORÁRIO DO ÓBITO: _____:_____

HD INICIAL:

HD FINAL:

ANTECEDENTES PESSOAIS CONTRIBUINTES PARA O ÓBITO: _____

_____

_____

_____

RESUMO DA SITUAÇÃO PRECEDENTE AO ÓBITO:_____

_____

_____

_____

_____

_____

MEDIDAS ADOTADAS

( ) IOT ____/____/_____ as ____:_____ ( ) NORMAL ( ) DIFÍCIL ( ) NÃO REALIZADA

MOTIVO: _____

COMPRESSÕES TORÁCICAS INÍCIO: ____:____ CICLOS: _____ TÉRMINO: _____:_____

( ) NÃO REALIZADA - MOTIVO _____

CARDIOVERSÃO: ( ) CARGA:_____ QUANTIDADE: _____ ( ) SEM INDICAÇÃO

MEDICAÇÕES UTILIZADAS (QUANTIDADE E DOSE):_____

_____

_____

_____

_____

( ) NÃO REALIZADAS. - MOTIVO: _____

_____

( ) NENHUMA MEDIDA ADOTADA. MOTIVO: _____

_____

_____

DIFICULDADES E/OU OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES:_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

DS LAPH

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

CARIMBO E ASSINATURA

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco - SBCD

SUS

SOLICITAÇÃO DE ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRITO

CÓDIGO: F.UE.ENF.020 - Versão 01

Nome:			
Data de Nascimento: / /		Prontuário:	Idade:
Data da Internação: / /		( ) Observação ( ) Emergência	Leito:

DIAGNÓSTICO	
( ) Sepse em foco definido	( ) Infecção de sítio cirúrgico
( ) Infecção de trato urinário	( ) Neutropenia febril
( ) Pneumonia comunitária	( ) Bactérias multirresistentes
( ) Meningite	( ) Outros _____
( ) Infecção cutânea e partes moles	_____

Antibiótico prévio:	( ) NÃO ( ) SIM QUAL (IS): _____

CULTURAS	
( ) Positiva	( ) Em andamento
( ) Negativa	( ) Solicitada antes do início ATB

ANTIBIÓTICO PROPOSTO

1- CEFTRIAXONA 1g
2 - CLINDAMICINA 600 mg
3 - CIPROFLOXACINO 2 mg/ml
4 - METRONIDAZOL 500 mg

TEMPO E DOSE			( ) 7 DIAS ( ) 10 DIAS ( ) 14 DIAS	
N° do antibiótico	Dose	Intervalo	Via adm.	Observação
		/ h		
		/ h		
		/ h		
		/ h		

OBSERVAÇÃO: A FICHA DE ANTIMICROBIANOS É UMA EXTENSÃO DA PRESCRIÇÃO MÉDICA E DEVE SER PREENCHIDA EM UMA VIA NO MOMENTO DO INICIO DO ANTIBIÓTICO. APENAS PARA OS ANTIMICROBIANOS LISTADOS ACIMA. ESTA SOLICITAÇÃO SERÁ SUBMETIDA À APROVAÇÃO DA DIRETORIA TÉCNICA DA UNIDADE NO PRIMEIRO DIA ÚTIL APÓS A PRESCRIÇÃO E PODERÁ SER SUBSTITUÍDA SEGUNDO OS PROTOCOLOS DE CONDUTA MÉDICA. QUANTO MAIS INFORMAÇÕES FOREM FORNECIDAS SOBRE A INDICAÇÃO DO ANTIBIÓTICO PELO MÉDICO ASSISTENTE, MAIOR A PROBABILIDADE DE LIBERAÇÃO DO ANTIMICROBIANO SOLICITADO. A FALTA DE PREENCHIMENTO DESTA FICHA, PREENCHIMENTO INCOMPLETO OU INADEQUADO PODERÁ IMPLICAR NO NÃO FORNECIMENTO DO ANTIBIÓTICO AO PACIENTE PELA FARMÁCIA. OBSERVAÇÃO: A FICHA DE SOLICITAÇÃO DE ANTIMICROBIANOS É UMA EXTENSÃO DA PRESCRIÇÃO.

SÃO PAULO, _____/_____/_____

_____
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

	AUTORIZADO POR:	
Alterações (posologia, via, espectro, tempo)		_____ CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

DS

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

POLÍTICA INSTITUCIONAL	POL.SBCD.001	VERSÃO: 02
POLÍTICA DE GESTÃO DA QUALIDADE	VALIDADE: 05/2027	Pág. 1 de 9

Elaborado por: Karine K. Couto Ferrari C.	Data: 04/2023	
Verificado por: Especialista da Qualidade – Felipe Polanowski	Data: 05/2025	Visto: Assinado por: Felipe Polanowski Rossato 8F733E698E37441...
Aprovado por: Superintendência Jurídica - Dr. Angelo Picolo	Data: 05/2025	Visto: Assinado por: Angelo Picolo 6DC3C19FA50F4EA...

Rev.	Data	Descrição da Revisão
0	04/2023	Emissão do Procedimento.
01	05/2025	Documento atualizado com objetivo de atender a complexidade de todos os serviços gerenciados pela SBCD. Revisado por: Erica Laurindo – Gerente da Qualidade DocuSigned by: Erica de Cassia Laurindo C3591491EA564CE...

1- OBJETIVO

A Política de Gestão da Qualidade tem por finalidade apresentar e estabelecer diretrizes pautadas na qualidade e segurança alinhados à missão e estratégia institucional, a fim de assegurar e nortear a atuação, promovendo mecanismos para auxiliar as tomadas de decisões com foco nas ações de melhoria contínua dos processos e serviços prestados.

2- TERMOS E DEFINIÇÕES

SBCD: Sociedade Brasileira Caminho de Damasco

ONA: Organização Nacional de Acreditação

SGQ: Sistema de Gestão da Qualidade

SUS: Sistema único de Saúde

SIPOC – *Supplier (fornecedores)*, *Input (entradas)*, *Process (processos)*, *Outputs (saídas)* e *Customer (cliente):* Ferramenta para mapear processos.

Risco: efeito da incerteza de "eventos" potenciais e suas "consequências".

Evento adverso: incidente que resulta em danos à saúde.

3- FATORES CRÍTICOS DE SUCESSO

Favorecer a melhoria contínua da assistência prestada aos pacientes com foco na qualidade assistencial, mitigação de riscos e eficiência operacional através de gestão e monitoramento de processos.
Assegurar o envolvimento e comprometimento da alta direção a fim de tornar eficiente e otimizar a gestão da qualidade na obtenção do alcance dos resultados desejados.
Desenvolver cultura da qualidade na organização para melhoria dos serviços ofertados ao nosso paciente, melhoria da produtividade e processos e melhor alinhamento dos objetivos entre os colaboradores em toda a organização.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

Apoiar a tomada de decisão de modo mais assertivo e eficiente, fundamentada nos gerenciamentos estabelecidos na política, os quais possibilitam uma visão sistemática e ampla do negócio.

4- PROCESSOS

4.1 DIMENSÕES DA QUALIDADE

As dimensões da qualidade são importantes para nortear o desempenho da organização e a SBCD adota as seguintes dimensões:

Segurança com foco no cuidado ao paciente;

Efetividade que garantam a aplicação de ações certas;

Cuidado centrado no paciente respeitando sua individualidade;

Oportuna reduzir as esperas e atrasos;

Eficiência para garantir qualidade assistencial nas entregas;

Equidade oferecer cuidados com qualidade a todos sem gerar desperdícios;

Padronizar e facilitar o acesso a informação.

Rubricar
AP
DS
EDCL
Rubrica
FPR

4.2 DIRETRIZES

4.2.1 GERENCIAMENTO DA QUALIDADE

O gerenciamento da qualidade realizado pela organização parte da premissa de apoiar o nosso direcionamento estratégico que norteia a abordagem que será utilizada/aplicada diante da necessidade do alcance dos objetivos e metas institucionais, criação de medidas preventivas e corretivas, focados na qualidade e segurança do serviço, no âmbito SUS e stakeholders.

Os recursos utilizados pela organização para nortear e favorecer o alcance da qualidade e dos resultados, encontram-se descritos abaixo:

- **Mapeamento de processos:** mapear os processos por meio de fluxogramas de trabalho que tem como objeto final melhorar às entregas de produto ou serviços. Com base nisso, a metodologia irá auxiliar e facilitar a identificação dos focos de melhoria na comunicação e articulação entre as áreas, as atividades, as entregas e envolvimento das pessoas em cada etapa, bem como desenvolver clientes e fornecedores, além de otimização das etapas que impactem diretamente no resultado. Como ferramenta para mapeamento de processos será adotado o SIPOC.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

- **Gestão de documentos** intuito de assegurar a disponibilidade de documentos atualizados referente aos processos realizados e planejados com base em referências, normatizados, com a sistemática de elaboração, verificação, aprovação, disponibilização, controle, rastreabilidade e revisão de todos os procedimentos descritos.

A gestão de documentos ocorre conforme etapas descritas acima, a partir da finalização do documento na etapa de aprovação, os colaboradores terão acesso aos documentos publicados através de mecanismos Implantados conforme cada especificidade de serviço de saúde, podendo ser link de pasta compartilhada, intranet ou sistema de gestão, e no formato físico quando pertinente.
Cada unidade deverá possuir a gestão e registro dos documentos através de uma "Lista Mestra - Controle de documentos", por ela se dará a realização do controle de validade, revisão e versão. As unidades também podem possuir documentos impressos desde que a cópia seja controlada, junto a essa pasta deverá ficar a evidencia de ciência de todos colaboradores do setor que possam vir a utilizar do documento.
Alguns dos objetivos da gestão de documentos, são:

- Administrar o fluxo de documentos (entrada e saída) para garantir o controle de disponibilização atualizado;
- Assegurar que as versões pertinentes de documentos aplicáveis estejam disponíveis nos locais de uso;
- Assegurar que os documentos de origem externa sejam identificados e distribuídos de forma controlada;
- Assegurar o não uso dos documentos obsoletos e/ou cancelados aplicando identificação adequada;
- Administrar as inclusões e exclusões de documentos da lista mestra da Instituição sempre que necessário;
- Padronizar a revisão dos documentos a cada 2 anos, ou sempre que ocorrer mudança do processo ou legislação especifica referente ao processo descrito;
- Garantir que os colaboradores tenham acesso aos documentos pertinentes às áreas/processos com que estão envolvidos;

O processo está detalhado através do POP.SBCD.NGQ.004 Normativas para Elaboração e Gestão de Documentos e demais documentos relacionados ao mesmo.

Rubricar
DS
Rubrica
DS

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

- **Auditorias Internas** serão realizadas periodicamente conforme o programa institucional ou interno de cada serviço, a partir de equipe de auditores internos ou equipe corporativa.

  O processo de auditoria consiste na aplicação de um conjunto de procedimentos e técnicas com o objetivo de mitigar riscos, obter informação e analisar processos para subsidiar as conclusões, análises e propostas do auditor sobre resultados, desempenho e regularidade da gestão.

  A sistemática estabelecida deve considerar todos os processos da organização (assistenciais, administrativos, de infraestrutura e de apoio) com o intuito de analisar se requisitos pertinentes (estatutários, regulamentares, legais, dos processos, dos clientes, para acreditação etc.) estão sendo cumpridos; determinar a contínua adequação, suficiência e eficácia do programa institucional de melhoria contínua; avaliar a compatibilidade e o alinhamento dos objetivos da qualidade com a direção estratégica da organização; e se é necessário a implantação de ações para que a organização se torne ainda mais ágil, eficiente e segura (Manual para Organização Prestadoras de Serviços de Saúde - ONA, 2022-2025).

  A partir dos resultados obtidos pelas evidências verificáveis e constatações das auditorias internas serão confeccionados relatórios destas e encaminhados aos gestores das unidades para análise e elaboração de plano de ações frente as não conformidade evidenciadas.

  Após esse ciclo são apresentados ao conhecimento dos gestores das unidades e para análise crítica da Alta Direção.

  São realizadas também auditorias assistenciais, das linhas de cuidados e protocolos de modo periódico e a tratativa é elaboração de ações de melhoria pelo responsável, a partir do relatório de evidências.

Rubricar AP DS EDCL Rubrica FPR

O processo está detalhado através do POP.SBCD.NGQ.011 Auditoria Interna e demais documentos relacionados ao mesmo.

- **Ferramentas da qualidade** para auxiliar na identificação, condução, monitoramento, gerenciamento dos processos da organização, direcionando os esforços de modo mais assertivo e efetivo com consequente alcance dos resultados e melhoria contínua. São utilizadas as seguintes ferramentas da qualidade na organização:

· 5W2H – Utilizado para listar as atividades/ações frente a uma necessidade existente;

· Lista de verificação – Norteia por meio dos requisitos que devem ser auditados nas unidades durante a

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS LAPH

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

realização da auditoria interna;

· SIPOC – Mapeia dos processos internos e identifica qual é o principal processo, fornecedores, entradas, saídas, clientes e acordos.

· Diagrama de Ishikawa – Usada para análise de causa e efeito mediante a identificação de problema.

· PDCA – Garante a melhoria e por isso é usada para condução das não conformidades identificadas que impactam no alcance da meta de conformidade em auditoria interna, a partir daí são planejadas ações que devem ser executadas e posteriormente verificadas na próxima auditoria.

· Protocolo de Londres para análise dos incidentes.

· Os formulários definidos para aplicação de cada ferramenta estão na biblioteca de documentos do sistema de gestão da qualidade e deverão ser utilizados conforme a necessidade.

- **Gestão de indicadores** – Para garantir gerenciamento dos resultados obtidos de modo que conduza e embase a tomada de decisão e crie ações pertinentes ao modelo organizacional.
  A gestão de indicadores ocorre pelos gestores das unidades juntamente com os membros da equipe. Sabe-se que a gestão de indicadores proporciona a mensuração e visualização gráfica dos resultados, seguido de análise das metas e ações frente às metas não alcançadas, e esse gerenciamento tem o intuito de obter melhoria contínua dos processos gerenciados, frente as fragilidades e oportunidades de melhorias de processos identificadas, além de fornecer suporte para tomada de decisão.
  Todavia será definido os indicadores que serão gerenciados seguindo todas as etapas pertinentes, sendo a mensuração, análise e elaboração de ações, bem como serão definidos os indicadores que serão somente de monitoramento, conforme cada perfil de unidade alinhado aos objetivos estratégicos institucionais.

- **Gestão de protocolos** – Os protocolos gerenciados, cujo objetivo é garantir a gestão de cuidados conforme técnicas e condutas formalizadas, padronizadas e baseadas em diretriz cientificas, por meio de acompanhamento dos resultados dos processos definidos conforme perfil de cada unidade, considerando

Rubricar
DS
Rubrica
FPR

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE
DS

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

a gravidade e prevalência das patologias. O gerenciamento se dá conforme as orientações de cada protocolo, também é realizado auditorias clinicas e alinhamento pontual com gestores, a fim de promover adequações necessárias.

Serão implantados ou revisado todos os protocolos e procedimentos necessários a assistência. A padronização dos processos ou atualização das práticas é de suma importância para a promoção da qualidade e padronização das atividades sejam assistenciais ou administrativas.

O fluxo de implantação de protocolos deve ser instituído pelo setor da qualidade, onde os responsáveis pelos processos elaboram os documentos e a qualidade valida o cumprimento das diretrizes da Normativa de gestão de documentos e faz a publicação.

Rubricar
DS
Rubrica

Minimamente segue os protocolos básicos a serem instituídos pelas unidades de saúde:

- Cuidados básicos de enfermagem
- Processo de transporte
- Processamento de materiais
- Realização de exames diagnósticos
- Processo cirúrgico (agendamento, realização, alta)
- Protocolos de segurança do paciente e riscos como (TVP, alergia, broncoaspiração)
- Protocolos urgência e emergência
- Protocolos para atendimentos patologias alinhadas ao perfil institucional
- Protocolos multiprofissionais

A auditoria clínica faz parte do sistema de metodologias da gestão da qualidade que busca avaliar e intervir com oportunidades de melhoria para assegurar a prática clínica efetiva, avaliada através de procedimentos estabelecidos em protocolos institucionais.

O objetivo da auditoria é a avaliação da execução de um processo pré estabelecido, conforme as metodologias abaixo:

4.1. Auditoria Clinica Retrospectiva:

Durante a avaliação de prontuários pela comissão de Prontuário Médico, será aplicado ferramentas -Check list para avaliar o cumprimento de procedimentos estabelecidos nos protocolos. É estabelecido uma amostragem por tipo de seguimento.

Segue resumo de exemplos por protocolo e principais objetivos a serem avaliados:

] Protocolo comunicação efetiva: avaliar o uso dos termos de consentimento livre e esclarecido,

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE
DS

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

registros de contra referência, e comunicação com paciente e acompanhante.

] Protocolo de identificação segura: avaliar preenchimento da identificação dos formulários e documentos relacionados a assistência.

] Protocolo de cirurgia segura: avaliar a realização pré operatória e registros do processo

] Protocolo de exames endoscópios: avaliar os registros pré e pós procedimentos

] Protocolo de administração de medicamentos: Avaliar os registros de administração e prescrição.

* O registro completo do prontuário contribui para a comunicação efetiva entre a equipe no tratamento do paciente, diminui os riscos de eventos, e subsidia a gestão, por meio dos indicadores, para a tomada de decisões mais assertivas.

Rubricar AP DS EDCL Rubrica FPR

4.2. Auditoria Clínica Concorrente:

É uma ferramenta fundamental de gestão, pois permite avaliar, em tempo real, como as práticas estão sendo conduzidas pelas equipes, o que permite identificar falhar e corrigir problemas durante o atendimento, permite observar variáveis que nem sempre são registradas.

A equipe responsável pela auditoria é composta por integrantes da qualidade e também podem participar colaboradores com foco na aprendizagem. Instituído um plano conforme objetivo e protocolo a ser avaliado, com a definição da amostra, ferramenta e período.

Exemplo de protocolo avaliados nesta modalidade:

] Realização de cuidados cardiológicos urgência e emergência

] Realização de exames de imagem

] Realização de procedimentos cirúrgicos

] Atendimento clinico de patologias

Após a conclusão do processo e a análise dos resultados, é repassado o relatório com as pontuações para a gestão do processo/ serviço para elaboração de plano de ação de melhorias, para que a equipe possa implementar soluções que reforcem a qualidade do atendimento.

- **Plano de gestão de riscos institucionais e riscos assistenciais** – Consiste em atividades de identificação, análise, classificação, avaliação, comunicação e controle de risco que minimizam ou eliminar a probabilidade da ocorrência de um erro ou falha que geram impactos na organização como um todo. Os riscos serão identificados e analisados e serão tomadas ações para eliminação do risco. O processo de ações frente a incidentes e eventos adversos são fomentadas pelo Plano de Segurança do Paciente. Será

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS LAPH

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

considerado conforme estabelecido pela RDC 36/2013 a aplicação sistêmica e contínua da Política de segurança do paciente institucional, para garantir o controle e segurança nos processos promovendo um ambiente seguro para pacientes e colaboradores contemplando também o meio ambiente e a imagem institucional.

5- ABRANGÊNCIA - STAKEHOLDERS

O escopo da política abrange todos os gestores, equipe operacional e a alta direção, bem como demais profissionais que atuam nos serviços de saúde da Sociedade Brasileira Caminho de Damasco – SBCD.

Rubricar AP

DS EDCL

Rubrica FPR

6- RESULTADOS ESPERADOS / PRODUTIVIDADE

Implementação e capacitação dos profissionais da organização na Política de Gestão Da qualidade;

Melhoria contínua dos processos e articulação entre produtos, insumos e clientes, e aplicação das ferramentas da qualidade;

Gestão de indicadores e consecutivo alcance das metas e resultados;

Atendimento aos protocolos preconizados pelo ministério com foco na qualidade do cuidado;

Minimização dos riscos assistenciais e institucionais.

7- INDICADORES RELACIONADOS

Percentual de conformidade em Auditoria Interna.

Número de documentos publicados

8- COMPETÊNCIAS

- ✓ Alta gestão a aprovação desta política;
- ✓ Cabe a alta direção bem como, aos gestores e coordenadores assegurar que seja estabelecida e implementada a Política de gestão da qualidade;
- ✓ É de responsabilidade de todos os colaboradores, cumprir e garantir a continuidade da política de acordo com o que compete a si;
- ✓ Ao setor de qualidade compete apoiar as áreas no entendimento, capacitar, auditar os itens abordados na política, identificação de oportunidade de melhorias, mapeamento dos processos, suporte quanto aos processos e às ferramentas da qualidade, também acompanhar os gestores no gerenciamento dos indicadores com foco nos ciclos de melhoria.

9-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS LAPH

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

POLÍTICA INSTITUCIONAL	POL.SBCD.001	VERSÃO: 02
POLÍTICA DE GESTÃO DA QUALIDADE	VALIDADE: 05/2027	Pág. 9 de 9

1. MANUAL DAS ORGANIZAÇÕES PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE. São Paulo. Organização Nacional de Acreditação, 2024.
2. Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). NBR ISO 9001:2015 – Gestão da Qualidade. RJ: ABNT, 2015.
3. Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). NBR ISO 9001:2002 – Diretrizes para auditorias de sistema de gestão da qualidade e/ou ambiental. RJ: ABNT, 2002.
4. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC n° 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 26 Jul 2013.

Rubricar AP

DS EDCL

Rubrica FPR

10- ANEXOS

Não se aplica.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS LAPH

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.SBCD.NGQ.007	VERSÃO: 02
GERENCIAMENTO E IMPLANTAÇÃO DE NUCLEOS / COMISSÕES	VALIDADE: 05/2027	Pag. 1 de 11

Elaborado por: Gerência da Qualidade – Érica Laurindo	Data: 07/2023	
Revisado por: Coordenação da Qualidade – Sabrina Benetti	Data: 05/2025	Visto: Assinado por: Sabrina Benetti 36842B6BE0BE4CE...
Aprovado por: Gerência da Qualidade – Érica Laurindo	Data: 05/2025	Visto: DocuSigned by: Erica de Cassia Laurindo C3591491EA564CF...

Rev.	Data	Descrição da Revisão / Data / Responsável
0	Não se aplica	Emissão inicial.
01	05/2025	Atualização na integra para atendimento a todas unidades gerenciadas pela SBCD. Alterado titulo visto o documento irá abranger o processo desde a implantação e gerenciamento do funcionamento das mesmas. Alterado nome do documento de ROTEIRO DE FUNCIONAMENTO DE COMISSÕES para GERENCIAMENTO E IMPLANTAÇÃO DE NÚCLEOS E COMISSÕES. Revisado por: Erica Laurindo DocuSigned by: Erica de Cassia Laurindo C3591491EA564CF...

1- OBJETIVO

Definir e normatizar o padrão para implantação e funcionamento das comissões existentes nas unidades geridas pela SBCD.

2 – ALCANCE

A toda equipe administrativa ou assistencial das unidades que realizam reuniões de comissões e núcleos.

3 – COMPETÊNCIA

- **GERENTES/ COORDENADORES:**

  Garantir a aplicação do presente documento e orientar equipe sobre a instituição, funcionamento, e gestão das comissões;

- **GESTORES e COLABORADORES:**

  Cumprir a rotina descrita e atender as normativas sobre as comissões.

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

SBCD: Sociedade Brasileira Caminho de Damasco

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

5 DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

5.1. Da Organização:

As comissões obrigatórias conforme as legislações vigentes de cada tipo de serviço deverão ser implantadas pelo gestor da unidade, imediato a SBCD assumir a gestão da unidade.

Outras comissões ou núcleos não obrigatórios somente serão implantadas, após análise de sua necessidade, e aprovação do setor de Gestão da Qualidade Institucional.

As Comissões deverão ser formalizadas através do documento próprio (Ato administrativo de nomeação – anexo1), na sequência agendada a primeira reunião com os membros desta e elaborada a ata de abertura, contendo: definição dos membros, periodicidade, tempo de mandato, objetivo e responsabilidade.

Deverá ser organizada uma pasta física para arquivo dos documentos específicos da comissão, em anexo segue modelo para o índice para organização da pasta.

Rubrica SB

DS EDCL

5.2. Elaboração da Ata de Abertura ou Regimento interno da comissão

Ambos os documentos Ata de abertura ou Regimento Interno tem a mesma finalidade e função, pode um ser substituído pelo outro, estes têm a validade de dois anos. Devendo ser revisados a cada dois anos ou conforme legislação específica.

Todas as reuniões deverão obrigatoriamente ser registradas. Estes registros deverão seguir o padrão do formulário instituído: F. SBCD.NGQ.004 Ata de Reunião e seguir o pop sobre elaboração de ata.

Núcleo e grupos não tem a obrigatoriedade de possui um regimento, normalmente tem um documento norteador para orientar as atividades e objetivo da atividade. Este deverá ser elaborado e implantado pela própria comissão em até 3 meses da abertura da mesma.

5.3. Da Composição

As Comissões serão compostas de acordo com o preconizado em legislação (caso a Comissão tenha exigência legal) ou com funções e profissionais que tenham afinidade com o objetivo da existência desta.

A nomeação dos membros será responsabilidade da gerencia local.

A comissão poderá sugerir a participação ou o desligamento de algum membro, mas deverá encaminhar a solicitação a gerencia para aprovação.

Deverá ser realizado esta solicitação nomeação formalmente ao gerente, e após aceite, comunicar o colaborador também formalmente, através do formulário de nomeação de membro (Anexo II)

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS LAPH

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

F.SBCD.NGQ.015_COMUNICAÇÃO DE NOMEAÇÃO DE COMISSÃO e F.SBCD.NGQ.016_ATO NOMEAÇÃO COMISSÃO

Em caso de solicitação de desligamento o responsável deverá realizar uma declaração de próprio punho e ser mantida na pasta da comissão.

As únicas exceções serão para as Comissões de Ética médica, de Ética de Enfermagem e da CIPA, nas quais um novo membro somente poderá ser escolhido através de eleições. Nestes casos, os processos ocorrerão de acordo com a legislação que rege o assunto.

Toda Comissão deverá ter Presidente e Secretário. As funções de cada membro serão definidas na ata de abertura, porém caberá obrigatoriamente ao:

Rubrica SB

DS EDCL

5.3.1. Presidente:

- Presidir as reuniões;
- Manifestar-se em nome da Comissão;
- Assinar documentos (salvo se delegar formalmente a algum membro da Comissão).
- Lembrar aos presentes do dia, horário e local da próxima reunião.

5.3.2. Secretário:

- Registrar as reuniões em ata;
- Colher assinaturas dos membros e convidados especiais em ata;
- Cumprir atribuições designadas pelo Presidente e substituí-lo na sua ausência, presidindo as reuniões (caso a Comissão não tenha Vice Presidente);
- Agendar as reuniões e reservar local com o responsável antecipadamente e comunicar a secretária da diretoria;
- Divulgar o cronograma anual da comissão e comunicar via e-mail ou telefone, 48h antes da data, o lembrete do horário e local da reunião a todos os membros.

No caso de vacância do cargo de Presidente e Secretário, estes serão escolhidos entre seus pares, através de votação direta ou outro processo de escolha deliberado pela própria Comissão.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS LAPH

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

5.4. Cronograma de Reunião

Na primeira reunião do ano, as Comissões deverão elaborar seu cronograma anual de reuniões. Este cronograma deverá ser registrado no modelo de documento padronizado pelo Núcleo de Gestão da Qualidade: F.SBCD.NGQ.014_CRONOGRAMA DE COMISSÃO

Preferencialmente realizar as reuniões antes da última semana do mês para evitar atraso com as assinaturas e entrega dos documentos no prazo estipulado.

As reuniões ordinárias serão realizadas conforme calendário aprovado pela Comissão. As extraordinárias serão convocadas pelo Presidente no prazo mínimo de 48 horas.

Rubrica SB

DS EDCL

5.4. Definição da Pauta

Toda reunião deverá ter uma pauta previamente definida junto ao Secretário e aprovada pelo Presidente. Qualquer membro ou gerente poderá solicitar a inclusão de assuntos na pauta. Durante a reunião serão tratados com prioridade os assuntos relacionados na pauta. Os demais assuntos não enviados previamente deverão constar como Assuntos Gerais e serão tratados no final da reunião, se houver tempo hábil, ou por deliberação do Presidente. Se não houver tempo hábil para tratar todos os assuntos propostos, estes ficarão na pauta para serem tratados na próxima reunião. Na definição da pauta sempre devem constar as pendências anteriores, acompanhamento das ações e assuntos gerais. Além desses assuntos específicos definidos pelo presidente e secretário.

5.5. Como preparar uma reunião efetiva

- Defina pauta
- Seja objetivo e Mantenha o Foco
- Defina Tempo de Duração
- Final da reunião faça um resumo verbal dos assuntos tratados e peça feedback aos participantes se a reunião foi efetiva.

5.6. Dinâmica das Reuniões

As reuniões serão abertas pelo Presidente e para deliberar deverão ter quórum mínimo de metade dos membros efetivos.

Serão iniciadas com leitura das pendências advindas das reuniões anteriores e última ATA (leitura esta que será

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS LAPH

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

feita pelo Secretário ou seu substituto) devendo cada responsável dar o retorno sobre andamento destas pendências.

Em seguida, será lida a pauta com assuntos a serem tratados, momento o qual será passada a palavra para quem quiser fazer o uso da mesma. As discussões deverão ser registradas em ata. Após a discussão de cada assunto, o Presidente fará a deliberação e encaminhamento do mesmo.

No final da reunião deverão ser registrados os assuntos pendentes, ações, responsáveis e prazos.

Após finalização da ata, todos os membros assinam a mesma.

Em seguida, o Presidente fará as considerações finais, lembrando data, hora e local da próxima reunião.

O registro da ATA (modelo Anexo V) deverá ser elaborado pelo Secretário ou na ausência deste qualquer outro membro designado pelo presidente.

Rubrica SB DS EDCL

5.7. Atualização de membros

A cada alteração de membros deve ser preenchido novo formulário de lista de membros e encaminhado para qualidade em até 30 dias, e a qualidade deverá monitorar conforme descrições nas atas das ausências e faltas.

5.8. Controle de faltas

Em caso de falta o membro da comissão deverá solicitar antecipadamente a autorização a gerencia e indicar um representante para substituição.

Caso ocorra um imprevisto e não participe da reunião deverá realizar a Justificava de ausência em comissão de próprio punho.

Análise sobre o caráter da justificativa caberá ao gerente da unidade.

Nos casos de mais de 3 faltas anuais o presidente deverá comunicar a gerencia via comunicado interno.

5.9. Liberação e Acesso a documentos

Os registros e documentos de todas as Comissões (com exceção da Comissão de Ética Médica e Ética de Enfermagem) ficarão arquivados em armário e o acesso será privativo dos Presidentes, secretários das Comissões (ou autorização escrita do mesmo).

As atas da Comissão de Ética Médica e Ética de Enfermagem ficarão arquivadas junto aos presidentes.

5.10. Da Identificação das Interações

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS LAPH

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

Se durante a reunião da Comissão, o Presidente identificar a necessidade de interação com outra Comissão, o mesmo deverá preencher o formulário: F.SBCD.NGQ.017_INTERAÇÃO ENTRE COMISSÕES- Anexo IV e encaminhar uma cópia para a comissão responsável, e anexar uma cópia na própria ata.

A Comissão solicitada responderá ao questionamento no próprio formulário e devolverá e a resposta à Comissão solicitante.

5.11. Disposições Finais

Este documento entre em vigor a partir de 01/08/2023 devendo todas as Comissões/ nucleos se adequarem ao mesmo. Os assuntos não contemplados neste instrumento serão resolvidos pelo Núcleo de qualidade e segurança do paciente local com validação posterior institucional. (quando a unidade não dispor de serviço da qualidade local deverá reportar ao corporativo)

Rubrica SB DS EDCL

5.12. Gestão das comissões

A unidade que possuir Setor da qualidade este deverá ser responsável em monitorar a realização de todas reuniões das comissões existentes com as seguintes atribuições abaixo, mas na ausência deste serviço o gestor da unidade deverá definir o responsável pela organização e acompanhamento das comissões:

a) Arquivar a pasta da reunião que pode ser definida em ficar na sala da qualidade ou gestão administrativo com acesso restrito
b) Receber a ata da comissão para arquivo em pasta e documentos relacionados;
c) Acompanhar o prazo de envio das atas pelos responsáveis até o último dia do mês;
d) Acompanhar alterações dos cronogramas e formulário de alteração de membros aos presidentes ou secretários conforme a necessidade;
e) Acompanhar o cumprimento das datas e realizações das reuniões;
f) Tabular as presenças e faltas dos participantes e encaminhar a gerencia responsável o relatório de gestão.
g) Realizar a leitura das Atas e solicitar possíveis adequações quando necessário;
h) Acompanhar as necessidades de interação entre comissões ou comunicados internos, realizando os devidos protocolos e acompanhando prazos de respostas. Assim como identificar nas Atas os processos de interação;
i) Monitorar através de uma ferramenta definida o cumprimento das normativas do funcionamento das comissões através de uma auditoria mensal F.SBCD.NGQ.043 - CHECK LIST AUDITORIA DE

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS LAPH

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

COMISSÃO, e enviar a gestão administrativa e assistencial o resultado do gerenciamento para analise e tratativa do desempenho das comissões.

5.13 Monitoramento de indicadores

Os Núcleos / Comissões deverão analisar e discutir os indicadores de desempenho dos processos relacionados, estes deverão fazer parte da ata de reunião. Podendo assumir a analise na integra ou validar a analise previamente realizada.

6 – RESULTADO ESPERADO

Organizar o processo de elaboração de atas e promover a gestão das informações e continuidade.

Rubrica SB

DS EDCL

7 – AÇÕES CORRETIVAS

Em caso de identificação de irregularidades na confecção da ATA, deve ser notificado o redator ou o gestor responsável para realização dos ajustes.

8 – RISCOS DO PROCESSO

Descontinuidade das tratativas

Perda de documento

Exposição de informação

9 – INDICADORES

Cada comissão deverá acompanhar e gerenciar os indicadores relacionados.

10 – ANEXOS

I. ATO ADMINISTRATIVO

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS LAPH

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

NOME DA UNIDADE DE SAUDE

ATO ADMINISTRATIVO XX/2023

Prezados Senhores:

Vimos através deste Ato Administrativo, nomear os profissionais relacionados abaixo para a **Comissão de xxxxxxxxxxxxx** do – (NOME DA UNIDADE DE SAUDE), tendo como presidente xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, com vigência por tempo indeterminado.

(nomes, cargo na instituição e cargo na comissão)

São Paulo, xx de xxxxxxxxxxxxxxx de 2023

(nome e cargo do gerente da unidade)

Rubrica SB

DS EDCL

II. Ato de nomeação

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco - SBCD	GESTÃO DE COMISSÕES	
	Comunicação de nomeação de Comissão	
	Código: E.xxxxxx	Versão: 01

Preenchimento pelo presidente:

Eu _____presidente da comissão de _____

Comunico que o Sr/SR*:_____

Foi nomeado membro integrante da presente comissão a partir do mês de_____

Destaca-se abaixo as principais responsabilidades:

Comparecer nas reuniões conforme cronograma e convocação do secretário /presidente
Justificar antecipadamente as ausências ao presidente
Executar as ações propostas pela comissão
Participar ativamente nas decisões e discussão das pautas das reuniões.

Data: ___/___/___

Assinatura do presidente da comissão:_____

Assinatura e ciência do membro indicado:_____

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS LAPH

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

III. Cronograma

CRONOGRAMA - COMISSÃO DE....

ANO 2023

MÊS	DATA	HORA	JUSTIFICATIVA EM CASO DE REAGENDAMENTO (REGISTRAR NOVA DATA E MOTIVO DA REMARCAÇÃO)
JAN.	*	*	
FEV.	*	*	
MARÇO	*	*	
ABRIL	*	*	
MAIO	*	*	
JUNHO	*	*	
JULHO	*	*	
AGOSTO	*	*	
SET.	*	*	
OUT.	*	*	
NOV.	*	*	
DEZ	*	*	

IV. Interação de comissões

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

INTERAÇÃO ENTRE COMISSÕES

De Comissão: XXXX Data de reunião: XX /02/20xx

Para Comissão: XXXXX

Demanda: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Assinatura secretario ou presidente:

RETORNO:

V. Modelo de ATA de reunião

Rubrica SB

DS EDCL

CÓPIA CONTROLADA

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS LAPH

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E



ATA - REUNIÃO

ATA Nº

Tema da reunião:	REDATOR	DATA: XX/XX/XX	HORA INÍCIO:	HORA TÉRMINO:

PAUTA

(Lista de assuntos para discussão)

STATUS AÇÕES DE REUNIÃO ANTERIORES (PENDÊNCIAS)

AÇÕES	STATUS DISCUTIDOS
(copiar do último dia ações propostas)	(Descrever a atualização das ações, se continuam abertas e o feed back dos motivos de não concluído, e as foram concluídas)

ATA DESCRITIVA DA REUNIÃO

Descrever a ata com todos conteúdo abordados

NOVAS AÇÕES PROPOSTAS

AÇÃO	RESPONSAVEL	PRAZO

LISTA E ASSINATURA DOS PARTICIPANTES

NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA

vi. MODELO DE INDICE

Rubrica SB

DS EDCL

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

PASTA GESTÃO DE DOCUMENTOS

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco

COMISSÃO NUCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

16/07/2024

ÍNDICE

DOCUMENTOS INTERNOS DA COMISSÃO

1. RI.SBCD.NGQ.001 - SEGURANÇA DO PACIENTE
2. PI.SBCD.NSP.001 – PROGRAMA INSTITUCIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE
3. ATO ADMINISTRATIVO
4. FL.SBCD.NGQ.003 – FLUXO DE NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES
5. FL.SBCD.NGQ.001 – ANÁLISE CRÍTICA DE INCIDENTES/ ENCAMINHAMENTO SEGUNDA VÍTIMA
6. F.SBCD.NSP.001 -CRONOGRAMA DE REUNIÕES NSP
7. POP.SBCD.NGQ.002 – NOTIFICAÇÃO EVENTOS ADVERSOS

ATAS MENSAIS

NOTIFICAÇÕES INCIDENTES E ANÁLISES

INTERAÇÃO ENTRE COMISSÕES

Rubrica SB

DS EDCL

11 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Não aplica.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS LAPH

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

REG. CIVIL DE P. JURÍDICA
Fls. 01
GARÇA-SP

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

AO OFICIAL DO REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA DA COMARCA DE GARÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

10º R.T.D.P.J.

SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO, associação não governamental fundada em 19 de novembro de 1939, com seu estatuto social de constituição aprovado em 20 de janeiro de 1940, para fins não econômicos, registrada no CNPJ sob n. 48.211.585/0001-15, com sede na Rua Gabriela, n. 144, município de Garça, Estado de São Paulo, CEP 17400-000, inscrita na Prefeitura do Município de São Paulo com o número de contribuinte 025.016.0034-7, através de seu representante legal **LUIS ANTONIO PICERNI HERCE**, brasileiro, solteiro, advogado, portador da Cédula de identidade RG n. 11.784.356-8, inscrito no CPF/MF sob o n. 034.804.548-44, residente e domiciliado na Avenida Clavasio Alves da Silva, n. 525, bl. 02, apto. 53, Bairro do Limão, município de São Paulo, Estado de São Paulo, vem requerer a averbação e arquivamento da Ata de Reunião do Conselho de Administração realizada em 05/12/2022, junto ao Registro Civil de Pessoa Jurídica, atualmente registrada sob n. 11, à fl. 12, Lv. A (outrora arquivada junto ao Registro n. 6, à fl. 6, do Lv. A-1), juntando para tanto a documentação necessária.

Nestes termos,
pede deferimento.

Garça, 27 de janeiro de 2023

24º INDIANÓPOLIS

LUIS ANTONIO PICERNI HERCE
RG n. 11.784.356-8
CPF/MF n. 034.804.548-44

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
4422
Digitalizado sob nº 11
Registro nº

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

10º R.T.D.P.J.

24º CAPITAL - SP SUBDISTRITO - INDIANÓPOLIS
RICARDO ALEXANDRE DE ALCANTARA - INTERINO

Selo(s): 1 Ato:AB – 0641511
Reconheço, por Semelhança, a firma de: (1) LUIS ANTONIO PICERNI HERCE, sem valor econômico, conforme padrão depositado nesta Serventia.
São Paulo, 27 de janeiro de 2023.
Em testemunho da verdade.

ORIGEM 24º - INDIANÓPOLIS(Valor Unit.R$ 8,00;Qtd 1:Total R$ 8,00)
Feito por:ALEX

AVENIDA DOS EUCAL

Colégio Notarial do Brasil Seção São Paulo

115030
FIRMA 1
S11049AB0641511

24º SUBDISTRITO REGISTRO CIVIL
"INDIANÓPOLIS"
Alex Moreira Santos Junior
ESCREVENTE AUTORIZADO

VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE
REG. CIVIL 24º 1519
SUBDISTRITO INDIANÓPOLIS - SÃO PAULO

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

10º R.T.D.P.J. REG. CIVIL DE P. JURÍDICA Fls. 02 GARÇA - SP

Sociedade Beneficente
Caminho de Damasco - SBCD

EDITAL DE CONVOCAÇÃO DE REUNIÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO, INSCRITA NO CNPJ/MF SOB N. 48.211.585/0001-15, A REALIZAR-SE NO DIA 05 DE DEZEMBRO DE 2022.

O Presidente do Conselho de Administração da Sociedade Beneficente Caminho de Damasco convoca seus membros para Reunião, nos termos de seu estatuto social, a ser realizada no dia 05 de dezembro de 2022, às 11 horas, na filial da Sociedade Beneficente Caminho de Damasco, sito na Rua Doutor Jesuíno Maciel, n. 1956, Campo Belo, município de São Paulo, Estado de São Paulo, CEP 04615-006, para tratar da seguinte ordem do dia:

(i) Análise e aprovação do novo Regulamento de Compras e de Contratação da SBCD;

(ii) Assunto gerais de interesse da Sociedade Beneficente Caminho de Damasco.

Garça, 10 de novembro de 2022.

24º INDIANÓPOLIS

Newton Cesar Carrinhena
Presidente do Conselho de Administração da
Sociedade Beneficente Caminho de Damasco

O presente edital foi afixado na sede e na filial da Sociedade Beneficente Caminho de Damasco, conforme exigido pelo estatuto social, tornando público a todos os associados e membros dos órgãos deliberativos.

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4422
Registro nº 11

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

10º R.T.D.RJ.

SUBDISTRITO - INDIANÓPOLIS
RICARDO ALEXANDRE DE ALCANTARA - INTERINO

Selo(s): 1 Ato:AB – 0641520
Reconheço, por Semelhança, a firma de: (1) NEWTON CESAR CARRINHENA, sem valor econômico, conforme padrão depositado nesta Serventia.
São Paulo, 27 de janeiro de 2023.
Em testemunho da verdade.

ORCPN 24º – INDIANÓPOLIS(Valor Unit.R$ 8,00;Qtd 1;Total R$ 8,00)
Feito por:ALEX

AVENIDA DOS EUC

Colégio Notarial do Brasil
115030
FIRMA 1
S11049AB0641520

24º SUBDISTRITO REGISTRO CIVIL
"INDIANÓPOLIS"
Alex Moreira Santos Junior
ESCREVENTE AUTORIZADO

DS

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

Sociedade Beneficente
Caminho de Damasco - SBCD

10º R.T.D.P.J.
REG. CIVIL DE P. JURÍDICA
Fls. 03
GARÇA-SP

REUNIÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO, INSCRITA NO CNPJ/MF SOB N. 48.211.585/0001-15, REALIZADA NO DIA 05 DE DEZEMBRO DE 2022.

Ao dia cinco de dezembro do ano de dois mil e vinte e dois, as onze horas, realizou-se Reunião do Conselho de Administração, na filial da Sociedade Brasileira Caminho de Damasco, sito na Rua Doutor Jesuíno Maciel, n. 1956, Campo Belo, município de São Paulo, Estado de São Paulo, CEP 04615-006. A reunião foi convocada pelo Presidente do Conselho de Administração, Dr. **Newton Cesar Carrinhena**. Participam da Reunião, além do Presidente do Conselho, os seguintes membros: **Carlos Eli Gargalak Aziz, Moacir Rodrigues da Silva Filho, Carlos Alberto Garofolo, Cylmara Gargalak Aziz Silveira, Vania dos Reis Lombardi**. Além dos membros do Conselho de Administração, participou da reunião o Presidente da Diretoria Executiva, Dr. **Luis Antonio Picerni Herce**. O Presidente do Conselho de Administração, Dr. Newton Cesar Carrinhena, esclareceu que a reunião tem como finalidade a análise e aprovação do novo Regulamento de Compras e de Contratação da Sociedade Brasileira Caminho de Damasco. Após esclarecimentos do Sr. Presidente do Conselho de Administração, passou-se a leitura do Regulamento de Compras e discussão do tema pelos membros presentes do Conselho, a presente deliberação teve a aprovação unanime de todos os membros do Conselho de Administração, bem como a ciência e concordância do Presidente da Diretoria Executiva, sendo aprovado o novo Regulamento de Compras da SBCD, que faz parte integrante da presente Ata. Franqueada a palavra aos presentes, após várias observações e debates, decidiu-se que nada mais havia a ser deliberado ou votado. **Após foi procedida a leitura da presente Ata, a qual foi aprovado por unanimidade dos presentes o novo Regulamento de Compras e de Contratação da SBCD.** A presente ata vai assinada por todos os presentes para que seja encaminhada para registro junto ao Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoa Jurídica da Comarca de Garça/SP. Nada mais havendo deu-se por encerrado os

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 142
Registro nº 11

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

Sociedade Beneficente
Caminho de Damasco - SBCD

10º R.T.D.P.J.

REG. CIVIL P. JURÍDICA Fls. 04 GARÇA - SP

trabalhos. Todos os presentes assinam a presente ata para que surta todos os efeitos legais.

OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DE PESSOAS JURIDICAS DE GARCA -SP
Protocolo: 4.422 Recibo/Cert.
DIGIT. 4.422-Av.264-REG.11-LvA-G.06/2023
Esc.: 152,81; Est.: 46,57; CP: 29,77; R.C.: 8,07; T.J.: 10,43; Desp.: 0,00.
07/02/2023 TOTAL: 259,64

Oficial de Registro de Imóveis e Anexos - Comarca de Garça - SP
MARCELO CARRASCOSSI SASSO
Substituto do Oficial

São Paulo, 05 de dezembro de 2022.

24º INDIANÓPOLIS

Newton César Carrinhena
Presidente do Conselho de Administração

Carlos Eli Gargalak Aziz
Conselheiro

Moacir Rodrigues da Silva Filho
Conselheiro

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4422
Registro nº 11

Carlos Alberto Garofolo
Conselheiro

Cylmara Gargalak Aziz Silveira
Conselheira

SUBDISTRITO - INDIANÓPOLIS
RICARDO ALEXANDRE DE ALCÂNTARA - INTERINO
Selo(s): 2 Atos:AA – 0412924
Reconheço, por Semelhança, as firmas de: (1) LUIS ANTONIO PICERNI HERCE e (1) NEWTON CESAR CARRINHENA, sem valor econômico, conforme padrão depositado nesta Serventia.
São Paulo, 27 de janeiro de 2023.
Em testemunho da verdade.
CROPN 24º - INDIANÓPOLIS(Valor Unit.R$ 8,00;Qtde2;Total R$ 16,00)
Feito por:ALEX
AVENIDA DOS E
115030
FIRMA 2
S21049AA0412924

Vania R. Lombardi
Vania dos Reis Lombardi
Conselheira

24º SUBDISTRITO REGISTRO CIVIL
"INDIANÓPOLIS"
Alex Moreira Santos Junior
ESCREVENTE AUTORIZADO

24º INDIANÓPOLIS

Luis Antonio Picerni Herce
Presidente da Diretoria Executiva

Angelo A. Picolo
OAB/SP 182.375

DS LAPH

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

10º R.T.D.P.J.
REG. CIVIL DE P. JURÍDICA
Fls. 05
GARÇA - 8

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.

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4422
Registro nº 11

DS

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

10º R.T.D.P.J.
2000
REG. CIVIL DE P. JURÍDICA
Fls. 00
GARÇA - SP

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

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4422
Registro nº 11

DS

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

10º R.T.D.P.J. REG. CIVIL DE P. JURÍDICA Fls. 07 COMARCA - SP

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.

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4422
Registro nº 11

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

10º R.T.D.P.J.
REG. CIVIL DE PESSOA JURÍDICA Fls. 08 GARÇA-SP
2002

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.

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4422
Registro nº 11

DS

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

10º R.T.D.P.J.

REG. CIVIL DE P. JURÍDICA Fls. 09 GARÇA-SP

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;

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4422 -
Registro nº 11

DS

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

10º R.T.D.R.J.
REG. CIVIL DE P. JURÍDICA Fls. 10 GARÇA - SP

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.

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4422
Registro nº 11

DS

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

10º R.T.D.P.J.

2005 REG. CIVIL P. JURÍDICA Fls. 11 GARÇA-SP

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.

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4422
Registro nº 11

DS LAPH

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

10º R.T.D.P.J.

REG. CIVIL DE P. JURÍDICA Fls. 12 GARÇA-SP

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;

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4422
Registro nº 11

DS

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

10º R.T.D.P.J.
REG. CIVIL DE P. JURÍDICA
2007
Fls. 13
GARÇA-SP

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;

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4422
Registro nº 11

DS

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

10º R.T.D.P.J.

REG. CIVIL DE P. JURÍDICA Fls. 14 GARÇA-SP

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;
v. 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;
vi. 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;

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4422
Registro nº 11

DS

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

10º R.T.D.P.J.
2009
REG. CIVIL DE P. JURÍDICA Fls. 15 GARÇA

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;
iii. Que, comprovadamente, ocasionaram prejuízo a qualquer Município, por quebra de Contrato ou por execução ineficiente;
iv. Que estejam com o direito de licitar e contratar com a Administração Pública suspenso, ou que por esta tenham sido declaradas inidôneas;
v. Que estejam reunidas em consórcio e sejam controladoras, coligadas ou subsidiárias entre si, qualquer que seja sua forma de constituição;
vi. Estrangeiras que não funcionem no País;
vii. 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;

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4422
Registro nº 11

DS

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

10º R.T.D.R.J.

2010
REG. CIVIL DE P. JURÍDICA
Fls. 10
GARÇA-SP

viii. 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;

ix. Empresas que possuam servidores públicos como sócios ou em seu quadro de empregados.

x. 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;

vii. 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;

viii. *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

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4422
Registro nº 11

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

10º R.T.D.P.J.
2011
REG. CIVIL DE P. JURÍDICA
Fls. 17
GARÇA - SP

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 exigir seu 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

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4422
Registro nº 11

DS

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

10º R.T.D.P.J. 2012
REG. CIVIL DE PESSOA JURÍDICA Fls. 18 GARÇA - SP

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 os efeitos 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;

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4422
Registro nº 11

DS

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

10º R.T.D.P.J.
2013
REG. CIVIL DE P. JURÍDICA Fls. 19 GARÇA - SP

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.

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4422
Registro nº 11

DS

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

10º R.T.D.P.J.
REG. CIVIL DE P. JURÍDICA Fls. 20 GARÇA-SP
2014

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

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4422
Registro nº 11

DS LAPH

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

10º R.T.D.P.J.

2015

REG. CIVIL DE P. JURÍDICA Fls. 21 GARÇA-SP

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.

24º INDIANÓPOLIS

Newton Cesar Carminhena
Conselho de Administração

24º INDIANÓPOLIS

Luis Antonio Picerni Herce
Diretoria Executiva

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4422
Registro nº 11

DS

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

10º R.T.D.P.J.

SUBDISTRITO - INDIANÓPOLIS
RICARDO ALEXANDRE DE ALCÂNTARA - INTERINO

Selo(s): 2 Atos:AA – 0412925
Reconheço, por Semelhança, as firmas de: (1) LUIS ANTONIO PICERNI HERCE e (1) NEWTON CESAR CARRINHENA, sem valor econômico, conforme padrão depositado nesta Serventia.
São Paulo, 27 de janeiro de 2023.
Em testemunho da verdade.

ORCPN 24º – INDIANÓPOLIS(valor Unit.R$ 8,00;Qtd2.Total R$ 16,00)
Feito por:ALEX

AVENIDA DOS EUCA

24º SUBDISTRITO REGISTRO CIVIL
"INDIANÓPOLIS"
Alex Moreira Santos Junior
ESCREVENTE AUTORIZADO

Colégio Notarial do Brasil Seção São Paulo
115030
FIRMA 2
S21049AA0412925

VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE
SUBDISTRITO INDIANÓPOLIS

DS

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

2017

OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURIDICA DE GARÇA - SP
CNPJ: 49.887.383/0001-50
AV. DR. RAFAEL PAES DE BARROS, 222 Fone: (014) 3466-2004
BEL. PAULO ANTONIO IGNACIO DA SILVA - OFICIAL

10º R.T.D.

REG. CIVIL DE P. JURÍDICA Fls. 22

CERTIDÃO DE ATOS PRATICADOS - PROTOCOLO Nº: 4422

CERTIFICA que o presente título, protocolado sob número 4.422 em 07/02/2023, deu origem ao(s) sequinte(s) ato(s) nesta Serventia:

ATO

Valor Base	Oficial	Estado	Sec. Faz.	R. Civil	Tribunal	M.P.*	I.M.**	TOTAL
DIGIT.4.422 -Av.264-REG.11-LvA-G.06/2023								
0	R$ 53,51	R$ 15,22	R$ 10,42	R$ 2,82	R$ 3,68	R$ 2,57	R$ 2,67	R$ 90,89
					SELO DIGITAL:		1197014PJNR010007744YH232	
PÁGINAS ACRESCER - DIGIT.4.422 -Av.264-REG.11-LvA-G.06/2023								
15	R$ 99,30	R$ 28,35	R$ 19,35	R$ 5,25	R$ 6,75	R$ 4,80	R$ 4,95	R$ 168,75
					SELO DIGITAL:		1197014PJNR010007744YH232	

Os valores devidos ao Estado e a Carteira de Previdência foram pagos por verba conforme guia arquivada em cartório.

Tabela e valores vigentes na data da prenotação. **COTA: UFESP(7,58)**

* Ministério Públic
** Imposto Municipal

Obs.:

Apresentante
SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO
Natureza
ATA DE ASSEMBLEIA

GARÇA, 07 de fevereiro de 2023

MARCELO CARRASCOSSI SASSO
SUBSTITUTO DO OFICIAL

Oficial de Registro de Imóveis e Anexos - Comarca de Garça - SP
MARCELO CARRASCOSSI SASSO
Substituto do Oficial

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4422
Registro nº 11

RESUMO FINANCEIRO				
DEPÓSITO R$ 259,64	**CUSTAS** R$ 259,64	**DILIGÊNCIA** R$ 0,00	**DESPESAS**	**RECEBER** R$ 0,00
Emolumentos	Estado	Secretária da Fazenda	Registo Civil	Tribunal de Justiça
R$ 152,81	R$ 43,57	R$ 29,77	R$ 8,07	R$ 10,43
Ministério Público	ISS	Condução	Outras Despesas	Total
R$ 7,37	R$ 7,62	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 259,64

Para conferir a procedência deste documento efetue a leitura do QR Code impresso ou acesse o endereço eletrônico https://selodigital.tjsp.jus.br

Selo Digital
1197014PJNR010007744YH232

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

POLÍTICA INSTITUCIONAL	POL.SBCD.015	VERSÃO: 01
GESTÃO DE RISCOS ASSISTENCIAIS	Validade: 01/2027	PAG. 1/17

Elaborado por: Erica Laurindo	Data: 01/2025	Visto: DocuSigned by: Erica de Cassia Laurindo C3691401EA664CF...
Revisado por: Núcleo de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente	Data: 01/2025	Visto DocuSigned by: Dussanva Alegrario da Costa 9D5E0E1D1BD9498...
Aprovado por: Superintendente jurídico	Data: 01/2025	Visto: DocuSigned by: ANGELO ANTONIO PICOLO 8A0F44BE904348A...

Rev.	Pág.(s).	Data	Descrição da Revisão
1	Todas	01/2025	Emissão do Procedimento.

1- OBJETIVO

Alinhada à sua Missão, Visão e os Valores, a Sociedade Brasileira Caminho de Damasco tem como prioridade *o compromisso com a segurança dos pacientes atendidos nas unidades administradas pela instituição e na prestação da assistência à saúde de qualidade*, guiando-se através da excelência dos serviços prestados, a minimização dos riscos e possíveis danos aos pacientes, usuários e familiares.

Para que isso ocorra de maneira sustentável é continuamente identificado as não conformidades e as oportunidades de melhorias nos processos de trabalho e, através da utilização de ferramentas de qualidade, promovemos a identificação e a tomada de medidas corretivas e preventivas, garantindo assim a busca pela excelência na assistência prestada.

Com base na RDC n°. 36/2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde, além de regulamentar a implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente, a Sociedade Brasileira Caminho de Damasco apresenta a Política Institucional de gestão de riscos institucionais, a ser implantado em sua sede e em todas suas unidades administradas.

Esta é o documento norteador para todas as ações a serem desenvolvidas através do Programa Institucional de Segurança do paciente, que deverá ser utilizado como um guia para criação dos Núcleos de Segurança do Paciente e também quanto a elaboração do Plano de Segurança do Paciente, com objetivo de direcionar as atividades operacionais de forma padronizada e validada pela diretoria da SBCD – Sociedade Brasileira Caminho de Damasco, além de definir a metodologia de monitoramento dos eventos adversos, resultados dos planos de melhoria e a gestão de desempenho de indicadores relacionados as práticas de segurança do paciente, proporcionando o desenvolvimento de ciclos de melhoria nos processos assistenciais possibilitando a frequente revisão e definição das estratégias institucionais para o cumprimento de ações para a prestação de uma assistência livre de danos a nossa população.

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

2- TERMOS E DEFINIÇÕES

NSP: Núcleo de Segurança do Paciente
PSP: Programa de Segurança do Paciente
SBCD: Sociedade Brasileira Caminho de Damasco
EA's: Eventos adversos:
Incidente: Entende-se como um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde.
SNVS: Sistema de notificação de vigilância sanitária
CFM: Conselho Federal de Medicina

3- FATORES CRÍTICOS DE SUCESSO

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 incidente em todas as fases da assistência ao paciente, focando a melhoria contínua dos processos do cuidado e uso de tecnologia, reduzindo ao mínimo os danos aos pacientes decorrentes desse cuidado.

4- PROCESSOS

A implantação e implementação da Política nas unidades é de suma importância para consolidar o desenvolvimento da cultura de segurança e gestão de riscos entre os colaboradores, prestadores e pacientes, onde todos precisam aprender seu papel e que toda atividade por mais simples que seja envolve algum risco que pode ter um impacto desde leve para o processo quanto a um impacto alto diretamente a saúde do indivíduo.

Em toda implantação de qualquer rotina, a gestão deve possuir um olhar atento e direcionado a prevenção de riscos com a continua implantação de medidas preventivas com objetivos de melhorar a qualidade dos processos e proporcionar a redução do risco, e assim propagar junto a equipe de trabalho a cultura da segurança.

A capacitação de todos envolvidos deve ser o foco para a implantação de um processo seguro, através de um posicionamento institucional de direcionamento e boas práticas, constantes análises multiprofissional sempre com foco em processos e em melhoria continua, e alinhamento com a gestão de pessoas para o desenvolvimento dos profissionais conforme cada as diretrizes institucionais e aplicadas a cada realidade, utilizando também um código de conduta que traduza a avaliação de desempenho através de uma cultura justa, e o compartilhamento e apresentação dos resultados setoriais e institucionais, possibilitam o crescimento profissional e institucional global.

4.1 DIRETRIZES:

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

4.1.1. Implantação, Constituição, atuação e responsabilidades do Núcleo de segurança do paciente

Um dos objetivos específicos do Programa de Segurança do Paciente é promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e dos Núcleos Locais de Segurança do Paciente em nossas instituições.

Segundo a RDC nº 36/2013, o NSP - Núcleo de Segurança do Paciente é a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente, consistindo em um componente extremamente importante na busca pela qualidade das atividades desenvolvidas nas instituições de saúde.

O NSP deve ser responsável pela articulação dos diversos processos de trabalho e instancias que atuam com envolvimento de riscos assistenciais com objetivo de garantir a assistência segura.

4.1.2. Constituição:

Toda unidade de saúde que se encontra conforme escopo da RDC nº 36/2013, deve ter seu próprio núcleo constituído, sendo a Direção da unidade a responsável pela nomeação de seus membros, e toda equipe receber capacitação específica sobre o tema.

Essa constituição deve estar de acordo com o perfil e complexidade do serviço, garantindo que exista representantes dos principais processos críticos na unidade, com conhecimento dos processos de trabalho e tenham perfil de liderança, lembrando que o olhar do paciente como sujeito e inserido em todo processo de cuidado deve fazer parte na escolha dos membros.

Devido ao caráter estratégico, o NSP deve estar hierarquicamente subordinado diretamente a gestão da unidade (coordenador/ gerente/ diretor) conforme o perfil, e este envolvimento desta autoridade máxima deve ser evidenciado desde a implantação até o acompanhamento e/ou coordenação das principais ações e resultados do programa.

Deve ser constituído por uma equipe multiprofissional, com representatividade que deve ser composta minimamente por:

O Gestor da unidade e 1 médico, 1 enfermeiro, 1 farmacêutico, 1 administrativo;

Conforme complexidade do local podem fazer parte da equipe o enfermeiro de controle de infecção ou vigilância, técnico de segurança do trabalho, e responsavel pela gestão de equipamentos médicos. Sendo que qualquer profissional da instituição, pode ser convidado ocasionalmente a participar de programas e reuniões com foco na

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

segurança do paciente.

4.1.3. Atuação

Sua funcionalidade deve ser semelhante as comissões, através do estabelecimento de um cronograma de reuniões, registros em Atas, além do acompanhamento do plano de ação e atividades especificas conforme legislação.

As interações com as demais estâncias que acompanham aspectos qualidade assistencial como Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saude (SCIRAS), Comissão de Revisão de Óbito, Comissão de Análise de Prontuário, Comissão de Farmácia e Terapêutica, Comissão de Padronização de Materiais, Núcleo de Saúde do Trabalhador, entre outras, é crucial para a melhoria de processos e promoção da cultura de segurança do paciente na instituição.

4.1.4. Responsabilidades:

De acordo com a RDC nº 36/2013, as competências do NSP são descritas a seguir:

- Promover ações para a gestão do risco no serviço de saúde:

  - Fazer uso de ferramentas de gestão de risco para o processo investigatório;
  - Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados,
  - Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente
  - Promover a melhoria dos processos de trabalho pelo estabelecimento de boas práticas;
  - Incorporar a participação do paciente na decisão do seu cuidado, sempre que possível.
  - Implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;
  - Estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde e prever a mitigação de eventos adversos;
  - Desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;
  - Analisar e avaliar os dados sobre incidentes e EAs decorrentes da prestação do serviço de saúde
  - Notificar ao SNVS os EAs decorrentes da prestação do serviço de saúde
  - Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

4.2. Gerenciamento de riscos

O processo de gestão de risco consiste na aplicação sistemática de procedimentos para identificação, análise, avaliação, tratamento, comunicação e monitoramento dos riscos.

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

O conhecimento das etapas desse processo irá auxiliar o NSP nas demais ações previstas na RDC nº 36/20137.

Todos os setores da unidade deverão avaliar os riscos envolvidos em cada etapa do processo, avaliar o grau deste risco, e estabelecer as medidas de prevenção para que este não ocorra.

As seguintes etapas devem ser previstas para a implantação e a gestão de riscos na unidade:

1) Estabelecimento do Contexto – mapeamento do processo;
2) Identificação do Risco: mapeamento de riscos (Brainstorming);
3) Análise do Risco: avaliar frequência, gravidade, probabilidade, detecção, probabilidade;
4) Avaliação do Risco: utilização de ferramentas especificas*;
5) Tratamento do Risco: ações de prevenção/ barreiras/ práticas de controle;
6) Comunicação do Risco: capacitação da equipe quanto a prevenção e divulgação dos resultados;

*As ferramentas a serem utilizada para análise e avaliação do risco será a FMEA (Análise de modo, efeito de falha) ou a Matriz de Risco.

4.3. Notificação de incidentes / eventos adversos:

4.3.1. Fluxo de notificação e tratativa;

Visando a consolidação da cultura de segurança nas unidades, e como processo obrigatório do Plano de segurança do paciente, deve ser realizado a implantação do fluxo de notificação de incidentes, seguindo os formulários de notificação institucional.

A Implementação consiste antecipadamente na capacitação de todos os colaboradores, sobre os objetivos e princípios do programa de segurança, garantir que todos estejam envolvidos, cargos de gestão e toda equipe operacional, assim como prestadores de serviço que atuam na unidade.

A metodologia deve permitir o registro, de forma identificada ou anônima.

O NSP deve prover formulários manuais ou acesso (informatizado, quando possível) para a realização dos registros, e estabelecer em seu plano de segurança as seguintes rotinas:

- Responsabilidades sobre o recebimento, cadastro e classificação da ocorrência.
- Prazo para analise
- Equipe envolvidas nas analises
- Processo de aprovação do NSP das análises e planos de melhoria estabelecidos
- Método de acompanhamento da efetividade das ações
- Método de divulgação

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

- Envolvimento do paciente nas tratativas que assim couberem

4.3.2. Classificação:

Deve- se seguir como padrão as mesmas classificações utilizadas no módulo de notificação de incidentes/eventos adversos da SNVS que foi elaborado com base na Classificação Internacional para Segurança do Paciente da OMS.

Assim o NSP ao receber um incidente deverá proceder a classificação conforme os critérios abaixo:

Os incidentes classificam-se como:

- Circunstância de risco
- Near miss (incidente que não atingiu o paciente);
- Incidente sem dano (evento que atingiu o paciente, mas não causou dano discernível)
- Incidente com dano ou EA (incidente que resulta em dano ao paciente).

Quanto ao grau do dano (impacto que o incidente teve sobre o paciente) segue a classificação:

- NENHUM: não houve nenhuma consequência para o paciente.
- LEVE: o paciente apresentou sintomas leves, danos mínimos ou intermediários de curta duração sem intervenção ou com uma intervenção mínima (pequeno tratamento ou observação).
- MODERADO: o paciente necessitou de intervenção (exemplo: procedimento suplementar ou terapêutica adicional), prolongamento da internação, perda de função, danos permanentes ou em longo prazo.
- GRAVE: necessária intervenção para salvar a vida, grande intervenção médico-cirúrgica ou casou grandes danos permanentes ou em longo prazo; perturbação/risco fetal ou anomalia congênita.
- MORTE: (causada pelo EA).

4.3.3. Ferramentas de análise crítica

Em sequência ao processo do fluxo de notificação, após o recebimento dos registros das ocorrências a equipe do NSP junto aos profissionais envolvidos ou responsáveis deverão iniciar o processo de análise.
A investigação deve ser conduzida de modo a fazer transparecer pontos críticos do processo que levaram ao incidente/evento adverso, sem procurar culpados. O cuidado deve ser redobrado para preservar os funcionários e os envolvidos com o incidente/evento adverso.

As seguintes etapas devem ser seguidas para a condução da investigação do incidente e análise de processos:

1) Identificação e decisão de investigar;

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

2) Seleção de pessoas para composição do time de investigação;
3) Organização e coleta de dados;
4) Determinação da ordem cronológica do incidente;
5) Identificação das características do incidente;
6) Identificação dos fatores contribuintes; e
7) Elaboração de recomendações e desenvolvimento de um plano de ação.

Como ferramenta de análise orientamos o uso de analise a Análise de Causa Raiz pode ser realizada de forma a identificar a causa principal e os fatores contribuintes, ou Protocolo de Londres, como ferramentas de análise para a elaboração dos planos de melhoria a partir dos dados levantados.

4.3.4. Sistema Notivisa – Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária

O serviço de saúde deve cadastrar o NSP no portal da Anvisa.

Todos os incidentes com danos ou EAs ocorridos em serviços de saúde devem ser notificados pelo NSP ao SNVS, de acordo com a RDC nº 36/20137, sendo que somente serão passíveis de análise pelo SNVS, de forma mais detalhada, os eventos graves ou óbitos. Os prazos a serem seguidos estão descritos no programa de segurança institucional e legislações relacionadas

5. Plano de segurança do paciente:

A SBCD apresenta como base para a elaboração dos documentos pelas unidades os seguintes protocolos de prevenção de riscos. Cada unidade deverá elaborar seu pop seguindo os princípios descritos abaixo e o programa institucional de segurança do paciente, assim como a definição dos indicadores de desempenho de cada um dos protocolos, e método de monitoramento de sua aplicação. Todos os protocolos estão descritos no PNSP – Programa Nacional de Segurança do Paciente, e devem ser utilizados como referência para a implantação das práticas e indicadores.

5.1. Protocolo de Identificação segura:

Documento dever conter todas as práticas que garantam a correta identificação do paciente, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes, de forma que assegure que o cuidado seja prestado exatamente a quem se destina.

Este é um protocolo que deve ser aplicado a toda equipe, assistencial e administrativa, e estar implantado em todos os setores da unidade, visto todos manusearem algum tipo de documento ou diretamente na realização do cuidado.

Como regra institucional é obrigatório o uso de no mínimo 2 marcadores sendo o nome e data de nascimento, e sendo opcional da unidade o uso do 3º identificador. (desde que não seja número de leito), para todos documentos, pulseiras ou etiquetas. Além do uso é primordial a educação ao paciente e familiar sobre a importância da dupla

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

conferencia antes de qualquer cuidado.

O uso da pulseira de identificação deve obrigatoriamente e minimamente acontecer em situações de internação, permanência maior que 24 horas, pacientes submetidos a anestesia. Sendo recomendável o uso em serviços de urgência. Em situações de pouca permanência pode ser utilizado a etiqueta adesiva colada no peito.

Os protocolos básicos de Segurança do Paciente têm por característica a o desenvolvimento das 6 metas internacionais de segurança conforme OMS, com as características de serem protocolos sistêmicos, gerenciados, e devem ser instrumentos para construir uma prática assistencial segura, a melhoria do trabalho em equipes e gerenciamento dos riscos.

5.2. Protocolo Comunicação efetiva

A comunicação entre a equipe interdisciplinar de saúde é determinante na qualidade e segurança da prestação de cuidados aos indivíduos. Problemas de comunicação tem sido um dos principais fatores que contribuem para a ocorrência de eventos adversos e, consequentemente, diminuição da qualidade dos cuidados.

O protocolo de comunicação efetiva tem grande abrangência sendo obrigatório a implantação em todos os setores e processos institucionais, considerando a comunicação eletrônica, verbal ou escrita. O objetivo de identificar pontos críticos, mapear os riscos e direcionar a elaboração de pops direcionados ao perfil deverá ser responsabilidade do NSP.

Entre os objetivos do protocolo segue itens a serem desenvolvidos para a garantia da comunicação, envolvendo toda equipe multidisciplinar, conforme pré definido no programa de segurança do paciente:

- Procedimentos definidos para prescrição de medicamentos
- Procedimentos para registro em prontuário
- Procedimentos para garantir a transição do cuidado
- Procedimentos para passagem de plantão
- Procedimentos para transferências externa de pacientes
- Procedimentos para informação de resultados críticos de exames
- Procedimentos para arquivo de documentos impressos

A equipe deve ser capacitada sobre o processo de comunicação referente a comunicação não verbal, comunicação assertiva e comunicação escrita e a ferramenta SBAR.

Todas as situações envolvendo o processo de comunicação deve ser sempre avaliado sobre a ótica do registro de incidente e riscos.

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

5.3. Protocolo de Prevenção de queda

O protocolo tem a finalidade de minimizar a ocorrência de queda de pacientes nos pontos de assistência a e o dano dela decorrente, por meio da implantação/implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco do paciente, garantam o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro, e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais.

Abrange todas unidades de saúde que realizam assistência ao paciente inclusive domiciliar e toda equipe que atua na instituição assistencial e administrativa.

A avaliação do risco de queda deve ser feita no momento da admissão do paciente com o emprego de uma escala adequada ao perfil de pacientes da instituição. Esta avaliação deve ser repetida diariamente até a alta do paciente, através do uso de escalas conforme perfil de paciente adulto e pediátrico. Será utilizado a escala de Morse como instrumento institucional.

A unidade de saúde, orientada pelo NSP, deverá adotar medidas gerais para a prevenção de quedas de todos os pacientes, independente do risco através do protocolo de prevenção de queda. Essas medidas incluem a criação de um ambiente de cuidado seguro conforme legislação vigente, além disso, procedimentos devem ser estabelecidos e implementados para garantir a comunicação efetiva entre profissionais e serviços sobre o risco de queda nas passagens de plantão.

5.4. Protocolo de prevenção de lesão por pressão

Protocolo relacionado as ações de cuidado e prevenção em todos os processos onde o risco de comprometimento da integridade da pele, seja por longo período de internação, mobilização em maca e pranchas em transporte de urgência, movimentações de pacientes em exames, pacientes sob cuidados domiciliares ou em uso de órteses ou cadeirantes.

A utilização de escalas para determinação do grau de risco é obrigatória para pacientes internados ou acamados, sendo padronizado a escala de Braden e para pediatria Braden Q.

A implantação também de boas práticas de prevenção de lesão em todo o âmbito da assistência é papel da equipe multiprofissional, sendo importante a capacitação e reciclagem dos profissionais conforme atividades e riscos mapeados.

O estabelecimento do protocolo aplicação e monitoramento conforme as análises dos eventos notificados é fundamental para avaliação da efetividade do protocolo descrito.

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

5.5. Protocolo de prevenção de infeções - Higiene de mãos

Este protocolo tem o objetivo de prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), visando à segurança do paciente, dos profissionais de saúde e de todos aqueles envolvidos nos cuidados aos pacientes. Deve ser aplicado em todas unidades envolvendo 100% de colaboradores, assistências e administrativos.

"Higiene das mãos" é um termo geral, que se refere a qualquer ação de higienizar as mãos para prevenir a transmissão de micro-organismos e consequentemente evitar que pacientes e profissionais de saúde adquiram IRAS. De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa, o termo engloba a higiene simples, a higiene antisséptica, a fricção 2 antisséptica das mãos com preparação alcoólica, definidas a seguir, e a antissepsia cirúrgica das mãos, que não será abordada neste protocolo.

O protocolo deve ser aplicado em todos os Pontos de Assistência, tendo em vista a necessidade de realização da higiene das mãos exatamente onde o atendimento ocorre. Para tal, é necessário o fácil acesso a um produto de higienização das mãos, como por exemplo, a preparação alcoólica. O Produto de higienização das mãos deverá estar tão próximo quanto possível do profissional, ou seja, ao alcance das mãos no ponto de atenção ou local de tratamento, sem a necessidade do profissional se deslocar do ambiente no qual se encontra o paciente, seguindo minimamente os cinco momentos para a higiene das mãos previsto no protocolo.

Este documento deve ser elaborado pela unidade, conforme o perfil de atendimento inclusive atenção domiciliar.

Os indicadores obrigatórios definidos no protocolo devem ser aplicados na íntegra, e o recomendável também deverá ser aplicado.

5.6. Protocolo de cirurgia segura

O protocolo para Cirurgia Segura deverá ser aplicado em todos os locais dos estabelecimentos de saúde em que sejam realizados procedimentos, quer terapêuticos, quer diagnósticos, que impliquem em incisão no corpo humano ou em introdução de equipamentos endoscópios, dentro ou fora de centro cirúrgico, por qualquer profissional de saúde.

Este protocolo trata especificamente da utilização sistemática da Lista de Verificação de Cirurgia Segura como uma 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, e que deverá obrigatoriamente ser aplicado em todo serviço que realizar procedimentos conforme perfil acima descrito.

5.7. Protocolo uso seguro de medicamentos

O protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos deverá ser aplicado em todos os estabelecimentos que prestam cuidados à saúde, em todos os níveis de complexidade, em que medicamentos sejam utilizados para profilaxia, exames diagnósticos, tratamento e medidas paliativas.

O estabelecimento de saúde deve ter uma lista de medicamentos selecionados/padronizados considerando-

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

se critérios de efetividade, segurança e custo.

As unidades de saúde deverão divulgar a sua lista de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância que constam na padronização da instituição, indicando as doses máximas desses medicamentos, a forma de administração (reconstituição, diluição, tempo de infusão, via de administração), a indicação e a dose usual. Os medicamentos classificados como drogas de alta vigilância são identificados com etiqueta preta enfatizando o alto potencial de risco, em separado dos demais medicamentos da farmácia.

Realizado o monitoramento do armazenamento e identificação das Drogas de alta vigilância nas áreas através da verificação setorial mensal.

Todos os medicamentos que são dispensados pela farmácia para uso das áreas internas recebem uma etiqueta para que haja registro da data de abertura e validade de acordo com protocolo estabelecido, isto minimiza a ocorrência de contaminação e redução dos efeitos terapêuticos.

Caso exista a suspeita de reações adversas a medicamentos ou a ocorrência de erros ou eventos adversos no processo assistencial, estes devem ser notificados ao Núcleo de Segurança do Paciente.

O processo da prescrição deve estar padronizado e com o respectivo procedimento operacional padrão escrito, atualizado, validado, divulgado e disponível em local de fácil acesso. As prescrições devem ser analisadas por farmacêutico antes de serem dispensadas;

O estabelecimento de saúde deverá realizar ações de educação permanente, de forma sistemática e registrada, para farmacêuticos e auxiliares de farmácia, com foco na segurança do uso de medicamentos, envolvendo os processos de: seleção, padronização, armazenamento, fracionamento, análise farmacêutica da prescrição e dispensação dos medicamentos. O estabelecimento de saúde deverá manter farmacêuticos e auxiliares de farmácia em número suficiente para permitir a dispensação segura de medicamentos.

5.8. Boas práticas para o uso seguro de equipamentos e materiais

A contribuição e participação dos setores de engenharia clínica e gestão de suprimentos deve acontecer através de representantes no NSP, ou na convocação dos responsáveis para a definições de ações de prevenção através da construção dos procedimentos operacionais e normativas que orientem as boas práticas relacionadas a aquisição, utilização de insumos e equipamentos hospitalares.

Constituindo o programa de capacitação dos usuários, fluxo de notificação de não conformidades e acompanhamento dos processos de manutenção preventiva, calibrações e manutenção corretiva, com foco na garantia da qualidade e segurança na utilização dos itens durante a assistência prestada.

5.9. Diretrizes para aplicação do Termo de consentimento livre e esclarecido

O consentimento livre e esclarecido consiste no ato de decisão, concordância e aprovação do paciente ou de seu representante, após a necessária informação e explicações, sob a responsabilidade do médico, a respeito dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos que lhe são indicados.

Deve anteceder todo e qualquer procedimento diagnóstico e/ou terapêutico com potencial para causar dano ou agravo à saúde do mesmo ou apresentar efeitos indesejáveis durante sua execução ou após sua finalização e deverá ser parte integrante do prontuário.

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

As Resoluções específicas são:

- ✓ Resolução do CFM 1.931/09 (Código de Ética Médica): "É vedado ao médico: deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. "
- ✓ R ESO LU Ç ÃO CFM Nº22 17 DE 27/ 0 9/2018
  Capítulo IV DIREITOS HUMANOS É vedado ao médico: Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.
- ✓ Resolução do CFM 1.081/82;
- ✓ Resolução do CFM 1.802/06;

Em todas unidades a aplicação do Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido é obrigatória para pacientes que sejam submetidos a procedimento anestésico ou cirúrgico, o responsavel pela gestão assistencial deverá definir conforme os procedimentos realizados a necessidade da aplicação do termo de consentimento conforme recomendação do conselho federal de medicina - CFM Nº 1/2016:

a) O esclarecimento claro, pertinente e suficiente sobre justificativas, objetivos esperados, benefícios, riscos, efeitos colaterais, complicações, duração, cuidados e outros aspectos específicos inerentes à execução tem o objetivo de obter o consentimento livre e a decisão segura do paciente para a realização de procedimentos médicos.
b) A forma verbal é a normalmente utilizada para obtenção de consentimento para a maioria dos procedimentos realizados, devendo o fato ser registrado em prontuário. Contudo, recomenda-se a elaboração escrita (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).
c) A redação do documento deve ser feita em linguagem clara, que permita ao paciente entender o procedimento e suas consequências, na medida de sua compreensão. Os termos científicos, quando necessários, precisam ser acompanhados de seu significado, em linguagem acessível.
d) O paciente, ou seu representante legal, após esclarecido, assume a responsabilidade de cumprir fielmente todas as recomendações feitas pelo médico assistente.

Compete a cada unidade confeccionar os termos adequados às intervenções propostas, de acordo com seu perfil, porém deve obrigatoriamente constar em cada formulário:

Identificação do paciente e seu responsável legal (nome completo, data de nascimento e documento);
Termos claros, conforme prevê a legislação acima
O profissional deverá esclarecer quaisquer dúvidas e riscos.
O documento deve conter a afirmação de que o paciente obteve os esclarecimentos necessários e que compreendeu o que lhe foi explicado, consentindo então a realização do procedimento.

O documento deverá ser assinado pelo paciente (ou seu representante legal) e o médico.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

O termo de consentimento deve fazer do processo educacional do paciente e familiar.

Situações específicas:

- ✓ Termos de consentimento para realização de exames – teste rápido: deverá ser explicado pelo enfermeiro o motivo do uso e solicitar a assinatura do paciente ou responsável.
- ✓ Termo de consentimento para internação involuntária: deverá ser utilizado conforme legislação e assinado pelo familiar ou responsável. (Lei nº 10216 de 2001)

5.10. Auditorias preventivas

Deve ser estabelecido pelo NSP um programa de auditorias internas a serem realizadas por equipe interna e integrantes do NSP, com objetivo do monitoramento da aplicação das práticas de controle de risco, praticas definidas pelos protocolos de segurança.

Cada instituição, conforme seu perfil (atenção básica, média ou alta complexidade) deverá elaborar ferramentas de acompanhamento e avaliação das práticas previstas nos protocolos, que permita mensurar os resultados.

A partir deste monitoramento que deverá ser continuo, ser identificado oportunidades de ações de melhoria. A periodicidade e metodologia seguirá orientação descrita no Programa Institucional.

5.11. Farmacovigilância, tecnicovigilância, hemovigilância

O NSP deve definir os fluxos e responsáveis pelos processos de notificações aos órgãos competentes, além de promover a capacitação dos colaboradores referente as situações notificáveis através da inclusão dos temas no seu programa de integração de novos colaboradores e reciclagem anual.

5.12. Cuidado centrado no paciente

Todas unidades devem possuir um serviço de ouvidoria, este deve estar disponível e acessível para permitir um canal de comunicação rápido, com sigilo e eficaz entre usuário e instituição.

Deverá ser disponibilizado em todas unidades em acesso visual os direitos e responsabilidades dos pacientes, também pode ser fornecido em forma de manual nos casos de internações e sempre que possível ser apresentado ao paciente e acompanhante.

Todo atendimento apesar de ser baseado em protocolos, o olhar sobre cada paciente deverá ser

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

individualizado na compreensão do cuidado a ser realizado, pautado no respeito de suas crenças, diferenças, limitações e escolhas.

O envolvimento do paciente na prevenção de eventos e gestão de riscos deve estar estabelecido dentro do processo de cuidado, estar descrito e formalizado dentro de todas rotinas e atividades diretamente com o paciente, sempre com o objetivo não são de orientar o paciente, mas educar e capacitar para ele e seu acompanhante e familiar conhecer o processo da sua doença e atuar em seu auto cuidado.

Toda equipe de assistência tem que estar capacitada em como intervir junto a família e paciente diante as situações de incidentes e eventos adversos, como apoio diante situações de risco ou que tenham atingido o paciente em conduzir de maneira ética e que fortaleça os laços do cuidado seguro e com transparência.

5.13. Cultura da segurança -Desenvolvimento e capacitação dos colaboradores

Toda unidade tem seu plano institucional de educação permanente, e neste plano que deve abranger equipe assistencial e administrativa, a reciclagem anual de todos protocolos de segurança, sendo que deve ser aplicado conforme perfil da atividade.

Também apresentado no programa o plano para implantação dos principais protocolos de segurança e temas de capacitação importantes para a construção da cultura de segurança organizacional.

5.14. Comunicação e divulgação incidentes

5.14.1. Ocorrência de incidentes – Tratativa com envolvidos

È de suma importância o acolhimento do paciente e acompanhantes/familiares em situações de incidentes e eventos adversos, onde o mesmo seja atingido. A equipe deve ser preparada para a abordagem de forma transparente e humanizada do paciente e familiar, onde deve ocorrer todas as explicações e esclarecimentos de dúvidas, serem expostos todos os mecanismos de prevenção de danos e o tratamento da ocorrência pela equipe interna, e posteriormente a análise e ações de melhoria. Essa atividade sempre deverá ser acompanhada pelo serviço de ouvidoria da SBCD.

Assim como o acolhimento dos profissionais envolvidos em incidentes, que devem ser ouvidos e acompanhados pela gestão.

5.14.2. Divulgação internas das notificações

Cada unidade deve realizar a divulgação periódica dos registros de eventos e não conformidades, e as ações de melhoria que foram realizadas a partir das análises críticas. A metodologia deve garantir que toda equipe pelo acesso à informação, e estar conforme a padronização definida no programa de segurança de forma que garanta

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

a privacidade do registro quanto aos envolvidos.

5.15 Mapeamento riscos das linhas de cuidado

Em todos os procedimentos descritos de técnicas e rotinas ou protocolos, deverão estar descritos os riscos inerentes ao processo relacionado.

Estes riscos previstos nos procedimentos ou manuais deverão estar alinhados aos riscos mapeados através da ferramenta FMEA.

5- ABRANGÊNCIA - STAKEHOLDERS

Aplicável a toda equipe de trabalho atuante nas unidades da SBCD.
Independente do vínculo de trabalho, a atuação nas unidades sob a gestão deve seguir todas as diretrizes baseadas nesta política, em relação a segurança do paciente.
Aplicável a todos pacientes e usuários do serviço

6- RESULTADOS ESPERADOS / PRODUTIVIDADE

Implantação e operacionalização do núcleo de segurança e de todos protocolos de segurança.
Gestão de resultado através do acompanhamento dos indicadores
Aprendizagem a partir das analises criticas de eventos, indicadores e ações de melhoria

7- INDICADORES RELACIONADOS

Número de eventos notificados
Numero de eventos analisados no prazo
Número de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente
Percentual (%) de pacientes recebendo avaliação diária para risco de UPP.
Incidência de UPP.
Consumo de preparação alcoólica para as mãos
Consumo de Percentual (%) de adesão ao protocolo de higiene das mãos
Proporção de pacientes com avaliação de risco de queda realizada na admissão.
Número de quedas com dano.
Número de quedas sem dano.
Índice de quedas
Percentual de cumprimento do protocolo de antibioticoprofilaxia;
Taxa de mortalidade cirúrgica intra-hospitalar ajustada ao risco;
Taxa de adesão à Lista de Verificação.
Numero de eventos relacionado ao processo cirúrgico
Taxa de erros relacionados a administração de medicamentos
Taxa de erros na dispensação

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

Taxa de erro de prescrição
Taxa de eventos adversos relacionados à falha no processo de comunicação

8- COMPETÊNCIAS

Gerente / Diretor/ coordenador: promover a implantação da política e apresentar os resultados junto a equipe.
Equipe operacional: realizar a adaptação da politica ao perfil da unidade através do desenvolvimento de pops e boas práticas.
Capacitar todos envolvidos, desenvolver mecanismos de monitoramento da aplicação da politica e ações /pop oriundos da mesma.
Promover oportunidades de educação ao paciente e familiares ou acompanhantes quando aos objetivos da política de segurança.

9-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC n° 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 26 Jul 2013

2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília(DF): ANVISA; 2016.

3. Agência Nacional de Vigilância Sanitária [homepage na internet]. Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA n° 01/2015. Orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde[acesso em 20 out 2016]. Disponível em http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/alertas/item/ nota-tecnica-gvims-ggtes-anvisa-n-01-2015.

4. Resolução RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013, institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.

5. Protocolos básicos de segurança do paciente - https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/pnsp/protocolos-basicos, acesso em 10/04/2023

6. BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, 2013.

7. BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Higienização das Mãos em Serviços de Saúde. Brasília, 2007. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/pnsp/protocolos-basicos, Acesso em 17 de abril de 2023.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

8. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.638 de 10 de julho de 2002.

9. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf, acesso em 17 de abril de 2023.

10. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Protocolo de identificação do paciente. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/pnsp/protocolos-basicos/protocolo-de-identificacao-do-paciente/view , acesso em 15 de abril de 2023.

11. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Protocolo de úlcera de pressão. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/pnsp/protocolos-basicos/protocolo-ulcera-por-pressao.pdf/view , acesso em 12 de abril de 2023

12. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Protocolo de prevenção de quedas. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/pnsp/protocolos-basicos/protocolo-de-prevencao-de-quedas/@@download/file , acesso em 12 de abril de 2023.

13. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Protocolo de segurança na prescrição uso e administração de medicamentos. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/pnsp/protocolos-basicos/protocolo-seguraca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos.pdf/view , acesso em 15 de abril de 2023.

14. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Protocolo para cirurgia segura. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/pnsp/protocolos-basicos/protocolo-cirurgia-segura.pdf/view , acesso em 15 de abril de 2023

10- ANEXOS

Não aplica

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.SBCD.NGQ.007	VERSÃO: 02
GERENCIAMENTO E IMPLANTAÇÃO DE NUCLEOS / COMISSÕES	VALIDADE: 05/2027	Pag. 1 de 11

Elaborado por: Gerência da Qualidade – Érica Laurindo	Data: 07/2023	
Revisado por: Coordenação da Qualidade – Sabrina Benetti	Data: 05/2025	Visto: Assinado por: Sabrina Benetti 36842B6BE0BE4CE...
Aprovado por: Gerência da Qualidade – Érica Laurindo	Data: 05/2025	Visto: DocuSigned by: Erica de Cassia Laurindo C3591491EA564CF...

Rev.	Data	Descrição da Revisão / Data / Responsável
0	Não se aplica	Emissão inicial.
01	05/2025	Atualização na integra para atendimento a todas unidades gerenciadas pela SBCD. Alterado titulo visto o documento irá abranger o processo desde a implantação e gerenciamento do funcionamento das mesmas. Alterado nome do documento de ROTEIRO DE FUNCIONAMENTO DE COMISSÕES para GERENCIAMENTO E IMPLANTAÇÃO DE NÚCLEOS E COMISSÕES. Revisado por: Erica Laurindo DocuSigned by: Erica de Cassia Laurindo C3591491EA564CF...

1- OBJETIVO

Definir e normatizar o padrão para implantação e funcionamento das comissões existentes nas unidades geridas pela SBCD.

2 – ALCANCE

A toda equipe administrativa ou assistencial das unidades que realizam reuniões de comissões e núcleos.

3 – COMPETÊNCIA

- **GERENTES/ COORDENADORES:**

  Garantir a aplicação do presente documento e orientar equipe sobre a instituição, funcionamento, e gestão das comissões;

- **GESTORES e COLABORADORES:**

  Cumprir a rotina descrita e atender as normativas sobre as comissões.

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

SBCD: Sociedade Brasileira Caminho de Damasco

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

5 DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

5.1. Da Organização:

As comissões obrigatórias conforme as legislações vigentes de cada tipo de serviço deverão ser implantadas pelo gestor da unidade, imediato a SBCD assumir a gestão da unidade.

Outras comissões ou núcleos não obrigatórios somente serão implantadas, após análise de sua necessidade, e aprovação do setor de Gestão da Qualidade Institucional.

As Comissões deverão ser formalizadas através do documento próprio (Ato administrativo de nomeação – anexo1), na sequência agendada a primeira reunião com os membros desta e elaborada a ata de abertura, contendo: definição dos membros, periodicidade, tempo de mandato, objetivo e responsabilidade.

Deverá ser organizada uma pasta física para arquivo dos documentos específicos da comissão, em anexo segue modelo para o índice para organização da pasta.

Rubrica SB

DS EDCL

5.2. Elaboração da Ata de Abertura ou Regimento interno da comissão

Ambos os documentos Ata de abertura ou Regimento Interno tem a mesma finalidade e função, pode um ser substituído pelo outro, estes têm a validade de dois anos. Devendo ser revisados a cada dois anos ou conforme legislação específica.

Todas as reuniões deverão obrigatoriamente ser registradas. Estes registros deverão seguir o padrão do formulário instituído: F. SBCD.NGQ.004 Ata de Reunião e seguir o pop sobre elaboração de ata.

Núcleo e grupos não tem a obrigatoriedade de possui um regimento, normalmente tem um documento norteador para orientar as atividades e objetivo da atividade. Este deverá ser elaborado e implantado pela própria comissão em até 3 meses da abertura da mesma.

5.3. Da Composição

As Comissões serão compostas de acordo com o preconizado em legislação (caso a Comissão tenha exigência legal) ou com funções e profissionais que tenham afinidade com o objetivo da existência desta.

A nomeação dos membros será responsabilidade da gerencia local.

A comissão poderá sugerir a participação ou o desligamento de algum membro, mas deverá encaminhar a solicitação a gerencia para aprovação.

Deverá ser realizado esta solicitação nomeação formalmente ao gerente, e após aceite, comunicar o colaborador também formalmente, através do formulário de nomeação de membro (Anexo II)

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS LAPH

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

F.SBCD.NGQ.015_COMUNICAÇÃO DE NOMEAÇÃO DE COMISSÃO e F.SBCD.NGQ.016_ATO NOMEAÇÃO COMISSÃO

Em caso de solicitação de desligamento o responsável deverá realizar uma declaração de próprio punho e ser mantida na pasta da comissão.

As únicas exceções serão para as Comissões de Ética médica, de Ética de Enfermagem e da CIPA, nas quais um novo membro somente poderá ser escolhido através de eleições. Nestes casos, os processos ocorrerão de acordo com a legislação que rege o assunto.

Toda Comissão deverá ter Presidente e Secretário. As funções de cada membro serão definidas na ata de abertura, porém caberá obrigatoriamente ao:

Rubrica SB

DS EDCL

5.3.1. Presidente:

- Presidir as reuniões;
- Manifestar-se em nome da Comissão;
- Assinar documentos (salvo se delegar formalmente a algum membro da Comissão).
- Lembrar aos presentes do dia, horário e local da próxima reunião.

5.3.2. Secretário:

- Registrar as reuniões em ata;
- Colher assinaturas dos membros e convidados especiais em ata;
- Cumprir atribuições designadas pelo Presidente e substituí-lo na sua ausência, presidindo as reuniões (caso a Comissão não tenha Vice Presidente);
- Agendar as reuniões e reservar local com o responsável antecipadamente e comunicar a secretária da diretoria;
- Divulgar o cronograma anual da comissão e comunicar via e-mail ou telefone, 48h antes da data, o lembrete do horário e local da reunião a todos os membros.

No caso de vacância do cargo de Presidente e Secretário, estes serão escolhidos entre seus pares, através de votação direta ou outro processo de escolha deliberado pela própria Comissão.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS LAPH

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

5.4. Cronograma de Reunião

Na primeira reunião do ano, as Comissões deverão elaborar seu cronograma anual de reuniões. Este cronograma deverá ser registrado no modelo de documento padronizado pelo Núcleo de Gestão da Qualidade: F.SBCD.NGQ.014_CRONOGRAMA DE COMISSÃO

Preferencialmente realizar as reuniões antes da última semana do mês para evitar atraso com as assinaturas e entrega dos documentos no prazo estipulado.

As reuniões ordinárias serão realizadas conforme calendário aprovado pela Comissão. As extraordinárias serão convocadas pelo Presidente no prazo mínimo de 48 horas.

Rubrica SB

DS EDCL

5.4. Definição da Pauta

Toda reunião deverá ter uma pauta previamente definida junto ao Secretário e aprovada pelo Presidente. Qualquer membro ou gerente poderá solicitar a inclusão de assuntos na pauta. Durante a reunião serão tratados com prioridade os assuntos relacionados na pauta. Os demais assuntos não enviados previamente deverão constar como Assuntos Gerais e serão tratados no final da reunião, se houver tempo hábil, ou por deliberação do Presidente. Se não houver tempo hábil para tratar todos os assuntos propostos, estes ficarão na pauta para serem tratados na próxima reunião. Na definição da pauta sempre devem constar as pendências anteriores, acompanhamento das ações e assuntos gerais. Além desses assuntos específicos definidos pelo presidente e secretário.

5.5. Como preparar uma reunião efetiva

- Defina pauta
- Seja objetivo e Mantenha o Foco
- Defina Tempo de Duração
- Final da reunião faça um resumo verbal dos assuntos tratados e peça feedback aos participantes se a reunião foi efetiva.

5.6. Dinâmica das Reuniões

As reuniões serão abertas pelo Presidente e para deliberar deverão ter quórum mínimo de metade dos membros efetivos.

Serão iniciadas com leitura das pendências advindas das reuniões anteriores e última ATA (leitura esta que será

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS LAPH

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

feita pelo Secretário ou seu substituto) devendo cada responsável dar o retorno sobre andamento destas pendências.

Em seguida, será lida a pauta com assuntos a serem tratados, momento o qual será passada a palavra para quem quiser fazer o uso da mesma. As discussões deverão ser registradas em ata. Após a discussão de cada assunto, o Presidente fará a deliberação e encaminhamento do mesmo.

No final da reunião deverão ser registrados os assuntos pendentes, ações, responsáveis e prazos.

Após finalização da ata, todos os membros assinam a mesma.

Em seguida, o Presidente fará as considerações finais, lembrando data, hora e local da próxima reunião.

O registro da ATA (modelo Anexo V) deverá ser elaborado pelo Secretário ou na ausência deste qualquer outro membro designado pelo presidente.

Rubrica SB

DS EDCL

5.7. Atualização de membros

A cada alteração de membros deve ser preenchido novo formulário de lista de membros e encaminhado para qualidade em até 30 dias, e a qualidade deverá monitorar conforme descrições nas atas das ausências e faltas.

5.8. Controle de faltas

Em caso de falta o membro da comissão deverá solicitar antecipadamente a autorização a gerencia e indicar um representante para substituição.

Caso ocorra um imprevisto e não participe da reunião deverá realizar a Justificava de ausência em comissão de próprio punho.

Análise sobre o caráter da justificativa caberá ao gerente da unidade.

Nos casos de mais de 3 faltas anuais o presidente deverá comunicar a gerencia via comunicado interno.

5.9. Liberação e Acesso a documentos

Os registros e documentos de todas as Comissões (com exceção da Comissão de Ética Médica e Ética de Enfermagem) ficarão arquivados em armário e o acesso será privativo dos Presidentes, secretários das Comissões (ou autorização escrita do mesmo).

As atas da Comissão de Ética Médica e Ética de Enfermagem ficarão arquivadas junto aos presidentes.

5.10. Da Identificação das Interações

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS LAPH

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

Se durante a reunião da Comissão, o Presidente identificar a necessidade de interação com outra Comissão, o mesmo deverá preencher o formulário: F.SBCD.NGQ.017_INTERAÇÃO ENTRE COMISSÕES- Anexo IV e encaminhar uma cópia para a comissão responsável, e anexar uma cópia na própria ata.
A Comissão solicitada responderá ao questionamento no próprio formulário e devolverá e a resposta à Comissão solicitante.

5.11. Disposições Finais

Este documento entre em vigor a partir de 01/08/2023 devendo todas as Comissões/ nucleos se adequarem ao mesmo. Os assuntos não contemplados neste instrumento serão resolvidos pelo Núcleo de qualidade e segurança do paciente local com validação posterior institucional. (quando a unidade não dispor de serviço da qualidade local deverá reportar ao corporativo)

Rubrica SB DS EDCL

5.12. Gestão das comissões

A unidade que possuir Setor da qualidade este deverá ser responsável em monitorar a realização de todas reuniões das comissões existentes com as seguintes atribuições abaixo, mas na ausência deste serviço o gestor da unidade deverá definir o responsável pela organização e acompanhamento das comissões:

a) Arquivar a pasta da reunião que pode ser definida em ficar na sala da qualidade ou gestão administrativo com acesso restrito
b) Receber a ata da comissão para arquivo em pasta e documentos relacionados;
c) Acompanhar o prazo de envio das atas pelos responsáveis até o último dia do mês;
d) Acompanhar alterações dos cronogramas e formulário de alteração de membros aos presidentes ou secretários conforme a necessidade;
e) Acompanhar o cumprimento das datas e realizações das reuniões;
f) Tabular as presenças e faltas dos participantes e encaminhar a gerencia responsável o relatório de gestão.
g) Realizar a leitura das Atas e solicitar possíveis adequações quando necessário;
h) Acompanhar as necessidades de interação entre comissões ou comunicados internos, realizando os devidos protocolos e acompanhando prazos de respostas. Assim como identificar nas Atas os processos de interação;
i) Monitorar através de uma ferramenta definida o cumprimento das normativas do funcionamento das comissões através de uma auditoria mensal F.SBCD.NGQ.043 - CHECK LIST AUDITORIA DE

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS LAPH

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

COMISSÃO, e enviar a gestão administrativa e assistencial o resultado do gerenciamento para analise e tratativa do desempenho das comissões.

5.13 Monitoramento de indicadores

Os Núcleos / Comissões deverão analisar e discutir os indicadores de desempenho dos processos relacionados, estes deverão fazer parte da ata de reunião. Podendo assumir a analise na integra ou validar a analise previamente realizada.

6 – RESULTADO ESPERADO

Organizar o processo de elaboração de atas e promover a gestão das informações e continuidade.

Rubrica SB

DS EDCL

7 – AÇÕES CORRETIVAS

Em caso de identificação de irregularidades na confecção da ATA, deve ser notificado o redator ou o gestor responsável para realização dos ajustes.

8 – RISCOS DO PROCESSO

Descontinuidade das tratativas

Perda de documento

Exposição de informação

9 – INDICADORES

Cada comissão deverá acompanhar e gerenciar os indicadores relacionados.

10 – ANEXOS

I. ATO ADMINISTRATIVO

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS LAPH

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

NOME DA UNIDADE DE SAUDE

ATO ADMINISTRATIVO XX/2023

Prezados Senhores:

Vimos através deste Ato Administrativo, nomear os profissionais relacionados abaixo para a **Comissão de xxxxxxxxxxxxx** do – (NOME DA UNIDADE DE SAUDE), tendo como presidente xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, com vigência por tempo indeterminado.

(nomes, cargo na instituição e cargo na comissão)

São Paulo, xx de xxxxxxxxxxxxxxx de 2023

(nome e cargo do gerente da unidade)

Rubrica SB

DS EDCL

II. Ato de nomeação

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco - SBCD	GESTÃO DE COMISSÕES	
	Comunicação de nomeação de Comissão	
	Código: E.xxxxxx	Versão: 01

Preenchimento pelo presidente:

Eu _____presidente da comissão de _____

Comunico que o Sr/SR*:_____

Foi nomeado membro integrante da presente comissão a partir do mês de_____

Destaca-se abaixo as principais responsabilidades:

Comparecer nas reuniões conforme cronograma e convocação do secretário /presidente
Justificar antecipadamente as ausências ao presidente
Executar as ações propostas pela comissão
Participar ativamente nas decisões e discussão das pautas das reuniões.

Data: ___/___/___

Assinatura do presidente da comissão:_____

Assinatura e ciência do membro indicado:_____

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS LAPH

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

III. Cronograma

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

CRONOGRAMA - COMISSÃO DE....

ANO 2023

MÊS	DATA	HORA	JUSTIFICATIVA E EM CASO DE REAGENDAMENTO (REGISTRAR NOVA DATA E MOTIVO DA REMARCAÇÃO)
JAN.	*	*	
FEV.	*	*	
MARÇO	*	*	
ABRIL	*	*	
MAIO	*	*	
JUNHO	*	*	
JULHO	*	*	
AGOSTO	*	*	
SET.	*	*	
OUT.	*	*	
NOV.	*	*	
DEZ	*	*	

IV. Interação de comissões

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

INTERAÇÃO ENTRE COMISSÕES

De Comissão: XXXX Data de reunião: XX /02/20xx

Para Comissão: XXXXX

Demanda: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Assinatura secretario ou presidente:

RETORNO:

V. Modelo de ATA de reunião

Rubrica SB

DS EDCL

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS LAPH

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E



ATA - REUNIÃO

ATA Nº

Tema da reunião:	REDATOR	DATA: XX/XX/XX	HORA INÍCIO:	HORA TÉRMINO:

PAUTA

(Lista de assuntos para discussão)

STATUS AÇÕES DE REUNIÃO ANTERIORES (PENDÊNCIAS)

AÇÕES	STATUS DISCUTIDOS
(copiar do último dia ações propostas)	(Descrever a atualização das ações, se continuam abertas e o feed back dos motivos de não concluído, e as foram concluídas)

ATA DESCRITIVA DA REUNIÃO

Descrever a ata com todos conteúdo abordados

NOVAS AÇÕES PROPOSTAS

AÇÃO	RESPONSAVEL	PRAZO

LISTA E ASSINATURA DOS PARTICIPANTES

NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA

vi. MODELO DE INDICE

Rubrica SB

DS EDCL

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS LAPH

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

PASTA GESTÃO DE DOCUMENTOS

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco

COMISSÃO NUCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

16/07/2024

ÍNDICE

DOCUMENTOS INTERNOS DA COMISSÃO

1. RI.SBCD.NGQ.001 - SEGURANÇA DO PACIENTE
2. PI.SBCD.NSP.001 – PROGRAMA INSTITUCIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE
3. ATO ADMINISTRATIVO
4. FL.SBCD.NGQ.003 – FLUXO DE NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES
5. FL.SBCD.NGQ.001 – ANÁLISE CRÍTICA DE INCIDENTES/ ENCAMINHAMENTO SEGUNDA VÍTIMA
6. F.SBCD.NSP.001 -CRONOGRAMA DE REUNIÕES NSP
7. POP.SBCD.NGQ.002 – NOTIFICAÇÃO EVENTOS ADVERSOS

ATAS MENSAIS

NOTIFICAÇÕES INCIDENTES E ANÁLISES

INTERAÇÃO ENTRE COMISSÕES

Rubrica SB

DS EDCL

11 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Não aplica.

CÓPIA CONTROLADA

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS LAPH

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

POLÍTICA INSTITUCIONAL	POL.SBCD.015	VERSÃO: 01
GESTÃO DE RISCOS ASSISTENCIAIS	Validade: 01/2027	PAG. 1/17

Elaborado por: Erica Laurindo	Data: 01/2025	Visto: DocuSigned by: Erica de Cassia Laurindo C3691401EA664CF...
Revisado por: Núcleo de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente	Data: 01/2025	Visto DocuSigned by: Dussanva Alegrario da Costa 9D5E0E1D1BD9498...
Aprovado por: Superintendente jurídico	Data: 01/2025	Visto: DocuSigned by: ANGELO ANTONIO PICOLO 9A0F44BE904348A...

Rev.	Pág.(s).	Data	Descrição da Revisão
1	Todas	01/2025	Emissão do Procedimento.

1- OBJETIVO

Alinhada à sua Missão, Visão e os Valores, a Sociedade Brasileira Caminho de Damasco tem como prioridade *o compromisso com a segurança dos pacientes atendidos nas unidades administradas pela instituição e na prestação da assistência à saúde de qualidade*, guiando-se através da excelência dos serviços prestados, a minimização dos riscos e possíveis danos aos pacientes, usuários e familiares.

Para que isso ocorra de maneira sustentável é continuamente identificado as não conformidades e as oportunidades de melhorias nos processos de trabalho e, através da utilização de ferramentas de qualidade, promovemos a identificação e a tomada de medidas corretivas e preventivas, garantindo assim a busca pela excelência na assistência prestada.

Com base na RDC n°. 36/2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde, além de regulamentar a implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente, a Sociedade Brasileira Caminho de Damasco apresenta a Política Institucional de gestão de riscos institucionais, a ser implantado em sua sede e em todas suas unidades administradas.

Esta é o documento norteador para todas as ações a serem desenvolvidas através do Programa Institucional de Segurança do paciente, que deverá ser utilizado como um guia para criação dos Núcleos de Segurança do Paciente e também quanto a elaboração do Plano de Segurança do Paciente, com objetivo de direcionar as atividades operacionais de forma padronizada e validada pela diretoria da SBCD – Sociedade Brasileira Caminho de Damasco, além de definir a metodologia de monitoramento dos eventos adversos, resultados dos planos de melhoria e a gestão de desempenho de indicadores relacionados as práticas de segurança do paciente, proporcionando o desenvolvimento de ciclos de melhoria nos processos assistenciais possibilitando a frequente revisão e definição das estratégias institucionais para o cumprimento de ações para a prestação de uma assistência livre de danos a nossa população.

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

2- TERMOS E DEFINIÇÕES

NSP: Núcleo de Segurança do Paciente
PSP: Programa de Segurança do Paciente
SBCD: Sociedade Brasileira Caminho de Damasco
EA's: Eventos adversos:
Incidente: Entende-se como um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde.
SNVS: Sistema de notificação de vigilância sanitária
CFM: Conselho Federal de Medicina

3- FATORES CRÍTICOS DE SUCESSO

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 incidente em todas as fases da assistência ao paciente, focando a melhoria contínua dos processos do cuidado e uso de tecnologia, reduzindo ao mínimo os danos aos pacientes decorrentes desse cuidado.

4- PROCESSOS

A implantação e implementação da Política nas unidades é de suma importância para consolidar o desenvolvimento da cultura de segurança e gestão de riscos entre os colaboradores, prestadores e pacientes, onde todos precisam aprender seu papel e que toda atividade por mais simples que seja envolve algum risco que pode ter um impacto desde leve para o processo quanto a um impacto alto diretamente a saúde do indivíduo.

Em toda implantação de qualquer rotina, a gestão deve possuir um olhar atento e direcionado a prevenção de riscos com a continua implantação de medidas preventivas com objetivos de melhorar a qualidade dos processos e proporcionar a redução do risco, e assim propagar junto a equipe de trabalho a cultura da segurança.

A capacitação de todos envolvidos deve ser o foco para a implantação de um processo seguro, através de um posicionamento institucional de direcionamento e boas práticas, constantes análises multiprofissional sempre com foco em processos e em melhoria continua, e alinhamento com a gestão de pessoas para o desenvolvimento dos profissionais conforme cada as diretrizes institucionais e aplicadas a cada realidade, utilizando também um código de conduta que traduza a avaliação de desempenho através de uma cultura justa, e o compartilhamento e apresentação dos resultados setoriais e institucionais, possibilitam o crescimento profissional e institucional global.

4.1 DIRETRIZES:

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

4.1.1. Implantação, Constituição, atuação e responsabilidades do Núcleo de segurança do paciente

Um dos objetivos específicos do Programa de Segurança do Paciente é promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e dos Núcleos Locais de Segurança do Paciente em nossas instituições.

Segundo a RDC nº 36/2013, o NSP - Núcleo de Segurança do Paciente é a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente, consistindo em um componente extremamente importante na busca pela qualidade das atividades desenvolvidas nas instituições de saúde.

O NSP deve ser responsável pela articulação dos diversos processos de trabalho e instancias que atuam com envolvimento de riscos assistenciais com objetivo de garantir a assistência segura.

4.1.2. Constituição:

Toda unidade de saúde que se encontra conforme escopo da RDC nº 36/2013, deve ter seu próprio núcleo constituído, sendo a Direção da unidade a responsável pela nomeação de seus membros, e toda equipe receber capacitação específica sobre o tema.

Essa constituição deve estar de acordo com o perfil e complexidade do serviço, garantindo que exista representantes dos principais processos críticos na unidade, com conhecimento dos processos de trabalho e tenham perfil de liderança, lembrando que o olhar do paciente como sujeito e inserido em todo processo de cuidado deve fazer parte na escolha dos membros.

Devido ao caráter estratégico, o NSP deve estar hierarquicamente subordinado diretamente a gestão da unidade (coordenador/ gerente/ diretor) conforme o perfil, e este envolvimento desta autoridade máxima deve ser evidenciado desde a implantação até o acompanhamento e/ou coordenação das principais ações e resultados do programa.

Deve ser constituído por uma equipe multiprofissional, com representatividade que deve ser composta minimamente por:

O Gestor da unidade e 1 médico, 1 enfermeiro, 1 farmacêutico, 1 administrativo;

Conforme complexidade do local podem fazer parte da equipe o enfermeiro de controle de infecção ou vigilância, técnico de segurança do trabalho, e responsavel pela gestão de equipamentos médicos. Sendo que qualquer profissional da instituição, pode ser convidado ocasionalmente a participar de programas e reuniões com foco na

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

segurança do paciente.

4.1.3. Atuação

Sua funcionalidade deve ser semelhante as comissões, através do estabelecimento de um cronograma de reuniões, registros em Atas, além do acompanhamento do plano de ação e atividades especificas conforme legislação.

As interações com as demais estâncias que acompanham aspectos qualidade assistencial como Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saude (SCIRAS), Comissão de Revisão de Óbito, Comissão de Análise de Prontuário, Comissão de Farmácia e Terapêutica, Comissão de Padronização de Materiais, Núcleo de Saúde do Trabalhador, entre outras, é crucial para a melhoria de processos e promoção da cultura de segurança do paciente na instituição.

4.1.4. Responsabilidades:

De acordo com a RDC nº 36/2013, as competências do NSP são descritas a seguir:

- Promover ações para a gestão do risco no serviço de saúde:

  - Fazer uso de ferramentas de gestão de risco para o processo investigatório;
  - Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados,
  - Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente
  - Promover a melhoria dos processos de trabalho pelo estabelecimento de boas práticas;
  - Incorporar a participação do paciente na decisão do seu cuidado, sempre que possível.
  - Implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;
  - Estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde e prever a mitigação de eventos adversos;
  - Desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;
  - Analisar e avaliar os dados sobre incidentes e EAs decorrentes da prestação do serviço de saúde
  - Notificar ao SNVS os EAs decorrentes da prestação do serviço de saúde
  - Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

4.2. Gerenciamento de riscos

O processo de gestão de risco consiste na aplicação sistemática de procedimentos para identificação, análise, avaliação, tratamento, comunicação e monitoramento dos riscos.

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

O conhecimento das etapas desse processo irá auxiliar o NSP nas demais ações previstas na RDC nº 36/20137.

Todos os setores da unidade deverão avaliar os riscos envolvidos em cada etapa do processo, avaliar o grau deste risco, e estabelecer as medidas de prevenção para que este não ocorra.

As seguintes etapas devem ser previstas para a implantação e a gestão de riscos na unidade:

1) Estabelecimento do Contexto – mapeamento do processo;
2) Identificação do Risco: mapeamento de riscos (Brainstorming);
3) Análise do Risco: avaliar frequência, gravidade, probabilidade, detecção, probabilidade;
4) Avaliação do Risco: utilização de ferramentas especificas*;
5) Tratamento do Risco: ações de prevenção/ barreiras/ práticas de controle;
6) Comunicação do Risco: capacitação da equipe quanto a prevenção e divulgação dos resultados;

*As ferramentas a serem utilizada para análise e avaliação do risco será a FMEA (Análise de modo, efeito de falha) ou a Matriz de Risco.

4.3. Notificação de incidentes / eventos adversos:

4.3.1. Fluxo de notificação e tratativa;

Visando a consolidação da cultura de segurança nas unidades, e como processo obrigatório do Plano de segurança do paciente, deve ser realizado a implantação do fluxo de notificação de incidentes, seguindo os formulários de notificação institucional.

A Implementação consiste antecipadamente na capacitação de todos os colaboradores, sobre os objetivos e princípios do programa de segurança, garantir que todos estejam envolvidos, cargos de gestão e toda equipe operacional, assim como prestadores de serviço que atuam na unidade.

A metodologia deve permitir o registro, de forma identificada ou anônima.

O NSP deve prover formulários manuais ou acesso (informatizado, quando possível) para a realização dos registros, e estabelecer em seu plano de segurança as seguintes rotinas:

- Responsabilidades sobre o recebimento, cadastro e classificação da ocorrência.
- Prazo para analise
- Equipe envolvidas nas analises
- Processo de aprovação do NSP das análises e planos de melhoria estabelecidos
- Método de acompanhamento da efetividade das ações
- Método de divulgação

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

- Envolvimento do paciente nas tratativas que assim couberem

4.3.2. Classificação:

Deve- se seguir como padrão as mesmas classificações utilizadas no módulo de notificação de incidentes/eventos adversos da SNVS que foi elaborado com base na Classificação Internacional para Segurança do Paciente da OMS.

Assim o NSP ao receber um incidente deverá proceder a classificação conforme os critérios abaixo:

Os incidentes classificam-se como:

- Circunstância de risco
- Near miss (incidente que não atingiu o paciente);
- Incidente sem dano (evento que atingiu o paciente, mas não causou dano discernível)
- Incidente com dano ou EA (incidente que resulta em dano ao paciente).

Quanto ao grau do dano (impacto que o incidente teve sobre o paciente) segue a classificação:

- NENHUM: não houve nenhuma consequência para o paciente.
- LEVE: o paciente apresentou sintomas leves, danos mínimos ou intermediários de curta duração sem intervenção ou com uma intervenção mínima (pequeno tratamento ou observação).
- MODERADO: o paciente necessitou de intervenção (exemplo: procedimento suplementar ou terapêutica adicional), prolongamento da internação, perda de função, danos permanentes ou em longo prazo.
- GRAVE: necessária intervenção para salvar a vida, grande intervenção médico-cirúrgica ou casou grandes danos permanentes ou em longo prazo; perturbação/risco fetal ou anomalia congênita.
- MORTE: (causada pelo EA).

4.3.3. Ferramentas de análise crítica

Em sequência ao processo do fluxo de notificação, após o recebimento dos registros das ocorrências a equipe do NSP junto aos profissionais envolvidos ou responsáveis deverão iniciar o processo de análise.
A investigação deve ser conduzida de modo a fazer transparecer pontos críticos do processo que levaram ao incidente/evento adverso, sem procurar culpados. O cuidado deve ser redobrado para preservar os funcionários e os envolvidos com o incidente/evento adverso.

As seguintes etapas devem ser seguidas para a condução da investigação do incidente e análise de processos:

1) Identificação e decisão de investigar;

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

2) Seleção de pessoas para composição do time de investigação;
3) Organização e coleta de dados;
4) Determinação da ordem cronológica do incidente;
5) Identificação das características do incidente;
6) Identificação dos fatores contribuintes; e
7) Elaboração de recomendações e desenvolvimento de um plano de ação.

Como ferramenta de análise orientamos o uso de analise a Análise de Causa Raiz pode ser realizada de forma a identificar a causa principal e os fatores contribuintes, ou Protocolo de Londres, como ferramentas de análise para a elaboração dos planos de melhoria a partir dos dados levantados.

4.3.4. Sistema Notivisa – Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária

O serviço de saúde deve cadastrar o NSP no portal da Anvisa.

Todos os incidentes com danos ou EAs ocorridos em serviços de saúde devem ser notificados pelo NSP ao SNVS, de acordo com a RDC nº 36/20137, sendo que somente serão passíveis de análise pelo SNVS, de forma mais detalhada, os eventos graves ou óbitos. Os prazos a serem seguidos estão descritos no programa de segurança institucional e legislações relacionadas

5. Plano de segurança do paciente:

A SBCD apresenta como base para a elaboração dos documentos pelas unidades os seguintes protocolos de prevenção de riscos. Cada unidade deverá elaborar seu pop seguindo os princípios descritos abaixo e o programa institucional de segurança do paciente, assim como a definição dos indicadores de desempenho de cada um dos protocolos, e método de monitoramento de sua aplicação. Todos os protocolos estão descritos no PNSP – Programa Nacional de Segurança do Paciente, e devem ser utilizados como referência para a implantação das práticas e indicadores.

5.1. Protocolo de Identificação segura:

Documento dever conter todas as práticas que garantam a correta identificação do paciente, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes, de forma que assegure que o cuidado seja prestado exatamente a quem se destina.

Este é um protocolo que deve ser aplicado a toda equipe, assistencial e administrativa, e estar implantado em todos os setores da unidade, visto todos manusearem algum tipo de documento ou diretamente na realização do cuidado.

Como regra institucional é obrigatório o uso de no mínimo 2 marcadores sendo o nome e data de nascimento, e sendo opcional da unidade o uso do 3º identificador. (desde que não seja número de leito), para todos documentos, pulseiras ou etiquetas. Além do uso é primordial a educação ao paciente e familiar sobre a importância da dupla

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

conferencia antes de qualquer cuidado.

O uso da pulseira de identificação deve obrigatoriamente e minimamente acontecer em situações de internação, permanência maior que 24 horas, pacientes submetidos a anestesia. Sendo recomendável o uso em serviços de urgência. Em situações de pouca permanência pode ser utilizado a etiqueta adesiva colada no peito.

Os protocolos básicos de Segurança do Paciente têm por característica a o desenvolvimento das 6 metas internacionais de segurança conforme OMS, com as características de serem protocolos sistêmicos, gerenciados, e devem ser instrumentos para construir uma prática assistencial segura, a melhoria do trabalho em equipes e gerenciamento dos riscos.

5.2. Protocolo Comunicação efetiva

A comunicação entre a equipe interdisciplinar de saúde é determinante na qualidade e segurança da prestação de cuidados aos indivíduos. Problemas de comunicação tem sido um dos principais fatores que contribuem para a ocorrência de eventos adversos e, consequentemente, diminuição da qualidade dos cuidados.

O protocolo de comunicação efetiva tem grande abrangência sendo obrigatório a implantação em todos os setores e processos institucionais, considerando a comunicação eletrônica, verbal ou escrita. O objetivo de identificar pontos críticos, mapear os riscos e direcionar a elaboração de pops direcionados ao perfil deverá ser responsabilidade do NSP.

Entre os objetivos do protocolo segue itens a serem desenvolvidos para a garantia da comunicação, envolvendo toda equipe multidisciplinar, conforme pré definido no programa de segurança do paciente:

- Procedimentos definidos para prescrição de medicamentos
- Procedimentos para registro em prontuário
- Procedimentos para garantir a transição do cuidado
- Procedimentos para passagem de plantão
- Procedimentos para transferências externa de pacientes
- Procedimentos para informação de resultados críticos de exames
- Procedimentos para arquivo de documentos impressos

A equipe deve ser capacitada sobre o processo de comunicação referente a comunicação não verbal, comunicação assertiva e comunicação escrita e a ferramenta SBAR.

Todas as situações envolvendo o processo de comunicação deve ser sempre avaliado sobre a ótica do registro de incidente e riscos.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

5.3. Protocolo de Prevenção de queda

O protocolo tem a finalidade de minimizar a ocorrência de queda de pacientes nos pontos de assistência a e o dano dela decorrente, por meio da implantação/implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco do paciente, garantam o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro, e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais.

Abrange todas unidades de saúde que realizam assistência ao paciente inclusive domiciliar e toda equipe que atua na instituição assistencial e administrativa.

A avaliação do risco de queda deve ser feita no momento da admissão do paciente com o emprego de uma escala adequada ao perfil de pacientes da instituição. Esta avaliação deve ser repetida diariamente até a alta do paciente, através do uso de escalas conforme perfil de paciente adulto e pediátrico. Será utilizado a escala de Morse como instrumento institucional.

A unidade de saúde, orientada pelo NSP, deverá adotar medidas gerais para a prevenção de quedas de todos os pacientes, independente do risco através do protocolo de prevenção de queda. Essas medidas incluem a criação de um ambiente de cuidado seguro conforme legislação vigente, além disso, procedimentos devem ser estabelecidos e implementados para garantir a comunicação efetiva entre profissionais e serviços sobre o risco de queda nas passagens de plantão.

5.4. Protocolo de prevenção de lesão por pressão

Protocolo relacionado as ações de cuidado e prevenção em todos os processos onde o risco de comprometimento da integridade da pele, seja por longo período de internação, mobilização em maca e pranchas em transporte de urgência, movimentações de pacientes em exames, pacientes sob cuidados domiciliares ou em uso de órteses ou cadeirantes.

A utilização de escalas para determinação do grau de risco é obrigatória para pacientes internados ou acamados, sendo padronizado a escala de Braden e para pediatria Braden Q.

A implantação também de boas práticas de prevenção de lesão em todo o âmbito da assistência é papel da equipe multiprofissional, sendo importante a capacitação e reciclagem dos profissionais conforme atividades e riscos mapeados.

O estabelecimento do protocolo aplicação e monitoramento conforme as análises dos eventos notificados é fundamental para avaliação da efetividade do protocolo descrito.

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

5.5. Protocolo de prevenção de infeções - Higiene de mãos

Este protocolo tem o objetivo de prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), visando à segurança do paciente, dos profissionais de saúde e de todos aqueles envolvidos nos cuidados aos pacientes. Deve ser aplicado em todas unidades envolvendo 100% de colaboradores, assistências e administrativos.

"Higiene das mãos" é um termo geral, que se refere a qualquer ação de higienizar as mãos para prevenir a transmissão de micro-organismos e consequentemente evitar que pacientes e profissionais de saúde adquiram IRAS. De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa, o termo engloba a higiene simples, a higiene antisséptica, a fricção 2 antisséptica das mãos com preparação alcoólica, definidas a seguir, e a antissepsia cirúrgica das mãos, que não será abordada neste protocolo.

O protocolo deve ser aplicado em todos os Pontos de Assistência, tendo em vista a necessidade de realização da higiene das mãos exatamente onde o atendimento ocorre. Para tal, é necessário o fácil acesso a um produto de higienização das mãos, como por exemplo, a preparação alcoólica. O Produto de higienização das mãos deverá estar tão próximo quanto possível do profissional, ou seja, ao alcance das mãos no ponto de atenção ou local de tratamento, sem a necessidade do profissional se deslocar do ambiente no qual se encontra o paciente, seguindo minimamente os cinco momentos para a higiene das mãos previsto no protocolo.

Este documento deve ser elaborado pela unidade, conforme o perfil de atendimento inclusive atenção domiciliar.

Os indicadores obrigatórios definidos no protocolo devem ser aplicados na íntegra, e o recomendável também deverá ser aplicado.

5.6. Protocolo de cirurgia segura

O protocolo para Cirurgia Segura deverá ser aplicado em todos os locais dos estabelecimentos de saúde em que sejam realizados procedimentos, quer terapêuticos, quer diagnósticos, que impliquem em incisão no corpo humano ou em introdução de equipamentos endoscópios, dentro ou fora de centro cirúrgico, por qualquer profissional de saúde.

Este protocolo trata especificamente da utilização sistemática da Lista de Verificação de Cirurgia Segura como uma 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, e que deverá obrigatoriamente ser aplicado em todo serviço que realizar procedimentos conforme perfil acima descrito.

5.7. Protocolo uso seguro de medicamentos

O protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos deverá ser aplicado em todos os estabelecimentos que prestam cuidados à saúde, em todos os níveis de complexidade, em que medicamentos sejam utilizados para profilaxia, exames diagnósticos, tratamento e medidas paliativas.

O estabelecimento de saúde deve ter uma lista de medicamentos selecionados/padronizados considerando-

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

se critérios de efetividade, segurança e custo.

As unidades de saúde deverão divulgar a sua lista de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância que constam na padronização da instituição, indicando as doses máximas desses medicamentos, a forma de administração (reconstituição, diluição, tempo de infusão, via de administração), a indicação e a dose usual. Os medicamentos classificados como drogas de alta vigilância são identificados com etiqueta preta enfatizando o alto potencial de risco, em separado dos demais medicamentos da farmácia.

Realizado o monitoramento do armazenamento e identificação das Drogas de alta vigilância nas áreas através da verificação setorial mensal.

Todos os medicamentos que são dispensados pela farmácia para uso das áreas internas recebem uma etiqueta para que haja registro da data de abertura e validade de acordo com protocolo estabelecido, isto minimiza a ocorrência de contaminação e redução dos efeitos terapêuticos.

Caso exista a suspeita de reações adversas a medicamentos ou a ocorrência de erros ou eventos adversos no processo assistencial, estes devem ser notificados ao Núcleo de Segurança do Paciente.

O processo da prescrição deve estar padronizado e com o respectivo procedimento operacional padrão escrito, atualizado, validado, divulgado e disponível em local de fácil acesso. As prescrições devem ser analisadas por farmacêutico antes de serem dispensadas;

O estabelecimento de saúde deverá realizar ações de educação permanente, de forma sistemática e registrada, para farmacêuticos e auxiliares de farmácia, com foco na segurança do uso de medicamentos, envolvendo os processos de: seleção, padronização, armazenamento, fracionamento, análise farmacêutica da prescrição e dispensação dos medicamentos. O estabelecimento de saúde deverá manter farmacêuticos e auxiliares de farmácia em número suficiente para permitir a dispensação segura de medicamentos.

5.8. Boas práticas para o uso seguro de equipamentos e materiais

A contribuição e participação dos setores de engenharia clínica e gestão de suprimentos deve acontecer através de representantes no NSP, ou na convocação dos responsáveis para a definições de ações de prevenção através da construção dos procedimentos operacionais e normativas que orientem as boas práticas relacionadas a aquisição, utilização de insumos e equipamentos hospitalares.

Constituindo o programa de capacitação dos usuários, fluxo de notificação de não conformidades e acompanhamento dos processos de manutenção preventiva, calibrações e manutenção corretiva, com foco na garantia da qualidade e segurança na utilização dos itens durante a assistência prestada.

5.9. Diretrizes para aplicação do Termo de consentimento livre e esclarecido

O consentimento livre e esclarecido consiste no ato de decisão, concordância e aprovação do paciente ou de seu representante, após a necessária informação e explicações, sob a responsabilidade do médico, a respeito dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos que lhe são indicados.

Deve anteceder todo e qualquer procedimento diagnóstico e/ou terapêutico com potencial para causar dano ou agravo à saúde do mesmo ou apresentar efeitos indesejáveis durante sua execução ou após sua finalização e deverá ser parte integrante do prontuário.

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

POLÍTICA INSTITUCIONAL	POL.SBCD.015	VERSÃO: 01
GESTÃO DE RISCOS ASSISTENCIAIS	Validade: 01/2027	PAG. 12/17

As Resoluções específicas são:

- ✓ Resolução do CFM 1.931/09 (Código de Ética Médica): "É vedado ao médico: deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. "
- ✓ R ESO LU Ç ÃO CFM Nº22 17 DE 27/ 0 9/2018
  Capítulo IV DIREITOS HUMANOS É vedado ao médico: Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.
- ✓ Resolução do CFM 1.081/82;
- ✓ Resolução do CFM 1.802/06;

Em todas unidades a aplicação do Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido é obrigatória para pacientes que sejam submetidos a procedimento anestésico ou cirúrgico, o responsavel pela gestão assistencial deverá definir conforme os procedimentos realizados a necessidade da aplicação do termo de consentimento conforme recomendação do conselho federal de medicina - CFM Nº 1/2016:

a) O esclarecimento claro, pertinente e suficiente sobre justificativas, objetivos esperados, benefícios, riscos, efeitos colaterais, complicações, duração, cuidados e outros aspectos específicos inerentes à execução tem o objetivo de obter o consentimento livre e a decisão segura do paciente para a realização de procedimentos médicos.
b) A forma verbal é a normalmente utilizada para obtenção de consentimento para a maioria dos procedimentos realizados, devendo o fato ser registrado em prontuário. Contudo, recomenda-se a elaboração escrita (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).
c) A redação do documento deve ser feita em linguagem clara, que permita ao paciente entender o procedimento e suas consequências, na medida de sua compreensão. Os termos científicos, quando necessários, precisam ser acompanhados de seu significado, em linguagem acessível.
d) O paciente, ou seu representante legal, após esclarecido, assume a responsabilidade de cumprir fielmente todas as recomendações feitas pelo médico assistente.

Compete a cada unidade confeccionar os termos adequados às intervenções propostas, de acordo com seu perfil, porém deve obrigatoriamente constar em cada formulário:

Identificação do paciente e seu responsável legal (nome completo, data de nascimento e documento);
Termos claros, conforme prevê a legislação acima
O profissional deverá esclarecer quaisquer dúvidas e riscos.
O documento deve conter a afirmação de que o paciente obteve os esclarecimentos necessários e que compreendeu o que lhe foi explicado, consentindo então a realização do procedimento.

O documento deverá ser assinado pelo paciente (ou seu representante legal) e o médico.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

O termo de consentimento deve fazer do processo educacional do paciente e familiar.

Situações específicas:

- ✓ Termos de consentimento para realização de exames – teste rápido: deverá ser explicado pelo enfermeiro o motivo do uso e solicitar a assinatura do paciente ou responsável.
- ✓ Termo de consentimento para internação involuntária: deverá ser utilizado conforme legislação e assinado pelo familiar ou responsável. (Lei nº 10216 de 2001)

5.10. Auditorias preventivas

Deve ser estabelecido pelo NSP um programa de auditorias internas a serem realizadas por equipe interna e integrantes do NSP, com objetivo do monitoramento da aplicação das práticas de controle de risco, praticas definidas pelos protocolos de segurança.

Cada instituição, conforme seu perfil (atenção básica, média ou alta complexidade) deverá elaborar ferramentas de acompanhamento e avaliação das práticas previstas nos protocolos, que permita mensurar os resultados.

A partir deste monitoramento que deverá ser continuo, ser identificado oportunidades de ações de melhoria. A periodicidade e metodologia seguirá orientação descrita no Programa Institucional.

5.11. Farmacovigilância, tecnicovigilância, hemovigilância

O NSP deve definir os fluxos e responsáveis pelos processos de notificações aos órgãos competentes, além de promover a capacitação dos colaboradores referente as situações notificáveis através da inclusão dos temas no seu programa de integração de novos colaboradores e reciclagem anual.

5.12. Cuidado centrado no paciente

Todas unidades devem possuir um serviço de ouvidoria, este deve estar disponível e acessível para permitir um canal de comunicação rápido, com sigilo e eficaz entre usuário e instituição.

Deverá ser disponibilizado em todas unidades em acesso visual os direitos e responsabilidades dos pacientes, também pode ser fornecido em forma de manual nos casos de internações e sempre que possível ser apresentado ao paciente e acompanhante.

Todo atendimento apesar de ser baseado em protocolos, o olhar sobre cada paciente deverá ser

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

individualizado na compreensão do cuidado a ser realizado, pautado no respeito de suas crenças, diferenças, limitações e escolhas.

O envolvimento do paciente na prevenção de eventos e gestão de riscos deve estar estabelecido dentro do processo de cuidado, estar descrito e formalizado dentro de todas rotinas e atividades diretamente com o paciente, sempre com o objetivo não são de orientar o paciente, mas educar e capacitar para ele e seu acompanhante e familiar conhecer o processo da sua doença e atuar em seu auto cuidado.

Toda equipe de assistência tem que estar capacitada em como intervir junto a família e paciente diante as situações de incidentes e eventos adversos, como apoio diante situações de risco ou que tenham atingido o paciente em conduzir de maneira ética e que fortaleça os laços do cuidado seguro e com transparência.

5.13. Cultura da segurança -Desenvolvimento e capacitação dos colaboradores

Toda unidade tem seu plano institucional de educação permanente, e neste plano que deve abranger equipe assistencial e administrativa, a reciclagem anual de todos protocolos de segurança, sendo que deve ser aplicado conforme perfil da atividade.

Também apresentado no programa o plano para implantação dos principais protocolos de segurança e temas de capacitação importantes para a construção da cultura de segurança organizacional.

5.14. Comunicação e divulgação incidentes

5.14.1. Ocorrência de incidentes – Tratativa com envolvidos

È de suma importância o acolhimento do paciente e acompanhantes/familiares em situações de incidentes e eventos adversos, onde o mesmo seja atingido. A equipe deve ser preparada para a abordagem de forma transparente e humanizada do paciente e familiar, onde deve ocorrer todas as explicações e esclarecimentos de dúvidas, serem expostos todos os mecanismos de prevenção de danos e o tratamento da ocorrência pela equipe interna, e posteriormente a análise e ações de melhoria. Essa atividade sempre deverá ser acompanhada pelo serviço de ouvidoria da SBCD.

Assim como o acolhimento dos profissionais envolvidos em incidentes, que devem ser ouvidos e acompanhados pela gestão.

5.14.2. Divulgação internas das notificações

Cada unidade deve realizar a divulgação periódica dos registros de eventos e não conformidades, e as ações de melhoria que foram realizadas a partir das análises críticas. A metodologia deve garantir que toda equipe pelo acesso à informação, e estar conforme a padronização definida no programa de segurança de forma que garanta

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

a privacidade do registro quanto aos envolvidos.

5.15 Mapeamento riscos das linhas de cuidado

Em todos os procedimentos descritos de técnicas e rotinas ou protocolos, deverão estar descritos os riscos inerentes ao processo relacionado.

Estes riscos previstos nos procedimentos ou manuais deverão estar alinhados aos riscos mapeados através da ferramenta FMEA.

5- ABRANGÊNCIA - STAKEHOLDERS

Aplicável a toda equipe de trabalho atuante nas unidades da SBCD.
Independente do vínculo de trabalho, a atuação nas unidades sob a gestão deve seguir todas as diretrizes baseadas nesta política, em relação a segurança do paciente.
Aplicável a todos pacientes e usuários do serviço

6- RESULTADOS ESPERADOS / PRODUTIVIDADE

Implantação e operacionalização do núcleo de segurança e de todos protocolos de segurança.
Gestão de resultado através do acompanhamento dos indicadores
Aprendizagem a partir das analises criticas de eventos, indicadores e ações de melhoria

7- INDICADORES RELACIONADOS

Número de eventos notificados
Numero de eventos analisados no prazo
Número de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente
Percentual (%) de pacientes recebendo avaliação diária para risco de UPP.
Incidência de UPP.
Consumo de preparação alcoólica para as mãos
Consumo de Percentual (%) de adesão ao protocolo de higiene das mãos
Proporção de pacientes com avaliação de risco de queda realizada na admissão.
Número de quedas com dano.
Número de quedas sem dano.
Índice de quedas
Percentual de cumprimento do protocolo de antibioticoprofilaxia;
Taxa de mortalidade cirúrgica intra-hospitalar ajustada ao risco;
Taxa de adesão à Lista de Verificação.
Numero de eventos relacionado ao processo cirúrgico
Taxa de erros relacionados a administração de medicamentos
Taxa de erros na dispensação

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

Taxa de erro de prescrição
Taxa de eventos adversos relacionados à falha no processo de comunicação

8- COMPETÊNCIAS

Gerente / Diretor/ coordenador: promover a implantação da política e apresentar os resultados junto a equipe.
Equipe operacional: realizar a adaptação da politica ao perfil da unidade através do desenvolvimento de pops e boas práticas.
Capacitar todos envolvidos, desenvolver mecanismos de monitoramento da aplicação da politica e ações /pop oriundos da mesma.
Promover oportunidades de educação ao paciente e familiares ou acompanhantes quando aos objetivos da política de segurança.

9-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC n° 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 26 Jul 2013

2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília(DF): ANVISA; 2016.

3. Agência Nacional de Vigilância Sanitária [homepage na internet]. Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA n° 01/2015. Orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde[acesso em 20 out 2016]. Disponível em http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/alertas/item/ nota-tecnica-gvims-ggtes-anvisa-n-01-2015.

4. Resolução RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013, institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.

5. Protocolos básicos de segurança do paciente - https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/pnsp/protocolos-basicos, acesso em 10/04/2023

6. BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, 2013.

7. BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Higienização das Mãos em Serviços de Saúde. Brasília, 2007. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/pnsp/protocolos-basicos, Acesso em 17 de abril de 2023.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

8. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.638 de 10 de julho de 2002.

9. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf, acesso em 17 de abril de 2023.

10. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Protocolo de identificação do paciente. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/pnsp/protocolos-basicos/protocolo-de-identificacao-do-paciente/view , acesso em 15 de abril de 2023.

11. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Protocolo de úlcera de pressão. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/pnsp/protocolos-basicos/protocolo-ulcera-por-pressao.pdf/view , acesso em 12 de abril de 2023

12. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Protocolo de prevenção de quedas. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/pnsp/protocolos-basicos/protocolo-de-prevencao-de-quedas/@@download/file , acesso em 12 de abril de 2023.

13. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Protocolo de segurança na prescrição uso e administração de medicamentos. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/pnsp/protocolos-basicos/protocolo-seguraca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos.pdf/view , acesso em 15 de abril de 2023.

14. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Protocolo para cirurgia segura. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/pnsp/protocolos-basicos/protocolo-cirurgia-segura.pdf/view , acesso em 15 de abril de 2023

10- ANEXOS

Não aplica

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.SBCD.NGQ.002	VERSÃO: 01
NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS	VALIDADE: 07/2025	Pag. 1 de 5

Elaborado por: Flavia Gualano Luiz Ramos	Data: 28/06/2023	Visto:
Revisado por: Karine Kathlyn Couto Coimbra	Data: 17/07/2023	Visto
Aprovado por: Erica de Cassia Laurindo	Data: 17/07/2023	Visto:

Rev.	Data	Descrição da Revisão / Data / Responsável
1	07/2023	Emissão inicial.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

1- OBJETIVO

Padronizar o fluxo de notificação de incidentes atendendo o Programa Institucional de Segurança do Paciente da Sociedade Brasileira Caminho de Damasco - SBCD.

2 – ALCANCE

Todos os serviços da SBCD.

3 – COMPETÊNCIA

Todos os colaboradores da instituição.

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

NSP: Núcleo de Segurança do Paciente.

Notificação de incidentes: comunicar a ocorrência de eventos, problemas ou situações associadas a pacientes, produtos ou serviços.
Classificações de acordo com a Resolução 36 de julho de 2013:
Incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente, ou seja, qualquer evento relacionado a assistência à saúde do paciente.
Evento adverso: incidente que resulta em danos à saúde.
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;

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

5.1 - Procedimentos

- Todos os colaboradores da unidade ou que prestam serviço na unidade, bem como pacientes e terceiros podem realizar notificações.
- Preencher o formulário padronizado (anexo 1) disponível na unidade nos campos da notificação, principalmente o nome da unidade, data do incidente, setor envolvido, hora do incidente e descrição do ocorrido.
- No campo nome do paciente preencher somente com as iniciais. Todos os campos devem ser preenchidos se possível e quando aplicável. O campo de descrição do ocorrido é obrigatório e deve ser preenchido detalhadamente com o máximo de informações possíveis para facilitar as demais etapas. Os campos de ação imediata preencher o que foi feito na hora e consequências para o paciente também devem ser preenchidos.

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

- O notificador também deverá classificar o evento conforme seu entendimento, entretanto o NSP local deverá discutir e verificar se a classificação se enquadra corretamente;
- O notificador pode ou não se identificar, porém quando o notificador não se identifica não é possível realizar a devolutiva da tratativa da notificação;
- Depositar o formulário de notificação preenchido no local especificado para este fim na unidade;
- NSP local recolhe os formulários diariamente e realiza o cadastro interno na Planilha de acompanhamento de notificação de evento adverso (anexo 2);
- Os incidentes notificados com dano grave, devem ser notificados ao NSP da sede imediatamente;
- O NSP local analisa o evento e verifica a classificação do evento considerando os prazos de análise;
- O NSP analisa o evento e elabora ações no formulário "Tratativa de Ocorrências" (anexo 3);
- Toda sexta-feira até as 18:00 hs o NSP local deverá encaminhar as notificações realizadas na semana via e-mail ao NSP da sede (zn.nsp@sbcdsaude.org.br), porem notificar a ocorrência de óbito atribuído a evento adverso e evento com dano grave em até 24 horas.
- NSP sede deve notificar eventos com danos graves em até 72 horas à COVISA;
- NSP local deve gerenciar as ações propostas, os prazos, efetividade, na mesma planilha de acompanhamento de notificações de eventos;
- NSP da sede deve alimentar o indicador mensalmente com os dados de notificações.

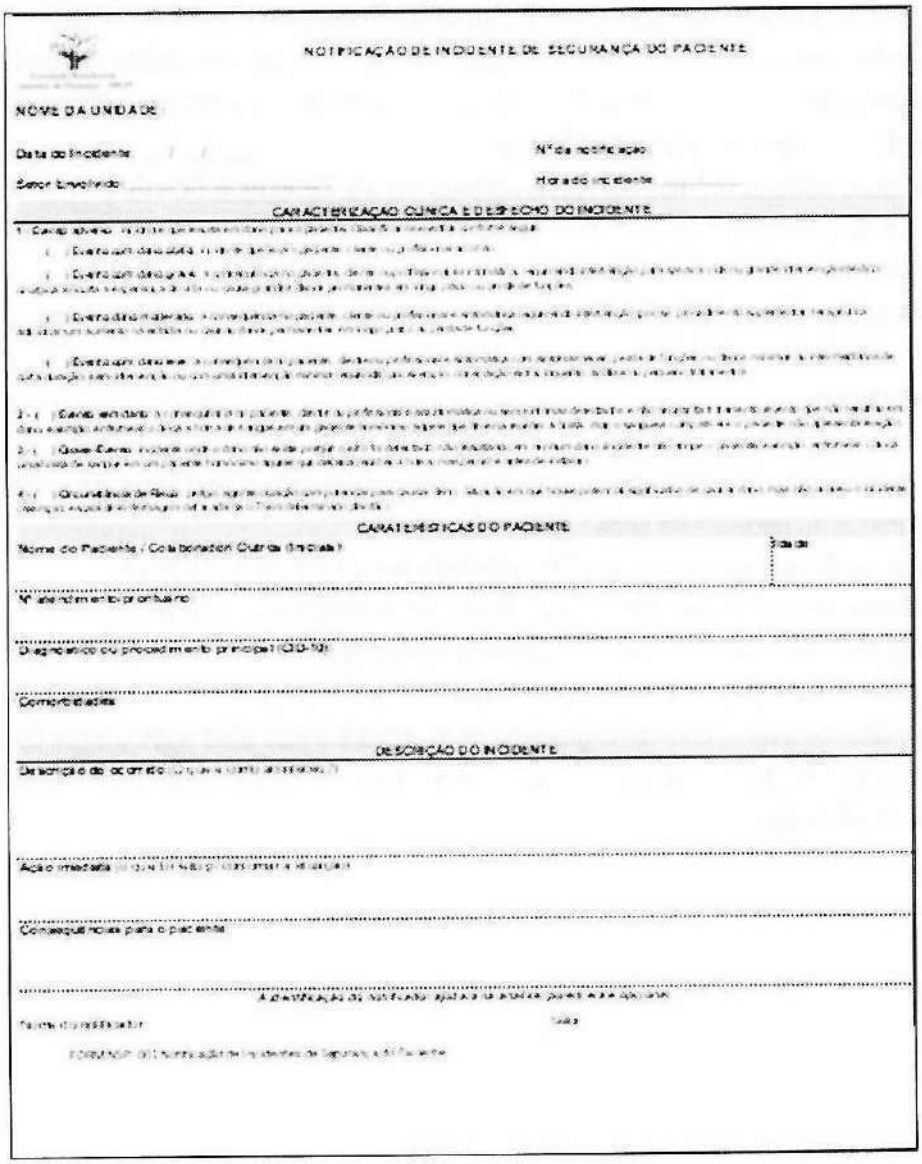
Definições importantes:

- Notificar a ocorrência de óbito atribuído a evento adverso e evento com dano grave imediatamente ao núcleo de segurança do paciente da sede - NSP sede;
- Encaminhar os demais incidentes ao NSP sede toda sexta feira até às 18 horas;
- Os incidentes com dano moderado e grave devem ser notificados a COVISA;
- Enviar as notificações para o Email zn.nsp@sbcdsaude.org.br;
- Fazer análise e elaborar ações no formulário "Tratativa de Ocorrências";
- Realizar análise de evento com dano grave ou óbito: em até 5 dias úteis após ciência do ocorrido;
- Analisar evento com dano moderado em até 10 dias úteis e circunstância de risco, evento sem dano ou com dano leve: 15 dias úteis.

DS
LAPH

6 – ANEXOS

1. Notificação de Incidente de Segurança do Paciente



NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTE DE SEGURANÇA DO PACIENTE

NOME DA UNIDADE

Data do Incidente: / / Nº da notificação:

Setor Envolvido: Hora do incidente:

CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA E DESFECHO DO INCIDENTE

1 - Evento adverso (lesão por uma medida de assistência à saúde) evitável

( ) Evento adverso grave (lesão que ameaça a vida ou que causa incapacidade permanente ou que requer intervenção para evitar dano permanente)

( ) Evento adverso moderado (lesão que requer tratamento ou aumento do tempo de internação)

( ) Evento adverso leve (lesão que requer monitorização e/ou intervenção mínima, como aplicação tópica, curativo ou analgesia)

2 - ( ) Evento adverso inevitável

2 - ( ) Quase Evento (incidente que poderia ter causado dano ao paciente, mas não causou, seja por acaso, seja porque foi detectado e interceptado)

4 - ( ) Circunstância de Risco (condição com potencial para causar um incidente)

CARACTERÍSTICAS DO PACIENTE

Nome do Paciente / Colaborador Cuidado (Iniciais) Idade

Nº atendimento/prontuário

Diagnóstico ou procedimento principal (CID-10)

Comorbidades

DESCRIÇÃO DO INCIDENTE

Descrição do ocorrido

Ação imediata

Consequências para o paciente

Identificação do notificador (opcional) Data

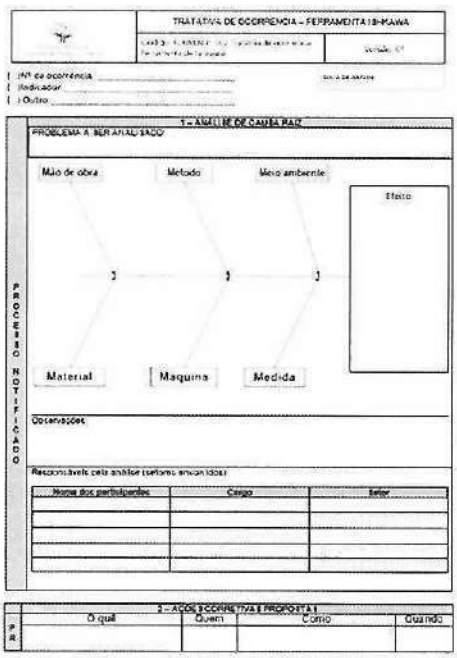
Assinatura do Notificador

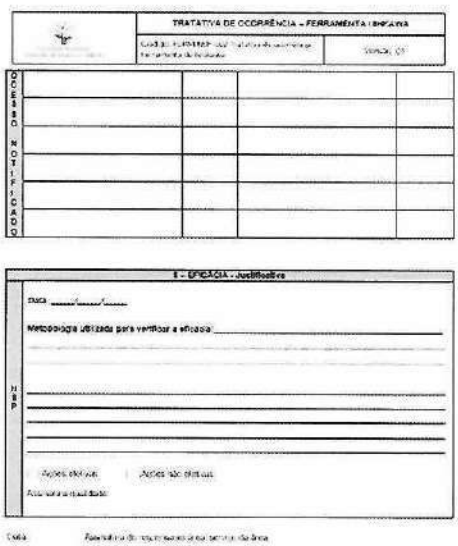
Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

2. Planilha de acompanhamento de Notificação de Eventos Adversos

Unidade básica de saúde:						Mês de notificação:		Ano:
PLANILHA DE ACOMPANHAMENTO DE NOTIFICAÇÕES DE EVENTOS ADVERSOS								
Data da notificação	Número do evento	Descrição do evento notificado	Classificação do evento	Setor envolvido	Hora do evento	Análise do evento	Ação (tratamento do evento)	Desfecho da ação

3. Formulário de Tratativa de Ocorrência





7 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Não se aplica.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.SBCD.NGQ.003	VERSÃO: 01
ELABORAÇÃO E GESTÃO DE ATAS DE REUNIÕES	**VALIDADE: 05/2025**	**Pag. 1 de 5**

Elaborado por: Erica Laurindo	Data: 05/2023	Visto:
Revisado por: Karine Coimbra	Data: 05/2023	Visto
Aprovado por: Devaney Pereta	Data: 05/2023	Visto:

Rev.	Data	Descrição da Revisão / Data / Responsável
0	05/2023	1ª Versão – emissão do documento/Erica de Cássia Laurindo

1- OBJETIVO

Normatizar o método de elaboração, gestão e monitoramento das Atas de reuniões nas unidades da SBCD, visando a garantia e continuidade e tratamento da informação. Este documento tem o objetivo de estabelecer as normas e fluxo de arquivamento dos documentos assim como a responsabilidade dos colaboradores referente a este assunto e sistemática de elaboração.

2 – ALCANCE

- A toda equipe administrativa e assistencial das unidades que realizam reuniões setoriais ou inter setoriais ou comissões.

3 – COMPETÊNCIA

GERENTES/ COORDENADORES:

- Garantir a aplicação da diretriz e orientar equipe sobre a rotina de realização de Atas;

GESTORES e COLABORADORES:

- Cumprir a rotina de descrição de Ata e providenciar o arquivamento correto das mesmas.

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

SBCD – Sociedade Brasileira Caminho de Damasco

DS

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

5.1 Elaboração das atas

5.1.1 As Atas deverão ser redigidas exclusivamente nos formulários padronizados. Qualquer outro método de registro não será validado e não poderá ser utilizado como documento de registro.

5.1.2 Qualquer colaborador pode redigir a Ata independente de cargo e função.

5.1.3 O documento pode digitado, ou quando existir a impossibilidade ser escrito a mão em letra legível

5.1.4 O preenchimento deverá ser feito com caneta esferográfica preta ou azul e quando digitado utilizar letra Arial tamanho 10.

5.1.5 Não é permitido rasura ou uso de corretivos.

5.1.6 Todos os campos do formulário devem estar preenchidos e não deve excluir campos, mesmo quando for a primeira ATA

5.1.7 A digitação da ata pode ser no momento da reunião ou no máximo em 48 horas para o envio para coleta das assinaturas.

5.1.8 Nunca deve ser substituído por uma lista de presença para evidenciar a discussão ou registro de um assunto abordado.

5.1.9 Elaboração:

a) Tema de reunião: descrever se é setorial, comissão, ou o tipo de reunião que está sendo realizada, se ordinária ou extraordinária.
b) Redator: nome do responsável por redigir o documento.
c) Número de reunião: registrar a sequência da reunião quando for reuniões do mesmo seguimento ou mesmo assunto.
d) Pauta: Lista de itens que serão discutidos na reunião.
e) Pendencias da reunião anterior:
   Ações: registrar todos os itens pendentes de reuniões anteriores.
   Status discutidos: Descrever a atualização das ações, se continuam abertas e o feed back dos motivos de não conclusão, e se foram concluídas.
f) Ata descritiva da reunião:
   Deve ser descrito de forma detalhada e com clareza as ocorrências, deliberações, resoluções e decisões de reuniões. Não utilizar abreviaturas e números devem ser por extenso. Deve ser descrito as ações e responsáveis e prazos discutidos. Exemplo de texto: Inicialmente, José da Silva solicitou à vice-diretora que comunicasse as providencias administrativas e o andamento legal referente ao termino do primeiro grau. Foi esclarecido que os alunos encerrariam o ano e...;
g) Os verbos devem ser usados no passado (perguntou, disse, discutiu...).
h) Cada assunto deve ser especificado na ata, exemplo;
   Assunto:1. Falha no processo x (item da pauta)

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

Foi colocado pela supervisora x, que o processo y.....

Assunto: 2: Alteração de fluxo y (item da pauta)

A coordenadora do setor x, informou que foi alterado .....

Assunto 3: Analise dos indicadores x, y,z

Indicador x

Análise crítica do indicador

Indicador Y

i) Encerramento: Toda Ata deve ser encerrada com uma finalização. Exemplo: Nada mais havendo a tratar, foi lavrado o presente Ata.

5.2.0 Ações propostas:

Reescrever a ação que foi discutida na reunião em forma de plano de ação (5W2H). Toda ação deve ser redigida com verbo no infinitivo. Exemplo: elaborar, realizar, organizar....

5.2.1 Lista e assinatura dos Participantes: escrever o nome e sobrenome dos participantes.

Não utilizar carimbos em Atas.

A ata não pode ser assinada por representante.

No momento da assinatura os participantes devem ler e validar o texto descrito.

5.2.2 Arquivamentos: Após a Ata elaborada e assinada, deverá ser arquivada em pasta catalogo ou AZ, própria para este fim (conforme tipo de reunião) corretamente identificada. É recomendável que todas as atas geradas na unidade fiquem armazenadas na administração, com acesso somente pelo responsável da reunião ou comissão.

Não colar em livros Atas.

5.2.3 Cópias de Atas só podem ser feitas após autorização do gerente ou coordenador da unidade.

5.2.4 A depender do conteúdo, devido ao sigilo a ATA pode ser divulgada após assinada e digitalizada e encaminhada via e-mail.

6 – RESULTADO ESPERADO

Organizar o processo de elaboração de atas e promover a gestão das informações e continuidade.

7 – AÇÕES CORRETIVAS

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

Em caso de identificação de irregularidades na confecção da ATA, deve ser notificado o redator ou o gestor responsável para realização dos ajustes.

8 – RISCOS DO PROCESSO

Descontinuidade das tratativas
Perda de documento
Exposição de informação

9 – INDICADORES

Não aplica.

10 – ANEXOS

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

ATA - REUNIÃO				
Tema da reunião:	REDATOR:	DATA: XX/XX/XX	HORA INÍCIO:	HORA TÉRMINO:

PAUTA
(Lista de assuntos para discussão)

STATUS AÇÕES DE REUNIÃO ANTERIORES (PENDÊNCIAS)	
AÇÕES	STATUS OBTIDOS
(Incluir as ações das ações anteriores)	(Descrever a atualização das ações se continuam abertas e o teor caso elas tenham sido concluídas, e se foram descartadas)

ATA DESCRITIVA DA REUNIÃO
(Descrever a ata com todos conteúdos abordados)

NOVAS AÇÕES PROPOSTAS		
AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO
(Descrever a ação em verbo infinitivo)		

LISTA E ASSINATURA DOS PARTICIPANTES		
NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA

12 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Não aplica.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

REGIMENTO INTERNO	RI.SBCD.NGQ.001	VERSÃO: 02
NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	VALIDADE: 07/2026	PÁG. 1 DE 7

Elaborado por: Karine Coimbra	Data: 06/2023	
Revisado por: Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente	Data: 07/2024	Visto:
Aprovado por: Gerente de Qualidade	Data:07/2024	Visto:

Rev.	Data	Descrição da Revisão / Responsável / Assinatura
0	06/2023	Emissão inicial.
1	07/2024	Atualização das competências e atribuições (fluxo de notificações) e referências bibliográficas Revisado por: Jussara Oliveira da Costa

Capitulo 1 - DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º. O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) 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 do NSP 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. O Núcleo de Segurança do Paciente 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. O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) 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 - Núcleo de segurança do paciente (NSP): instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente;

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.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

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. O Núcleo de Segurança do Paciente 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 local e Núcleo Assistencial Zona Norte:

I – Utilizar e implementar ferramentas de gestão de risco para o processo investigatório;

II - Realizar ações para a gestão de risco nas unidades;

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

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;

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

XVI – Instituir a Comissão do Núcleo de Segurança do Paciente;

Art. 12º. Compete unicamente ao NSP local:

I – Notificar em até 24 horas ao NSP sede os eventos sentinelas;

III – Analisar o incidente de acordo com prazos estabelecidos de cinco dias para evento adversos com dano grave e/ou óbito, dez dias para incidente com dano moderado, e quinze dias para incidentes com dano leve, *near miss* e circunstância de risco;

IV – Elaborar, mediante as notificações, ações e gerenciá-las quanto ao prazo e efetividade;

V – Disseminar a equipe os resultados obtidos das ações e gerenciamento dos riscos, e melhorias identificadas, a fim de incentivar e conscientizar a equipe e prevenir a ocorrência de novos incidentes;

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 do NSP 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 Este Núcleo de Segurança do Paciente, 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.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

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. O núcleo de segurança do paciente 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 do NSP:

I. Participar das reuniões da Comissão do Núcleo de Segurança do Paciente;

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 do NSP:

I. Fazer as notificações de eventos a SNVS;

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

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 do NSP serão realizadas mensalmente em data, horário e local preestabelecido conforme cronograma de reuniões da comissão;

Art. 17°. As reuniões da comissão do NSP 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.

Capítulo 7 – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 20º O regimento interno poderá ser revisado e atualizado quando necessário, mediante aprovação em reunião convocado mediante este objetivo.

Art. 21º Os casos omissos serão resolvidos pelo núcleo em reunião para isto convocada com a presença do Superintendente.

Art. 22º O presente Regimento entra em vigor a partir da data de sua aprovação e sua publicação.

DS
LAPH

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

DS

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.SBCD.NGQ.011	VERSÃO: 01
AUDITORIA INTERNA	VALIDADE: 12/2026	Pág. 1 de 7

Elaborado por: Jussara Olegário - Auditora da Qualidade	Data: 12/2024	Visto: DocuSigned by: Jussara Olegario da Costa 3D5E6E1B1BD9439...
Revisado por: Sabrina Benetti – Coordenadora da Qualidade	Data: 12/2024	Visto: Assinado por: Sabrina Benetti 36842B6BE0BE4CE...
Aprovado por: Erica Laurindo - Gerencia da Qualidade	Data: 12/2024	Visto: DocuSigned by: Erica de Cassia Laurindo C3591491EA564CE...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
0	Não se aplica	Elaboração do documento.

1 - OBJETIVO

Implantar metodologia para realização de auditorias internas nas unidades de saúde baseadas no Manual Brasileiro de Acreditação, legislações pertinentes e boas práticas baseadas em evidências.

2 - ALCANCE

Unidades de Saúde geridas pela Sociedade Brasileira Caminho de Damasco (SBCD)

3 - RESPONSABILIDADE

Equipe da qualidade, colaboradores responsáveis por auditoria internas

4 - TERMOS E DEFINIÇÕES

1. **SBCD** – Sociedade Brasileira Caminho de Damasco.
2. **ONA** – Organização Nacional de Acreditação é responsável pelo desenvolvimento e gestão dos padrões brasileiros de qualidade de segurança do paciente.
3. **Auditoria prospectiva**: auditoria prévia, avalia os procedimentos antes de sua realização, tem caráter preventivo, procurando detectar situações de alerta para evitar problemas.
4. **Auditoria operacional ou concorrente:** é realizada enquanto o cliente recebe o serviço, compara o nível de assistência prestada *versus* padrões de assistência aceitáveis.
5. **Auditoria retrospectiva**: é realizada após o cliente receber o serviço, consiste na análise da relação entre os critérios estabelecidos e os dados encontrados na revisão dos registros após a saída do cliente.
6. **Auditoria interna:** a avaliação é realizada por profissionais da própria instituição, constituindo um serviço, uma

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

seção ou um departamento, que pode interferir em todos os setores de forma autônoma.

7. **Auditoria contínua:** executada sem interrupções em períodos mensais ou trimestrais com a finalidade de avaliação de continuidade dos processos/serviços.
8. **Auditoria periódica:** executada em períodos pré-definidos (semestrais, anuais ou quinquenais).
9. **Auditoria clínica:** auditoria clínica está inserida no processo de governança clínica e faz parte do sistema para melhorar o padrão da prática clínica. Caracteriza-se por um processo de melhoria da qualidade do atendimento ao paciente e os resultados através de revisão sistemática do atendimento prestado em relação a critérios explícitos.

5 - DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

O processo de auditoria consiste na aplicação de um conjunto de procedimentos e técnicas com o objetivo de mitigar riscos, obter informação e analisar processos para subsidiar as conclusões, análises e propostas do auditor sobre resultados, desempenho e regularidade da gestão.

A sistemática estabelecida deve considerar todos os processos da organização (assistenciais, administrativos, de infraestrutura e de apoio) com o intuito de analisar se requisitos pertinentes (estatutários, regulamentares, legais, dos processos, dos clientes, para acreditação etc.) estão sendo cumpridos; determinar a contínua adequação, suficiência e eficácia do programa institucional de melhoria contínua; avaliar a compatibilidade e o alinhamento dos objetivos da qualidade com a direção estratégica da organização; e se é necessário a implantação de ações para que a organização se torne ainda mais ágil, eficiente e segura (Manual para Organização Prestadoras de Serviços de Saúde - ONA, 2022-2025).

O auditor, no exercício de sua atividade, deve manter uma atitude de independência que assegure a imparcialidade do seu julgamento, nas fases de planejamento, execução e emissão de seu parecer, bem como nos demais aspectos relacionados com sua atividade profissional. Na execução de suas atividades, o auditor se apoiará em fatos e evidências que permitam o convencimento razoável da realidade ou a veracidade dos fatos, documentos ou situações examinadas, permitindo a emissão de opinião com bases consistentes. O auditor deve possuir conhecimento técnico, capacidade profissional, cautela, zelo profissional, comportamento ético, sigilo e descrição (Manual de Normas de Auditoria / Diretora, Deildes de Oliveira Prado et allii. - Brasília: Ministério da Saúde, 1998). Também deverá se basear no Manual de auditoria interna SBCD, material utilizado para formação de novos auditores internos para atuação em comissões de melhorias internas.

Durante o seu trabalho, o auditor está obrigado a abster-se de intervir nos casos onde há conflitos de interesses

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

que possam influenciar a absoluta isenção do seu julgamento. Não deve tomar partido ou emitir opiniões

A operacionalização da auditoria interna consiste nas seguintes etapas: planejamento, execução, comunicação dos resultados e monitoramento tempestivo.

1.0 – Planejamento

Compreender o processo a ser auditado, baseado em legislação, normas, instruções; atas de reuniões e dados estatísticos, se disponíveis.

Confecção do plano de auditoria em conjunto com as áreas a serem auditadas e cronograma previamente acordado entre as partes.

2.0 – Execução

Comunicação clara e esclarecimentos dos objetivos da auditoria junto ao auditado. Aplicação do plano de auditoria elaborado durante a fase de planejamento. É importante que os feedbacks e oportunidades de melhorias sejam realizados *in locu* em tempo real com os auditados.

A última etapa do processo de execução é a revisão dos achados com a equipe de auditores e discussão para possíveis alinhamentos de possíveis divergências evidenciadas em diferentes perspectivas.

3.0 – Comunicação dos resultados

Após a reunião entre equipe de auditores e auditados, é elaborado o relatório de auditoria (anexos 1 e 2) contemplando os achados, análise dos auditores, comentários de auditados e as recomendações (oportunidades de melhoria)

O relatório deve apresentar sequência lógica, linguagem clara e concisa, sem rasuras e ser conclusivo para permitir a formulação de constatações em relação ao que foi verificado. O conteúdo dos relatórios deve seguir:

3.1 - Escopo e objetivo da auditoria;

3.2 - Identificação da equipe de auditoria;

3.3 - Identificação do auditado;

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

3.4 - Data da auditoria;

3.5 - Documentos auditados e/ou relacionados;

3.6 - Descrição das não conformidades encontradas;

3.7 - Apreciação/ conclusão dos auditores quanto à importância das não conformidades detectadas e sua influência na efetividade do sistema ou serviço;

3.8 - Sugestões do encaminhamento do relatório.

4.0 – Acompanhamento do plano de ação:

Após a entrega do relatório com todos resultados da auditoria, o gestor responsável pelo serviço/ unidade deverá elaborar um plano de ação de melhorias para organizar todas as pontuações com necessidades de ajustes. Conforme critérios abaixo:

4.1 Período e a forma de acompanhamento;

4.2 Utilização das ferramentas da qualidade (PDCA, 5W2H) para a implantação da ação corretiva/ saneadora;

4.3 Confirmação/comprovação de que a ação corretiva foi implementada (atentar para o fato de que a efetividade de algumas ações corretivas/saneadoras, por serem mais complexas, demoram bastante tempo).

5.0 – Auditoria Clinica

A realização e monitoramento da auditoria clínica na SBCD é de responsabilidade da própria equipe assistencial, essa pode ser realizada por uma comissão própria ou como responsabilidade da Comissão de Revisão de Prontuários visto a equipe já avaliar o atendimento prestado.

O objetivo principal é validar se o tratamento e conduta da equipe foi executado conforme as diretrizes clinicas pré definidas nos protocolos assistenciais, identificar fragilidades e desvios.

Para cada linha de cuidado a ser avaliada deve ser definido os marcadores a serem identificados, utilizar um check list para direcionar as buscas e permitir a uniformização da analise e tabulação de dados para a analise

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

critica do resultado.

Orienta-se a realização da auditoria clinica nos protocolos baseados ao perfil de epidemiológico de atendimento baseado na gravidades e prevalência.

Também como a auditoria de processos após a emissão do relatório deve-se elaborar o plano de ação de melhorias para adequações das não conformidades.

6 - RESULTADO ESPERADO

- Mensurar a qualidade dos serviços e processos conforme metodologia adotada;
- Apresentar diagnóstico técnico, operacional e gerencial;
- Auxiliar na tomada de decisão estratégica e melhoria contínua de processos;
- Auxiliar na definição de indicadores operacionais e estratégicos.

7 - AÇÕES CORRETIVAS

- Subsidiar os gestores quanto a elaboração de plano de ação com ações preventivas, corretivas e saneadoras.

8 - RISCOS ENVOLVIDOS

- Falta de adesão da equipe de auditores e auditados;
- Falha na comunicação do plano de auditoria;
- Falta de transparência na apresentação das evidências;
- Cultura punitiva.

9 - INDICADORES

Percentual de conformidades de auditoria interna.

10 - ANEXOS

Anexo 1 – Modelo Formulário de Auditoria interna – Atenção Primária a Saúde

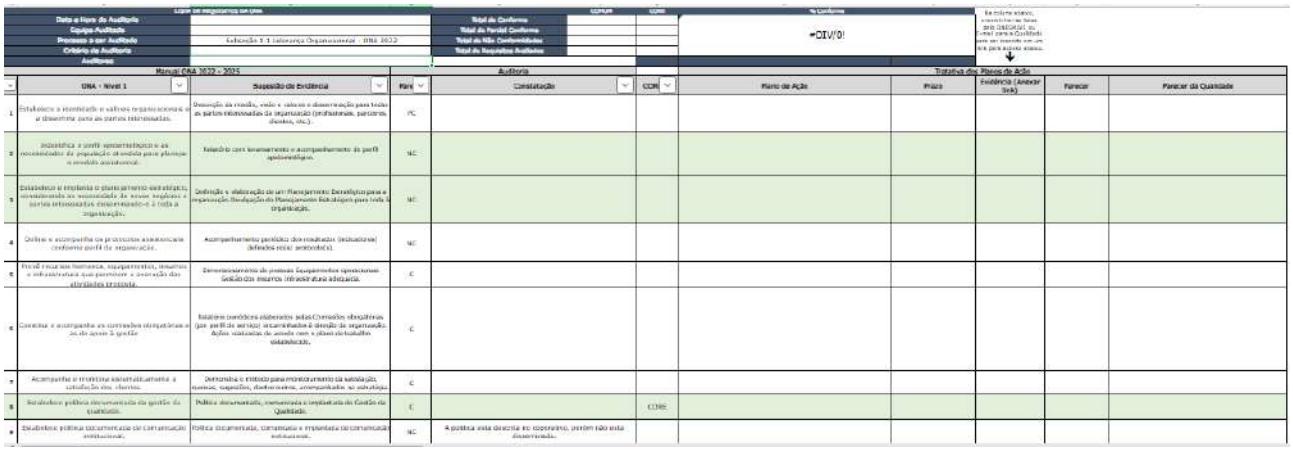
Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

RESULTADO DE AUDITORIA INTERNA - UBS XXXXX
SEÇÃO 3 - SUBSEÇÃO 3.1 - ANÁLISES CLÍNICAS

F.SBCD.NGQ.039 VERSÃO 01

DATA:	
AUDITOR:	
Perfil de atendimento estratificado, atualizado e divulgado REQUISITO 3.1.1	
JUSTIFICATIVA:	
Evidência de treinamento e capacitação dos profissionais (ex. testes rápidos, glicosímetro). REQUISITO 3.1.2	
JUSTIFICATIVA:	
Processos mapeados, fluxos e contrato de interação entre setores implantados e disseminados? REQUISITO 3.1.13 e	
JUSTIFICATIVA:	
Controle de temperatura da geladeira e carro de transporte de amostras preenchidos? REQUISITO 3.1.39	
JUSTIFICATIVA:	
Planos de contingência implantados e evidenciados? (Ex. falta de energia elétrica, quebra da geladeira) REQUISITO	
JUSTIFICATIVA:	
Há evidencia de manutenção preventiva dos equipamentos e cronograma disponível (glicosímetros, geladeira)? REQUISITO 3.1.6	
JUSTIFICATIVA:	
Registro de controle de coletas atualizado e preenchido? REQUISITO 3.1.1	
JUSTIFICATIVA:	

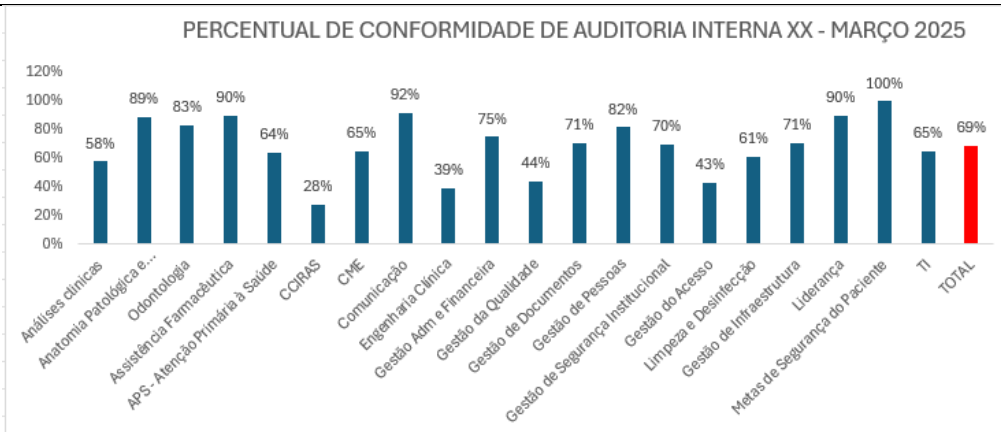
Anexo 2 – Modelo Formulário de Auditoria interna – Alta complexidade



Anexo 3 – Modelo de Comunicado de Resultado de Auditoria

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E



11 - REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Manual de Normas de Auditoria / Diretora, Deildes de Oliveira Prado et allii. - Brasília : Ministério da Saúde, 1998.
2. Grupo IBES – disponível em: https://www.ibes.med.br/auditoria-clinica-como-nasceu-a-ferramenta-e-como-ela-e-utilizada-atualmente/, acessado em 26/03/2025.
3. Manual para organizações prestadoras de serviços de saúde - OPSS: versão 202-2026. -- São Paulo: Organização Nacional de Acreditação, 2021-- (Coleção manual brasileiro de acreditação).

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE
DS
LAPH

Docusign Envelope ID: E95FE9ED-B055-40F7-B354-8FC10EC7149E

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.SBCD.NGQ.012	VERSÃO: 01
IMPLANTAÇÃO E GESTÃO DE INDICADORES DE DESEMPENHO	VALIDADE: 05/2027	Pág. 1 de 9

Elaborado por: Gerência da Qualidade – Érica Laurindo	Data: 05/2025	Visto: DocuSigned by: Erica de Cassia Laurindo C3591491EA564CF...
Verificado por: Coordenação da Qualidade – Sabrina Benetti	Data: 05/2025	Visto: Assinado por: Sabrina Benetti 36842B6BE0BF4CE...
Aprovado por: Gerência da Qualidade – Érica Laurindo	Data: 05/2025	Visto: DocuSigned by: Erica de Cassia Laurindo C3591491EA564CF...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
0	Não se aplica	Elaboração do documento.

1 - OBJETIVO

Proporcionar aos colaboradores / líderes a compreensão da lógica de aplicação e utilização de um sistema de indicadores de desempenho e orientar os colaboradores / líderes para o planejamento, a implantação e do sistema de indicadores de desempenho

2 - ALCANCE

Todos os setores e colaboradores da SBCD

3 - RESPONSABILIDADE

Gestores e qualquer colaborador da SBCD designado para a realização da atividade.

4 - TERMOS E DEFINIÇÕES

Não aplica

5 - DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

5.1. Definições

5.1.1. Conceitos

São instrumentos de gestão utilizados para medir e acompanhar os resultados de um projeto, processo ou política. "É por meio dos indicadores que os gestores avaliam os resultados das suas decisões no nível estratégico ou das ações das suas equipes no nível tático e operacional.

Desempenho (Performance): Resultados obtidos dos principais indicadores de desempenho de processos e de produtos, que permite avaliá-los e compará-los em relação a metas, padrões, referenciais pertinentes e a outros

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

processos e produtos.

Mais comumente os resultados expressam satisfação, insatisfação, eficiência e eficácia

5.1.2. Critérios para avaliação da definição:

Os indicadores medem aspectos qualitativos e/ou quantitativos relativos à estrutura, aos processos e aos resultados.

5.1.3. Tipos de indicadores:

Disponibilidade/Mensurabilidade: fácil obtenção dos dados para o cálculo do indicador.

Simplicidade: poder calcular a partir de informações básicas compostas por dados de fácil obtenção. É desejável que os indicadores sejam fáceis de serem analisados e interpretados e que sejam compreensíveis para os usuários das informações.

Comparabilidade: ser fácil de comparar com referenciais apropriados.

Exatidão: apresentará as mínimas possibilidades de erro, sempre que registrado.

5.1.4. Indicadores por níveis:

Estratégicos: visão da empresa – objetivos estratégicos

Táticos – Objetivos e ações por departamento ou processos

Operacionais – Visão por tarefas

5.2. Implantação do Indicador

5.2.1. Planejamento:

1º - Pesquisa referencial teórico – fichas técnicas já padronizadas baseadas em referencias bibliográficas

2° - Mensuração dados internos – Definição de novos indicadores

3° - Definição do nome do indicador

4º - Definir processos envolvidos e responsáveis.

5.2.2. Definição da medição

Rubrica SB DS EDCL DS LAPH

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

5.2.2.1. Taxa/ coeficiente / Percentual

É a divisão entre duas informações de mesma grandeza gerando um valor que pode ser expresso como porcentagem.

O número de vezes que um fato ocorreu dividido pelo número de vezes que ele poderia ter ocorrido, multiplicado por uma base e definido no tempo e no espaço.

5.2.2.2. Índice

É a divisão entre duas informações de grandezas distintas gerando um valor, ou seja, a relação entre dois números ou a razão entre determinados valores, tendo como exemplo o índice de giro ou de rotatividade dos leitos.

Rubrica SB DS EDCL

5.2.2.3. Número absoluto:

Podem ser indicadores, à medida que se comparam valores iguais, maiores ou menores a ele, resultantes de atividades.

5.2.3. Elaboração e aprovação da ficha técnica

Documento que norteia a elaboração e construção de um indicador, utilizar o formulário F.SBCD.NGQ.035 MODELO DE FICHA TÉCNICA DE INDICADORES

- ✓ Nome do indicador (ou item de controle)
- ✓ Objetivo (motivo, valor, tempo, prazo do item que se quer medir)
- ✓ Domínio (se o mesmo é de estrutura, processo ou resultado)
- ✓ Método de Cálculo (maneira de expressão, dependendo do tipo)
- ✓ Unidade de medida (taxa, coeficiente, índice, percentual, número absoluto)
- ✓ Meta/ Limite aceitável (valor desejado a ser alcançado)
- ✓ Fonte de dados (local de onde será extraída a informação)
- ✓ Definição e termos (descrever o que é o dado do indicador e numerador)
- ✓ Periodicidade de avaliação (número de vezes que será medido em determinado período)

DS LAPH

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

- ✓ Responsável (pela elaboração e pela aprovação)

5.2.4. Definição de metas

As metas de desempenho dos indicadores são estabelecidas a partir:

- das metas de desempenho desejadas pela organização, expressas no seu modelo de Gestão Estratégica;
- dos requisitos legais, sanitários, técnicos e científicos inerentes aos processos, produtos ou serviços;
- das necessidades específicas de cada setor, processo, produto ou serviço
- do resultado do seu histórico

Rubrica SB

DS EDCL

Metas SMART é o nome de uma metodologia que estabelece critérios para a definição de objetivos e metas, as quais se baseiam em 5 fatores: S (específica), M (mensurável), A (atingível), R (relevante) e T (temporal).

Desenvolvida no início dos anos 1980 pelo consultor norte-americano George T. Doran (1939-2011)



5.2.5. Preenchimento do formulário – gráfico

Interpretação dos gráficos:

Títulos claros

Escalas compatíveis

Os eixos com nome e unidade

Informações complementares devem ser escritas nome do elaborador, período, meta)

Modelos de gráficos: Apresentar sempre uma série histórica, para realizar a análise a questão da

DS LAPH

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

performance é imprescindível, pois é necessário se ter com o que comparar o resultado.

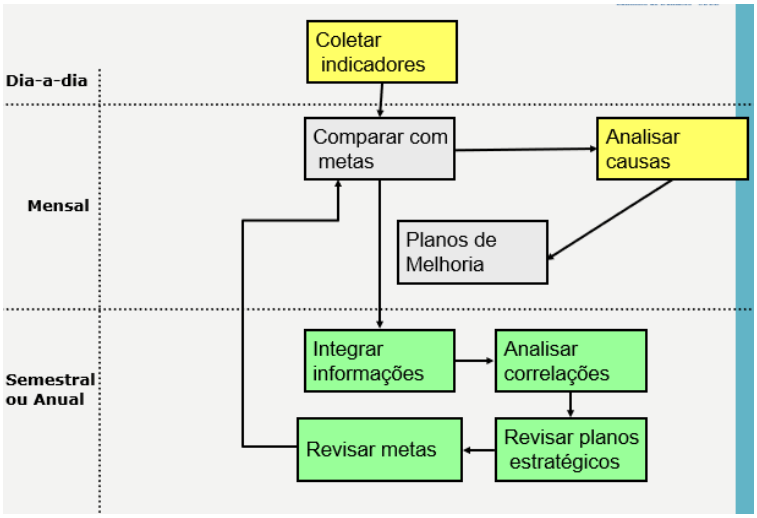
5.3. Processo de análise:

O gestor da área ou o responsável pela atividade deverá realizar a análise do indicador após o termino do mês.

A data limite é até dia 10 para alimentar os dados e até dia 15 para realizar a análise crítica do mesmo.

Salvo indicadores de qualidade do contrato de gestão que deverão ser alimentados e analisados conforme cada data prevista em contrato específico.

A responsabilidade de validar o indicador deve ser do superior imediato ou conforme definido no organograma da área.



5.3.1. Tipos de indicadores e periodicidade

Como método de classificação dos indicadores na instituição, é definido os tipos de indicadores para direcionar a aplicabilidade, origem método de análise.

Indicadores de desempenho: Obrigatória análise crítica

Indicadores estratégicos: Indicadores definidos no planejamento estratégico para monitoramento de objetivos estratégicos

Dados estatísticos: não é obrigatório análise crítica somente ser alimentado o valor.

5.3.2. Descrição passo a passo:

Rubrica SB
DS EDCL
DS LAPH

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

A analise poderá ser feita diretamente no sistema de gestão quando disponível ou no formulário padronizado pelo setor da qualidade (F.SBCD.NGQ.045 ou 046)

1º Passo: Apuração e coleta dos dados / informação

Validar mensalmente o processo de coleta de informações que muitas vezes é realizado por outros colaboradores da equipe.

Realizar os cálculos conforme definido em fichas técnicas respectivas de cada indicador.

2º Passo: Alimentar com dados previamente apurados

Alimentar o indicador referente ao período vigente em analise (mês anterior)

3º Passo: Analisar o indicador preenchendo o campo de respectivo de análise

a. Preencher a data de análise

b. Descrever todos participantes envolvidos na análise: recomenda-se realizar em equipe ou com envolvidos no processo.

c. Classificar, seguindo as orientações:

Indicador com meta ou limite aceitável estabelecido

Favorável	Resultado dentro da meta	Plano de ação de melhoria opcional
Desfavorável	Resultado fora da meta no último mês analisado	Plano de ação Obrigatório

Indicador de monitoramento (sem meta / limite definida)

Favorável	Resultado favorável no último mês/ período analisado	Plano de ação de melhoria opcional
Desfavorável	Resultado desfavorável no último mês analisado	Plano de ação Obrigatório

***Obs:** alguns indicadores novos são abertos como monitoramento para o estabelecimento de média histórica, para que posteriormente (mínimo 4 meses) seja estabelecido uma meta ou limite aceitável para avaliação.

d. Descrição da situação atual:

Deve ser descrita a visão do analisador referente à situação em que o item se encontra, considerando:

Rubrica SB

DS EDCL

DS LAPH

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

Quando o indicador estiver dentro da meta ou padrão aceitável:

Não é necessário criar ação corretiva, porém poderá ser estabelecido um plano de melhorias, mas se o resultado permanecer dentro da meta por mais de 6 meses, indica uma possível revisão da meta junto ao setor da qualidade e gestão direta.

Quando o indicador estiver fora da meta ou padrão aceitável:

Indicador fora da meta, é necessário o levantamento das causas e ação corretiva.

Rubrica SB

DS EDCL

e. Introdução - texto de análise:

*Lembre-se que analise não é a leitura do gráfico, deve ser descrito a discussão do resultado e levantamento das possíveis causas e problemáticas do período e possibilidades de melhoria.
Descrever se o indicador está dentro ou fora da meta;
Descrever a situação do indicador referente ao referencial externo (quando aplicável); ou ao período anterior (mês anterior ou média anual)
Descrever se o indicador tem relação com outro indicador (se o desempenho de um indicador, afeta o desempenho do seu indicador)
Feedback das ações pendentes; (Citar se a ação foi concluída e se apresentou melhorias);

f. Levantamento das causas:

- ✓ Resultado desfavorável é obrigatório realizar a análise das causas e para cada causa levantada criar ações corretivas.
- ✓ A análise das causas deve ser utilizado as ferramentas da qualidade de investigação (Brainstorm, 5 porquês ou Ishikawa) para identificação da causa raiz do problema do não cumprimento da meta.
- ✓ Descrever as principais causas identificadas, durante a reunião de análise, listar os principais motivos que levaram o indicador a não atingir a meta ou parâmetro aceitável.

4º passo: Plano de ação:

- É necessário/obrigatório a abertura do plano de ação quando o indicador se apresentar como “desfavorável”.

DS LAPH

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

- É opcional a ser trabalhado como plano de melhoria quando o indicador estiver dentro da meta.
- Somente registrar ações para outros responsáveis com o prévio conhecimento do mesmo e envolvimento na execução da atividade e entendimento do motivo do mesmo.
- Para cada causa apontada geralmente se faz necessário a abertura de uma ação.
- Observar que o prazo da ação a ser colocado deve ser sempre curto para o resultado já ser demonstrado no próximo mês. Sugere-se evitar sempre que possível planejar ações a longo prazo, devido à demora da efetividade.

Acompanhamento ações abertas em meses anteriores:

- As ações definidas deverão ser alimentadas e encerradas conforme o prazo definido, lembrando a necessidade de atualização mensal de toda ação aberta nas análises anteriores.
- Para a abertura de uma analise o gestor deve avaliar o andamento da ação (quando essa existir) e registrar sua evolução na próxima analise em execução
- O gestor deverá utilizar os indicadores como pauta de reunião setorial com os colaboradores e mensalmente explicar o desempenho e plano de ação a ser trabalhado.

5º passo: Validação:

- Após analisado, o responsável deverá encaminhar/ informar ao seu superior para que o mesmo valide a análise do indicador que deverá acontecer até o último dia do mês.

- Apresentação e discussão dos resultados dos indicadores estratégicos:

Os indicadores estratégicos deverão ser apresentados conforme sistemática estabelecida pela gestão.

- Alteração de meta:

Alteração de meta após mínimo de 4 meses de monitoramento ou 6 meses acima da meta.
Deve ser validado com o gerente / superintendente da Área e NQSP.

Deve estar descrito e explicado a alteração da meta e justificativa do novo valor na próxima analise do mês subsequente
Obrigatório a revisão anual da meta e justificativa no primeiro mês

Rubrica SB

DS EDCL

DS LAPH

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

6 - RESULTADO ESPERADO

Documentar a análise do processo e otimizar a gestão da informação para o desenvolvimento de melhorias.

7 - AÇÕES CORRETIVAS

Corrigir e orientar falhas no processo de criação e análise crítica

8 - RISCOS ENVOLVIDOS

Perda de informação e histórico

9 - INDICADORES

Não se aplica

Rubrica SB

DS EDCL

10 - ANEXOS

Não se aplica

11 - REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Qualidade em Saúde – E Indicadores como Ferramentas de Gestão. Eliseth Ribeiro Leão ...(et al.). São Caetano do Sul , SP. Yendis Editora, 2008.

Sistema de Indicadores. Fundação Nacional de Qualidade. Excelência em Gestão. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. O LÍMPIO J. NOGUEIRA V. BITTAR

DS LAPH

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.SBCD.NGQ.002	VERSÃO: 01
NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS	VALIDADE: 07/2025	Pag. 1 de 5

Elaborado por: Flavia Gualano Luiz Ramos	Data: 28/06/2023	Visto:
Revisado por: Karine Kathlyn Couto Coimbra	Data: 17/07/2023	Visto
Aprovado por: Erica de Cassia Laurindo	Data: 17/07/2023	Visto:

Rev.	Data	Descrição da Revisão / Data / Responsável
1	07/2023	Emissão inicial.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.SBCD.NGQ.002	VERSÃO: 01
NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS	VALIDADE: 07/2025	Pag. 2 de 5

1- OBJETIVO

Padronizar o fluxo de notificação de incidentes atendendo o Programa Institucional de Segurança do Paciente da Sociedade Brasileira Caminho de Damasco - SBCD.

2 – ALCANCE

Todos os serviços da SBCD.

3 – COMPETÊNCIA

Todos os colaboradores da instituição.

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

NSP: Núcleo de Segurança do Paciente.

Notificação de incidentes: comunicar a ocorrência de eventos, problemas ou situações associadas a pacientes, produtos ou serviços.
Classificações de acordo com a Resolução 36 de julho de 2013:
Incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente, ou seja, qualquer evento relacionado a assistência à saúde do paciente.
Evento adverso: incidente que resulta em danos à saúde.
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;

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

5.1 - Procedimentos

- Todos os colaboradores da unidade ou que prestam serviço na unidade, bem como pacientes e terceiros podem realizar notificações.
- Preencher o formulário padronizado (anexo 1) disponível na unidade nos campos da notificação, principalmente o nome da unidade, data do incidente, setor envolvido, hora do incidente e descrição do ocorrido.
- No campo nome do paciente preencher somente com as iniciais. Todos os campos devem ser preenchidos se possível e quando aplicável. O campo de descrição do ocorrido é obrigatório e deve ser preenchido detalhadamente com o máximo de informações possíveis para facilitar as demais etapas. Os campos de ação imediata preencher o que foi feito na hora e consequências para o paciente também devem ser preenchidos.

DS

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

- O notificador também deverá classificar o evento conforme seu entendimento, entretanto o NSP local deverá discutir e verificar se a classificação se enquadra corretamente;
- O notificador pode ou não se identificar, porém quando o notificador não se identifica não é possível realizar a devolutiva da tratativa da notificação;
- Depositar o formulário de notificação preenchido no local especificado para este fim na unidade;
- NSP local recolhe os formulários diariamente e realiza o cadastro interno na Planilha de acompanhamento de notificação de evento adverso (anexo 2);
- Os incidentes notificados com dano grave, devem ser notificados ao NSP da sede imediatamente;
- O NSP local analisa o evento e verifica a classificação do evento considerando os prazos de análise;
- O NSP analisa o evento e elabora ações no formulário "Tratativa de Ocorrências" (anexo 3);
- Toda sexta-feira até as 18:00 hs o NSP local deverá encaminhar as notificações realizadas na semana via e-mail ao NSP da sede (zn.nsp@sbcdsaude.org.br), porem notificar a ocorrência de óbito atribuído a evento adverso e evento com dano grave em até 24 horas.
- NSP sede deve notificar eventos com danos graves em até 72 horas à COVISA;
- NSP local deve gerenciar as ações propostas, os prazos, efetividade, na mesma planilha de acompanhamento de notificações de eventos;
- NSP da sede deve alimentar o indicador mensalmente com os dados de notificações.

Definições importantes:

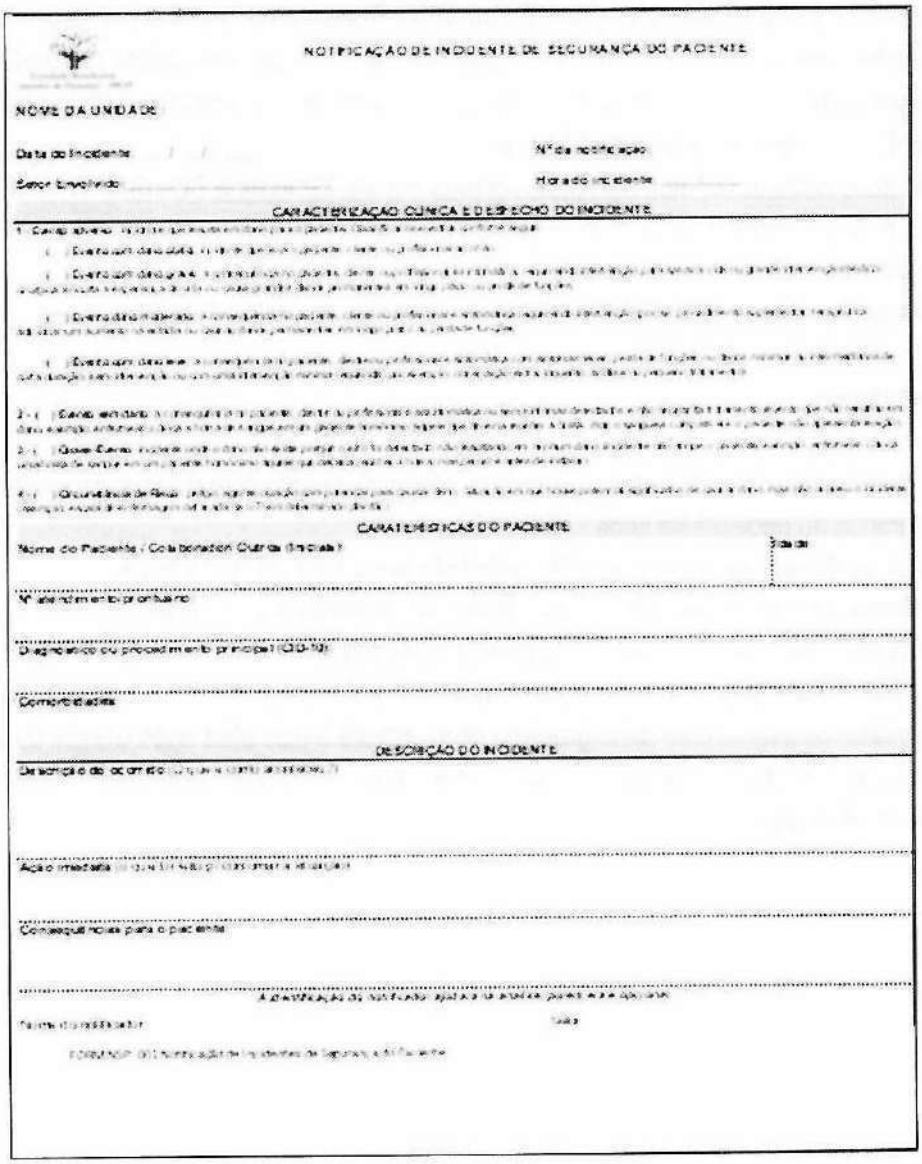
- Notificar a ocorrência de óbito atribuído a evento adverso e evento com dano grave imediatamente ao núcleo de segurança do paciente da sede - NSP sede;
- Encaminhar os demais incidentes ao NSP sede toda sexta feira até às 18 horas;
- Os incidentes com dano moderado e grave devem ser notificados a COVISA;
- Enviar as notificações para o Email zn.nsp@sbcdsaude.org.br;
- Fazer análise e elaborar ações no formulário "Tratativa de Ocorrências";
- Realizar análise de evento com dano grave ou óbito: em até 5 dias úteis após ciência do ocorrido;
- Analisar evento com dano moderado em até 10 dias úteis e circunstância de risco, evento sem dano ou com dano leve: 15 dias úteis.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

6 – ANEXOS

1. Notificação de Incidente de Segurança do Paciente



NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTE DE SEGURANÇA DO PACIENTE

NOME DA UNIDADE

Data do Incidente: / / Nº da notificação:

Setor Envolvido: Hora do incidente:

CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA E DESFECHO DO INCIDENTE

1 - Evento adverso (dano ao paciente causado por uma assistência à saúde segura)

( ) Evento adverso sem dano

( ) Evento adverso com dano leve

( ) Evento adverso moderado

( ) Evento adverso grave

2 - ( ) Evento sentinela (evento adverso grave ou morte, em que a segurança do sistema foi comprometida, incluindo eventos ocorridos durante o transporte de pacientes)

2 - ( ) Óbito. Evento relacionado à assistência prestada ou não relacionado à doença de base do paciente

4 - ( ) Circunstâncias de Risco (qualquer situação com potencial para causar incidente, mas que não causou dano ao paciente)

CARACTERÍSTICAS DO PACIENTE

Nome do Paciente / Colaborador Cuidado (Iniciais) Idade

Nº atendimento/prontuário

Diagnóstico ou procedimento principal (CID-10):

Comorbidades:

DESCRIÇÃO DO INCIDENTE

Descrição do ocorrido

Ação imediata

Consequências para o paciente

Assinatura do notificador Data

Assinatura do Gestor de Segurança do Paciente

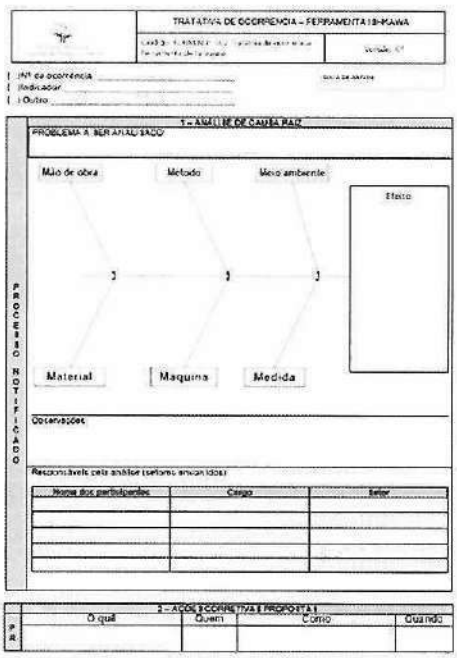
DS

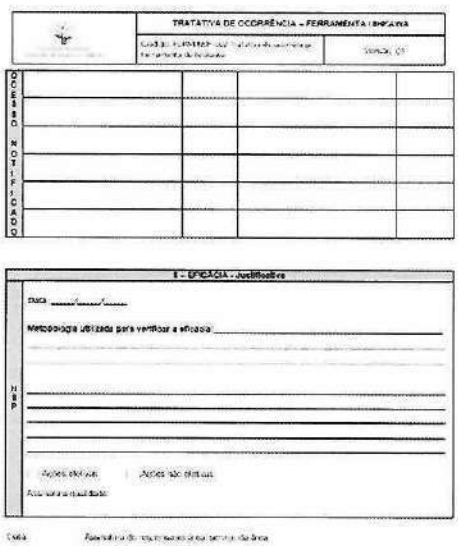
Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

2. Planilha de acompanhamento de Notificação de Eventos Adversos

Unidade básica de saúde:						Mês de notificação:		Ano:
PLANILHA DE ACOMPANHAMENTO DE NOTIFICAÇÕES DE EVENTOS ADVERSOS								
Data da notificação	Número do evento	Descrição do evento notificado	Classificação do evento	Setor envolvido	Hora do evento	Análise do evento	Ação (tratamento do evento)	Desfecho da ação

3. Formulário de Tratativa de Ocorrência





7 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Não se aplica.

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.SBCD.NGQ.012	VERSÃO: 01
IMPLANTAÇÃO E GESTÃO DE INDICADORES DE DESEMPENHO	VALIDADE: 05/2027	Pág. 1 de 9

Elaborado por: Gerência da Qualidade – Érica Laurindo	Data: 05/2025	Visto: DocuSigned by: Erica de Cassia Laurindo C3591491EA564CF...
Verificado por: Coordenação da Qualidade – Sabrina Benetti	Data: 05/2025	Visto: Assinado por: Sabrina Benetti 36842B6BE0BF4CE...
Aprovado por: Gerência da Qualidade – Érica Laurindo	Data: 05/2025	Visto: DocuSigned by: Erica de Cassia Laurindo C3591491EA564CF...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
0	Não se aplica	Elaboração do documento.

1 - OBJETIVO

Proporcionar aos colaboradores / líderes a compreensão da lógica de aplicação e utilização de um sistema de indicadores de desempenho e orientar os colaboradores / líderes para o planejamento, a implantação e do sistema de indicadores de desempenho

2 - ALCANCE

Todos os setores e colaboradores da SBCD

3 - RESPONSABILIDADE

Gestores e qualquer colaborador da SBCD designado para a realização da atividade.

4 - TERMOS E DEFINIÇÕES

Não aplica

5 - DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

5.1. Definições

5.1.1. Conceitos

São instrumentos de gestão utilizados para medir e acompanhar os resultados de um projeto, processo ou política. "É por meio dos indicadores que os gestores avaliam os resultados das suas decisões no nível estratégico ou das ações das suas equipes no nível tático e operacional.

Desempenho (Performance): Resultados obtidos dos principais indicadores de desempenho de processos e de produtos, que permite avaliá-los e compará-los em relação a metas, padrões, referenciais pertinentes e a outros

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

processos e produtos.

Mais comumente os resultados expressam satisfação, insatisfação, eficiência e eficácia

5.1.2. Critérios para avaliação da definição:

Os indicadores medem aspectos qualitativos e/ou quantitativos relativos à estrutura, aos processos e aos resultados.

5.1.3. Tipos de indicadores:

Disponibilidade/Mensurabilidade: fácil obtenção dos dados para o cálculo do indicador.

Simplicidade: poder calcular a partir de informações básicas compostas por dados de fácil obtenção. É desejável que os indicadores sejam fáceis de serem analisados e interpretados e que sejam compreensíveis para os usuários das informações.

Comparabilidade: ser fácil de comparar com referenciais apropriados.

Exatidão: apresentará as mínimas possibilidades de erro, sempre que registrado.

5.1.4. Indicadores por níveis:

Estratégicos: visão da empresa – objetivos estratégicos

Táticos – Objetivos e ações por departamento ou processos

Operacionais – Visão por tarefas

5.2. Implantação do Indicador

5.2.1. Planejamento:

1º - Pesquisa referencial teórico – fichas técnicas já padronizadas baseadas em referencias bibliográficas

2° - Mensuração dados internos – Definição de novos indicadores

3° - Definição do nome do indicador

4º - Definir processos envolvidos e responsáveis.

5.2.2. Definição da medição

Rubrica SB
DS EDCL
DS LAPH

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

5.2.2.1. Taxa/ coeficiente / Percentual

É a divisão entre duas informações de mesma grandeza gerando um valor que pode ser expresso como porcentagem.

O número de vezes que um fato ocorreu dividido pelo número de vezes que ele poderia ter ocorrido, multiplicado por uma base e definido no tempo e no espaço.

5.2.2.2. Índice

É a divisão entre duas informações de grandezas distintas gerando um valor, ou seja, a relação entre dois números ou a razão entre determinados valores, tendo como exemplo o índice de giro ou de rotatividade dos leitos.

Rubrica SB DS EDCL

5.2.2.3. Número absoluto:

Podem ser indicadores, à medida que se comparam valores iguais, maiores ou menores a ele, resultantes de atividades.

5.2.3. Elaboração e aprovação da ficha técnica

Documento que norteia a elaboração e construção de um indicador, utilizar o formulário F.SBCD.NGQ.035 MODELO DE FICHA TÉCNICA DE INDICADORES

- ✓ Nome do indicador (ou item de controle)
- ✓ Objetivo (motivo, valor, tempo, prazo do item que se quer medir)
- ✓ Domínio (se o mesmo é de estrutura, processo ou resultado)
- ✓ Método de Cálculo (maneira de expressão, dependendo do tipo)
- ✓ Unidade de medida (taxa, coeficiente, índice, percentual, número absoluto)
- ✓ Meta/ Limite aceitável (valor desejado a ser alcançado)
- ✓ Fonte de dados (local de onde será extraída a informação)
- ✓ Definição e termos (descrever o que é o dado do indicador e numerador)
- ✓ Periodicidade de avaliação (número de vezes que será medido em determinado período)

DS LAPH

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

- ✓ Responsável (pela elaboração e pela aprovação)

5.2.4. Definição de metas

As metas de desempenho dos indicadores são estabelecidas a partir:

- das metas de desempenho desejadas pela organização, expressas no seu modelo de Gestão Estratégica;
- dos requisitos legais, sanitários, técnicos e científicos inerentes aos processos, produtos ou serviços;
- das necessidades específicas de cada setor, processo, produto ou serviço
- do resultado do seu histórico

Rubrica SB

DS EDCL

Metas SMART é o nome de uma metodologia que estabelece critérios para a definição de objetivos e metas, as quais se baseiam em 5 fatores: S (específica), M (mensurável), A (atingível), R (relevante) e T (temporal).

Desenvolvida no início dos anos 1980 pelo consultor norte-americano George T. Doran (1939-2011)



5.2.5. Preenchimento do formulário – gráfico

Interpretação dos gráficos:

Títulos claros

Escalas compatíveis

Os eixos com nome e unidade

Informações complementares devem ser escritas nome do elaborador, período, meta)

Modelos de gráficos: Apresentar sempre uma série histórica, para realizar a análise a questão da

DS LAPH

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

performance é imprescindível, pois é necessário se ter com o que comparar o resultado.

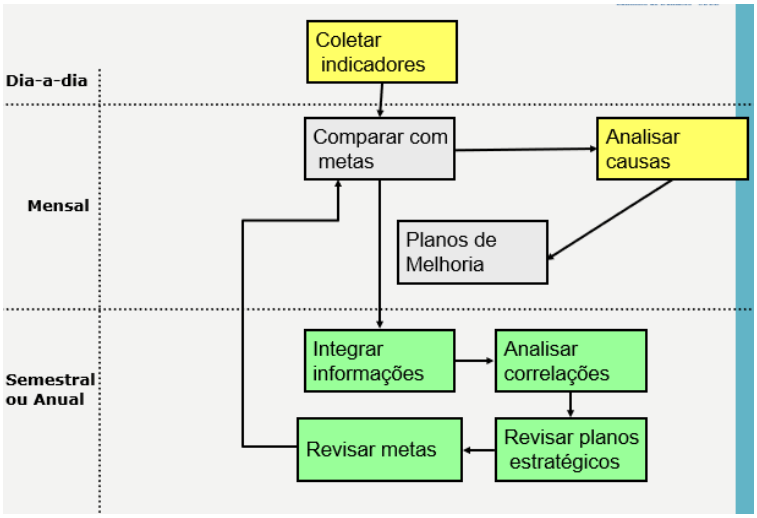
5.3. Processo de análise:

O gestor da área ou o responsável pela atividade deverá realizar a análise do indicador após o termino do mês.

A data limite é até dia 10 para alimentar os dados e até dia 15 para realizar a análise crítica do mesmo.

Salvo indicadores de qualidade do contrato de gestão que deverão ser alimentados e analisados conforme cada data prevista em contrato específico.

A responsabilidade de validar o indicador deve ser do superior imediato ou conforme definido no organograma da área.



5.3.1. Tipos de indicadores e periodicidade

Como método de classificação dos indicadores na instituição, é definido os tipos de indicadores para direcionar a aplicabilidade, origem método de análise.

Indicadores de desempenho: Obrigatória análise crítica

Indicadores estratégicos: Indicadores definidos no planejamento estratégico para monitoramento de objetivos estratégicos

Dados estatísticos: não é obrigatório análise crítica somente ser alimentado o valor.

5.3.2. Descrição passo a passo:

Rubrica SB DS EDCL

DS LAPH

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

A analise poderá ser feita diretamente no sistema de gestão quando disponível ou no formulário padronizado pelo setor da qualidade (F.SBCD.NGQ.045 ou 046)

1º Passo: Apuração e coleta dos dados / informação

Validar mensalmente o processo de coleta de informações que muitas vezes é realizado por outros colaboradores da equipe.

Realizar os cálculos conforme definido em fichas técnicas respectivas de cada indicador.

2º Passo: Alimentar com dados previamente apurados

Alimentar o indicador referente ao período vigente em analise (mês anterior)

3º Passo: Analisar o indicador preenchendo o campo de respectivo de análise

a. Preencher a data de análise

b. Descrever todos participantes envolvidos na análise: recomenda-se realizar em equipe ou com envolvidos no processo.

c. Classificar, seguindo as orientações:

Indicador com meta ou limite aceitável estabelecido

Favorável	Resultado dentro da meta	Plano de ação de melhoria opcional
Desfavorável	Resultado fora da meta no último mês analisado	Plano de ação Obrigatório

Indicador de monitoramento (sem meta / limite definida)

Favorável	Resultado favorável no último mês/ período analisado	Plano de ação de melhoria opcional
Desfavorável	Resultado desfavorável no último mês analisado	Plano de ação Obrigatório

***Obs:** alguns indicadores novos são abertos como monitoramento para o estabelecimento de média histórica, para que posteriormente (mínimo 4 meses) seja estabelecido uma meta ou limite aceitável para avaliação.

d. Descrição da situação atual:

Deve ser descrita a visão do analisador referente à situação em que o item se encontra, considerando:

Rubrica SB

DS EDCL

DS LAPH

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

Quando o indicador estiver dentro da meta ou padrão aceitável:

Não é necessário criar ação corretiva, porém poderá ser estabelecido um plano de melhorias, mas se o resultado permanecer dentro da meta por mais de 6 meses, indica uma possível revisão da meta junto ao setor da qualidade e gestão direta.

Quando o indicador estiver fora da meta ou padrão aceitável:

Indicador fora da meta, é necessário o levantamento das causas e ação corretiva.

Rubrica SB

DS EDCL

e. Introdução - texto de análise:

*Lembre-se que analise não é a leitura do gráfico, deve ser descrito a discussão do resultado e levantamento das possíveis causas e problemáticas do período e possibilidades de melhoria.
Descrever se o indicador está dentro ou fora da meta;
Descrever a situação do indicador referente ao referencial externo (quando aplicável); ou ao período anterior (mês anterior ou média anual)
Descrever se o indicador tem relação com outro indicador (se o desempenho de um indicador, afeta o desempenho do seu indicador)
Feedback das ações pendentes; (Citar se a ação foi concluída e se apresentou melhorias);

f. Levantamento das causas:

- ✓ Resultado desfavorável é obrigatório realizar a análise das causas e para cada causa levantada criar ações corretivas.
- ✓ A análise das causas deve ser utilizado as ferramentas da qualidade de investigação (Brainstorm, 5 porquês ou Ishikawa) para identificação da causa raiz do problema do não cumprimento da meta.
- ✓ Descrever as principais causas identificadas, durante a reunião de análise, listar os principais motivos que levaram o indicador a não atingir a meta ou parâmetro aceitável.

4º passo: Plano de ação:

- É necessário/obrigatório a abertura do plano de ação quando o indicador se apresentar como “desfavorável”.

DS LAPH

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

- É opcional a ser trabalhado como plano de melhoria quando o indicador estiver dentro da meta.
- Somente registrar ações para outros responsáveis com o prévio conhecimento do mesmo e envolvimento na execução da atividade e entendimento do motivo do mesmo.
- Para cada causa apontada geralmente se faz necessário a abertura de uma ação.
- Observar que o prazo da ação a ser colocado deve ser sempre curto para o resultado já ser demonstrado no próximo mês. Sugere-se evitar sempre que possível planejar ações a longo prazo, devido à demora da efetividade.

Acompanhamento ações abertas em meses anteriores:

- As ações definidas deverão ser alimentadas e encerradas conforme o prazo definido, lembrando a necessidade de atualização mensal de toda ação aberta nas análises anteriores.
- Para a abertura de uma analise o gestor deve avaliar o andamento da ação (quando essa existir) e registrar sua evolução na próxima analise em execução
- O gestor deverá utilizar os indicadores como pauta de reunião setorial com os colaboradores e mensalmente explicar o desempenho e plano de ação a ser trabalhado.

5º passo: Validação:

- Após analisado, o responsável deverá encaminhar/ informar ao seu superior para que o mesmo valide a análise do indicador que deverá acontecer até o último dia do mês.

- Apresentação e discussão dos resultados dos indicadores estratégicos:

Os indicadores estratégicos deverão ser apresentados conforme sistemática estabelecida pela gestão.

- Alteração de meta:

Alteração de meta após mínimo de 4 meses de monitoramento ou 6 meses acima da meta.
Deve ser validado com o gerente / superintendente da Área e NQSP.

Deve estar descrito e explicado a alteração da meta e justificativa do novo valor na próxima analise do mês subsequente
Obrigatório a revisão anual da meta e justificativa no primeiro mês

Rubrica SB

DS EDCL

DS LAPH

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

6 - RESULTADO ESPERADO

Documentar a análise do processo e otimizar a gestão da informação para o desenvolvimento de melhorias.

7 - AÇÕES CORRETIVAS

Corrigir e orientar falhas no processo de criação e análise crítica

8 - RISCOS ENVOLVIDOS

Perda de informação e histórico

9 - INDICADORES

Não se aplica

Rubrica SB

DS EDCL

10 - ANEXOS

Não se aplica

11 - REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Qualidade em Saúde – E Indicadores como Ferramentas de Gestão. Eliseth Ribeiro Leão ...(et al.). São Caetano do Sul , SP. Yendis Editora, 2008.

Sistema de Indicadores. Fundação Nacional de Qualidade. Excelência em Gestão. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. O LÍMPIO J. NOGUEIRA V. BITTAR

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS LAPH

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

REGIMENTO INTERNO	RI.SBCD.NGQ.001	VERSÃO: 02
NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	VALIDADE: 07/2026	PÁG. 1 DE 7

Elaborado por: Karine Coimbra	Data: 06/2023	
Revisado por: Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente	Data: 07/2024	Visto:
Aprovado por: Gerente de Qualidade	Data:07/2024	Visto:

Rev.	Data	Descrição da Revisão / Responsável / Assinatura
0	06/2023	Emissão inicial.
1	07/2024	Atualização das competências e atribuições (fluxo de notificações) e referências bibliográficas Revisado por: Jussara Oliveira da Costa

Capitulo 1 - DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º. O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) 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 do NSP 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. O Núcleo de Segurança do Paciente 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. O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) 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

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

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 - Núcleo de segurança do paciente (NSP): instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente;

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.

DS
LAPH

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

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. O Núcleo de Segurança do Paciente 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 local e Núcleo Assistencial Zona Norte:

I – Utilizar e implementar ferramentas de gestão de risco para o processo investigatório;

II - Realizar ações para a gestão de risco nas unidades;

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

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;

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

XVI – Instituir a Comissão do Núcleo de Segurança do Paciente;

Art. 12º. Compete unicamente ao NSP local:

I – Notificar em até 24 horas ao NSP sede os eventos sentinelas;

III – Analisar o incidente de acordo com prazos estabelecidos de cinco dias para evento adversos com dano grave e/ou óbito, dez dias para incidente com dano moderado, e quinze dias para incidentes com dano leve, *near miss* e circunstância de risco;

IV – Elaborar, mediante as notificações, ações e gerenciá-las quanto ao prazo e efetividade;

V – Disseminar a equipe os resultados obtidos das ações e gerenciamento dos riscos, e melhorias identificadas, a fim de incentivar e conscientizar a equipe e prevenir a ocorrência de novos incidentes;

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 do NSP 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 Este Núcleo de Segurança do Paciente, 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.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

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. O núcleo de segurança do paciente 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 do NSP:

I. Participar das reuniões da Comissão do Núcleo de Segurança do Paciente;

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 do NSP:

I. Fazer as notificações de eventos a SNVS;

DS

CÓPIA CONTROLADA

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

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 do NSP serão realizadas mensalmente em data, horário e local preestabelecido conforme cronograma de reuniões da comissão;

Art. 17°. As reuniões da comissão do NSP 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.

Capítulo 7 – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 20º O regimento interno poderá ser revisado e atualizado quando necessário, mediante aprovação em reunião convocado mediante este objetivo.

Art. 21º Os casos omissos serão resolvidos pelo núcleo em reunião para isto convocada com a presença do Superintendente.

Art. 22º O presente Regimento entra em vigor a partir da data de sua aprovação e sua publicação.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

POLÍTICA	PL.SBCD.013	VERSÃO: 01
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	VALIDADE: 03/2026	Pág. 1 de 6

Elaborado por: Jussara Olegario – Auditor da Qualidade	Data: 08/2024	Visto: DocuSigned by: Jussara Olegario da Costa 3D5E6E1B1BD9439...
Verificado por: Sabrina Benetti – Coordenadora da Qualidade	Data: 08/2024	Visto: Assinado por: Sabrina Benetti 36842B6BE0BF4CE...
Aprovado por: Erica Laurindo – Gerente da Qualidade	Data: 08/2024	Visto: DocuSigned by: Erica de Cassia Laurindo C0501401EA564CF...

Rev.	Data	Descrição da Revisão / Data / Responsável
0	Não se aplica	Elaboração do documento.

1 - OBJETIVO

Padronizar procedimentos para a notificação de queixas técnicas e suspeitas de eventos adversos relacionados a uso de medicação, materiais, produtos nutricionais, hemoderivados, nas unidades de saúde sob gestão da SBCD, garantindo comunicação aos órgãos responsáveis, conforme legislação vigente.

2 – FATORES CRÍTICOS DE SUCESSO

- ✓ Envolvimento da alta liderança;
- ✓ Engajamento dos membros das Comissões;
- ✓ Atendimento a legislação vigente;
- ✓ Implantação e monitoramento de indicadores de processos;

3 – PROCESSOS (Diretrizes Gerais)

Os processos relacionados às vigilâncias definidas abaixo, serão acompanhados por meio das Comissões institucionais com interação junto ao Núcleo de Segurança do Paciente, realizando notificações proativas aos órgãos e estancias responsaveis.

Cabe também as Comissões, a elaboração de cronograma anual de capacitação dos colaboradores e reciclagens abordando os temas de vigilâncias.

Após aprovada pela alta gestão, a Comissão deverá ser formalizada através do documento próprio (Ato administrativo de nomeação – anexo1), na sequência agendada a primeira reunião com os membros desta e elaborada a ata de abertura, contendo: definição dos membros, periodicidade, tempo de mandato, objetivo e responsabilidade.

3.1 Dinâmica das Reuniões

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

As reuniões serão abertas pelo Presidente e para deliberar deverão ter quórum mínimo de metade dos membros efetivos.

Serão iniciadas com leitura das pendências advindas das reuniões anteriores e última ATA (leitura esta que será feita pelo Secretário ou seu substituto) devendo cada responsável dar o retorno sobre andamento destas pendências.

Em seguida, será lida a pauta com assuntos a serem tratados, momento o qual será passada a palavra para quem quiser fazer o uso da mesma. As discussões deverão ser registradas em ata. Após a discussão de cada assunto, o Presidente fará a deliberação e encaminhamento do mesmo.

No final da reunião deverão ser registrados os assuntos pendentes, ações, responsáveis e prazos.

Após finalização da ata, todos os membros assinam a mesma.

Em seguida, o Presidente fará as considerações finais, lembrando data, hora e local da próxima reunião.

O registro da ATA deverá ser elaborado pelo Secretário ou na ausência deste qualquer outro membro designado pelo presidente.

A comissão pode ser única ou ser separadas por área, mas deve ser tratadas as ocorrências relacionadas e ações de prevenção ou contenção, através da elaboração de um regimento interno como documento norteador de cada comissão ou para a comissão única.

Segue as seguintes definições para orientação dos trabalhos

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.

Tecnovigilância - É o sistema de vigilância de eventos adversos e queixas técnicas de produtos para a saúde na fase de pós-comercialização, com vistas a recomendar a adoção de medidas que garantam a proteção e a promoção da saúde da população. A Tecnovigilância visa à segurança sanitária de produtos para saúde pós-

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

comercialização (Equipamentos, Materiais, Artigos Médico-Hospitalares, Implantes e Produtos para Diagnóstico de Uso "in-vitro").

Nutrivigilância trata da vigilância de eventos adversos decorrentes do consumo de alimentos industrializados e do monitoramento da segurança destes alimentos. O objetivo da Nutrivigilância é contribuir para melhoria da qualidade e da segurança de alimentos industrializados por meio da identificação rápida de potenciais eventos adversos relacionados ao consumo destes alimentos.

Categorias de interesse da nutrivigilância: alimentos destinados a lactentes e a crianças de primeira infância ou para idosos; alimentos com alegações de propriedade funcional e/ou de saúde; alimentos para dietas com restrição de nutrientes e fórmulas dietoterápicas para erros inatos do metabolismo; fórmulas infantis, nutrição enteral, suplementos alimentares, probióticos, enzimas, novos ingredientes e novos alimentos, e outros alimentos industrializados.

Hemovigilância é o conjunto de procedimentos de vigilância que abrange todo o ciclo do sangue, com o objetivo de obter e disponibilizar informações sobre eventos adversos ocorridos nas diferentes etapas a fim de prevenir o aparecimento ou recorrência, melhorar a qualidade dos processos e produtos e aumentar a segurança do doador e do receptor.

Biovigilância é um conjunto de ações de monitoramento e controle que abrangem todo o ciclo do uso terapêutico de células, tecidos e órgãos humanos desde a doação até a evolução clínica do receptor e do doador vivo com a finalidade de obter informações relacionadas aos eventos adversos para prevenir a sua ocorrência ou recorrência.

Queixa técnica - é entendido como qualquer suspeita de alteração ou irregularidade em um produto assim como em uma empresa, que poderá ou não causar danos à saúde individual e coletiva.

.

4 – ABRANGÊNCIA - STAKEHOLDERS

Colaboradores das farmácias e profissionais assistenciais (enfermeiros, médicos, nutricionistas) das unidades de saúde geridas pela Sociedade Brasileira Caminho de Damasco (SBCD).

5 – RESULTADOS ESPERADOS / PRODUTIVIDADE

Garantir a comunicação e notificação de queixas técnicas e suspeitas de eventos adversos aos órgãos competentes, atendendo a todos os requisitos das legislações vigentes.

6 – INDICADORES

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

- ✓ Taxa de notificação de reações adversas a medicamentos
- ✓ Número de notificações de tecnovigilância
- ✓ Número de notificações de nutrivigilância
- ✓ Taxa de notificação de reações pós hemotransfusão

10 - ANEXOS

1. Modelo de Ata Nomeativo.



UNIDADE:

ATO ADMINISTRATIVO

Prezados Senhores:

Vimos através deste Ato Administrativo, atualizar a nomeação dos profissionais relacionados abaixo para a COMISSÃO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE, tendo como presidente XXXXXX, com vigência por tempo indeterminado.

NOME	CARGO NA INSTITUIÇÃO	CARGO NA COMISSÃO

São Paulo, XXXX de xxxxxxx

Gerente da unidade.

F.SBCD.NGQ.016 – V.01

DS

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

2. Modelo de Formulário de Queixa Técnica ou suspeita de Desvio de Qualidade de Medicamentos ou Vacinas.

CIDADE DE SÃO PAULO — COVISA COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE — SUS

HA DE NOTIFICAÇÃO DE QUEIXA TÉCNICA (QT) ou SUSPEITA DE DESVIO de QUALIDADE DE MEDICAMENT

Unidade de Saúde	
Nome	
Endereço	
E-mail	
Telefone/Fax	
Supervisão Técnica de Saúde (STS)	
Coordenadoria de Saúde (CRS)	

Usuário/Paciente	
Iniciais do nome	
Sexo	
Gestante	
Idade (em anos)	
Endereço Residencial	
Telefone	
E-mail	

Informações do Produto Utilizado	
Nome comercial (Subtâncias Ativas)	
Apresentação (Forma Farmacêutica)	
Número do lote	
Número do Registro ANVISA	
Validade	
Fabricação	
Fabricante/Importador	
CNPJ	
Quantidade que apresenta alterações	

Aquisição do Produto:	Alterações do Produto		
	Cor		Outras (quais?)
Descrição do problema:	Odor		
	Turbidez		
	Sabor		
	Rótulo		
	Embalagem		
	Falsificação		

A utilização do produto seguiu as orientações do fabricante?			
Foram adotadas outras providências após a detecção do problema?			
Existem amostras íntegras para coleta?			
Existem rótulos do medicamento para			

Informações do notificador	
Nome Completo	
Categoria profissional	
E-mail	

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

3. Modelo de Formulário de Queixa Técnica de Produtos de Saúde (Tecnovigilância)

CIDADE DE SÃO PAULO — COVISA COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE — SUS

CHA DE NOTIFICAÇÃO DE QUEIXA TÉCNICA (QT) ou SUSPEITA DE DESVIO de QUALIDA

Unidade de Saúde	
Nome	
E-mail	
Telefone/Fax	
Supervisão Técnica de Saúde (STS)	
Coordenadoria de Saúde (CRS)	

Usuário/Paciente	
Iniciais do nome	
Sexo	
Gestante	
Idade (em anos)	
Endereço Residencial	
Telefone	
E-mail	

Informações do Produto Utilizado	
Apresentação do Produto	
Número do lote	
Número do Registro ANVISA	
Quantidade	
Validade	
Fabricação	
Fabricante/Importador	
CNPJ	
Endereço do Fabricante	

Aquisição do Produto:

Descrição do problema:

Foram tomadas providências?			
Poderia levar agravos à saúde?			
Acarretou agravos à saúde?			
As recomendações de manutenção do fabricante foram cumpridas?			
Sua notificação envolve desvio de qualidade com seringas e/ou agulhas durante o programa de vacinação contra a Covid-19?			

Informações do notificador	
Nome Completo	
Categoria profissional	
E-mail	
Telefone/Fax	
Data da notificação	

11 - REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- Guia de Vigilância em Saúde 5° edição – Anvisa – Ministério da Saúde – 2022, disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed_rev_atual.pdf, acessado em 26/03/25.
- Resolução Nº 588, de 12 de julho de 2018 – Ministério da Saúde, disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2018/res0588_13_08_2018.html, acessado em 26/03/25

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

POLÍTICA INSTITUCIONAL	POL.SBCD.001	VERSÃO: 02
POLÍTICA DE GESTÃO DA QUALIDADE	VALIDADE: 05/2027	Pág. 1 de 9

Elaborado por: Karine K. Couto Ferrari C.	Data: 04/2023	
Verificado por: Especialista da Qualidade – Felipe Polanowski	Data: 05/2025	Visto: Assinado por: Felipe Polanowski Rossato 8F733E698E37441...
Aprovado por: Superintendência Jurídica - Dr. Angelo Picolo	Data: 05/2025	Visto: Assinado por: Angelo Picolo 6DC3C19FA50F4EA...

Rev.	Data	Descrição da Revisão
0	04/2023	Emissão do Procedimento.
01	05/2025	Documento atualizado com objetivo de atender a complexidade de todos os serviços gerenciados pela SBCD. Revisado por: Erica Laurindo – Gerente da Qualidade DocuSigned by: Erica de Cassia Laurindo C3591491EA564CE...

1- OBJETIVO

A Política de Gestão da Qualidade tem por finalidade apresentar e estabelecer diretrizes pautadas na qualidade e segurança alinhados à missão e estratégia institucional, a fim de assegurar e nortear a atuação, promovendo mecanismos para auxiliar as tomadas de decisões com foco nas ações de melhoria contínua dos processos e serviços prestados.

2- TERMOS E DEFINIÇÕES

SBCD: Sociedade Brasileira Caminho de Damasco

ONA: Organização Nacional de Acreditação

SGQ: Sistema de Gestão da Qualidade

SUS: Sistema único de Saúde

SIPOC – *Supplier (fornecedores)*, *Input (entradas)*, *Process (processos)*, *Outputs (saídas)* e *Customer (cliente):* Ferramenta para mapear processos.

Risco: efeito da incerteza de "eventos" potenciais e suas "consequências".

Evento adverso: incidente que resulta em danos à saúde.

3- FATORES CRÍTICOS DE SUCESSO

Favorecer a melhoria contínua da assistência prestada aos pacientes com foco na qualidade assistencial, mitigação de riscos e eficiência operacional através de gestão e monitoramento de processos.
Assegurar o envolvimento e comprometimento da alta direção a fim de tornar eficiente e otimizar a gestão da qualidade na obtenção do alcance dos resultados desejados.
Desenvolver cultura da qualidade na organização para melhoria dos serviços ofertados ao nosso paciente, melhoria da produtividade e processos e melhor alinhamento dos objetivos entre os colaboradores em toda a organização.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

Apoiar a tomada de decisão de modo mais assertivo e eficiente, fundamentada nos gerenciamentos estabelecidos na política, os quais possibilitam uma visão sistemática e ampla do negócio.

4- PROCESSOS

4.1 DIMENSÕES DA QUALIDADE

As dimensões da qualidade são importantes para nortear o desempenho da organização e a SBCD adota as seguintes dimensões:

Segurança com foco no cuidado ao paciente;

Efetividade que garantam a aplicação de ações certas;

Cuidado centrado no paciente respeitando sua individualidade;

Oportuna reduzir as esperas e atrasos;

Eficiência para garantir qualidade assistencial nas entregas;

Equidade oferecer cuidados com qualidade a todos sem gerar desperdícios;

Padronizar e facilitar o acesso a informação.

4.2 DIRETRIZES

4.2.1 GERENCIAMENTO DA QUALIDADE

O gerenciamento da qualidade realizado pela organização parte da premissa de apoiar o nosso direcionamento estratégico que norteia a abordagem que será utilizada/aplicada diante da necessidade do alcance dos objetivos e metas institucionais, criação de medidas preventivas e corretivas, focados na qualidade e segurança do serviço, no âmbito SUS e stakeholders.

Os recursos utilizados pela organização para nortear e favorecer o alcance da qualidade e dos resultados, encontram-se descritos abaixo:

- **Mapeamento de processos:** mapear os processos por meio de fluxogramas de trabalho que tem como objeto final melhorar às entregas de produto ou serviços. Com base nisso, a metodologia irá auxiliar e facilitar a identificação dos focos de melhoria na comunicação e articulação entre as áreas, as atividades, as entregas e envolvimento das pessoas em cada etapa, bem como desenvolver clientes e fornecedores, além de otimização das etapas que impactem diretamente no resultado. Como ferramenta para mapeamento de processos será adotado o SIPOC.

Rubricar
DS
Rubrica
DS

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

- **Gestão de documentos** intuito de assegurar a disponibilidade de documentos atualizados referente aos processos realizados e planejados com base em referências, normatizados, com a sistemática de elaboração, verificação, aprovação, disponibilização, controle, rastreabilidade e revisão de todos os procedimentos descritos.

A gestão de documentos ocorre conforme etapas descritas acima, a partir da finalização do documento na etapa de aprovação, os colaboradores terão acesso aos documentos publicados através de mecanismos Implantados conforme cada especificidade de serviço de saúde, podendo ser link de pasta compartilhada, intranet ou sistema de gestão, e no formato físico quando pertinente.
Cada unidade deverá possuir a gestão e registro dos documentos através de uma "Lista Mestra - Controle de documentos", por ela se dará a realização do controle de validade, revisão e versão. As unidades também podem possuir documentos impressos desde que a cópia seja controlada, junto a essa pasta deverá ficar a evidencia de ciência de todos colaboradores do setor que possam vir a utilizar do documento.
Alguns dos objetivos da gestão de documentos, são:

- Administrar o fluxo de documentos (entrada e saída) para garantir o controle de disponibilização atualizado;
- Assegurar que as versões pertinentes de documentos aplicáveis estejam disponíveis nos locais de uso;
- Assegurar que os documentos de origem externa sejam identificados e distribuídos de forma controlada;
- Assegurar o não uso dos documentos obsoletos e/ou cancelados aplicando identificação adequada;
- Administrar as inclusões e exclusões de documentos da lista mestra da Instituição sempre que necessário;
- Padronizar a revisão dos documentos a cada 2 anos, ou sempre que ocorrer mudança do processo ou legislação especifica referente ao processo descrito;
- Garantir que os colaboradores tenham acesso aos documentos pertinentes às áreas/processos com que estão envolvidos;

O processo está detalhado através do POP.SBCD.NGQ.004 Normativas para Elaboração e Gestão de Documentos e demais documentos relacionados ao mesmo.

Rubricar
DS
Rubrica
FPR

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

- **Auditorias Internas** serão realizadas periodicamente conforme o programa institucional ou interno de cada serviço, a partir de equipe de auditores internos ou equipe corporativa.

  O processo de auditoria consiste na aplicação de um conjunto de procedimentos e técnicas com o objetivo de mitigar riscos, obter informação e analisar processos para subsidiar as conclusões, análises e propostas do auditor sobre resultados, desempenho e regularidade da gestão.

  A sistemática estabelecida deve considerar todos os processos da organização (assistenciais, administrativos, de infraestrutura e de apoio) com o intuito de analisar se requisitos pertinentes (estatutários, regulamentares, legais, dos processos, dos clientes, para acreditação etc.) estão sendo cumpridos; determinar a contínua adequação, suficiência e eficácia do programa institucional de melhoria contínua; avaliar a compatibilidade e o alinhamento dos objetivos da qualidade com a direção estratégica da organização; e se é necessário a implantação de ações para que a organização se torne ainda mais ágil, eficiente e segura (Manual para Organização Prestadoras de Serviços de Saúde - ONA, 2022-2025).

  A partir dos resultados obtidos pelas evidências verificáveis e constatações das auditorias internas serão confeccionados relatórios destas e encaminhados aos gestores das unidades para análise e elaboração de plano de ações frente as não conformidade evidenciadas.

  Após esse ciclo são apresentados ao conhecimento dos gestores das unidades e para análise crítica da Alta Direção.

  São realizadas também auditorias assistenciais, das linhas de cuidados e protocolos de modo periódico e a tratativa é elaboração de ações de melhoria pelo responsável, a partir do relatório de evidências.

O processo está detalhado através do POP.SBCD.NGQ.011 Auditoria Interna e demais documentos relacionados ao mesmo.

- **Ferramentas da qualidade** para auxiliar na identificação, condução, monitoramento, gerenciamento dos processos da organização, direcionando os esforços de modo mais assertivo e efetivo com consequente alcance dos resultados e melhoria contínua. São utilizadas as seguintes ferramentas da qualidade na organização:

· 5W2H – Utilizado para listar as atividades/ações frente a uma necessidade existente;

· Lista de verificação – Norteia por meio dos requisitos que devem ser auditados nas unidades durante a

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

realização da auditoria interna;

· SIPOC – Mapeia dos processos internos e identifica qual é o principal processo, fornecedores, entradas, saídas, clientes e acordos.

· Diagrama de Ishikawa – Usada para análise de causa e efeito mediante a identificação de problema.

· PDCA – Garante a melhoria e por isso é usada para condução das não conformidades identificadas que impactam no alcance da meta de conformidade em auditoria interna, a partir daí são planejadas ações que devem ser executadas e posteriormente verificadas na próxima auditoria.

· Protocolo de Londres para análise dos incidentes.

· Os formulários definidos para aplicação de cada ferramenta estão na biblioteca de documentos do sistema de gestão da qualidade e deverão ser utilizados conforme a necessidade.

- **Gestão de indicadores** – Para garantir gerenciamento dos resultados obtidos de modo que conduza e embase a tomada de decisão e crie ações pertinentes ao modelo organizacional.
  A gestão de indicadores ocorre pelos gestores das unidades juntamente com os membros da equipe. Sabe-se que a gestão de indicadores proporciona a mensuração e visualização gráfica dos resultados, seguido de análise das metas e ações frente às metas não alcançadas, e esse gerenciamento tem o intuito de obter melhoria contínua dos processos gerenciados, frente as fragilidades e oportunidades de melhorias de processos identificadas, além de fornecer suporte para tomada de decisão.
  Todavia será definido os indicadores que serão gerenciados seguindo todas as etapas pertinentes, sendo a mensuração, análise e elaboração de ações, bem como serão definidos os indicadores que serão somente de monitoramento, conforme cada perfil de unidade alinhado aos objetivos estratégicos institucionais.

- **Gestão de protocolos** – Os protocolos gerenciados, cujo objetivo é garantir a gestão de cuidados conforme técnicas e condutas formalizadas, padronizadas e baseadas em diretriz cientificas, por meio de acompanhamento dos resultados dos processos definidos conforme perfil de cada unidade, considerando

Rubricar
DS
Rubrica
DS

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

a gravidade e prevalência das patologias. O gerenciamento se dá conforme as orientações de cada protocolo, também é realizado auditorias clinicas e alinhamento pontual com gestores, a fim de promover adequações necessárias.

Serão implantados ou revisado todos os protocolos e procedimentos necessários a assistência. A padronização dos processos ou atualização das práticas é de suma importância para a promoção da qualidade e padronização das atividades sejam assistenciais ou administrativas.

O fluxo de implantação de protocolos deve ser instituído pelo setor da qualidade, onde os responsáveis pelos processos elaboram os documentos e a qualidade valida o cumprimento das diretrizes da Normativa de gestão de documentos e faz a publicação.

Minimamente segue os protocolos básicos a serem instituídos pelas unidades de saúde:

- Cuidados básicos de enfermagem
- Processo de transporte
- Processamento de materiais
- Realização de exames diagnósticos
- Processo cirúrgico (agendamento, realização, alta)
- Protocolos de segurança do paciente e riscos como (TVP, alergia, broncoaspiração)
- Protocolos urgência e emergência
- Protocolos para atendimentos patologias alinhadas ao perfil institucional
- Protocolos multiprofissionais

A auditoria clínica faz parte do sistema de metodologias da gestão da qualidade que busca avaliar e intervir com oportunidades de melhoria para assegurar a prática clínica efetiva, avaliada através de procedimentos estabelecidos em protocolos institucionais.

O objetivo da auditoria é a avaliação da execução de um processo pré estabelecido, conforme as metodologias abaixo:

4.1. Auditoria Clinica Retrospectiva:

Durante a avaliação de prontuários pela comissão de Prontuário Médico, será aplicado ferramentas -Check list para avaliar o cumprimento de procedimentos estabelecidos nos protocolos. É estabelecido uma amostragem por tipo de seguimento.

Segue resumo de exemplos por protocolo e principais objetivos a serem avaliados:

] Protocolo comunicação efetiva: avaliar o uso dos termos de consentimento livre e esclarecido,

Rubricar
DS
Rubrica
DS

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

registros de contra referência, e comunicação com paciente e acompanhante.

] Protocolo de identificação segura: avaliar preenchimento da identificação dos formulários e documentos relacionados a assistência.

] Protocolo de cirurgia segura: avaliar a realização pré operatória e registros do processo

] Protocolo de exames endoscópios: avaliar os registros pré e pós procedimentos

] Protocolo de administração de medicamentos: Avaliar os registros de administração e prescrição.

* O registro completo do prontuário contribui para a comunicação efetiva entre a equipe no tratamento do paciente, diminui os riscos de eventos, e subsidia a gestão, por meio dos indicadores, para a tomada de decisões mais assertivas.

Rubricar AP DS EDCL Rubrica FPR

4.2. Auditoria Clínica Concorrente:

É uma ferramenta fundamental de gestão, pois permite avaliar, em tempo real, como as práticas estão sendo conduzidas pelas equipes, o que permite identificar falhar e corrigir problemas durante o atendimento, permite observar variáveis que nem sempre são registradas.

A equipe responsável pela auditoria é composta por integrantes da qualidade e também podem participar colaboradores com foco na aprendizagem. Instituído um plano conforme objetivo e protocolo a ser avaliado, com a definição da amostra, ferramenta e período.

Exemplo de protocolo avaliados nesta modalidade:

] Realização de cuidados cardiológicos urgência e emergência

] Realização de exames de imagem

] Realização de procedimentos cirúrgicos

] Atendimento clinico de patologias

Após a conclusão do processo e a análise dos resultados, é repassado o relatório com as pontuações para a gestão do processo/ serviço para elaboração de plano de ação de melhorias, para que a equipe possa implementar soluções que reforcem a qualidade do atendimento.

- **Plano de gestão de riscos institucionais e riscos assistenciais** – Consiste em atividades de identificação, análise, classificação, avaliação, comunicação e controle de risco que minimizam ou eliminar a probabilidade da ocorrência de um erro ou falha que geram impactos na organização como um todo. Os riscos serão identificados e analisados e serão tomadas ações para eliminação do risco. O processo de ações frente a incidentes e eventos adversos são fomentadas pelo Plano de Segurança do Paciente. Será

DS LAPH

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

considerado conforme estabelecido pela RDC 36/2013 a aplicação sistêmica e contínua da Política de segurança do paciente institucional, para garantir o controle e segurança nos processos promovendo um ambiente seguro para pacientes e colaboradores contemplando também o meio ambiente e a imagem institucional.

5- ABRANGÊNCIA - STAKEHOLDERS

O escopo da política abrange todos os gestores, equipe operacional e a alta direção, bem como demais profissionais que atuam nos serviços de saúde da Sociedade Brasileira Caminho de Damasco – SBCD.

Rubricar AP

DS EDCL

Rubrica FPR

6- RESULTADOS ESPERADOS / PRODUTIVIDADE

Implementação e capacitação dos profissionais da organização na Política de Gestão Da qualidade;

Melhoria contínua dos processos e articulação entre produtos, insumos e clientes, e aplicação das ferramentas da qualidade;

Gestão de indicadores e consecutivo alcance das metas e resultados;

Atendimento aos protocolos preconizados pelo ministério com foco na qualidade do cuidado;

Minimização dos riscos assistenciais e institucionais.

7- INDICADORES RELACIONADOS

Percentual de conformidade em Auditoria Interna.

Número de documentos publicados

8- COMPETÊNCIAS

- ✓ Alta gestão a aprovação desta política;
- ✓ Cabe a alta direção bem como, aos gestores e coordenadores assegurar que seja estabelecida e implementada a Política de gestão da qualidade;
- ✓ É de responsabilidade de todos os colaboradores, cumprir e garantir a continuidade da política de acordo com o que compete a si;
- ✓ Ao setor de qualidade compete apoiar as áreas no entendimento, capacitar, auditar os itens abordados na política, identificação de oportunidade de melhorias, mapeamento dos processos, suporte quanto aos processos e às ferramentas da qualidade, também acompanhar os gestores no gerenciamento dos indicadores com foco nos ciclos de melhoria.

9-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS LAPH

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

1. MANUAL DAS ORGANIZAÇÕES PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE. São Paulo. Organização Nacional de Acreditação, 2024.
2. Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). NBR ISO 9001:2015 – Gestão da Qualidade. RJ: ABNT, 2015.
3. Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). NBR ISO 9001:2002 – Diretrizes para auditorias de sistema de gestão da qualidade e/ou ambiental. RJ: ABNT, 2002.
4. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC n° 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 26 Jul 2013.

Rubricar
DS

Rubrica
DS

10- ANEXOS

Não se aplica.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

MANUAL INSTITUCIONAL	MI.SBCD.OUV.001	VERSÃO: 01
FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE OUVIDORIA	VALIDADE: 05/2027	Pag. 1 de 9

Elaborado por: Gerente da Ouvidoria – Gabriela Pinheiro Travaini	Data: 05/2025	Visto: DocuSigned by: 17F13CB7A7CF4EB...
Verificado por: Gerente da Qualidade – Erica Laurindo	Data: 05/2025	Visto: DocuSigned by: Erica de Cassia Laurindo C33914917EA304CF...
Aprovado por: Superintendente Jurídico – Angelo Picolo	Data: 05/2025	Visto: DocuSigned by: ANGELO ANTONIO PICOLO 9A8F44BE9045464A...

Rev.	Data	Descrição da Revisão / Responsável
0	05/2025	Emissão inicial do documento

1 OBJETIVO

Estabelecer as diretrizes para operacionalização do Serviço de Ouvidoria a serem aplicados nos Hospitais e Serviços de Saúde, geridos pela SBCD.

2 ALCANCE

Este documento se aplica a todas áreas e profissionais atuantes na sede e nas instituições geridas pela SBCD.

3 RESPONSABILIDADE

Gestor do Serviço:

- Prover recursos humanos, tecnológicos e financeiros para implantação e operacionalização do Serviço de Ouvidoria
- Analisar e tomar providências quanto ao desempenho dos indicadores;
- Garantir que a gestão do serviço seja realizada por profissional qualificado; sendo necessário que a contratação/nomeação e treinamento deste profissional seja compartilhado com o serviço de Ouvidoria Institucional;
- Garantir o cumprimento das metas conforme definidas em Contrato de Gestão ou das metas institucionais quando não houver definição contratual.

Setor Jurídico:

- Aprovar as diretrizes institucionais do serviço.
- Participar de analises ou validar situações específicas.

Ouvidoria Institucional:

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

- Definir as diretrizes institucionais do serviço;
- Definir os resultados e prazos a serem entregues e cumpridos;
- Aprovar analises das reclamações e orientar quando descordo;
- Realizar capacitações conforme necessidade;

Diretor/Gestor/Supervisores/Lideres/ Coordenadores:

- Realizar as análises das manifestações junto as equipes ou profissional envolvido;
- Acolher usuários para dar o feed back da manifestação;
- Divulgar elogios para equipe;

Colaboradores em geral:

- Receber os formulários de satisfação entregues pelos usuários e depositar no local definido;
- Oferecer as pesquisas de satisfação a todos os pacientes/ acompanhante, quando necessário.
- Encaminhar demandas.
- Conhecer as atribuições do Serviço e sempre que necessário, orientar os usuários quanto as formas de acesso: local de atendimento, telefone, e-mail, formulários, horários, etc.

Solicitar atendimento mediante solicitação/ situação de conflito

Responsável local pela ouvidoria ou S.A.U:

- Atender usuários e realizar o acolhimento, procedendo o registro ou intervenção imediata justo a equipe;
- Encaminhar para tratativas as manifestações e acompanhar a finalização;
- Dar retorno ao usuário;
- Realizar o relatório mensal e encaminhar para gestão local e corporativo

4 TERMOS E DEFINIÇÕES

Reclamação: Demonstração de insatisfação relativa à prestação de serviço público e à conduta de agentes públicos na prestação e na fiscalização desse serviço.

Elogio: Demonstração de reconhecimento ou satisfação sobre o serviço oferecido ou pelo atendimento recebido relativo a pessoas que participaram do serviço/atendimento.

SBCD: Sociedade Brasileira Caminho de Damasco

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário

Sugestão: Proposição de uma ideia ou proposta de aprimoramento da prestação de serviços.

5 DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

5.1 Indice

5.2 Introdução

5.3 Constituição, organograma e atribuições

5.4 Recebimento de demandas

5.5 Tratativa e processamento

5.6 Formulários de pesquisa

5.7 Devolutivas e finalização

5.8 Devolutivas e finalização

5.9 Tabulação

5.10 Busca ativa

5.11 Relatório mensal

5.2 Introdução

Este manual padroniza o modelo de processo do serviço de Ouvidoria, entretanto as obrigações contratuais e metas estabelecidas no contrato de gestão do local do serviço, de que não estejam previstas neste manual devem ser incorporadas ao descritivo da atividade local, descritos em pop, com validação do serviço institucional

A Ouvidoria é um canal independente de relacionamento com nossos funcionários, prestadores de serviços, fornecedores e usuários do Sistema Único de Saúde. Por meio dela, a SBCD recebe as denúncias de condutas de assédio e conflitos que violem os princípios padrões de conduta e/ou a Legislação Trabalhista e da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, etc.

As denúncias e reclamações são recebidas, tratadas, encaminhadas, monitoradas e respondidas com independência, isenção, ética e confidencialidade.

A Ouvidoria Institucional está vinculada diretamente ao Conselho de Administração, a quem presta contas de suas atividades.

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

O serviço de ouvidoria é uma ferramenta de gestão que auxilia o usuário em suas relações com o serviço de saúde. É um canal direto do usuário com os gestores/ direção da instituição, que recebe reclamações, sugestões e elogios, além de prestar informações.

Estimula a participação do usuário na avaliação da prestação dos serviços, favorecendo mudanças e ajustes nas atividades e processos da instituição à frente das necessidades apresentadas por ele.

Assim, o serviço de Ouvidoria tem como objetivo identificar a satisfação do usuário, buscando soluções para as questões levantadas, oferecendo informações e sugestões à instituição, visando o aprimoramento dos serviços prestados, contribuindo para a melhoria dos processos administrativos e das relações interpessoais com seu público interno e externo.

Deve funcionar como um agente promotor de mudanças e favorecer uma gestão flexível e voltada para a satisfação das necessidades do usuário, garantindo uma prestação de serviços de qualidade.

5.3 Constituição, organograma e atribuições

A equipe deverá ser dimensionada a depender do contrato de gestão local e complexidade do serviço. O dimensionamento deverá ser validado pelo serviço de ouvidoria corporativo.

Preferencialmente o gestor deverá ter curso superior em áreas afins e/ou experiência prévia, quando não existir um serviço exclusivo destinado a esta demanda, a responsabilidade do registro das demandas fica a cargo do gestor do serviço que poderá elencar um responsável para auxilio quanto a atividade.

Para serviços de ouvidoria ou S.A.U (a depender da nomenclatura local quando houver exigência do contratante) a equipe deverá ser subordinado diretamente ao gestor do serviço do contrato de gestão.

5.3.1 Atividades gerais

- Realizar pesquisa de satisfação do usuário, indicando o grau de satisfação dos usuários (conforme contrato);

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

- Distribuir, recolher, tabular e analisar os questionários de avaliação;
- Abrir canais de comunicação facilitando a comunicação usuário- serviço de saúde;
- Realizar visitas periódicas aos pacientes internados, com objetivo da busca ativa de oportunidades de melhoria do serviço prestado;
- Atender solicitações diversas de clientes externos;
- Apurar junto aos departamentos e setores envolvidos as explicações e justificativas de reclamações;
- Manter registros organizados que comprovem a veracidade das informações;
- Compilar dados para confecção de relatórios estatísticos mensais e anuais;
- Gerar e divulgar indicadores de desempenho bem como os resultados da análise dos dados sobre a satisfação do usuário;
- Participar da integração institucional para orientação quanto a natureza do serviço para novos colaboradores;
- Dar retorno das manifestações aos usuários;
- Executar outras atividades exigidas por meio do Contrato de Gestão.

5.4 Recebimento de demandas

Deve ser adotado pelo hospital ou serviço de saúde para apuração da satisfação do usuário pesquisas por meio de formulários, além dos canais diretos como telefone, e-mail, atendimento direto e visita à paciente internado.

- Pesquisa Direta: Visita a pacientes internados e busca ativa por meio de formulários.

- Pesquisa Indireta: Formulários espontâneos(quando não existir modelo orientado pelo contrato seguir o modelo institucional)

- Atendimento direto: sala de atendimento, telefone, e-mail.

- Demandas da Ouvidoria da Saúde e órgãos externos.

5.5 Tratativa e processamento

5.5.1 Etapas - Recebimento

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

Toda as manifestações realizadas diretamente pelo usuário ou acompanhante devem ser tratadas.

Após registro, deve ser analisado e encaminhado para análise / plano de ação junto a (s) liderança (s) responsável pelo setor envolvido, para retorno ao usuário e finalização do processo por telefone ou como julgar pertinente.

.

Nota: as manifestações anônimas serão cuidadosamente analisadas e tratadas conforme os princípios de legalidade e moralidade, e a resposta será mantida em banco de dados para melhorias em nossos processos. O acompanhamento da manifestação anônima poderá ser realizado através dos telefones (11) 3164-0905, ramal 518, ou (11) 96570-06943 (*whatsapp*) com o número do protocolo.

Quando não houver possibilidade de serem tratadas, por não possuírem dados pessoais do usuário como nome e forma de contato, serão encaminhadas para os gestores e diretores para ciência. Manifestações recebidas por meio de órgãos ou equipes internas, também deverão ser registradas para histórico e tratativas seguir o mesmo fluxo.

5.5.2 Tratativas

As manifestações deverão ser tratadas conforme criticidade sendo prazo de devolutiva deve ser o que segue:

Manifestações Prioritárias – 24 horas para resposta (01 dia)

Manifestações decorrentes de pacientes internados, mídia e/ou aquelas que envolvam riscos ao paciente e/ou para instituição devem ser tratadas no mesmo dia pelo gestor da área, com comunicação imediata a gerência e diretoria.

Manifestações Críticas – (05 dias)

Manifestações relacionadas a demandas originadas pela ouvidoria.

Manifestações não Críticas – (20 dias)

Reclamações gerais, recebidas por meio de formulário de opinião e que não envolva risco direto ao paciente e a instituição.

Após o recebimento o serviço deve realizar o cadastro e encaminhar imediatamente ao setor responsável pela análise, não ultrapassar 24h. Encaminhar o registro completo feito pelo usuário, por email, com o prazo para resposta.

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

Reclamações Criticas : copiar corporativo

5.5.3 Aprovação.

Aprovação das respostas das manifestações de reclamações deverão ser validadas pelo gestor da área e gestor da unidade e encaminhada para aprovação da ouvidoria corporativa.

5.5.4 Devolutiva

Ao final da aprovação deverá ser dada a devolutiva para o reclamante pelo setor da ouvidoria e conforme o tipo de demanda a equipe assistencial envolvida também pode realizar essa devolutiva.

5.6 Pesquisa de Satisfação

5.6.1 Método para definição de amostra

A quantidade de pesquisa será definida em contrato de gestão ou na ausência desta clausula contratual o tamanho amostral deverá ser proposto pelo gestor local e validado pela ouvidoria corporativa.

5.6.2 Tabulação

Considerando que a tabulação é a padronização e codificação das respostas de uma pesquisa bem como a maneira ordenada de dispor os resultados numéricos para que a leitura e a análise sejam facilitadas; já a análise de dados é a descrição do quadro de tabulação referente aos valores relevantes e que por meio da representação gráfica dos resultados, podemos estabelecer uma correspondência entre os termos numéricos de uma série estatística e uma figura geométrica, entendemos que os resultados finais devem ter representação gráfica, lembrando que o gráfico não deve desfigurar a realidade nem tornar complexa a visão e a analise geral, deve partir de um texto com base nas respostas obtidas no projeto e voltado aos objetivos da pesquisa.

O relatório final deve servir como base na coleta de dados e fatores estratégicos para planejar e distribuir ações nos diferentes planos; com base nele será possível descobrir problemas que vão direcionar as estratégias futuras do serviço de saúde bem como acompanhar a satisfação global dos usuários em relação aos serviços de saúde prestados pela SBCD.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

5.7 Busca ativa (POP.SBCD.OUV.001 – Atendimento aos usuários)

Cabe a Ouvidoria realizar visitas aos pacientes internados com o intuito de divulgar o serviço e avaliar a efetividade da satisfação no atendimento.

Caso identifique uma demanda, acionará o responsável para resolução imediata, e se o paciente esteja internado o retorno deve ser realizado no próprio leito para o mesmo, quando possível, ou para o acompanhante.

5.8 Relatório mensal

Registrar diariamente as reclamações/elogios na planilha em excel de registro de manifestações contendo: número do protocolo, data de registro, origem/setor, dados do paciente ou do acompanhante, contato telefônico, descrição do relato do manifestante, nome do profissional envolvido, setor, gestor responsável da análise, data do envio, prazo de retorno, data do retorno, data do retorno ao manifestante. Apresentar junto ao relatório mensal até dia 20, a planilha de manifestações no final do mês com o compilados das manifestações.

6 – RESULTADO ESPERADO

Garantir a padronização dos processos e uniformização das informações.

7 – AÇÕES CORRETIVAS

Tratar adequadamente junto ao gestor do contrato ou superintendente da área.

8 – RISCOS DO PROCESSO

Insatisfação do usuário

Desconto financeiros por não cumprimento de metas

Prejuízo a imagem institucional

09 – INDICADORES

Taxa de Satisfação dos Usuários;
Percentual de reclamações recebidas;
Tempo médio de resposta;

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

Percentual de aceitabilidade;
Quantidade de manifestações por tipo de classificação;
Resolutividade da reclamação

10 – ANEXOS

F.SBCD.OUV.001_ PLANILHA DE REGISTRO DE MANISFESTAÇÕES

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: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.SBCD.OUV.001	VERSÃO: 01
ROTINAS SERVIÇO OUVIDORIA – UNIDADES	Validade: 05/2027	Pág. 1 de 4

Elaborado por: Gerente da Ouvidoria – Gabriela Pinheiro Travaini	Data: 05/2025	Visto: DocuSigned by: 17E15CB7A7CE4EB...
Verificado por: Gerente da Qualidade – Erica Laurindo	Data: 05/2025	Visto: DocuSigned by: Erica de Cassia Laurindo C3591491EA564CF...
Aprovado por: Superintendente Jurídico – Angelo Picolo	Data: 05/2025	Visto: DocuSigned by: ANGELO ANTONIO PICOLO 9A0F44BE964548A...

Rev.	Data	Descrição da Revisão/Revisão/Responsável
0	05/2025	Elaboração de documento

1 - OBJETIVO

Padronizar o atendimento de todas unidades, avaliar o grau de satisfação dos pacientes, resolver e intermediar a solução de demandas e garantir o feedback aos usuários

2 - ALCANCE

Serviços de ouvidoria ou atendimento ao usuário e gestores de unidades e demais colaboradores envolvidos.

3 - RESPONSABILIDADE

Responsável local pela ouvidoria ou S.A.U:

- Atender usuários e realizar o acolhimento, procedendo o registro ou intervenção imediata junto a equipe;
- Encaminhar para tratativas as manifestações e acompanhar a finalização;
- Dar retorno ao usuário;

Realizar o relatório mensal e encaminhar para gestão local e corporativo;

Diretor/Gestor/Supervisores/Lideres/ Coordenadores:

- Realizar as análises das manifestações junto as equipes ou profissional envolvido conforme prazo estabelecido;
- Acolher usuários para dar o feed back da manifestação;
- Divulgar elogios para equipe;

4 - TERMOS E DEFINIÇÕES

Reclamação: Demonstração de insatisfação relativa à prestação de serviço público e à conduta de agentes públicos na prestação e na fiscalização desse serviço.

DS

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

Elogio: Demonstração de reconhecimento ou satisfação sobre o serviço oferecido ou pelo atendimento recebido relativo a pessoas que participaram do serviço/atendimento.

SBCD: Sociedade Brasileira Caminho de Damasco

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário

Sugestão: Proposição de uma ideia ou proposta de aprimoramento da prestação de serviços.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES

5.1. Descritivo passo a passo:

5.1.1. ATENDIMENTO BUSCA DIRETA:

Passo 1: Atender cordialmente o usuário e ouvi-lo atentamente.

Passo 2: Registrar a reclamação no formulário de Tratativa de Reclamações e Sugestões, imprimir e solicitar que o reclamante leia e assine dando ciência nas informações relatadas. O usuário também poderá descrever de próprio punho, mas garantir a legibilidade do conteúdo, lendo ao mesmo ao final de seu registro.
Informar sobre o prazo para resposta.

Passo 3: Registrar em planilha de atendimento estipulando o prazo para a resposta. Encaminhar ao gestor da área para análise.

Passo 4: Após aprovação da gestão da área e do corporativo (quando reclamação), o responsável deverá executar a ação planejada para dar o feedback ao paciente e encerrar a tratativa.

5.1.2. PESQUISA DE SATISFAÇÃO (IMPRESSO):

Passo 1: O SETOR é responsável por abastecer os impressos nas recepções e urnas onde houver. Os colaboradores também poderão solicitar a reposição de acordo com a demanda de pacientes.

Passo 2: Os colaboradores do serviço deverão entregar o formulário de Pesquisa de Satisfação no Ambulatório/ Exames e Pronto Atendimento logo após o atendimento, ressaltando a importância da avaliação dos serviços e depositar na urna após preenchimento. A equipe de recepção também poderá realizar a entrega e incentivo a realização da pesquisa.

Passo 3: Pacientes internados, deve ser entregue a pesquisa e orienta-lo para o preenchimento no momento da alta preferencialmente.

Passo 4: As pesquisas depositadas nas urnas, deverão ser recolhidas diariamente de segunda a sexta-feira.

Passo 5: Apenas o serviço deverá ter a chave dos cadeados para melhor controle dos mesmos.

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

Passo 6: Todos os formulários são tratados pelo setor. Todas as manifestações (reclamações, sugestões e/ ou elogios) são registradas em controle interno/ planilha de atendimento e encaminhadas para análise. Caso o formulário não esteja identificado, não será aberta a tratativa. O serviço deverá avaliar a manifestação e encaminhar por e-mail para o gestor/ diretor da área para conhecimento.

Passo 7: Realizar a tabulação dos dados das pesquisas, gerar os indicadores e encaminhar para a gestão mensalmente junto ao relatório e formulário de registros. Arquivar as pesquisas preenchidas por 3 meses e após descartar com cuidado com dados pessoais.

Obs: Se o paciente solicitar que o colaborador do setor preencha a pesquisa, fazer o preenchimento e solicitar que o mesmo assine no verso dando ciência das informações registradas.

5.1.3. VISITA A PACIENTES INTERNADOS:

Passo 1: Visitar os pacientes internados diariamente, apresentar o serviço, informar sobre o formulário de pesquisa de satisfação, urna localização e localização da sala do serviço para atendimento presencial.

Passo 2: Caso o paciente se manifeste uma demanda durante a visita no leito ou acione o serviço durante sua internação, deverá ser realizado atendimento imediato, preenchendo o formulário de manifestação e solicitar que o usuário assine dando ciência nas informações registradas. O serviço deverá acionar o gestor para intervenção imediata e para feedback no leito. Registrar todo o processo no mesmo fluxo.

6 – RESULTADO ESPERADO

Realizar a identificação o mais breve possível de possíveis insatisfação do usuário quanto ao serviço oferecido para tratativa em tempo oportuno. Intervir e acompanhar demandas dos usuários até sua solução. Promover o melhor relacionamento entre usuário e equipe de profissionais e assistência oferecida.

7 – AÇÕES CORRETIVAS

Intervir diante uma demora na solução reportando a gestão imediata.
Devolver respostas e analises que não condizem com a manifestação para ajuste.

8 – RISCOS ENVOLVIDOS

- ✓ Insatisfação do usuário
- ✓ O preenchimento incorreto dos impressos.
- ✓ Não identificar a demanda de insatisfação ou falha da equipe durante o atendimento ao paciente.

9 – INDICADORES

Taxa de Satisfação dos Usuários;
Taxa de Satisfação dos Usuários;
Percentual de reclamações recebidas;
Tempo médio de resposta;

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

Percentual de aceitabilidade;
Quantidade de manifestações por tipo de classificação

10 - ANEXO

Pesquisa de Satisfação

11 – REFEÊNCIA BIBLIOGRAFICA

Não se aplica

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.SBCD.OUV.001	VERSÃO: 01
ROTINAS SERVIÇO OUVIDORIA – UNIDADES	Validade: 05/2027	Pág. 1 de 4

Elaborado por: Gerente da Ouvidoria – Gabriela Pinheiro Travaini	Data: 05/2025	Visto: DocuSigned by: 17E15CB7A7CE4EB...
Verificado por: Gerente da Qualidade – Erica Laurindo	Data: 05/2025	Visto: DocuSigned by: Erica de Cassia Laurindo C3591491EA564CF...
Aprovado por: Superintendente Jurídico – Angelo Picolo	Data: 05/2025	Visto: DocuSigned by: ANGELO ANTONIO PICOLO 9A0F44BE964548A...

Rev.	Data	Descrição da Revisão/Revisão/Responsável
0	05/2025	Elaboração de documento

1 - OBJETIVO

Padronizar o atendimento de todas unidades, avaliar o grau de satisfação dos pacientes, resolver e intermediar a solução de demandas e garantir o feedback aos usuários

2 - ALCANCE

Serviços de ouvidoria ou atendimento ao usuário e gestores de unidades e demais colaboradores envolvidos.

3 - RESPONSABILIDADE

Responsável local pela ouvidoria ou S.A.U:

- Atender usuários e realizar o acolhimento, procedendo o registro ou intervenção imediata junto a equipe;
- Encaminhar para tratativas as manifestações e acompanhar a finalização;
- Dar retorno ao usuário;

Realizar o relatório mensal e encaminhar para gestão local e corporativo;

Diretor/Gestor/Supervisores/Lideres/ Coordenadores:

- Realizar as análises das manifestações junto as equipes ou profissional envolvido conforme prazo estabelecido;
- Acolher usuários para dar o feed back da manifestação;
- Divulgar elogios para equipe;

4 - TERMOS E DEFINIÇÕES

Reclamação: Demonstração de insatisfação relativa à prestação de serviço público e à conduta de agentes públicos na prestação e na fiscalização desse serviço.

DS

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

Elogio: Demonstração de reconhecimento ou satisfação sobre o serviço oferecido ou pelo atendimento recebido relativo a pessoas que participaram do serviço/atendimento.

SBCD: Sociedade Brasileira Caminho de Damasco

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário

Sugestão: Proposição de uma ideia ou proposta de aprimoramento da prestação de serviços.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES

5.1. Descritivo passo a passo:

5.1.1. ATENDIMENTO BUSCA DIRETA:

Passo 1: Atender cordialmente o usuário e ouvi-lo atentamente.

Passo 2: Registrar a reclamação no formulário de Tratativa de Reclamações e Sugestões, imprimir e solicitar que o reclamante leia e assine dando ciência nas informações relatadas. O usuário também poderá descrever de próprio punho, mas garantir a legibilidade do conteúdo, lendo ao mesmo ao final de seu registro.
Informar sobre o prazo para resposta.

Passo 3: Registrar em planilha de atendimento estipulando o prazo para a resposta. Encaminhar ao gestor da área para análise.

Passo 4: Após aprovação da gestão da área e do corporativo (quando reclamação), o responsável deverá executar a ação planejada para dar o feedback ao paciente e encerrar a tratativa.

5.1.2. PESQUISA DE SATISFAÇÃO (IMPRESSO):

Passo 1: O SETOR é responsável por abastecer os impressos nas recepções e urnas onde houver. Os colaboradores também poderão solicitar a reposição de acordo com a demanda de pacientes.

Passo 2: Os colaboradores do serviço deverão entregar o formulário de Pesquisa de Satisfação no Ambulatório/ Exames e Pronto Atendimento logo após o atendimento, ressaltando a importância da avaliação dos serviços e depositar na urna após preenchimento. A equipe de recepção também poderá realizar a entrega e incentivo a realização da pesquisa.

Passo 3: Pacientes internados, deve ser entregue a pesquisa e orienta-lo para o preenchimento no momento da alta preferencialmente.

Passo 4: As pesquisas depositadas nas urnas, deverão ser recolhidas diariamente de segunda a sexta-feira.

Passo 5: Apenas o serviço deverá ter a chave dos cadeados para melhor controle dos mesmos.

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

Passo 6: Todos os formulários são tratados pelo setor. Todas as manifestações (reclamações, sugestões e/ ou elogios) são registradas em controle interno/ planilha de atendimento e encaminhadas para análise. Caso o formulário não esteja identificado, não será aberta a tratativa. O serviço deverá avaliar a manifestação e encaminhar por e-mail para o gestor/ diretor da área para conhecimento.

Passo 7: Realizar a tabulação dos dados das pesquisas, gerar os indicadores e encaminhar para a gestão mensalmente junto ao relatório e formulário de registros. Arquivar as pesquisas preenchidas por 3 meses e após descartar com cuidado com dados pessoais.

Obs: Se o paciente solicitar que o colaborador do setor preencha a pesquisa, fazer o preenchimento e solicitar que o mesmo assine no verso dando ciência das informações registradas.

5.1.3. VISITA A PACIENTES INTERNADOS:

Passo 1: Visitar os pacientes internados diariamente, apresentar o serviço, informar sobre o formulário de pesquisa de satisfação, urna localização e localização da sala do serviço para atendimento presencial.

Passo 2: Caso o paciente se manifeste uma demanda durante a visita no leito ou acione o serviço durante sua internação, deverá ser realizado atendimento imediato, preenchendo o formulário de manifestação e solicitar que o usuário assine dando ciência nas informações registradas. O serviço deverá acionar o gestor para intervenção imediata e para feedback no leito. Registrar todo o processo no mesmo fluxo.

6 – RESULTADO ESPERADO

Realizar a identificação o mais breve possível de possíveis insatisfação do usuário quanto ao serviço oferecido para tratativa em tempo oportuno. Intervir e acompanhar demandas dos usuários até sua solução. Promover o melhor relacionamento entre usuário e equipe de profissionais e assistência oferecida.

7 – AÇÕES CORRETIVAS

Intervir diante uma demora na solução reportando a gestão imediata.
Devolver respostas e analises que não condizem com a manifestação para ajuste.

8 – RISCOS ENVOLVIDOS

- ✓ Insatisfação do usuário
- ✓ O preenchimento incorreto dos impressos.
- ✓ Não identificar a demanda de insatisfação ou falha da equipe durante o atendimento ao paciente.

9 – INDICADORES

Taxa de Satisfação dos Usuários;
Taxa de Satisfação dos Usuários;
Percentual de reclamações recebidas;
Tempo médio de resposta;

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

Percentual de aceitabilidade;
Quantidade de manifestações por tipo de classificação

10 - ANEXO

Pesquisa de Satisfação

11 – REFEÊNCIA BIBLIOGRAFICA

Não se aplica

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

MANUAL INSTITUCIONAL	MI.SBCD.OUV.001	VERSÃO: 01
FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE OUVIDORIA	VALIDADE: 05/2027	Pag. 1 de 9

Elaborado por: Gerente da Ouvidoria – Gabriela Pinheiro Travaini	Data: 05/2025	Visto: DocuSigned by: 17F13CB7A7CF4EB...
Verificado por: Gerente da Qualidade – Erica Laurindo	Data: 05/2025	Visto: DocuSigned by: Erica de Cassia Laurindo C33914917EA304CF...
Aprovado por: Superintendente Jurídico – Angelo Picolo	Data: 05/2025	Visto: DocuSigned by: ANGELO ANTONIO PICOLO 9A8F44BE9045464A...

Rev.	Data	Descrição da Revisão / Responsável
0	05/2025	Emissão inicial do documento

1 OBJETIVO

Estabelecer as diretrizes para operacionalização do Serviço de Ouvidoria a serem aplicados nos Hospitais e Serviços de Saúde, geridos pela SBCD.

2 ALCANCE

Este documento se aplica a todas áreas e profissionais atuantes na sede e nas instituições geridas pela SBCD.

3 RESPONSABILIDADE

Gestor do Serviço:

- Prover recursos humanos, tecnológicos e financeiros para implantação e operacionalização do Serviço de Ouvidoria
- Analisar e tomar providências quanto ao desempenho dos indicadores;
- Garantir que a gestão do serviço seja realizada por profissional qualificado; sendo necessário que a contratação/nomeação e treinamento deste profissional seja compartilhado com o serviço de Ouvidoria Institucional;
- Garantir o cumprimento das metas conforme definidas em Contrato de Gestão ou das metas institucionais quando não houver definição contratual.

Setor Jurídico:

- Aprovar as diretrizes institucionais do serviço.
- Participar de analises ou validar situações específicas.

Ouvidoria Institucional:

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

- Definir as diretrizes institucionais do serviço;
- Definir os resultados e prazos a serem entregues e cumpridos;
- Aprovar analises das reclamações e orientar quando descordo;
- Realizar capacitações conforme necessidade;

Diretor/Gestor/Supervisores/Lideres/ Coordenadores:

- Realizar as análises das manifestações junto as equipes ou profissional envolvido;
- Acolher usuários para dar o feed back da manifestação;
- Divulgar elogios para equipe;

Colaboradores em geral:

- Receber os formulários de satisfação entregues pelos usuários e depositar no local definido;
- Oferecer as pesquisas de satisfação a todos os pacientes/ acompanhante, quando necessário.
- Encaminhar demandas.
- Conhecer as atribuições do Serviço e sempre que necessário, orientar os usuários quanto as formas de acesso: local de atendimento, telefone, e-mail, formulários, horários, etc.

Solicitar atendimento mediante solicitação/ situação de conflito

Responsável local pela ouvidoria ou S.A.U:

- Atender usuários e realizar o acolhimento, procedendo o registro ou intervenção imediata justo a equipe;
- Encaminhar para tratativas as manifestações e acompanhar a finalização;
- Dar retorno ao usuário;
- Realizar o relatório mensal e encaminhar para gestão local e corporativo

4 TERMOS E DEFINIÇÕES

Reclamação: Demonstração de insatisfação relativa à prestação de serviço público e à conduta de agentes públicos na prestação e na fiscalização desse serviço.

Elogio: Demonstração de reconhecimento ou satisfação sobre o serviço oferecido ou pelo atendimento recebido relativo a pessoas que participaram do serviço/atendimento.

SBCD: Sociedade Brasileira Caminho de Damasco

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário

Sugestão: Proposição de uma ideia ou proposta de aprimoramento da prestação de serviços.

5 DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

5.1 Indice

5.2 Introdução

5.3 Constituição, organograma e atribuições

5.4 Recebimento de demandas

5.5 Tratativa e processamento

5.6 Formulários de pesquisa

5.7 Devolutivas e finalização

5.8 Devolutivas e finalização

5.9 Tabulação

5.10 Busca ativa

5.11 Relatório mensal

5.2 Introdução

Este manual padroniza o modelo de processo do serviço de Ouvidoria, entretanto as obrigações contratuais e metas estabelecidas no contrato de gestão do local do serviço, de que não estejam previstas neste manual devem ser incorporadas ao descritivo da atividade local, descritos em pop, com validação do serviço institucional

A Ouvidoria é um canal independente de relacionamento com nossos funcionários, prestadores de serviços, fornecedores e usuários do Sistema Único de Saúde. Por meio dela, a SBCD recebe as denúncias de condutas de assédio e conflitos que violem os princípios padrões de conduta e/ou a Legislação Trabalhista e da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, etc.

As denúncias e reclamações são recebidas, tratadas, encaminhadas, monitoradas e respondidas com independência, isenção, ética e confidencialidade.

A Ouvidoria Institucional está vinculada diretamente ao Conselho de Administração, a quem presta contas de suas atividades.

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

O serviço de ouvidoria é uma ferramenta de gestão que auxilia o usuário em suas relações com o serviço de saúde. É um canal direto do usuário com os gestores/ direção da instituição, que recebe reclamações, sugestões e elogios, além de prestar informações.

Estimula a participação do usuário na avaliação da prestação dos serviços, favorecendo mudanças e ajustes nas atividades e processos da instituição à frente das necessidades apresentadas por ele.

Assim, o serviço de Ouvidoria tem como objetivo identificar a satisfação do usuário, buscando soluções para as questões levantadas, oferecendo informações e sugestões à instituição, visando o aprimoramento dos serviços prestados, contribuindo para a melhoria dos processos administrativos e das relações interpessoais com seu público interno e externo.

Deve funcionar como um agente promotor de mudanças e favorecer uma gestão flexível e voltada para a satisfação das necessidades do usuário, garantindo uma prestação de serviços de qualidade.

5.3 Constituição, organograma e atribuições

A equipe deverá ser dimensionada a depender do contrato de gestão local e complexidade do serviço. O dimensionamento deverá ser validado pelo serviço de ouvidoria corporativo.

Preferencialmente o gestor deverá ter curso superior em áreas afins e/ou experiência prévia, quando não existir um serviço exclusivo destinado a esta demanda, a responsabilidade do registro das demandas fica a cargo do gestor do serviço que poderá elencar um responsável para auxilio quanto a atividade.

Para serviços de ouvidoria ou S.A.U (a depender da nomenclatura local quando houver exigência do contratante) a equipe deverá ser subordinado diretamente ao gestor do serviço do contrato de gestão.

5.3.1 Atividades gerais

- Realizar pesquisa de satisfação do usuário, indicando o grau de satisfação dos usuários (conforme contrato);

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

- Distribuir, recolher, tabular e analisar os questionários de avaliação;
- Abrir canais de comunicação facilitando a comunicação usuário- serviço de saúde;
- Realizar visitas periódicas aos pacientes internados, com objetivo da busca ativa de oportunidades de melhoria do serviço prestado;
- Atender solicitações diversas de clientes externos;
- Apurar junto aos departamentos e setores envolvidos as explicações e justificativas de reclamações;
- Manter registros organizados que comprovem a veracidade das informações;
- Compilar dados para confecção de relatórios estatísticos mensais e anuais;
- Gerar e divulgar indicadores de desempenho bem como os resultados da análise dos dados sobre a satisfação do usuário;
- Participar da integração institucional para orientação quanto a natureza do serviço para novos colaboradores;
- Dar retorno das manifestações aos usuários;
- Executar outras atividades exigidas por meio do Contrato de Gestão.

5.4 Recebimento de demandas

Deve ser adotado pelo hospital ou serviço de saúde para apuração da satisfação do usuário pesquisas por meio de formulários, além dos canais diretos como telefone, e-mail, atendimento direto e visita à paciente internado.

- Pesquisa Direta: Visita a pacientes internados e busca ativa por meio de formulários.

- Pesquisa Indireta: Formulários espontâneos(quando não existir modelo orientado pelo contrato seguir o modelo institucional)

- Atendimento direto: sala de atendimento, telefone, e-mail.

- Demandas da Ouvidoria da Saúde e órgãos externos.

5.5 Tratativa e processamento

5.5.1 Etapas - Recebimento

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

Toda as manifestações realizadas diretamente pelo usuário ou acompanhante devem ser tratadas.

Após registro, deve ser analisado e encaminhado para análise / plano de ação junto a (s) liderança (s) responsável pelo setor envolvido, para retorno ao usuário e finalização do processo por telefone ou como julgar pertinente.

.

Nota: as manifestações anônimas serão cuidadosamente analisadas e tratadas conforme os princípios de legalidade e moralidade, e a resposta será mantida em banco de dados para melhorias em nossos processos. O acompanhamento da manifestação anônima poderá ser realizado através dos telefones (11) 3164-0905, ramal 518, ou (11) 96570-06943 (*whatsapp*) com o número do protocolo.

Quando não houver possibilidade de serem tratadas, por não possuírem dados pessoais do usuário como nome e forma de contato, serão encaminhadas para os gestores e diretores para ciência. Manifestações recebidas por meio de órgãos ou equipes internas, também deverão ser registradas para histórico e tratativas seguir o mesmo fluxo.

5.5.2 Tratativas

As manifestações deverão ser tratadas conforme criticidade sendo prazo de devolutiva deve ser o que segue:

Manifestações Prioritárias – 24 horas para resposta (01 dia)

Manifestações decorrentes de pacientes internados, mídia e/ou aquelas que envolvam riscos ao paciente e/ou para instituição devem ser tratadas no mesmo dia pelo gestor da área, com comunicação imediata a gerência e diretoria.

Manifestações Críticas – (05 dias)

Manifestações relacionadas a demandas originadas pela ouvidoria.

Manifestações não Críticas – (20 dias)

Reclamações gerais, recebidas por meio de formulário de opinião e que não envolva risco direto ao paciente e a instituição.

Após o recebimento o serviço deve realizar o cadastro e encaminhar imediatamente ao setor responsável pela análise, não ultrapassar 24h. Encaminhar o registro completo feito pelo usuário, por email, com o prazo para resposta.

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

Reclamações Criticas : copiar corporativo

5.5.3 Aprovação.

Aprovação das respostas das manifestações de reclamações deverão ser validadas pelo gestor da área e gestor da unidade e encaminhada para aprovação da ouvidoria corporativa.

5.5.4 Devolutiva

Ao final da aprovação deverá ser dada a devolutiva para o reclamante pelo setor da ouvidoria e conforme o tipo de demanda a equipe assistencial envolvida também pode realizar essa devolutiva.

5.6 Pesquisa de Satisfação

5.6.1 Método para definição de amostra

A quantidade de pesquisa será definida em contrato de gestão ou na ausência desta clausula contratual o tamanho amostral deverá ser proposto pelo gestor local e validado pela ouvidoria corporativa.

5.6.2 Tabulação

Considerando que a tabulação é a padronização e codificação das respostas de uma pesquisa bem como a maneira ordenada de dispor os resultados numéricos para que a leitura e a análise sejam facilitadas; já a análise de dados é a descrição do quadro de tabulação referente aos valores relevantes e que por meio da representação gráfica dos resultados, podemos estabelecer uma correspondência entre os termos numéricos de uma série estatística e uma figura geométrica, entendemos que os resultados finais devem ter representação gráfica, lembrando que o gráfico não deve desfigurar a realidade nem tornar complexa a visão e a analise geral, deve partir de um texto com base nas respostas obtidas no projeto e voltado aos objetivos da pesquisa.

O relatório final deve servir como base na coleta de dados e fatores estratégicos para planejar e distribuir ações nos diferentes planos; com base nele será possível descobrir problemas que vão direcionar as estratégias futuras do serviço de saúde bem como acompanhar a satisfação global dos usuários em relação aos serviços de saúde prestados pela SBCD.

DS
DS
DS
DS

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

5.7 Busca ativa (POP.SBCD.OUV.001 – Atendimento aos usuários)

Cabe a Ouvidoria realizar visitas aos pacientes internados com o intuito de divulgar o serviço e avaliar a efetividade da satisfação no atendimento.

Caso identifique uma demanda, acionará o responsável para resolução imediata, e se o paciente esteja internado o retorno deve ser realizado no próprio leito para o mesmo, quando possível, ou para o acompanhante.

5.8 Relatório mensal

Registrar diariamente as reclamações/elogios na planilha em excel de registro de manifestações contendo: número do protocolo, data de registro, origem/setor, dados do paciente ou do acompanhante, contato telefônico, descrição do relato do manifestante, nome do profissional envolvido, setor, gestor responsável da análise, data do envio, prazo de retorno, data do retorno, data do retorno ao manifestante. Apresentar junto ao relatório mensal até dia 20, a planilha de manifestações no final do mês com o compilados das manifestações.

6 – RESULTADO ESPERADO

Garantir a padronização dos processos e uniformização das informações.

7 – AÇÕES CORRETIVAS

Tratar adequadamente junto ao gestor do contrato ou superintendente da área.

8 – RISCOS DO PROCESSO

Insatisfação do usuário

Desconto financeiros por não cumprimento de metas

Prejuízo a imagem institucional

09 – INDICADORES

Taxa de Satisfação dos Usuários;
Percentual de reclamações recebidas;
Tempo médio de resposta;

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

Percentual de aceitabilidade;
Quantidade de manifestações por tipo de classificação;
Resolutividade da reclamação

10 – ANEXOS

F.SBCD.OUV.001_ PLANILHA DE REGISTRO DE MANISFESTAÇÕES

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: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

MANUAL INSTITUCIONAL	MI.SBCD.OUV.001	VERSÃO: 01
FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE OUVIDORIA	VALIDADE: 05/2027	Pag. 1 de 9

Elaborado por: Gerente da Ouvidoria – Gabriela Pinheiro Travaini	Data: 05/2025	Visto: DocuSigned by: 17F13CB7A7CF4EB...
Verificado por: Gerente da Qualidade – Erica Laurindo	Data: 05/2025	Visto: DocuSigned by: Erica de Cassia Laurindo C33914917EA304CF...
Aprovado por: Superintendente Jurídico – Angelo Picolo	Data: 05/2025	Visto: DocuSigned by: ANGELO ANTONIO PICOLO 9A8F44BE9045464A...

Rev.	Data	Descrição da Revisão / Responsável
0	05/2025	Emissão inicial do documento

1 OBJETIVO

Estabelecer as diretrizes para operacionalização do Serviço de Ouvidoria a serem aplicados nos Hospitais e Serviços de Saúde, geridos pela SBCD.

2 ALCANCE

Este documento se aplica a todas áreas e profissionais atuantes na sede e nas instituições geridas pela SBCD.

3 RESPONSABILIDADE

Gestor do Serviço:

- Prover recursos humanos, tecnológicos e financeiros para implantação e operacionalização do Serviço de Ouvidoria
- Analisar e tomar providências quanto ao desempenho dos indicadores;
- Garantir que a gestão do serviço seja realizada por profissional qualificado; sendo necessário que a contratação/nomeação e treinamento deste profissional seja compartilhado com o serviço de Ouvidoria Institucional;
- Garantir o cumprimento das metas conforme definidas em Contrato de Gestão ou das metas institucionais quando não houver definição contratual.

Setor Jurídico:

- Aprovar as diretrizes institucionais do serviço.
- Participar de analises ou validar situações específicas.

Ouvidoria Institucional:

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

- Definir as diretrizes institucionais do serviço;
- Definir os resultados e prazos a serem entregues e cumpridos;
- Aprovar analises das reclamações e orientar quando descordo;
- Realizar capacitações conforme necessidade;

Diretor/Gestor/Supervisores/Lideres/ Coordenadores:

- Realizar as análises das manifestações junto as equipes ou profissional envolvido;
- Acolher usuários para dar o feed back da manifestação;
- Divulgar elogios para equipe;

Colaboradores em geral:

- Receber os formulários de satisfação entregues pelos usuários e depositar no local definido;
- Oferecer as pesquisas de satisfação a todos os pacientes/ acompanhante, quando necessário.
- Encaminhar demandas.
- Conhecer as atribuições do Serviço e sempre que necessário, orientar os usuários quanto as formas de acesso: local de atendimento, telefone, e-mail, formulários, horários, etc.

Solicitar atendimento mediante solicitação/ situação de conflito

Responsável local pela ouvidoria ou S.A.U:

- Atender usuários e realizar o acolhimento, procedendo o registro ou intervenção imediata justo a equipe;
- Encaminhar para tratativas as manifestações e acompanhar a finalização;
- Dar retorno ao usuário;
- Realizar o relatório mensal e encaminhar para gestão local e corporativo

4 TERMOS E DEFINIÇÕES

Reclamação: Demonstração de insatisfação relativa à prestação de serviço público e à conduta de agentes públicos na prestação e na fiscalização desse serviço.

Elogio: Demonstração de reconhecimento ou satisfação sobre o serviço oferecido ou pelo atendimento recebido relativo a pessoas que participaram do serviço/atendimento.

SBCD: Sociedade Brasileira Caminho de Damasco

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário

Sugestão: Proposição de uma ideia ou proposta de aprimoramento da prestação de serviços.

5 DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

5.1 Indice

5.2 Introdução

5.3 Constituição, organograma e atribuições

5.4 Recebimento de demandas

5.5 Tratativa e processamento

5.6 Formulários de pesquisa

5.7 Devolutivas e finalização

5.8 Devolutivas e finalização

5.9 Tabulação

5.10 Busca ativa

5.11 Relatório mensal

5.2 Introdução

Este manual padroniza o modelo de processo do serviço de Ouvidoria, entretanto as obrigações contratuais e metas estabelecidas no contrato de gestão do local do serviço, de que não estejam previstas neste manual devem ser incorporadas ao descritivo da atividade local, descritos em pop, com validação do serviço institucional

A Ouvidoria é um canal independente de relacionamento com nossos funcionários, prestadores de serviços, fornecedores e usuários do Sistema Único de Saúde. Por meio dela, a SBCD recebe as denúncias de condutas de assédio e conflitos que violem os princípios padrões de conduta e/ou a Legislação Trabalhista e da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, etc.

As denúncias e reclamações são recebidas, tratadas, encaminhadas, monitoradas e respondidas com independência, isenção, ética e confidencialidade.

A Ouvidoria Institucional está vinculada diretamente ao Conselho de Administração, a quem presta contas de suas atividades.

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

O serviço de ouvidoria é uma ferramenta de gestão que auxilia o usuário em suas relações com o serviço de saúde. É um canal direto do usuário com os gestores/ direção da instituição, que recebe reclamações, sugestões e elogios, além de prestar informações.

Estimula a participação do usuário na avaliação da prestação dos serviços, favorecendo mudanças e ajustes nas atividades e processos da instituição à frente das necessidades apresentadas por ele.

Assim, o serviço de Ouvidoria tem como objetivo identificar a satisfação do usuário, buscando soluções para as questões levantadas, oferecendo informações e sugestões à instituição, visando o aprimoramento dos serviços prestados, contribuindo para a melhoria dos processos administrativos e das relações interpessoais com seu público interno e externo.

Deve funcionar como um agente promotor de mudanças e favorecer uma gestão flexível e voltada para a satisfação das necessidades do usuário, garantindo uma prestação de serviços de qualidade.

5.3 Constituição, organograma e atribuições

A equipe deverá ser dimensionada a depender do contrato de gestão local e complexidade do serviço. O dimensionamento deverá ser validado pelo serviço de ouvidoria corporativo.

Preferencialmente o gestor deverá ter curso superior em áreas afins e/ou experiência prévia, quando não existir um serviço exclusivo destinado a esta demanda, a responsabilidade do registro das demandas fica a cargo do gestor do serviço que poderá elencar um responsável para auxilio quanto a atividade.

Para serviços de ouvidoria ou S.A.U (a depender da nomenclatura local quando houver exigência do contratante) a equipe deverá ser subordinado diretamente ao gestor do serviço do contrato de gestão.

5.3.1 Atividades gerais

- Realizar pesquisa de satisfação do usuário, indicando o grau de satisfação dos usuários (conforme contrato);

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

- Distribuir, recolher, tabular e analisar os questionários de avaliação;
- Abrir canais de comunicação facilitando a comunicação usuário- serviço de saúde;
- Realizar visitas periódicas aos pacientes internados, com objetivo da busca ativa de oportunidades de melhoria do serviço prestado;
- Atender solicitações diversas de clientes externos;
- Apurar junto aos departamentos e setores envolvidos as explicações e justificativas de reclamações;
- Manter registros organizados que comprovem a veracidade das informações;
- Compilar dados para confecção de relatórios estatísticos mensais e anuais;
- Gerar e divulgar indicadores de desempenho bem como os resultados da análise dos dados sobre a satisfação do usuário;
- Participar da integração institucional para orientação quanto a natureza do serviço para novos colaboradores;
- Dar retorno das manifestações aos usuários;
- Executar outras atividades exigidas por meio do Contrato de Gestão.

5.4 Recebimento de demandas

Deve ser adotado pelo hospital ou serviço de saúde para apuração da satisfação do usuário pesquisas por meio de formulários, além dos canais diretos como telefone, e-mail, atendimento direto e visita à paciente internado.

- Pesquisa Direta: Visita a pacientes internados e busca ativa por meio de formulários.

- Pesquisa Indireta: Formulários espontâneos(quando não existir modelo orientado pelo contrato seguir o modelo institucional)

- Atendimento direto: sala de atendimento, telefone, e-mail.

- Demandas da Ouvidoria da Saúde e órgãos externos.

5.5 Tratativa e processamento

5.5.1 Etapas - Recebimento

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

Toda as manifestações realizadas diretamente pelo usuário ou acompanhante devem ser tratadas.

Após registro, deve ser analisado e encaminhado para análise / plano de ação junto a (s) liderança (s) responsável pelo setor envolvido, para retorno ao usuário e finalização do processo por telefone ou como julgar pertinente.

.

Nota: as manifestações anônimas serão cuidadosamente analisadas e tratadas conforme os princípios de legalidade e moralidade, e a resposta será mantida em banco de dados para melhorias em nossos processos. O acompanhamento da manifestação anônima poderá ser realizado através dos telefones (11) 3164-0905, ramal 518, ou (11) 96570-06943 (*whatsapp*) com o número do protocolo.

Quando não houver possibilidade de serem tratadas, por não possuírem dados pessoais do usuário como nome e forma de contato, serão encaminhadas para os gestores e diretores para ciência. Manifestações recebidas por meio de órgãos ou equipes internas, também deverão ser registradas para histórico e tratativas seguir o mesmo fluxo.

5.5.2 Tratativas

As manifestações deverão ser tratadas conforme criticidade sendo prazo de devolutiva deve ser o que segue:

Manifestações Prioritárias – 24 horas para resposta (01 dia)

Manifestações decorrentes de pacientes internados, mídia e/ou aquelas que envolvam riscos ao paciente e/ou para instituição devem ser tratadas no mesmo dia pelo gestor da área, com comunicação imediata a gerência e diretoria.

Manifestações Críticas – (05 dias)

Manifestações relacionadas a demandas originadas pela ouvidoria.

Manifestações não Críticas – (20 dias)

Reclamações gerais, recebidas por meio de formulário de opinião e que não envolva risco direto ao paciente e a instituição.

Após o recebimento o serviço deve realizar o cadastro e encaminhar imediatamente ao setor responsável pela análise, não ultrapassar 24h. Encaminhar o registro completo feito pelo usuário, por email, com o prazo para resposta.

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

Reclamações Criticas : copiar corporativo

5.5.3 Aprovação.

Aprovação das respostas das manifestações de reclamações deverão ser validadas pelo gestor da área e gestor da unidade e encaminhada para aprovação da ouvidoria corporativa.

5.5.4 Devolutiva

Ao final da aprovação deverá ser dada a devolutiva para o reclamante pelo setor da ouvidoria e conforme o tipo de demanda a equipe assistencial envolvida também pode realizar essa devolutiva.

5.6 Pesquisa de Satisfação

5.6.1 Método para definição de amostra

A quantidade de pesquisa será definida em contrato de gestão ou na ausência desta clausula contratual o tamanho amostral deverá ser proposto pelo gestor local e validado pela ouvidoria corporativa.

5.6.2 Tabulação

Considerando que a tabulação é a padronização e codificação das respostas de uma pesquisa bem como a maneira ordenada de dispor os resultados numéricos para que a leitura e a análise sejam facilitadas; já a análise de dados é a descrição do quadro de tabulação referente aos valores relevantes e que por meio da representação gráfica dos resultados, podemos estabelecer uma correspondência entre os termos numéricos de uma série estatística e uma figura geométrica, entendemos que os resultados finais devem ter representação gráfica, lembrando que o gráfico não deve desfigurar a realidade nem tornar complexa a visão e a analise geral, deve partir de um texto com base nas respostas obtidas no projeto e voltado aos objetivos da pesquisa.

O relatório final deve servir como base na coleta de dados e fatores estratégicos para planejar e distribuir ações nos diferentes planos; com base nele será possível descobrir problemas que vão direcionar as estratégias futuras do serviço de saúde bem como acompanhar a satisfação global dos usuários em relação aos serviços de saúde prestados pela SBCD.

DS
DS
DS
DS

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

5.7 Busca ativa (POP.SBCD.OUV.001 – Atendimento aos usuários)

Cabe a Ouvidoria realizar visitas aos pacientes internados com o intuito de divulgar o serviço e avaliar a efetividade da satisfação no atendimento.

Caso identifique uma demanda, acionará o responsável para resolução imediata, e se o paciente esteja internado o retorno deve ser realizado no próprio leito para o mesmo, quando possível, ou para o acompanhante.

5.8 Relatório mensal

Registrar diariamente as reclamações/elogios na planilha em excel de registro de manifestações contendo: número do protocolo, data de registro, origem/setor, dados do paciente ou do acompanhante, contato telefônico, descrição do relato do manifestante, nome do profissional envolvido, setor, gestor responsável da análise, data do envio, prazo de retorno, data do retorno, data do retorno ao manifestante. Apresentar junto ao relatório mensal até dia 20, a planilha de manifestações no final do mês com o compilados das manifestações.

6 – RESULTADO ESPERADO

Garantir a padronização dos processos e uniformização das informações.

7 – AÇÕES CORRETIVAS

Tratar adequadamente junto ao gestor do contrato ou superintendente da área.

8 – RISCOS DO PROCESSO

Insatisfação do usuário

Desconto financeiros por não cumprimento de metas

Prejuízo a imagem institucional

09 – INDICADORES

Taxa de Satisfação dos Usuários;
Percentual de reclamações recebidas;
Tempo médio de resposta;

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

Percentual de aceitabilidade;
Quantidade de manifestações por tipo de classificação;
Resolutividade da reclamação

10 – ANEXOS

F.SBCD.OUV.001_ PLANILHA DE REGISTRO DE MANISFESTAÇÕES

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: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

POLÍTICA INSTITUCIONAL	POL.SBCD.010	VERSÃO: 07
POLÍTICA DE FLUXO PARA CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS DE TERCEIROS	VALIDADE: 06/2027	Pág. 1 de 30

Elaborado por: Andreia Zambonini	Data: 04/2021	
Verificado por: Gerência de Contratos – Andreia Zambonini	Data: 06/2025	Visto: Assinado por: 640A1BDD5B52488...
Verificado por: Coordenação da Qualidade – Sabrina Benetti	Data: 06/2025	Visto: Assinado por: Sabrina Benetti 36842B6BE0BF4CE...
Aprovado por: Superintendência Jurídica – Dr. Ângelo Antônio Picolo	Data: 06/2025	Visto: Assinado por: Angelo Picolo 6BC8C46FA58F4EA...

Rev.	Data	Descrição da Revisão
0	Não se aplica	Emissão do Procedimento.
1	07/2021	Alteração de Texto
2	01/2022	Alteração e inclusão do texto.
3	07/2022	Revisão, Alteração e Inclusão
4	09/2022	Revisão, Alteração e Inclusão
5	04/2023	Revisão, Formatação
6	04/2025	Revisão, Formatação
7	06/2025	Revisão, Alteração e Inclusão Revisado por: Andreia Zambonini Assinado por: 640A1BDD5B52488...

1. OBJETIVO

Estabelecer os critérios e o procedimento para Contratações de Serviços de Terceiros, bem como, elaborar, monitorar e orientar sobre o fluxo para solicitações por meio de mecanismos específicos e obrigatórios neles contidos conforme legislação aplicável para eficácia e evidência do processo interno de:

i. Edital de Concorrência de Prestação de Serviços de Terceiros, Obras de Emenda Parlamentar ou Locação e sua devida Contratação;
ii. Concorrências;
iii. Notificações Contratuais; e
iv. Análise Contratual, alterações, distratos e seus acervos de todas Unidades de Saúde geridas pela SBCD, assim como também na Sede SP.

2. TERMOS E DEFINIÇÕES

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

Para fins deste procedimento, considera-se contratação de serviços, todo processo necessário à contratação de atividades relacionadas à prestação de serviços, obras, conserto, instalação, montagem, operação, conservação, reparação, adaptação, manutenção, transporte, locação e comodato de bens, publicidade, comunicação, seguro, trabalhos técnicos-profissionais e outros.

SBCD – Sociedade Brasileira Caminho de Damasco;

POP – Procedimento Operacional Padrão;

OSS – Organização Social de Saúde;

Demanda – Solicitação e Requisição de serviços, equipamentos, insumos, entre outros, necessários para a operação e gestão dos serviços conduzidos por meio da SBCD;

Formulário – Documento padrão utilizado para formalizar solicitações de contratação;

Minuta – Versão preliminar do contrato, que será negociada e revisada antes da assinatura final, exceto minuta de edital;

Checklist – Lista de checagem;

Apoio e Gestão – Contratos de exclusividade para gerenciamento e funcionalidade e Gestão da SBCD;

Microsoft 365 Forms - Microsoft Forms é um criador de pesquisas online, parte do Office 365;

Fornecedor – Entidade ou pessoa que fornece bens ou serviços à SBCD;

Aceite – Aprovação do contrato ou proposta, podendo ser integral ou parcial;

Validação: Validar necessidade de determinada demanda/contratação.

DS – Plataforma de assinatura eletrônica, *DocuSign*, permite que indivíduos e empresas assinem documentos digitalmente, facilitando o processo de coleta de assinaturas e a gestão de documentos de maneira segura e eficiente;

SLA – "Acordo de Nível de Serviço" (*Service Level Agreement*, em inglês). É um contrato, acordo ou métrica estabelecida para a empresa que define os níveis esperados de serviço. Os SLA's geralmente incluem métricas específicas, como tempo de resposta, disponibilidade, qualidade do serviço e penalidades em caso de não cumprimento que ajudam a garantir que as partes envolvidas tenham clareza sobre as expectativas e responsabilidades;

RADAR – Software de Gestão empresarial completo que integra de maneira inteligente todas as áreas da empresa: VENDAS, FINANÇAS, MATERIAIS, PRODUÇÃO, CUSTOS, SERVIÇOS, CONTROLADORIA, RH, GED, BI e QUALIDADE, adaptável às necessidades e à realidade de empresas de todos os portes e segmentos;

GED – Gerenciamento Eletrônico de Documentos, é uma tecnologia que auxilia no controle, registro,

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

compartilhamento e backup de informações existentes de uma empresa, fazer a gestão de vários documentos digitalizados.

3. FATORES CRÍTICOS DE SUCESSO

Processo de arquivo digital;

Processo de assinatura digital;

Clareza na Comunicação e Interface e Treinamento com as unidades e setores da SBCD;

Processo Fluxo Notas Fiscais Faturamento – Apoio Gestão;

Processo Seguro;

Fluxo do Edital;

Inspeção de Prestador de Serviços Terceiros; e

Conformidade de Solicitações enviadas ao setor de Contratos.

4. PROCESSOS

4.1 Toda Contratação de serviço deve estar de acordo com Regulamento de Compras e de Contratação de Serviços e Obras da SBCD, (disponível no Site da SBCD: https://sbcdsaude.org.br/canal-do-fornecedor/) e devem seguir em específico as regras estabelecidas nos capítulos 4º, 5º, 6º e 7° e seus devidos artigos observando a exceção dos serviços técnicos especializados (Art. 25º e Art. 26º e Art. 27º) que ficam dispensadas exigências estabelecidas nos artigos anteriores citados. Considerar também Código Civil, Lei nº 14.133/2021, demais legislações pertinentes e fluxos Interno do Setor.

4.2 Natureza do Setor:

O setor de contratos opera com demandas, ou seja, requer provocação para iniciar os processos, o que não significa inércia diante do desenvolvimento de projetos e ações.

4.3 Necessidade de contratação:

Surge quando a SBCD vence um processo licitatório com o Município e/ou Estado e assume um novo contrato de gestão, seja para inauguração de novas Unidades de Saúde ou transições de contratos de gestão (contratos geridos por outra OSS assumidos pela SBCD, para gestão e manutenção), dando continuidade aos contratos da OSS anterior para que não ocorra interrupção dos serviços e prejuízos operacionais.

4.4 Recebimento de Demandas:

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

Toda solicitação de contrato jurídico de fornecedores/serviços, independente da origem, é formalizada via formulário **F.SBCD.CONT.006**, qual deverá obrigatoriamente ser enviado pelo(a) solicitante (responsável), em regra gerentes das Unidades de Saúde geridas pela SBCD, vinculadas aos contratos de gestão, funcionários designados ou responsável da área técnica interno ou externo, o formulário de **"Solicitação de Contratação" – Formulário nº 06**, devidamente preenchido e com os documentos nele descritos (Grade Comparativa, Proposta Comercial datada e assinada, documentos básicos necessários da empresa a ser contratada e Carta de Justificativa da Contratação datada e assinada) qual deverá ser encaminhado processo completo seguindo as diretrizes de assinaturas digitais via *DocuSign*.

4.4.1 Alterações do Contrato:

Toda solicitação de alteração do contrato jurídico de fornecedores/serviços, seja para aumento, supressão de escopo, dados, vigência, etc., seguirão todas as orientações indicadas a seguir e procedimentos das ações dos contratos, e devem ser formalizadas através do formulário F.SBCD.CONT.007 **"Solicitação de Aditivo Contratual" - Formulário nº 07** devidamente preenchido e com documentos anexos conforme descrito neste formulário.

4.5 Necessidade dos formulários:

Além do envio do formulário preenchido, datado, validado e assinado via *DocuSign*, os formulários são verdadeiros auxiliares no desenvolvimento dos contratos, pois possuem informações mínimas para elaboração das minutas contratuais, como:

i. Tipo de Contratação: Objeto a contratar, e deve informar se Emergencial, Exclusivo, Especifico ou Continuo;
ii. Dados do fornecedor;
iii. Vigência/ Prazo;
iv. Valor da Proposta;
v. Valor de Custeio;
vi. Número do Contrato de Gestão e Local da Prestação;
vii. CNPJ a usar na Contratação;
viii. Justificativa do porquê da contratação;
ix. Documentos básicos e obrigatórios da empresa a ser contratada, conforme menciona o formulário nº6;

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

x. Fundamentação da contratação conforme Regulamento de Compras e Serviços (Geralmente a Dispensa está descrita no Capítulo 4, 5 e 6, via de regra são como exemplo: Exclusividade, Continuidade de serviço já existente (Implantação de Projeto Novo, troca de fornecedor, cujo valor a contratar seja menor do que um salário mínimo, etc.), Serviço Específico, e

xi. Escopo Técnico necessário para detalhar os serviços no contrato.

4.5.1 Os formulários devem vir acompanhados de proposta comercial e dos documentos comprobatórios indicados no próprio formulário (devem ser fornecidos pelo fornecedor ao solicitante) e/ou enviados via Canal do Fornecedor pelo site da SBCD, que concretizam o procedimento de "*due diligence*" – processo de investigação e análise de informações de uma determinada empresa, cuja função principal é averiguar a situação de uma empresa ou organização em operações societárias, como aquisição, fusão, incorporação, de forma a mapear, monitorar e antecipar potenciais riscos, além verificar a saúde financeira, a regularidade perante os órgão públicos e o cumprimento com as obrigações trabalhistas e fiscais.

4.5.2 Os responsáveis pelas assinaturas do formulário conferem e validam as informações ali contidas, de acordo com suas atribuições e responsabilidades, para resguardo e máxima eficiência nos detalhes da contratação.

4.6 Exceção de Preenchimento de Formulário EXCLUSIVO, ESCPECÍFICO, CONTÍNUO ou EMERGENCIAL:

O setor de contratos por meio dos Analistas de Contratos responsáveis por cada Unidade de Saúde conforme respectivo Contrato de Gestão, só preenchem os formulários que forem oriundos dos contratos de Apoio e Gestão - Corporativa**.**

4.7 Todo formulário cujo processo é de **contingência** e/ou de serviços: EXCLUSIVOS, ESCPECÌFICOS, CONTÍNUOS ou EMERGENCIAIS dos demais serviços a contratar que não de apoio a gestão pode ser preenchido diretamente pelo responsável da unidade de saúde solicitante.

4.8 Via de regra o Preenchimento do formulário nº. 9 de contratação advinda de requisição de cotação de serviços enviada ao Analista de Auditoria de Contratos, é consolidado por este.

4.9. Assinaturas no DocuSign dos formulários:

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

As validações/assinaturas das solicitações de contratação deverão seguir a seguinte ordem no *DocuSign*:

i. Solicitante;
ii. Responsável Técnico;
iii. Tomador de Preço;
iv. Gerente da Unidade de Saúde; (se aplicar -muitas vezes é o mesmo que Gerente do C.G)
v. Gerente Assistencial ou responsável por Gestores locais;(se aplicar)
vi. Gerente do Contrato de Gestão;
vii. Superintendente da Unidade;
viii. Superintendente Administrativo;(se aplicar)
ix. Superintendente Financeiro ou Assessor; e
iv. Gerência de Contratos e Analista de Conformidade (apenas em Cópia no processo).

4.8 Fluxo de Contratação:

Após validação por todas as partes indicadas no formulário, a gerência de contratos recebe cópia do formulário de - Aumento, Redução de escopo e Valor, envia ao Analista responsável por conformidades quando se tratar de : F.SBCD.CONT.006 - Formulário nº 6 - Contrato, e F.SBCD.CONT.007 - Formulário nº 7- Aditivo, aumentou ou redução de valor e/ou escopo, F.SBCD.CONT.008 - Formulário nº 8 Distrato. Caso possua algum apontamento de desconformidade haverá recusa do formulário para correções e ajustes, não impedindo que a demanda seja enviada ao Analista de Contratos para andamento da operação e tomada de ações quanto a formalidade da minuta contratual e negociação de cláusulas, enquanto é feita a regularização do processo. Estando em conformidade será dado andamento aos processos internos de contratação, qual será enviado o informe de aceite da Proposta Comercial ao Prestador de Serviços e ao Analista de Contratos responsável por cada Unidade de Saúde conforme respectivo Contrato de Gestão, conforme arquivo F.SBCD.CONT.003 - “Resumo do Fluxo de Contratação do Setor de Contratos” qual será responsável pela elaboração da nova minuta, ou da análise contratual, ajustes e negociação das cláusulas junto ao fornecedor, validação com fornecedores e com jurídico da SBCD.

4.8.1 Exceção do envio ao Analista de Conformidade: Formulário nº 7- Ajustes sem aumento e redução de escopo e valor, exemplo: Para prazo de Vigência e dados do prestador de serviços; Contratos automaticamente advindos

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

de edital de concorrência.

4.9 Análise e Classificação:

O Analista recebe a demanda realiza a análise do formulário e documentação, identificando a natureza do contrato para correta classificação e definição de prioridade e urgência, principalmente quanto ao prazo se emergencial, determinado, emergencial ou conforme o término do Contrato de Gestão, o tipo de serviço e os valores que influenciarão a forma de contratação.

4.9.1 Gradação da Criticidade:

Tudo o que interferir na assistência das Unidades de Saúde geridas pela SBCD, urgência, impacto operacional, dependência e risco associado, podendo ser analisado e identificado da seguinte maneira:

i. Baixa Criticidade – Contratos em que há impacto na operação, porém de forma mínima, com baixa dependência de fornecedores ou que possuem alternativas facilmente acessíveis e que não há interferência na operação assistencial, exemplos: Gráfica (desde que não seja receituário), Locação de mobiliário de escritório, Locação de carro, Ar condicionado (desde que não seja em sala de atendimento médico obrigatório -exemplo RX) e etc.
ii. Média Criticidade – Contratos que possuem impacto moderado nas operações diárias, no entanto as falhas podem ser incorporadas sem que haja maiores prejuízos a **curto prazo**, exemplos: Manutenção Predial (Pequenos reparos – chave, porta, janela, jardim, piso...), Fornecimento de gases (desde que haja em estoque) e etc.
iii. Alta Criticidade – Contratos essenciais para o funcionamento da operação, cuja interrupção compromete os serviços e causa danos operacionais significativos, que com maiores esforços é possível encontrar alternativas, exemplos: Lavanderia, Limpeza, Alimentação e Nutrição, Serviços Médicos, Portaria e Controle de Acesso, Vigilância, Guarda de Prontuário, Sistemas e Licenças, Telefonia, Internet, e etc.

Parágrafo único: As informações acima são base e modelo de como identificar rapidamente a criticidade e graduar a tomada de decisão, qual deve ser realizada por cada gerente de contrato de gestão.

4.10. Informe ao fornecedor:

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

Após item 4.8 o Analista responsável pela conformidade enviará informe via e-mail ao fornecedor sobre o aceite da proposta, e solicitação do envio da minuta utilizada por este para ajustes e adaptações de cláusulas conforme padrão da SBCD, no e-mail deverá deixar em cópia o solicitante da demanda, os responsáveis pelas Notas Fiscais da Unidade de Saúde, a gerência de contratos e o Analista de Contratos responsável por cada Unidade de Saúde conforme respectivo Contrato de Gestão, o mesmo deve ser feito para os processos que vão diretamente aos analistas de contratos responsáveis por cada unidade de saúde conforme Município, que não são: Contratos Novos ou Termo Aditivo de redução ou aumento de escopo ou valor.

4.10.1. Compreende-se por contrato novo, todos os contratos **exceto** de médicos individuais, qual esta demanda seguirá via respectivo analista de contratos responsável.

4.11 Gestão Documental:

Todos os documentos recebidos junto ao formulário deverão ser organizados, salvos no drive interno do setor, com abertura de pasta para cada fornecedor em seu respectivo Município, com nomenclaturas padronizadas dos arquivos, além de alimentar as planilhas de Controle de Demandas, Prestação de Contas/Tribunal de Contas/Portal de Transparência.

4.11.1 Os documentos da Empresa, devem ser salvos no drive especifico de documentação.

4.12 Planilhas – Relação de Contratos por Unidade de Saúde:

As planilhas possuem padrão de preenchimento conforme drive, devendo estar diariamente atualizadas. As informações preenchidas devem ser claras e objetivas para que qualquer pessoa que obtenha acesso consiga identificar as informações dos contratos, o status da demanda com indicação das datas e ações tomadas no desenvolvimento e execução dos projetos.

4.12.1 A equipe administrativa de contratos é responsável pelo cadastro lançamento e inclusão dos contratos no sistema radar/GED qual deve ter como base as planilhas supracitadas no item 4.11.

4.12.1.2 O Lançamento do contrato no sistema radar deve ser realizado juntamente com a inclusão do documento no sistema, ou seja, somente com a inclusão da cópia do respectivo documento no sistema.

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

4.13 Elaboração da minuta:

As minutas devem ser redigidas, efetuando as marcas de revisão em conformidade com as cláusulas padrões da SBCD descritas nos manuais internos do Setor de Contratos, Regulamento de Compras e de Contratação de Serviços e Obras, legislações cabíveis, e minutas previamente validadas conforme pasta no drive interno de "Modelos de Minutas". Sugestões de melhorias devem estar em grifo na minuta e descritas no corpo do e-mail enviado à validação para eficiência ao processo. Ao elaborar as minutas o(a) Analista de Contratos deverá verificar os documentos e histórico salvos no drive, pois podem influenciar direta e indiretamente no documento que está em elaboração, juntamente com os materiais de apoio disponíveis, não analisar e elaborar minuta de forma isolada, e cada caso deve ser avaliado conforme seu objeto, escopo técnico, solicitação e modelo de minuta base.

4.14 Comunicação:

A comunicação efetiva entre as partes é crucial para solução de dúvidas, que devem ser verificadas internamente junto aos demais analistas, coordenador(a), superviso(a) e gerência, solicitantes dos formulários, áreas técnicas interna e externa e o próprio fornecedor, para garantir a execução efetiva dos serviços, evitando a inércia e risco na operação de atividades e serviços essenciais, sendo importante *feedbacks* e controle de *follow up* para que nenhuma constatação e solicitação junto ao setor de contratos fique sem retorno.

4.15 Validação Técnica:

Com a minuta finalizada, enviar ao responsável técnico via e-mail para validação da parte técnica contratual. Aos casos que interferem no item 4.9 Alta Criticidade e demandas de T.I.

4.16 Validação Integral do Fornecedor:

Após validação do item 4.15, o Analista deve enviar via e-mail ao fornecedor com as marcas de revisão efetuadas para leitura e aceite, e solicitar o e-mail do representante legal para inclusão na plataforma de assinatura eletrônica, lembrando que o e-mail deve ser nominal, de caráter personalíssimo, não podendo ser utilizado e-mail de terceiros. Dado aceite integral seguir com *double check* do Analista validador, conforme **"I.T – Instrução de Trabalho - Guia de Orientação"** qual se encontra no drive **interno e restrito do setor de contratos**, e posteriormente com a

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

validação da supervisão de contratos e por fim da gerência do setor de contratos.

4.17 Validação da Supervisão e Gerência:

Para validação da gerência o processo deve estar completo, entende-se por processo completo o envio da minuta com as marcas de revisão do que foi alterado + formulário + proposta + justificativa e relatórios se houver, mais a informação no corpo do e-mail de validação do fornecedor, da parte técnica e *double check* realizado, e resumo da regularização, e validação prévia da Supervisão, se conforme, a minuta será encaminhada pela Gerência de Contratos ao Superintendente Jurídico da SBCD, e o Analista aguarda validação final.

4.17.1 Primeiro o(a) Analista Responsável no Setor de Contratos valida a minuta e processo com a Supervisão de Contratos, qual se de acordo enviará o processo completo para validação final da Gerência de Contratos

4.18 Assinatura do Contrato:

Com a validação do item 4.17.1 da Gerência de Contratos enviará e-mail ao Analista com a validação jurídica e solicitação para seguimento e assinatura via plataforma *DocuSign*, ou correção e ajuste, após as devidas correções solicitadas ou não, o(a) Analista incluirá as minutas e propostas na plataforma seguindo a seguinte ordem obrigatória de assinaturas:

i. Gerente de Contratos;
ii. Presidente SBCD;
iii. Fornecedor;
iv. Solicitantes – somente em cópia;
v. Analista de Contratos que elaborou a minuta – somente em cópia;
vi. Gerente da Unidade de Saúde - somente em cópia;
vii. Equipe Adm. de Contratos – somente em cópia; e
viii. Responsável Técnico.

4.18.1 Todos responsáveis copiados tem atribuição após receber o documento assinado, de lançamento ou controle e gestão.

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

4.19 Validação Parcial do Fornecedor:

Em casos em que a devolutiva seja aceita parcial, o Analista deverá analisar as alterações e considerações do fornecedor, se possível o aceite sem prejuízo ou impacto relevante para SBCD, seguir com as validações conforme itens 4.14, 4.15, 4.16 e 4.17. Alterações de temática complexa deverão ser remetidas para gerência e jurídico para tomada de decisão e posteriormente seguir com processo de validação e assinaturas conforme procedimento mencionado.

4.20 Exemplos de Contratos e Cláusulas Flexíveis:

Inclusões de cláusulas semelhantes às da SBCD, obrigações, complementações de escopo, qualificação, assinaturas, LGPD, Compliance, minutas de contratos de adesão, etc.

4.21 Exemplos de Contratos e Cláusulas Rígidas:

Cláusulas que envolvam numeração ou condição do contrato de gestão, vigência, aviso prévio, local da prestação dos serviços; forma de pagamento, foro, e etc.

4.21.1 **Exemplo de Contratos de Adesão:**

Gases medicinais, Gás de cozinha GLP, Contas Públicas –Dosímetros, Internet, Telefonia Móvel, Fixa, Energia, Água, Locação de Carros - Rentscar, Softwares que envolvam sistemas ou plataformas.

4.22 Esse processo se dará para toda demanda relacionada a Novos Contratos e Termos Aditivos Contratuais que tenha como texto alterado o seguinte: objeto contratual e valores.

4.23 Distrato e Rescisões Contratuais:

4.23.1 Para demanda de distrato direto, situação onde a parte pediu a rescisão e a SBCD aceitou ou a parte já esta ciente da rescisão, o solicitante responsável deverá enviar ao setor de contratos a “Solicitação de Distrato” – Formulário nº 8, com justificativa ou pedido anexo (documento que dispensará a notificação), com antecedência mínima de 07 (sete) dias úteis. O analista responsável pela unidade dará sequência apenas ao Distrato, em

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

conformidade com os modelos previamente aprovados no drive. Este documento será encaminhado para validação prévia da Supervisão e após validação final da Gerência, conforme procedimento das minutas de contratos, e após enviado para assinatura eletrônica via *DocuSign*.

4.23.2 Para demanda de notificação de rescisão, situação onde a parte ainda não está ciente, o solicitante responsável também deverá enviar ao setor de contratos a "Solicitação de Distrato" – Formulário nº 8, com justificativa/relatório detalhado (datado e assinado) anexa, com antecedência mínima de 07 (sete) dias úteis, para elaboração de notificação de rescisão, a qual será encaminhada para a CONTRATADA via e-mail, considerando o prazo de aviso descrito no contrato. Encaminhada a notificação de rescisão, será elaborado o distrato seguindo com o mesmo fluxo acima citado.

4.23.3 O solicitante também deverá se atentar a cláusulas constantes no contrato, qual se tiver dúvidas, deverá recorrer ao setor de Contratos pelo e-mail da Gerência com antecedência para dirimi-las, assim prevenindo qualquer tipo de risco no processo de notificação e rescisão contratual.

4.24 <u>Atestado De Capacidade Técnica</u>:

São documentos solicitados pelo fornecedor de serviços via e-mail, com a finalidade de comprovação da execução dos serviços de forma satisfatória junto a SBCD, para apresentação em possíveis processos licitatórios. Os e-mails enviados pelos fornecedores são enviados para Gerência de Contratos que encaminha para o Analista responsável analisar e validar os dados.

4.25 <u>Elaboração dos Atestados:</u>

Após recebimento pelo Analista, este deve solicitar ao fornecedor modelo de atestado em formato word se recebido em PDF para nossa adequação, e devem constar as seguintes informações:

i. Dados da Contratada;
ii. Quais Contratos de Gestão estão vinculadas, tipo de prestação serviços e suas especificidades;
iii. Início e término do contrato;
iv. Valor do contrato;

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

v. Local da prestação de serviços; e

vi. Modelo de minuta disponível no drive de contratos para adaptações.

Parágrafo Único: Para serviços médicos e gestão de serviços médicos, via de regra não são inclusos valores nos atestados de capacidade técnica, devem ser inclusos o nome completo do responsável técnico e número do CRM (Conselho Regional de Medicina), por serem sob demanda, porém nada impede de informar desde que estimado e ou exato (verificar com equipe de faturamento ou PC - Prestação de Contas).

4.26 Validação, Assinatura e Envio dos Atestados:

Após elaboração e conferência, o atestado será enviado para validação técnica conforme item 4.15 e 4.17, após validação seguirá com a aprovação da gerência conforme "I.T – Instrução de Trabalho - Guia de Orientação", seguindo o item 4.18 com a seguinte ordem obrigatória de assinaturas via *DocuSign*:

i. Gerente de Contratos;

ii. Presidente SBCD;

iii. Gerente responsável, Responsável Técnico; e

iv. Analista – somente cópia.

E após todas as assinaturas enviar ao solicitante via e-mail.

4.27 Notificações:

São solicitadas, através das Unidades de Saúde diante de descumprimento contratual do fornecedor, a solicitação é realizada pelo formulário do link google forms, no qual é relatado a ocorrência de forma minuciosa com os elementos necessários para elaboração. O relatório de ocorrências deverá ser enviado também em PDF, datado e assinado pelo relator, com os respectivos e-mails e documentos necessários que demonstrem o descumprimento contratual. O formulário e o relatório serão extraídos pelo analista de conformidade via setor de contratos diretamente na plataforma Google e enviado ao Analista responsável, a Supervisão e à Gerência do setor para triagem.

4.27.1 Link: Vide item 10.6 em anexo nesta política.

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

4.28 Elaboração da minuta:

O analista responsável elaborará a notificação baseada no descumprimento contratual, conforme minuta padrão previamente aprovada no drive de "Modelo de Minutas", dependendo da gravidade da ocorrência e se houver reincidência deverá ser aplicada multa contratual conforme disposição em cláusula.

4.29 Validação e Assinatura:

Após elaboração e conferência, a notificação será enviada para validação prévia da Supervisão e após validação final da Gerência conforme "I.T – Instrução de Trabalho - Guia de Orientação", seguindo o item 4.18, com a seguinte ordem obrigatória de assinaturas via *DocuSign*:

i. Gerente de Contratos;
ii. Diretor Presidente da SBCD; e
iii. Analista responsável – somente cópia.

4.30 Envio da Notificação e Monitoramento:

Com as assinaturas, compilar e enviar no e-mail para a empresa copiando os envolvidos relacionados no relatório de ocorrências, responsáveis da solicitação e gerentes das unidades. Após o envio monitorar o retorno do prazo de 05 (cinco) dias corridos para resposta da contratada, com o recebimento da resposta remeter ao relator para resposta da notificação, informando se a mesma surtiu efeito ou não, e se haverá uma contranotificação ou distrato.

4.30.1 A análise técnica da resposta deve ser completamente satisfatória ou deverá ter análise do responsável técnico juntamente com o solicitante, bem como terá que seguir acompanhada com cronograma de ações com datas de conclusões como resposta do analista de contratos junto ao fornecedor como interface e acompanhamento da resolução da demanda. Todo processo deve estar salvo na pasta do prestador no drive para evidências das ações.

4.31 Arquivamento dos Contratos, Aditivos, Distrato, Notificações, Ações, E-mails e Atestados:

4.32 Após a assinatura, o documento deve ser salvo com o protocolo de assinaturas, e as planilhas de controle

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

devem ser atualizadas, incluindo os responsáveis administrativos para a manutenção da transparência e rastreabilidade e inclusão no sistema.

4.33 Todos os Contratos, Termos Aditivo, Distratos e demais documentos pertinentes formalizados, serão arquivados com o processo de contratação, documentos de habilitação e validação da gerência e jurídico em pasta especifica do setor de contratos e arquivados na pasta digital do fornecedor conforme Município.

4.34 Após arquivados, os documentos assinados por todas as partes serão encaminhados aos prestadores por e-mail com assinatura eletrônica via *DocuSign*.

4.35 Tempo de Ações – SLA's :

4.35.1 As urgências deverão ser previamente validadas, por cada gerência demandante, bem como justificada, tendo considerado prazo de 15 (quinze) para contratação como base.
4.35.2 O tempo de resposta às solicitações será de 24 (vinte e quatro) horas após o recebimento, desde que recebida em dia útil, até às 10h da manhã, ou até 48 (quarenta e oito) horas também a partir do recebimento;
4.35.3 O tempo de contratação 15 (quinze) dias úteis;
4.35.4 Validações externas, setores SBCD e fornecedor 3 (três) dias;
4.35.5 Cobranças junto aos fornecedores de minutas para assinatura no *DocuSign* 3 (três) dias;
4.35.6 Distratos 07 (sete) dias de antecedência;
4.35.7 Atestados de Capacidade Técnica 5 (cinco) dias úteis; e
4.35.8 Notificações 5 (cinco) dias úteis.
4.35.9 É parte integrante deste procedimento e item, o Contrato de Interação de Processos, item 10.20 em anexo nesta política.

4.36 Solicitações de Tomada de Preço/Cotações de Serviços:

4.36.1 O solicitante elabora o escopo de serviço através do sistema radar ou F.SBCD.CONT.010 - form10, o Analista responsável realiza análise crítica do escopo e justificativa e envia aos fornecedores o pedido de proposta comercial, e-mail com o anexo do modelo da proposta comercial padronizada, modelo de visita e não obrigatoriedade (se aplicável) e escopo técnico.

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

4.36.2 Após receber às 3 cotações, será feita análise dos dados e elaboração da grade comparativa, posteriormente realizada a devolutiva para o solicitante e responsável técnico, para tomada de decisão. Caso seja dado sequência na contratação após validação do solicitante e responsável técnico, será solicitada as documentações mínimas necessárias ao fornecedor, para que o Analista faça inclusão no *DocuSign* para recolhe das devidas aprovações internas. Após aprovação, deverá salvar o processo na pasta do fornecedor (Contratos) e o Analista de Contratos responsável por cada Unidade de Saúde, conforme respectivo Contrato de Gestão, efetuará o contrato especifico ou emergencial, seguindo o fluxo do setor.

4.36.3 Contratação Serviços Esporádicos(Pontuais):

Neste caso, após a análise das documentações e propostas, o Analista inclui no *DocuSign* para devidas aprovações internas. Após aprovação salva o processo no drive interno, e em paralelo avisa o solicitante da unidade sobre a aprovação do serviço, e realiza posteriormente o envio informe de aceite da proposta ao fornecedor com devidas orientações para emissão e envio da Nota Fiscal e Relatório da execução do serviço acrescentando em cópia o responsável de acompanhamento dos serviços na unidade. Pós-execução dos serviços, ao receber a Nota Fiscal e o relatório do serviço executado, o responsável na unidade deverá seguir com trâmites de validação interna, feito isso, juntar ao processo de contratação e protocolar no setor financeiro.

4.37 Contratação Regular por Edital de Concorrência de Serviços (Regra):

4.37.1 Neste modelo de contratação, além de ser seguido à risca a LEI Nº 8.666, também é respeitado o Regulamento de Compras e de Contratação de Serviços e Obras da SBCD, sendo um processo com o envolvimento do(s):

- **i.** Responsável Técnico pelo Serviço ou Obra;
- **ii.** Gerência - Unidade;
- **iii.** Assessor da Superintendência Administrativa e Financeira;
- **iv.** Gerência de Contratos; e
- **v.** Gerente Jurídico.

4.37.2 Neste processo de concorrência, o(a) Responsável Técnico pelo Serviço ou Obra envia à Gerência de

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

Contratos, por meio da plataforma digital *DocuSign* a Capa de validação (na ordem de assinaturas) conforme modelo de formulário (Anexo – item 10.4, deste procedimento, formulário n. 11/2021), junto com o descritivo completo/detalhado do Escopo Técnico do Serviço ou Obra, valor estimado, bem como o quantitativo/qualitativo exigido para atender a demanda.

4.37.3 O Setor de Contratos recebe e Analisa o Escopo Técnico já aprovado, efetuando os ajustes necessários na minuta padrão de edital SBCD**,** sendo vedada a alteração do conteúdo sem a ciência e autorização do Responsável Técnico**.** Caso houver qualquer dúvida, divergência, contradição ou obscuridade no conteúdo do Escopo Técnico, ou qualquer peculiaridade quanto a matéria do Edital de Concorrência solicitado, estas deverão ser pontuadas ao responsável técnico da solicitação. A solicitação é distribuída ao analista de contratos responsável.

4.37.4 Após o retorno da gestão, o analista segue com os ajustes solicitados ou a inclusão no *DocuSign* para assinatura. O Edital de Concorrência somente será assinado pelo representante legal da SBCD após o cumprimento completo do procedimento interno estipulado acima e ainda, após validação final do setor jurídico.

4.38 Da Publicação de Edital, Habilitação, Ata de Resultado e Contratação:

4.38.1 O Concorrente interessado a participar do Certame deverá acessar o canal do fornecedor no site da SBCD, e se habilitar por meio dos links disponíveis para o cadastro e envio da documentação obrigatória, conforme descrito no próprio Canal. Canal do fornecedor - Sociedade Brasileira Caminho de Damasco (sbcdsaude.org.br)

4.38.2 O Edital de Concorrência será publicado no site da SBCD no canal do fornecedor na pasta editais de concorrências de serviços, e ficará disponível durante o período previamente estipulado no Cronograma nele mencionado. Link: https://sbcdsaude.org.br/canal-do-fornecedor/#elf_l1_Lw

4.38.3 As propostas recebidas serão analisadas e enviada ata de resultado para avaliação da Comissão de Avaliação, que julgará a habilitação da empresa, após envio das propostas comerciais recebidas e resumo do relatório, qual decidirá o "vencedor" com base nos critérios estipulados no Edital – Menor preço.

4.38.4 Não havendo propostas ou prestadores habilitados e capacitados para participar da concorrência, serão enviadas concorrência simples para no mínimo 3 fornecedores para que empresas apresentem a cotação dos valores dos seus serviços, com base nos critérios estabelecidos no referido Edital publicado. É importante levar em consideração o valor a contratar, para que possa incluir mais prestadores no rol de cotação.

4.38.5 Havendo mais de uma proposta comercial resultante, a Comissão de Avaliação remeterá para avaliação

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

técnica do superintendente responsável para definição por capacidade técnica, haja visto que o critério menor preço resultou em mais de um vencedor.

4.38.6 Restando frustradas as tratativas de recebimento de propostas e envio de concorrência simples**,** a SBCD poderá abrir a cotação dos valores de mercado dos serviços junto a Gerência do respectivo Contrato de Gestão, qual fará a contratação direta da empresa que julgar mais adequada, com base nos critérios de menor preço, conforme previsto no Regulamento de Compras e de Contratações de Serviços e Obras

4.38.7 A Contratação da empresa selecionada será efetuada conforme os trâmites internos do Setor de Contratos, que consiste na análise dos documentos de habilitação, através do canal do fornecedor no site da SBCD previamente solicitados nos editais de concorrência.

4.38.8 O Resultado será publicado no site da SBCD no canal do fornecedor na pasta editais de concorrências de serviços/resultados e ficará disponível para consultas. Link: https://sbcdsaude.org.br/canal-do-fornecedor/#elf_I1_Lw

4.38.9 Ainda de forma emergencial a SBCD poderá contratar empresa habilitada para atender a demanda pelo período contratual de 30 dias, podendo ser prorrogados por mais 30, até que se contrate por meio das modalidades de concorrências citadas acima (Edital ou Concorrência Simples), desde que devidamente justificado e com processo interno de contratação em conformidade.

4.38.10 Após a publicação do edital e ata de resultado, é enviado informe aos responsáveis e solicitantes das unidades por e-mail.

4.38.11 Controle do Processo de Edital de Concorrência de Serviços:

4.38.11.1 O acompanhamento do processo do edital é realizado por meio da planilha de EDITAIS DE CONCORRÊNCIA SBCD registrada no Drive de Contratos, que contém todas as informações, incluindo a unidade, o objeto e os dados desde a abertura da proposta até a encerramento do contrato com o fornecedor.

4.39 FLUXO DE NOTAS FISCAIS DE CONTRATOS (APOIO GESTÃO)

4.39.1 O prestador emite a correspondente Nota Fiscal e encaminha para o e-mail: contratos@sbcdsaude.org.br, juntamente com os relatórios das respectivas unidades.

4.39.2 Após o recebimento das notas fiscais, o setor de contratos realiza a conferência dos seguintes dados: CNPJ, contrato de gestão e o valor conforme o contrato firmado. Após a conferência, os documentos são enviados ao *DocuSign* para validação pela gestão de contratos, e o relatório é elaborado também pelo responsável legal.

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

4.39.3 Para os processos das unidades AME CRI - AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES CRI ZONA NORTE e PAI ZN, PÓLO DE ATENÇÃO INTENSIVA EM SAÚDE MENTAL DA ZONA NORTE – PAI ZONA NORTE inclua o gerente da unidade, e para o prestador Serviços de IMPRENSA, inclua o gerente de comunicação para validação no *DocuSign*.

4.39.4. Após validados relatórios e autorizada emissão dos documentos fiscais, esses deverão ser lançados no sistema radar e anexado a cópia da nota fiscal no GED juntamente com às Certidões atualizadas, conforme abaixo, sob pena de suspensão dos pagamentos até total regularização:

- **i.** Certidão negativa de Débitos Tributário;
- **ii.** Certificado de Regularidade do Empregador – FGTS;
- **iii.** Certidão negativa de Débitos Trabalhistas;
- **iv.** Cartão de CNPJ; e
- **v.** Simples Nacional, caso aplicável.

4.39.5 Após efetuar o lançamento das notas fiscais e incluir os arquivos no sistema GED/Radar, enviar um e-mail para os setores fiscais e financeiros, informando sobre o lançamento, e solicitando os pagamentos referentes as notas mencionadas.

4.39.6 A partir de 01/11/2024, não serão mais aceitas correções de números de Contratos de Gestão, Termos de Colaboração, Fomento ou Convênios nas Notas Fiscais emitidas para as Unidades da SBCD, por meio de Carta de Correção Eletrônica. Essas informações deverão estar corretas na emissão original da Nota Fiscal, seguindo a Instrução Normativa 01/2024, artigo 137, VI, do Tribunal de Contas do Estado (TCE).

4.40 FLUXO DE SEGUROS UNIDADE SBCD

4.40.1. Os responsáveis pelo setor de contratos recebem, via e-mail, a solicitação de renovação do seguro da unidade enviada pela seguradora para análise. A seguradora encaminha a proposta com o melhor valor cotado para os e-mails do setor de contratos e da gestão, informando que a apólice está próxima do término de sua vigência e solicitando aprovação para andamento com a renovação para o próximo ano.

4.40.2 Os responsáveis preenchem o formulário de solicitação de seguro (seja para renovação ou para um novo seguro) com as informações das unidades e a proposta recebida da seguradora. Em seguida, o analista responsável encaminha o formulário F.SBCD.CONT.002 – COTAÇÃO DE SEGURO, preenchido ao *DocuSign* para aprovação

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

da Superintendência Financeira e Controles Internos ou Assessor, do Gerente da Unidade e do Gerente de Contrato de Gestão

4.40.3 Após a validação, enviar aprovação para seguradora por e-mail para a solicitação de apólice e dos boletos, com no mínimo de 7 (sete) dias úteis para pagamento.

4.40.4 Após a seguradora retornar com os boletos e a apólice, o responsável inclui no *DocuSign* o controle de parcelas, e o resumo da apólice para a assinatura da coordenação e do gerente do respectivo contrato de gestão.

4.40.5 Após a validação, o analista realiza o lançamento no sistema Radar e inclui o processo no GED para pagamento. Com o processo completo e validado, ele deve ser baixado do *DocuSign*, os arquivos separados e renomeados, e, em seguida, incluídos no drive na pasta respectivas unidades.

4.41 Solicitações de Análise de Conformidades de Contratações por Contingências:

4.41.1 Recebimento das Solicitações:

A Gerência de Contratos juntamente com o Analista de Conformidade recebe a cópia via *Docusign* das solicitações por meio dos formulários devidamente preenchidos e assinados juntamente com o processo em sua completude, e redirecionam a cada analista de contratos conforme segmentação de objeto e solicitação do demandante.

4.41.2 Análise da Conformidade das Solicitações:

O analista responsável por conformidades realiza a verificação completa da solicitação e do processo, observando os seguintes aspectos principais: Preenchimento correto das informações no formulário, fundamentação conforme o Regulamento de Compras e de Contratação de Serviços e Obras, Assinaturas e Aprovações pertinentes, além dos documentos anexos necessários de acordo com cada solicitação. Essa verificação é conduzida de acordo com cada fluxo de solicitação estabelecido pelo setor de Contratos da SBCD, descrito a seguir:

- **Formulário nº 06 –** Solicitação de Contrato (com ou sem dispensa ou inexigibilidade de cotações).
  Documentos anexos: Relatório de justificativa técnica; Propostas e Grade comparativa; Certidões e documentações mínimas referente a contratação.

- **Formulário n° 07 –** Solicitação de Aditivo ao Contrato Firmado.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

Documentos anexos: Proposta de aumento ou diminuição de escopo/valor.

- **Formulário n° 08 –** Solicitação de Distrato/Notificação Contratual.
  Documentos anexos: Justificativa de Rescisão/ ou Solicitação de distrato por parte do Prestador.

- **Formulário nº 09 –** Serviço Esporádico (com ou sem dispensa ou inexigibilidade de cotações).
  Documentos anexos: Requisição de Serviços do Radar; Relatório de justificativa técnica; Propostas e Grade comparativa; Certidões e documentações mínimas referente a contratação.

- **Formulário nº 10 –** Escopo para solicitação de Cotação de Serviço, Manutenção e Locação de Equipamentos
  Documentos anexos: Escopo técnico do objeto do objeto a ser cotado em mercado.

- **Formulário nº 11 –** Solicitação de Edital de Concorrência.
  Documentos anexos: Escopo técnico do objeto.

4.41.3 O Formulário nº 10 é exceção, sendo destinado a especificação dos serviços a ser cotado junto aos fornecedores, o mesmo é utilizado apenas na implantação de novos projetos qual não seja possível a realização da requisição de Serviços gerada por meio do sistema RADAR.

4.41.4 Caso seja identificada alguma irregularidade na solicitação enviada, o analista responsável por conformidades, junto com o analista de contratos responsável conforme a segmentação do setor, solicitará a correção do processo. Esses ajustes e correções ocorreram paralelamente à tramitação da execução do fluxo, para garantir que, ao final e conclusão do fluxo e prazo de SLA, o processo esteja em conformidade com os parâmetros estabelecidos.

4.41.5 Caso não seja identificado irregularidade na solicitação enviada, nos processos conduzidos por fluxo de contingência, referentes a contratações esporádicas de serviços prestados por terceiros, com o objetivo de evitar desassistência nas unidades. O Analista de Conformidades recebe cópia do processo juntamente com a Gerência de Contratos, o Analista de Conformidades faz a análise completa do processo. Após a análise, o analista responsável por conformidades registra o processo na planilha de controle, salva no drive, e formaliza a conformidade do processo por meio de e-mail aos solicitantes. Este e-mail confirma a aprovação e autoriza a continuidade do processo para a regularização do pagamento ao fornecedor, em conjunto com a unidade responsável.

4.41.6 Caso não seja identificado irregularidade na solicitação enviada, nos processos de aumento de escopo ou valor, após a análise de conformidade da solicitação, o analista responsável por conformidades envia o informe de aceite da

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

proposta ao prestador de serviços. Em seguida, encaminha a solicitação para execução operacional ao demandante e direciona ao analista de contratos responsável para dar continuidade ao fluxo com a elaboração da minuta e sequência ao fluxo.

4.42 Avaliação de Prestadores de Serviços Terceiros:

4.42.1 Introdução:

A SBCD valoriza a necessidade de avaliar a execução dos serviços prestados por terceiros, devido à sua relevância para a satisfação dos clientes e o sucesso das operações. Esta política define um processo estruturado para medir e gerenciar a qualidade desses serviços, identificando não conformidades e implementando ações corretivas e preventivas visando a melhoria contínua.

4.42.1 Metodologia de Avaliação:

Utilizamos a ferramenta Microsoft 365 Forms para avaliar mensalmente os prestadores de serviços das unidades, exceto o Contrato de Gestão da Zona Norte qual segue outra metodologia, qual é enviado via e-mail entre o primeiro e segundo dia útil do mês pelo analista responsável por conformidades o formulário eletrônico com perguntas objetivas sobre cada prestador. Os gerentes das unidades de saúde e responsáveis técnicos pelo serviço têm até o dia 10 do mês para pontuar as "Conformidades" e "Não conformidades" dos prestadores de serviços terceiros no período avaliado.

4.42.2.1 Consolidação dos Dados:

Entre os dias 11 (onze) e 14 (quatorze) de cada mês, os dados referentes à prestação de serviço do mês anterior são consolidados e salvos no drive do setor de contratos, de acordo com cada contrato de gestão, e inseridos em uma planilha que oferece uma visão geral das avaliações.

4.42.2.2 Elaboração do Relatório:

Com base nos dados consolidados, o analista responsável por conformidades realizará a classificação dos prestadores de serviços terceiros. Os prestadores com avaliação igual ou maior que “7” estarão classificados como

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

"Conformes" dando-se encerrada a sua avaliação do mês referente em conformidade e a avaliação será arquivada no drive de contratos. Os prestadores que receberem uma avaliação inferior ou igual a "6", serão inseridos em um Plano de Ação F.SBCD.CONT.001.

Até o dia 15 de cada mês, o analista responsável por conformidades enviará aos gerentes e responsáveis das unidades, com cópia aos departamentos operacionais, um e-mail contendo as avaliações, não conformidades identificadas e um modelo de cronograma especificação das ações e detalhamento sobre a natureza e frequência das ocorrências.

4.42.2.3 Elaboração do Plano de Ação:

Os gerentes e responsáveis técnicos por cada unidade devem retornar ao setor de contratos, até o dia 20 de cada mês, com um plano de ação que contenha medidas corretivas claras e prazos para implementação.

4.42.2.4 Implementação e Monitoramento do Plano de Ação:

Após a verificação do plano de ação, os departamentos da Administração da Unidade, Setor de Contratos e os Responsáveis Técnicos atuarão junto aos prestadores de serviços para a implementação das medidas corretivas necessárias, visando a melhoria na prestação dos serviços.

4.42.2.5 Encerramento da Não Conformidade:

Após a implementação bem-sucedida das ações corretivas, a não conformidade será encerrada, registrando o cumprimento do Plano de Ação salva no drive de contratos.

4.42.3 Metodologia de Avaliação – Unidade Zona Norte:

Para verificar a qualidade dos serviços prestados por nossos parceiros, usamos a ferramenta *Microsoft 365 Forms* (formulário eletrônico) que contém um conjunto de perguntas referentes a cada prestador individualmente. As perguntas são simples e objetivas, onde os gestores terão a oportunidade de pontuar as "conformidades" e "não conformidades" do prestador naquele determinado período.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

4.42.3.1 Consolidação dos Dados:

São extraídos os dados referentes a prestação de serviço do mês anterior, e estes serão consolidados em uma planilha, permitindo uma visão geral das avaliações identificadas nos serviços prestados pelos terceiros.

4.42.3.2 Elaboração do Relatório:

Com base nas informações consolidadas, o departamento de Contrato de Gestão Zona Norte enviará aos departamentos operacionais (Facilities / T.I / Infraestrutura e Eng. Clínica) por e-mail contendo as não conformidades atendidas, detalhando sua natureza e frequência.

4.42.3.3 Elaboração do Plano de Ação:

O departamento de Contrato de Gestão Zona Norte, encaminhará as não conformidades aos prestadores solicitando um Plano de Ação para cada não conformidade apontada. Esse Plano de Ação deve conter medidas corretivas claras e prazos para sua implementação.

4.42.3.4 Análise e Aprovação do Plano de Ação:

Os departamentos operacionais por sua vez, receberão os PDCA's das "Não Conformidades" para uma análise, aprovação e acompanhamento junto aos prestadores de serviços.

4.42.3.5 Implementação e Monitoramento do Plano de Ação:

Após a verificação do Plano de Ação, os departamentos operacionais farão a intermediação entre as unidades e os terceiros, para garantir a implementação efetiva das medidas corretivas.

4.42.3.6 Encerramento da Não Conformidade:

Após a implementação bem sucedida do plano de ação, encerra-se o registro da ocorrência. O relatório conclusivo é encaminhado ao departamento de contrato de gestão e para as respectivas unidades.

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

4.42.3.7 Resultado Esperado:

Resultado esperado O objetivo principal do processo de PDCA para "Não Conformidades" de medição aos terceiros, é melhorar continuamente a eficiência e a eficácia das operações e evitar as recorrências. Aqui estão alguns resultados esperados:

4.42.3.8 Identificação Precoce de Não Conformidades:

Implementação de um processo robusto para identificar Não Conformidades de forma precoce, permitindo uma resposta rápida.

4.42.3.9 Resolução Eficiente de Não Conformidades:

Desenvolvimento de ações corretivas específicas para cada Não Conformidade, garantindo a resolução eficiente e eficaz dos problemas.

4.42.3.10 Prevenção de Recorrências:

Implementação de procedimentos preventivos para evitar a reprodução de Não Conformidades semelhantes no futuro.

4.42.3.11 Comunicação Efetiva:

Estabelecimento de uma comunicação clara e eficaz com os prestadores de serviços, gerente da unidade e outros envolvidos, garantindo que todos tenham conhecimento das ações em andamento.

4.42.3.12 Aprimoramento e Melhoria Contínua:

Realização de avaliações periódicas da eficácia das ações corretivas, ajustando o plano de ação conforme necessário para promover o aprimoramento contínuo, bem como a melhoria no processo.

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

4.42.3.13 Transparência e Responsabilidade:

Criação de uma cultura de transparência e responsabilidade, onde todos os envolvidos compreendem a importância que relaciona as tratativas das não conformidades.

4.42.3.14 Registro e Documentação Adequados:

Manutenção de registros adequados de todas as não conformidades, ações corretivas e ajustes realizados, fornecendo uma trilha de auditorias para referências futuras.

4.42.3.15 Melhoria na Tomada de Decisões:

Fornecimento de dados e informações que podem ser utilizados na tomada de decisões estratégicas, permitindo a otimização de processos e a redução de riscos.

4.42.3.16 Ações Corretivas:

- A unidade que não responder, será enviado por e-mail solicitando o preenchimento imediato.
- O não cumprimento dos prazos, será realizado uma notificação por e-mail do não realizado.
- Caso não ocorra o processo de acordo com o esperado, será revisado o procedimento operacional padrão.

4.42.3.17 Risco do processo: Ao implementar um processo de PDCA para lidar com não conformidades de terceiros, é importante considerar alguns riscos potenciais. Aqui estão alguns pontos a serem observados:

4.42.3.18 Atraso na Identificação de Não Conformidades:

Se os mecanismos de identificação de Não Conformidades não forem eficazes, há risco de atraso na detecção, permitindo que problemas persistam ou se agravem.

4.42.3.19 Falta de Aprendizado e Aprimoramento Contínuo:

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

Se não houver uma cultura de aprendizagem contínua, a organização pode repetir as mesmas falhas no processo.

4.42.3.20 Ações Corretivas Ineficazes:

Se as ações corretivas não forem bem planejadas ou realizadas, existe o risco de não resolver completamente a Não Conformidade ou, pior ainda, de criar novos problemas, por isso há o monitoramento de conformidade e processo interno no setor.

4.42.3.21 Indicadores do Controle de Não Conformidades:

Essa estrutura no Excel permitirá um acompanhamento detalhado e eficiente do processo de não conformidades, proporcionando transparência e facilitando a tomada de decisões.

4.43 Solicitações de Auditoria de Contratos In Loco de Serviços Terceiros:

4.43.1 Introdução:

A SBCD reconhece a importância da auditoria e inspeção dos serviços prestados por terceiros, garantindo sua conformidade com os padrões institucionais e legais. Esta política define um processo estruturado para inspeções presenciais nas unidades, realizadas trimestralmente, totalizando quatro auditorias anuais. O objetivo é assegurar o acompanhamento e a melhoria contínua dos serviços prestados, em paralelo à inspeção do atendimento oferecido aos usuários.

4.43.2 Classificação de Contratos a serem Inspecionados nas Unidades de Saúde:

O analista responsável por conformidades extrai de todos os contratos assistenciais ativos dos prestadores de serviços terceiros da unidade qual passará pela visita de auditória, excluindo da relação os contratos pertinentes a serviços de Apoio a Gestão e demais contratos qual não se enquadram no escopo de auditoria física na unidade.

4.43.3 Elaboração do Checklist de Inspeção:

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

Após a classificação dos contratos que passaram por inspeção, é elaborada a planilha de checklist de inspeção referente a visita e reportada a gerência. Nesta planilha é pontuado os principais tópicos a serem abordados durante a visita. Sendo os principais tópicos conforme abaixo:

- Se o valor é cobrado corretamente pelo prestador de serviços;
- Se é efetuado a entrega mensalmente do Relatório de Execução de Serviços, Nota fiscal e Certidões de Regularidade fiscal vigentes pelo prestador de serviços;
- Se o faturamento é entregue em dia pelo prestador de serviços;
- Se os materiais e insumos são entregues pelo prestador de serviços conforme previsto em contrato;
- Se o equipamento que há na unidade é igual ao previsto em contrato; e
- Se o selo de manutenção do prestador de serviços está vigente nos equipamentos.

4.43.4 Visita física às Unidades de Saúde para Melhoria Contínua:

Durante a visita, o analista responsável por conformidades inspecionará e questionará os responsáveis sobre a execução das prestações de serviços de cada prestador especificado na planilha de inspeção, bem como abordados os principais tópicos citados anteriormente referente ao fluxo de faturamento de cada prestador de serviço terceiro.

Concluída a visita e descritos os apontamentos identificados, são recolhidas as assinaturas do gerente da unidade e responsáveis pela unidade, juntamente com a assinatura do analista responsável por conformidades na planilha de inspeção.

4.43.5 Relatório de Acompanhamento à Prestação de Serviços Terceiros:

Após a realização da visita presencial à unidade, o analista responsável por conformidades irá elaborar um relatório descritivo, seguindo o modelo definido pelo setor de comunicação da SBCD. Nesse relatório, são detalhadas as principais percepções sobre a prestação de serviços terceirizados, além dos apontamentos específicos para cada prestador de serviços.

O relatório é encaminhado à Gerência de Contratos para análise e validação em conjunto com a Superintendência Jurídica.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

POLÍTICA INSTITUCIONAL	POL.SBCD.010	VERSÃO: 07
POLÍTICA DE FLUXO PARA CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS DE TERCEIROS	VALIDADE: 06/2027	Pág. 29 de 30

4.43.6 Ações e Medidas:

Após validação do relatório, em casos de apontamentos de "Não conformidades" por parte do prestador de serviços terceiros, a Gerência de Contratos retornará com a definição das ações a tomar sendo obrigatório realização das etapas de:

- Alinhamento em reunião com às partes Contratantes e o Responsável Técnico;
- Definição de Cronograma de Ações;
- Monitoramento por meio da planilha de controle; e
- Finalização/Resultado.

Em casos de prestador de serviços terceiros que estejam "Conformes", após a validação do relatório, a Gerência de Contratos retornará com o de acordo para recolhe de assinaturas, via *DocuSign*, pós assinatura é enviado cópia ao responsável técnico.

4.43.7 Arquivamento no Drive - Rede SBCD:

Após conclusão do fluxo, o relatório assinado via *DocuSign* e demais documentações são salvas no drive de rede do setor de contratos conforme cada unidade e também é enviado uma cópia a Gerência da Unidade.

7- INDICADORES RELACIONADOS

Link: Avaliação de Terceiros: https://forms.office.com/r/pyYK9ruNYy;e

Canal do fornecedor - Sociedade Brasileira Caminho de Damasco (sbcdsaude.org.br).

8- COMPETÊNCIAS

Todas as equipes da Sede da SBCD, inclusive as Unidades de Saúde geridas por esta.

9- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

9.1 Regulamento de Compras e de Contratação de Serviços e Obras - Publicado no site SBCD;

9.2. Código Civil Brasileiro/Legislação aplicável;

9.3 Manual do Fornecedor disponível no site; e

9.4 Canal do fornecedor mencionado no site.

10- ANEXOS

CÓPIA CONTROLADA

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

POLÍTICA INSTITUCIONAL	POL.SBCD.010	VERSÃO: 07
POLÍTICA DE FLUXO PARA CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS DE TERCEIROS	VALIDADE: 06/2027	Pág. 30 de 30

10.1 Formulário n. 6 - Solicitação de contrato;

10.2 Formulário n. 7 - Solicitação de aditivo;

10.3 Formulário n. 8 - Solicitação e distrato/notificação de rescisão contratual;

10.4 - Formulário nº 09 – Serviço Esporádico (com ou sem dispensa ou inexigibilidade de cotações);

10.5 - Formulário nº 10 – Escopo para solicitação de Cotação de Serviço, Manutenção e Locação de Equipamentos;

10.4 Formulário n. 11/2021 - Solicitação de Edital;

10.5 Modelo – Proposta detalhada;

10.6 Link: Solicitação de Notificação: https://forms.office.com/r/Ga0a2rhbp9;

10.7 Link: Manual de Fornecedores;

10.8 Link: Canal do fornecedor - Sociedade Brasileira Caminho de Damasco (sbcdsaude.org.br);

10.9 Responsáveis NF Planilha Excel;

10.10 Regulamento Interno de Compras e de Contratações de Serviços e Obras link;

10.11 Apresentação e Fluxo de Contratos;

10.11 I. T – Instrução de Trabalho - Guia de Orientação;

10.13 Política de Conformidade;

10.14 Auditoria de Contratos e Avaliação de Fornecedores;

10.15 Edital de Concorrências;

10.16 Notas Fiscais de Apoio à Gestão;

10.17 Contratação de Seguros;

10.18 Fluxogramas;

10.19 Modelo da Planilha de Inspeção/Auditoria; e

10.20 Contrato de Interação de Processos.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

POLÍTICA	POL.SBCD.017	VERSÃO: 01
POLÍTICA DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS	VALIDADE: 07/2027	Pág. 1 de 3

Elaborado por: Coordenação da Qualidade - Sabrina Benetti	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: Sabrina Benetti 36842B6BE0BF4CE...
Verificado por: Coordenação de Ouvidoria – Gabriela Pinheiro	Data: 07/2025	Visto: DocuSigned by: 17F15CB7A7CF4EB...
Verificado por: Gerente da Qualidade – Erica Laurindo	Data: 07/2025	Visto: DocuSigned by: Erica de Cassia Laurindo C3591491EA564CF...
Aprovado por: Superintendente Jurídico – Angelo Picolo	Data: 07/2025	Visto: Assinado por: 6DC3C19FA50F4EA...

Rev.	Data	Descrição da Revisão / Data / Responsável
0	Não se aplica	Elaboração do documento.

1 - OBJETIVO

O objetivo desta política é assegurar aos usuários acesso humanizado, acolhedor e resolutivo aos serviços de saúde, fortalecendo o vínculo entre o cidadão e o serviço. Esta política está alinhada ao Plano estratégico da SBCD, que estabelece como meta garantir a excelência no atendimento, com escuta ativa e humanizada, e resposta efetiva às necessidades dos usuários e a aplicação da melhoria continua e multiplicação das melhoras praticas a todas instituições administradas pela SBCD.

2 – FATORES CRÍTICOS DE SUCESSO

- **Envolvimento e Comprometimento da administração/gerência:** Garantir apoio e participação da liderança para priorizar ações de melhoria focadas na satisfação dos usuários.
- **Treinamento Adequado dos Funcionários**: Treinar e sensibilizar os colaboradores quanto à importância do atendimento humanizado, escuta qualificada e foco no usuário.
- **Alinhamento com os Valores Institucionais:** Assegurar que todas as ações relacionadas à satisfação dos usuários estejam de acordo com os valores de humanização, integridade, sustentabilidade e melhoria contínua.
- **Articulação entre os Setores:** Garantir a articulação entre SAU, Qualidade, áreas assistenciais e administrativas para solução das demandas do usuário.

3 – PROCESSOS (Diretrizes Gerais)

A Política de Satisfação do Usuário alinha a missão e visão da SBCD às atividades operacionais, promovendo o atendimento com excelência com base em seus valores institucionais. Essa excelência é alcançada por meio do desenvolvimento de pessoas, da melhoria contínua dos processos e da integridade em todas as ações.

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

POLÍTICA	POL.SBCD.017	VERSÃO: 01
POLÍTICA DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS	VALIDADE: 07/2027	Pág. 2 de 3

Um dos pilares desta política é o envolvimento do paciente e de seus familiares no processo de cuidado. Conhecer a experiência do usuário vai além de medir sua satisfação; significa identificar oportunidades de melhoria, personalizar o cuidado de forma humanizada e replicar as melhores práticas para todos os usuários. Essa escuta qualificada é um fator-chave na condução de ações voltadas ao aprimoramento dos serviços de saúde.

A política também estimula a participação ativa do usuário na avaliação dos serviços prestados, favorecendo ajustes e melhorias nos processos a partir das informações por ele apresentadas.

A instituição tem o compromisso de garantir a satisfação dos usuários por meio da oferta de serviços de qualidade, humanizados, seguros e resolutivos, valorizando a escuta ativa e o atendimento às necessidades e expectativas dos usuários e de seus acompanhantes.

Objetivo:

- Garantir a satisfação e a segurança do usuário em todas as etapas do atendimento;
- Promover a humanização e o respeito no cuidado à saúde;
- Utilizar a experiência do usuário para identificar e implementar melhorias;
- Monitorar e avaliar continuamente a satisfação dos usuários.

Diretrizes:

- Tratar todos os usuários com respeito, dignidade e empatia.
- Disponibilizar canais acessíveis para opiniões, sugestões, reclamações e elogios
- Realizar pesquisas de satisfação de forma periódica e sistematizada.
- Analisar os dados coletados para subsidiar ações de melhoria.
- Assegurar a confidencialidade das informações fornecidas pelos usuários.
- Divulgar os resultados das ações de melhoria aos colaboradores para alinhamento e engajamento.

Monitoramento:

- Pesquisas de Satisfação (presenciais, online ou por telefone).
- Registros de manifestações no Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU).
- Indicadores.

Responsabilidades:

DS

CÓPIA CONTROLADA

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

- **Colaboradores:** Atendimento humanizado e foco na satisfação do usuário.
- **SAU:** Receber, registrar e acompanhar as manifestações;
- **Gestão da Qualidade:** Monitorar indicadores, analisar dados e propor melhorias.
- **Alta gestão e lideranças:** Apoiar ações de melhoria alinhadas ao planejamento estratégico;

4 – ABRANGÊNCIA - STAKEHOLDERS

Este documento se aplica a todas áreas e profissionais atuantes na sede e nas instituições geridas pela SBCD.

5 – RESULTADOS ESPERADOS / PRODUTIVIDADE

Oferecer um atendimento de qualidade e humanizado, garantindo a satisfação dos usuários e fortalecimento do vínculo entre o cidadão e os serviços de saúde sob gestão da SBCD.

6 – INDICADORES

- Taxa de Satisfação dos Usuários;
- Percentual de Reclamações Recebidas;
- Tempo Médio de Resposta às Manifestações;
- Percentual de Aceitabilidade das Respostas;
- Índice de Resolutividade das Demandas;
- Quantidade de manifestações por tipo de classificação;
- Número de elogios e reclamações;

7 - ANEXOS

Não se aplica

8 - REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Ministério da Saúde (Brasil). (2015). *Manual de Direitos e Deveres dos Usuários da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.SBCD.DHO.001	VERSÃO: 01
AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO	VALIDADE: 04/2026	Pág. 1 de 8

Elaborado por: Bruna Eveline	Data: 04/2024	Visto: DocuSigned by: Bruna Eveline de Souza Oliveira 0E3C368744D7478...
Revisado por: Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente	Data: 04/2024	Visto: DocuSigned by: Erica de Cassia Laurindo C3591491EA564CE...
Aprovado por: Devaney Pereta	Data: 04/2024	Visto: DocuSigned by: Devaney Pereta 0D5FDD3AAE114A2...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
0	Não se aplica.	Emissão do procedimento

1- OBJETIVO

O Procedimento Operacional de Avaliação de Desempenho tem como objetivo oferecer diretrizes aos processos de avaliação da performance profissional dos colaboradores da SBCD - Sociedade Brasileira Caminho de Damasco.

Assim este documento estabelece normas para avaliação do desempenho dos colaboradores durante a realização de suas atividades profissionais com base nos conhecimentos, habilidades, atitudes, valores e em conformidade ao perfil requerido para o desempenho da função.

A avaliação de desempenho é uma ferramenta de gestão de pessoas que possibilita a análise sistemática do desempenho alicerçada a Missão, Visão, Valores Organizacionais, bem como ao Regimento Institucional de Recursos Humanos (R1.SEDE.RH.01).

Esta ferramenta possibilita ao gestor identificar pontos fortes e a serem desenvolvidos nos membros da equipe, propor sugestões para o desenvolvimento individual, consequentemente organizacional e permite aos colaboradores a compreensão de como seu trabalho é percebido pelo gestor e possam se posicionar de modo a manter bem e/ou alavancar sua atividade e carreira profissional.

A metodologia de avalição de desempenho a ser utilizada será a de 90° (noventa graus), neste modelo somente o gestor imediato realiza a avaliação do colaborador e efetua o feedback, contudo é importante que o colaborador se sinta à vontade para colocar alguma observação que considere necessária.

2 – ALCANCE

Todos os colaboradores da SBCD que estejam dentro dos critérios de elegibilidade, como:
- Ser colaborador CLT;
- Possuir no mínimo 6 meses de atuação ativa dentro do período aquisitivo da avaliação (12 meses)

3 – COMPETÊNCIA

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

Gestores e Líderes

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

• Conhecimentos: São adquiridos por meio de livros, artigos, palestras e formação educacional formal, reforçada pela experiência (prática) sobre determinado assunto ou questão.

• Habilidades: São aptidões desenvolvidas de modo a favorecer a pessoa a se destacar na realização de dada atividade com qualidade evidente. A habilidade não requer conhecimento teórico prévio, pois é decorrente da prática, do erro, do treino, da resiliência e do aprimoramento das técnicas e processos que se quer executar.

• Atitudes: São comportamentos, ou ações empreendidas para a concretização de uma determinada intensão ou propósito.

• Competências: São conhecimentos, habilidades e atitudes adquiridos através das experiências de vida, educação formal e no emprego destas através de atitude positiva na execução das atividades profissionais de modo a alcançar os objetivos almejados.

• Matriz de Competências: É uma ferramenta que possibilita uma maior visão quanto as competências e habilidades fundamentais para cada colaborador desempenhar suas atividades de maneira eficiente e eficaz para atingir as metas organizacionais.

Esta matriz contempla as competências abaixo:

• Competências organizacionais: São competências relacionadas aos valores institucionais que sinalizam que o colaborador está aderente a Organização e terá maior probabilidade de manter-se na empresa engajado em suas atividades e com os objetivos organizacionais.

• Competências essenciais: São competências imprescindíveis ao colaborador para a devida realização das atividades na função.

• Competências complementares: São competências necessárias para o cumprimento das atividades na função, mas não imprescindíveis, portanto, consideradas como diferencial.

• Indicador: Visa identificar o nível de desempenho em que o colaborador se encontra, de modo que a gestão possa informar o colaborador e incentivá-lo a manter um bom desempenho, ou indicar pontos que merecem atenção para desenvolvimento.

Grupo de cargos

• Estratégico: cargos de gerência;

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

• Tático: cargos de coordenação, supervisão e líder;

• Assistencial Tático: cargos de liderança assistencial (Enfermeiro Responsável Técnico)

• Assistencial: cargos assistenciais (Enfermeiro, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Assistente Social, etc.)

• Técnico: cargos técnicos (Técnico de Enfermagem, Técnico e Imobilização Ortopédica, etc.)

• Administrativo: cargos administrativos (Assistente Administrativo, Analista de Recursos Humanos, Analista de Compras, etc.)

• Operacional: cargos operacionais (Auxiliar de Limpeza, Copeiro, Auxiliar de manutenção, etc.

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

O setor de Recursos Humanos encaminhará os formulários online, o Book (norteador) e o Plano de Desenvolvimento Individual para preenchimento. Os Gestores deverão avaliar todos os colaboradores anualmente, desde os admitidos há pelo menos 6 (seis) meses e encaminhar os formulários ao RH Sede com as devidas assinaturas, dentro do prazo estipulado.

Para iniciar o processo, o Gestor receberá os links correspondentes ao grupo de cargos que possui na equipe, para preenchimento conforme abaixo e solicitamos posterior impressão do Formulário de Avaliação de Desempenho para as assinaturas (Gestor e Colaborador).

• Estratégico: https://forms.office.com/r/90qxiJrtGa

• Tático: https://forms.office.com/r/uMX37cTTkL

• Assistencial Tático: https://forms.office.com/r/ZcAyPSH7a7

• Assistencial: https://forms.office.com/r/SiRiHfBjAd

• Técnico: https://forms.office.com/r/nwDui8vZYB

• Administrativo: https://forms.office.com/r/bX7tHrprWP

• Operacional: https://forms.office.com/r/BrZYQz2fqL

O Gestor deverá em momento reservado avaliar a performance de cada colaborador individualmente segundo seu cargo, de modo imparcial e profissional, considerando ações práticas, fatos e resultados, pontuando conforme as orientações contidas no Book de Avalição de Desempenho e critérios de pontuação – score.

O colaborador que obtiver pontuação inferior a 3 (três) em uma ou mais competências, indicar as sugestões de desenvolvimento conforme link do Book abaixo: o formulário Plano de Desenvolvimento Individual – PDI (link abaixo), imprimir em 2 vias, sendo uma para entregar ao colaborador na reunião de feedback e outra a ser enviada

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

ao RH após a conclusão das atividades de desenvolvimento proposta

O Gestor deverá agendar a reunião de feedback individual com o colaborador para explanação dos pontos avaliados (positivos e a desenvolver).

Ao final da reunião colher a assinatura do colaborador, caso tenha indicações no Plano de Desenvolvimento Individual – PDI estabelecer com ele o prazo viável para entrega do resumo das atividades.

Ao concluir as avaliações de todos os colaboradores o Gestor deverá encaminhar os documentos físicos (formulários de Avaliação de Desempenho e PDI's necessários) para o RH para compor o prontuário funcional de cada profissional.

O Gestor deverá reservar um período para avaliar adequadamente cada colaborador, com base nos critérios de pontuação abaixo: Obs.: esta etapa será realizada com preenchimento do formulário on-line.

• 1 – o colaborador apresenta desempenho abaixo das expectativas (sofrível);

• 2 – o colaborador apresenta desempenho dentro as expectativa (atende);

• 3 – o colaborador presenta desempenho acima das expectativas;

Para a consolidação dos resultados o Gestor deverá somar os valores obtidos em cada categoria (Competências organizacionais, Competências essenciais e Competências complementares), anotar e posteriormente aplicar a seguinte regra:

Competências Organizacionais: valor total x 3

Competências Essenciais: valor total x 2

Competências Complementares: valor total x 1

Para obter a pontuação com o resultado final sobre o desempenho do colaborador (score) o gestor precisa somar o valor das 3 categorias.

Pontuação Geral - Desempenho Inferior 0 a 38

Abaixo da Média 39 a 76

Atende as Expectativas 77 a 120

Acima da Média 121 a 152

O Plano de Desenvolvimento Individual – PDI será elaborado pelo Gestor quando o colaborador apresentar pontuação inferior a 3, tendo como base o que está descrito no Book (norteador) como sugestão para o desenvolvimento da competência com score inferior.

O Gestor terá a incumbência de avaliar com critérios claros, pontuar, oferecer feedback, orientar e acompanhar o desenvolvimento dos colaboradores de sua equipe.

Caso ocorra de o colaborador apresentar resultado geral inferior com características claras de não aderência às

DS DP

DS EDCL

DS BEDSO

DS LAPH

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

atividades do cargo, ou falta de adaptação com pouco interesse em se desenvolver o gestor deverá posicionar o setor de Recursos Humanos.

6 – RESULTADO ESPERADO

O resultado esperado de uma avaliação de desempenho deve ser abrangente, transparente e focado no desenvolvimento do colaborador, fornecendo feedback valioso e orientações claras para promover o crescimento profissional e o sucesso organizacional.

7 – AÇÕES CORRETIVAS

Este POP deverá ser acompanhado e revisado continuamente para que possa grantir o alcance e eficácia dos objetivos propostos.

8 – RISCOS DO PROCESSO

Avaliação tendenciosa pelo gestor baseada em afinidades;

Descumprimento do prazo de avaliação;

Não realização da avaliação;

Falta de efetividade na condução de feedback.

9 – INDICADORES

Aderência a Avaliação de Desempenho;

Indíces de Desempenho

10 – ANEXOS

DS BEDSO
DS EDCL
DS DP
DS LAPH

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30


Avaliação de Desempenho 2022 - Assistencial

Informações

1. Nome do Avaliado *

2. Função do Avaliado *



DS DP

DS EDCL

DS BEDSO

DS LAPH

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

Avaliação de Desempenho – 2022

Matriz de Grupos e Cargos

Prezado Gestor,

Segue abaixo tabela com a divisão de cargos constantes em cada grupo hierárquico para avaliação.

Solicitamos que seja utilizado o link designado a cada grupo, para o preenchimento do formulário de avaliação.

Passo a passo:

- Acessar o link, conforme cargo a ser avaliado;
- Realizar o preenchimento da avaliação, atribuindo a nota condizente com o desempenho do colaborador em cada competência nomeada;
- Somar e anotar a pontuação correspondente em cada grupo de competências;
- Ao final da avaliação somar as 3 notas obtidas anteriormente e classificar o score correspondente;
- Finalizar a avaliação e imprimir formulário respondido;
- Imprimir tabela PDI, preencher as competências de baixo rendimento e sugerir plano de desenvolvimento;
- Aplicar feedback ao colaborador e coletar assinatura no formulário de avaliação e tabela PDI;
- Enviar documentos ao RH para arquivo.

DS BEDSO

DS EDCL

DS DP

Avaliação de Desempenho – 2022

Tabela PDI

Prezado Gestor,

Segue abaixo tabela para preenchimento das competências de baixo rendimento, bem como sugestões para o desenvolvimento e aumento de performance.

COMPETÊNCIAS	SUGESTÃO DE DESENVOLVIMENTO	PRAZO

Data Aplicação: _____ Avaliador: _____ Avaliado: _____

DS LAPH

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

DS DP

DS EDCL

DS BEDS

DS LAPH

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.SBCD.DHO.003	VERSÃO:03
PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS COLABORADORES	VALIDADE: 01/2027	Pág. 1 de 8

Elaborado por: Vanessa Virgínio	Data: 11/2019	
Verificado por: Supervisão de DHO	Data: 01/2025	Visto: Assinado por: Bruna Eveline de Souza Oliveira 0F3C368744D747A...
Verificado por: Qualidade	Data: 01/2025	Visto: Assinado por: Felipe Polanowski Rossato 8F733E698E37441...
Aprovado por: Superintendência de RH	Data: 01/2025	Visto: DocuSigned by: Josué Aparecido Vitor Ribeiro 0F8E8B77FF0F4F5...

Rev.	Data	Descrição da Revisão / Data / Responsável
0	11/2019	Emissão do Procedimento.
1	09/2021	Exclusão do item 3 - "Competências", inclusão do item 3 "Orientações Gerais", inclusão do item 3.5,3.6, 3.7 e 3.8; Substituição do Item 5 – de "Descrição das Atividades" para "O Processo"; Exclusão do Item "Resultados Esperados"
2	01/2025	Atualização do Objetivo, Inclusão item 3 "Responsabilidades", Inclusão do item 4 "Termos e Definições", Alteração do Item 5 "Descrição da Atividade", Exclusão do item "Integração Específica", exclusão do Item "Integração Setorial". Revisado por: Assinado por: Bruna Eveline de Souza Oliveira 0F3C368744D747A...

1- OBJETIVO

Estabelecer um procedimento padronizado para a integração de novos colaboradores com propósito de apresentar a instituição, proporcionar acolhimento e otimizar o tempo de adaptação e treinamento, assegurando a compreensão sobre a cultura organizacional, a missão, a visão e os valores da SBCD.

2 – ALCANCE

A Integração Institucional é obrigatória e aplica-se a todos os colaboradores da SBCD

3 – RESPONSABILIDADE

A Integração Institucional é realizada pela área de DHO ou Ponto Focal de RH, que são detentores da competência e asseguram a adaptação e otimizam a compreensão cultural.

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

- ***Coffee Break:*** do Inglês "pausa para o café".
- **DHO**: Desenvolvimento Humano Organizacional.
- **Microsoft Teams**: plataforma unificada de comunicação e colaboração que combina bate-papo,

DS

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

videoconferências, armazenamento de arquivos, calendário e integração de aplicativos no local de trabalho.

- **OSS**: Organização Social de Saúde.
- **Ponto Focal:** colaborador referência da área de Recursos Humanos, capacitado para realizar o processo de Integração Institucional.
- **Portal Oris:** plataforma utilizada para administração de pessoal.
- **QR Code:** código de barras que consiste em gráfico de leitura 2D que pode ser lido por câmeras de smartphones para acessar um link de acesso ou determinadas páginas.
- **SBCD:** Sociedade Brasileira Caminho de Damasco.
- **SUS:** Sistema Único de Saúde.
- **Vialogin:** prestador de serviços que realiza os trâmites admissionais em seu sistema próprio.
- **EPI:** Equipamento de Proteção Individual

Rubrica BEDSO

Rubrica TPR

DS JVR

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

Papéis e Responsabilidades:

- **Candidatos Aprovados/ Novos Colaboradores:** preencher o cadastro na plataforma da Vialogin e anexar os documentos admissionais; acompanhar o fluxo de processo de aprovação e data de início via e-mail; participar da Integração Institucional e Integração Específica.
- **DHO:** comunicar os novos colaboradores sobre as datas de Integração Institucional, realizar a Integração Institucional, atualizar o conteúdo (quando necessário), disseminar o conteúdo, comunicar os participantes que farão parte da Integração Institucional, atualizar e imprimir o formulário **"F.SBCD.EDC.001_LISTA DE PRESENÇA_V.02"** e solicitar aos candidatos o preenchimento da **"Avaliação de Reação"**; comunicar os gestores sobre a data de início dos novos colaboradores nas unidades.
- **Educação Corporativa:** gerenciar o agendamento e ministrar o conteúdo da Integração Específica para os novos colaboradores elegíveis.
- **Gestores de Unidade:** realizar a ambientação e treinamento de novos colaboradores.
- **Recrutamento & Seleção:** notificar via e-mail os candidatos aprovados no processo seletivo; registrar as informações dos candidatos aprovados no controle interno **"Controle de Admissão.xlsx"** e fazer a interface com a Vialogin para confirmar o processo admissional.

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS LAPH

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

- **Vialogin:** conferir a documentação dos candidatos aprovados e processar as mesmas em sua plataforma; atualizar o controle interno "**Controle de Admissão.xlsx**" com o status sobre o fluxo de aprovação dos novos colaboradores.

Processo Admissional e Agendamento das Integrações:

A área de Recrutamento & Seleção inserir as informações no controle interno **"Controle de Admissão.xlsx"** e realizar o fechamento da vaga no Portal Oris, a plataforma envia automaticamente para o candidato aprovado um link para que ele possa realizar o seu cadastro e enviar os documentos admissionais. Após validação do cadastro admissional e a conferência de documentos estiverem de acordo, o prestador de serviços Vialogin atualizará o mesmo controle interno nos itens **"Entrega do Fluxo"** e **"Entrega dos Documentos"**, conforme:

Rubrica BEDSO

Rubrica TPR

DS JVR

Entrega de Flu	Entrega de Document	Pendências
SIM	SIM	
SIM	SIM	
SIM	SIM	
SIM	SIM	
SIM	SIM	
SIM	SIM	

O Analista de DHO deverá conferir as colunas da planilha para identificar os novos colaboradores que estão com a admissão concluída em **"Data de Integração"** e **"Data de Início"** (na unidade). Seguindo com o processo, o Analista de DHO enviará e-mail aos candidatos aprovados no processo seletivo informando a data da Integração Institucional, conforme calendário previamente disponibilizado.

Deverá ser encaminhada via e-mail a relação dos colaboradores que participarão da Integração Institucional para as áreas de Segurança do Trabalho para a confecção das fichas de EPI, com cópia para o Departamento Pessoal e ao prestador de serviços Vialogin, para que sejam impressos os contratos de trabalho. Feito isso, o Analista de DHO deverá enviar o convite para participação da Integração Institucional aos palestrantes convidados via Microsoft Teams, no intuito de realizarem a programação do responsável do setor que fará a participação e reservar a agenda. Também deve-se reservar a sala para realização da Integração Institucional e comunicar a Auxiliar de Limpeza para que seja organizada a logística de servir o *coffee break*.

A área de Educação Corporativa deverá acompanhar a atualização da planilha "Controle de Admissão.xlsx" e realizar o agendamento e controle dos novos colaboradores que deverão participar da Integração Específica, que

DS LAPH

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

consiste em conteúdos técnicos e assistenciais sobre as práticas da SBCD. O Analista de DHO também deverá comunicar via e-mail os gestores sobre a data de início dos novos colaboradores admitidos na unidade.

Integração Institucional:

O Analista de DHO deverá preencher o formulário **"F.SBCD.EDC.001_LISTA DE PRESENÇA_V.02"** com os dados dos colaboradores admitidos que participarão da Integração Institucional. Após preenchido, o documento é impresso e será entregue aos novos colaboradores para assinatura durante a Integração Institucional, onde ao término deverá ser digitalizada e encaminhada ao setor de Educação Corporativa para que possam preencher os controles internos de treinamento, e arquivada posteriormente na pasta de controle do setor.

A Integração Institucional deverá ser realizada, preferencialmente, no 1º dia de admissão do novo colaborador. Em caso de demanda excessiva, esse processo poderá ocorrer até a primeira semana de trabalho do colaborador. O Ponto Focal de RH será o responsável pelo agendamento do dia da Integração Institucional em sua Cidade/ Município, sinalizando os gestores imediatos sobre a data de início do recém contratado, fazendo a reserva de sala, providenciar água e café, avisar as áreas responsáveis por ministrar o treinamento, preencher o formulário **"F.SBCD.EDC.001_LISTA DE PRESENÇA_V.02"**, solicitar a assinatura dos envolvidos, encaminhar documento digitalizado via e-mail ao setor de Educação Corporativa e arquivar a mesma na pasta de controle do setor**.**

A Integração Institucional contempla uma programação baseada nas informações das áreas: Desenvolvimento Humano Organizacional, Comunicação, Segurança do Trabalho, Medicina do Trabalho, Enfermagem: Controle de Infecção e Vigilância, Educação Corporativa, Qualidade, Tecnologia da Informação, Engenharia e Departamento Pessoal, podendo o conteúdo ser apresentado pelo Analista de DHO ou Ponto focal de RH, por vídeos gravados ou até mesmo contar com a participação de um representante do departamento em questão.

O Analista de DHO ou Ponto Focal de RH conduzirá a Integração Institucional com o material preparado, que deverá ser atualizado sempre que houverem mudanças no conteúdo. O material ficará armazenado nos controles internos da área de DHO e será projetado em Data Show, conforme os recursos disponíveis na sala previamente já reservada. Além disso, durante este processo são apresentados aos novos colaboradores o **"Manual do Colaborador"** e o **"Código de Conduta"**, os quais eles terão conhecimento e poderão consultar sempre que precisarem no site da SBCD, conforme:

Rubrica BEDSO

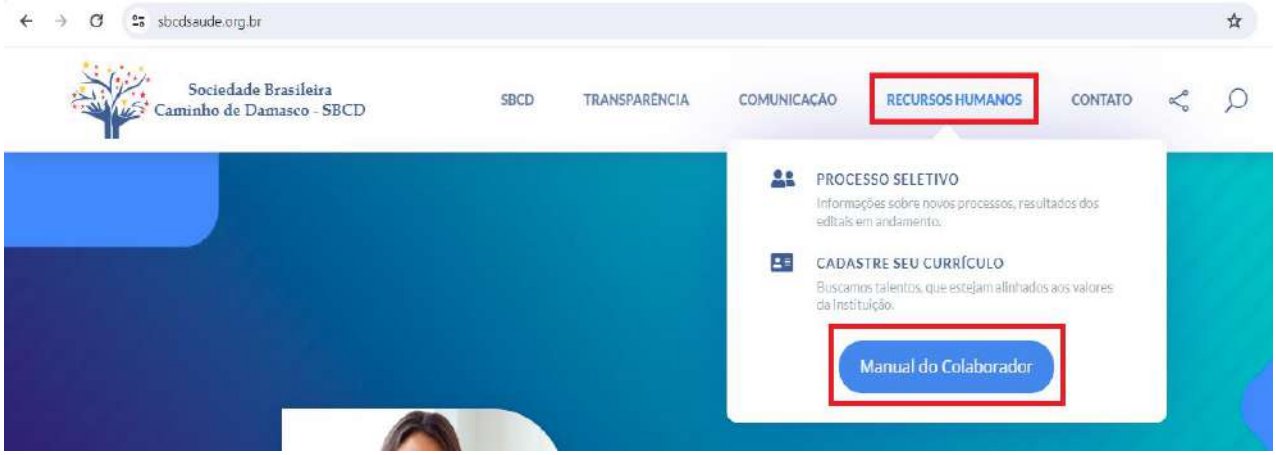
Rubrica TPR

DS JVR

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS LAPH

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30



Dentro do programático, os conteúdos devem abranger:

- **DHO:** histórico da SBCD, cultura organizacional, missão, visão e valores, nossos serviços e segmento de atuação (OSS e SUS), programas de desenvolvimento e ações do DHO, avaliação de experiência e desempenho, Manual do Colaborador e Código de Conduta, utilização de uniforme e/ou vestimenta adequada, uso do crachá.
- **Segurança do Trabalho:** leis e normas regulamentadoras da área da saúde, uso de adornos nas unidades, classificação e comunicação de acidentes, uso de equipamentos de proteção individual e coletiva, biossegurança (higienização das mãos), CIPA, prevenção e combate à incêndios, etc.
- **Educação Corporativa:** Descrição da área, bem como sua estratégia e pilares de apoio. Apresentação da equipe em forma de organograma, descrições de ações e responsabilidades da área, vantagens para a empresa e para o colaborador. Estrutura da Educação Corporativa e detalhamento de Assistencial e Corporativo, instrumentos essenciais, paralelo entre os princípios do SUS e da Educação Corporativa e vídeo sobre Humanização Dra. Julia Rocha.
- **Medicina Ocupacional:** exames admissionais, demissionais e periódicos, atualização das vacinas, fluxo e procedimentos para entrega de atestados, licenças e afastamentos, etc.
- **Enfermagem: Controle de Infecção e Vigilância:** conceitos e cadeia de transmissão, tipos de transmissão, precauções, higienização das mãos, tipos de limpeza, doenças, vigilância em saúde, etc.
- **Comunicação:** canais de comunicação da SBCD, fluxo e envio de pautas, uso de imagem, etc.
- **Qualidade:** conceito da gestão da qualidade. segurança do paciente, legislações, metas internacionais de segurança.), etc.

Rubrica BEDSO
Rubrica JPR
DS JVR

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

- **Tecnologia da Informação:** infraestrutura, sistemas e tecnologias utilizadas, política de segurança da informação, canal de suporte e abertura de chamado, boas práticas na utilização dos equipamentos e acesso à Internet, projetos da área, e-mail corporativo, etc.
- **Engenharia Ambiental:** gerenciamento de resíduos de saúde, legislações pertinentes, classificação de resíduos, tratamento e destino final, o papel do colaborador no processo, etc.
- **Departamento Pessoal:** pagamento de salário, benefícios, registro e marcação do ponto eletrônico, adicional de insalubridade, férias, rescisão contratual, assinatura de contrato, entrega de uniformes, etc.

Rubrica BEDSO

Rubrica TPR

DS JVR

Integração Online:

Em caso de necessidade emergencial de integração devido a demandas de reposição de vaga por urgência, o setor de DHO avaliará a situação e poderá disponibilizar o conteúdo de forma online. Caso seja pertinente, o DHO se responsabilizará pela condução do processo e avaliação de eficácia.

Avaliação de Reação:

Ao finalizar a Integração Institucional, o Analista de DHO ou Ponto Focal de RH, solicitará aos participantes que preencham a avaliação de reação via QR Code. É por meio desse processo que os participantes têm a oportunidade de expressar suas opiniões, compartilhar experiências e fornecer feedback sobre a Integração Institucional recebida. As respostas deverão ser analisadas para, posteriormente, serem lançadas nos indicadores da área de DHO.

Em caso de indisponibilidade do formulário online, poderá ser utilizado arquivo impresso **RH - T&D 010 - AVALIAÇÃO DE REAÇÃO**, considerando um formulário para cada conteúdo abordado.

Processo de Reintegração Funcional:

É o processo no qual visa assegurar ao funcionário, o retorno às funções que exercia, garantindo-lhe humanização e acolhimento. É ministrado treinamento para toda a equipe da Unidade de Saúde na qual o funcionário retornará, habilitando-os a receber o colega de trabalho de forma respeitos com o intuito de mitigar os riscos de comprometer o clima organizacional e as relações de trabalho.

Ambientação Corporativa:

Após finalizar o processo de Integração Institucional, o novo colaborador deverá comparecer na unidade de trabalho para que seja realizada a ambientação corporativa, que consiste no aculturamento ao local de trabalho, a introdução

DS LAPH

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

aos processos de trabalhos e recepção pelo gestor e demais colaboradores envolvidos. Durante esse processo de ambientação corporativa, a unidade deve transmitir ao novo colaborador o modelo de negócio, as responsabilidades do trabalho a ser desenvolvido, apresentar a unidade (instalações físicas) e as ferramentas de trabalho. O gestor deverá apresentar a descrição de cargo ao novo colaborador e alinhar as expectativas, bem como informar sobre o processo de avaliação de experiência.

Este processo é conduzido pela área de Educação Corporativa, a qual utiliza o formulário "**F.SBCD.EDC.011 INTEGRAÇÃO AMBIENTAÇÃO/SETORIAL**" que dispõe de um roteiro de ações e treinamentos que devem ser ministrados para contemplar o período de experiência de 45 dias dos recém-chegados. O gestor deve utilizá-los como guia de referência de forma a garantir que todo o conteúdo seja oferecido ao novo colaborador, bem como o mesmo deve ser impresso, assinado, anexado ao formulário de Avaliação de Experiência e arquivado no prontuário físico.

Rubrica BEDSO

Rubrica TPR

DS JVR

6 – RESULTADO ESPERADO

Os resultados esperados com a Integração Institucional:

- Aumento de Engajamento;
- Compreensão sobre os processos organizacionais;
- Imersão da cultura organizacional;
- Diminuição do sentimento de insegurança.

Os resultados esperados com a Ambientação Corporativa:

- Aumento da produtividade;
- Integração e Interação com a equipe de trabalho;
- Aumento da capacitação técnica;
- Alinhamento de processos.

7 – AÇÕES CORRETIVAS

O não cumprimento das ações descritas nesse documento devem ser monitorados pelos profissionais da área de DHO, o qual notificará os setores responsáveis.

8 – RISCOS ENVOLVIDOS

Os riscos pelo não cumprimento deste Procedimento Operacional Padrão são:
- Descumprimento das normas institucionais;
- Desconhecimento dos processos de trabalho;
- Insatisfação devido a ambiência não realizada;
- Adaptação prejudicada.

DS LAPH

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

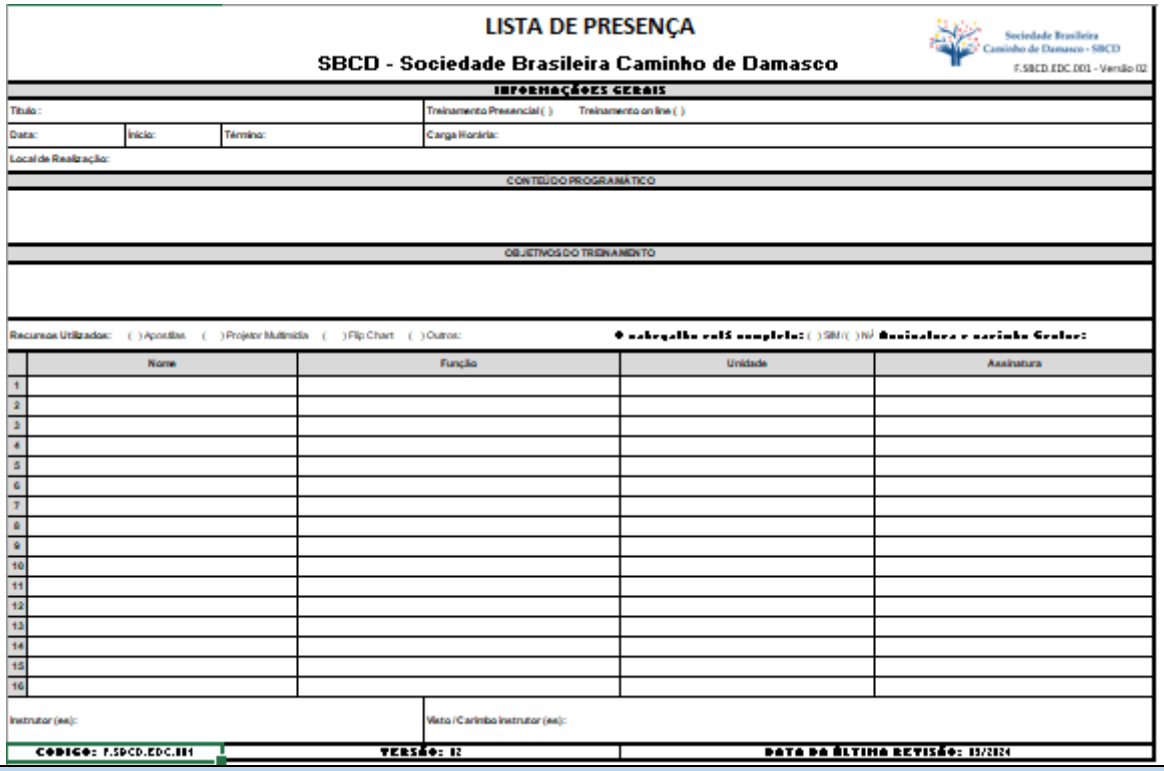
Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

9 - INDICADORES

Percentual de participação: Admitidos x Realizado
Percentual da Avaliação Reação da Integração

10 - ANEXOS

ANEXO 1 – F.SBCD.EDC.001 – LISTA DE PRESENÇA



LISTA DE PRESENÇA

SBCD - Sociedade Brasileira Caminho de Damasco

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco - SBCD
F.SBCD.EDC.001 - Versão 02

INFORMAÇÕES GERAIS

Título :
Treinamento Presencial ( ) Treinamento on line ( )
Data:
Início:
Término:
Carga Horária:
Local de Realização:

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

OBJETIVOS DO TREINAMENTO

Recursos Utilizados: ( ) Apostilas ( ) Projetor Multimídia ( ) Flip Chart ( ) Outros:
A cobrança foi completa: ( ) SIM ( ) NÃO Assinalar x caminho Gratuito

	Nome	Função	Unidade	Assinatura
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				

Instrutor (es):
Visto / Carimbo Instrutor (es):

CÓDIGO: F.SBCD.EDC.001 | VERSÃO: 02 | DATA DA ÚLTIMA REVISÃO: 03/2024

11 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Não se aplica.

Rubrica BEDSO
Rubrica JPR
DS JVR
DS LAPH

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.SBCD.DHO.004	VERSÃO: 01
ENTREVISTA DE DESLIGAMENTO	VALIDADE: 01/2027	Pág. 1 de 5

Elaborado por: Supervisão de DHO	Data: 01/2025	Visto: Assinado por: Bruna Eveline de Souza Oliveira 0F3C368744D747A...
Verificado por: Qualidade	Data: 01/2025	Visto: Assinado por: Felipe Polanowski Rossato 8F733E698E37441...
Aprovado por: Superintendência de RH	Data: 01/2025	Visto: DocuSigned by: Josué Aparecido Vitor Ribeiro 0F8E8B77FF0F4F5...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
0	Não se aplica.	Emissão do procedimento

1- OBJETIVO

Este documento visa trazer definições e orientações básicas sobre os conceitos, requisitos e critérios necessários para realizar a entrevista de desligamento.

O objetivo desta entrevista é promover um espaço de escuta do ex-colaborador, manter a cultura de diálogo de modo a obter informações sobre as oportunidades de desenvolvimento organizacional, proporcionando subsídios para a elaboração de ações à melhoria do clima organizacional e redução da rotatividade.

2 – ALCANCE

Aplica-se a todos os colaboradores desligados da SBCD, seja por solicitação do profissional, ou, por decisão da empresa.

3 – RESPONSABILIDADE

A entrevista de desligamento é realizada pela área de Desenvolvimento Humano e Organizacional - DHO ou por um profissional de Recursos Humanos – RH (ponto focal) das unidades.

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

- **DHO**: Desenvolvimento Humano e Organizacional.
- **OSS**: Organização Social de Saúde.
- **Ponto Focal:** colaborador referência capacitado para realizar o processo de Integração Institucional.
- **SBCD:** Sociedade Brasileira Caminhos de Damasco.

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

5.1 Situações de Entrevista de Desligamento

5.1.1 Quando o colaborador é demitido

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

Identificar com profissionalismo e naturalidade, na medida do possível o que motivou a rescisão contratual colocada pela gestão imediata: desempenho técnico, comportamental, ou questões estruturais, assim como os aspectos que causaram descontentamento e que trouxeram satisfação ao profissional.
Obter contribuições para ações que o ex-colaborador considera úteis e necessárias para a área e organização.

Rubrica BEDSO

Rubrica TPR

DS JVR

5.1.2 Quando o colaborador solicita desligamento

Identificar com profissionalismo e naturalidade, na medida do possível, as causas que motivaram a demissão: razões pessoais e/ou estruturais como os aspectos que causaram descontentamento e que trouxeram satisfação.
Obter contribuições para ações que o ex-colaborador considera úteis e necessárias para a área e Instituição.

5.2 Preenchimento do formulário de Pesquisa de Desligamento

Quando o ex-colaborador comparece para o exame demissional ou para a homologação com o Departamento Pessoal, ele é convidado a responder a Pesquisa de Desligamento. O formulário contém perguntas direcionadas, focadas em captar sua percepção sobre a experiência na instituição ao longo de sua trajetória. Disponível em formato digital, via Forms, o formulário pode ser preenchido presencialmente ou enviado por e-mail para maior conveniência do colaborador.

5.2 Condução de uma entrevista de desligamento

Ao comparecer ao Departamento Pessoal para homologação, o ex-colaborador é convidado a preencher a Pesquisa de Desligamento, através da Plataforma de Gestão de Pessoas – BURH. Caso ele já tenha preenchido o link disponibilizado no ato do exame demissional, não será necessária a reincidência. Independentemente do preenchimento, o setor de DHO oferece ao ex-colaborador a oportunidade de participar de uma entrevista qualitativa, onde ele poderá compartilhar, em suas próprias palavras, sua percepção e sentimentos sobre a experiência vivida na instituição.
Por ser opcional para o ex-colaborador, a entrevista deve ser conduzida com discrição e tato, sem pressões ou insistências por parte do entrevistador.
O entrevistador jamais deve assumir uma postura defensiva em relação à Instituição ou aos gestores do ex-colaborador. Seu papel consiste fundamentalmente em ouvir estando livre de preconceitos e julgamento.

DS LAPH

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

O entrevistador não pode esquecer que, na maioria das vezes, o ex-colaborador está sob forte impacto emocional diante da demissão. Por isso, suas respostas, reações e provocações não devem ser consideradas literalmente.

O entrevistador não deve permitir que esse momento se transforme em "fofoca" ou maledicência, o conteúdo da conversa deverá ser construtivo, relevante e confidencial.

Uma única entrevista não é consistente para o RH tirar conclusões a respeito da Instituição ou de um determinado gestor. É fundamental aguardar uma amostragem representativa antes de levantar questões ou ações corretivas/preventivas.

Rubrica BEDSO

Rubrica TPR

DS JVR

5.3 Quando realizar - procedimento

O link para a Pesquisa de Desligamento é disponibilizado no ato do exame demissional, e reapresentado na data agendada pelo Departamento Pessoal para assinatura da rescisão de contrato junto ao ex-colaborador;

Após o ex-colaborador efetuar a assinatura do termo de rescisão deverá receber verbalmente o convite de quem o atendeu para participar da Pesquisa de Desligamento, aceitando, deverá ser encaminhado ao setor de DHO.

A pesquisa precisará ser conduzida por um profissional de DHO ou RH, preparado para oferecer o devido acolhimento.

5.4 Filtrar as informações

É comum o ex-colaborador querer desabafar, nesse momento, é essencial filtrar as informações para perceber pontos que realmente merecem atenção e que podem ser aperfeiçoados. Para conduzir bem essa etapa, uma escuta ativa e um bom planejamento são fundamentais.

Anotações do entrevistador

Logo no início da pesquisa de desligamento o entrevistador deverá avisar ao ex-colaborador que fará algumas anotações para a elaboração posterior de um relatório. Se isso incomodar ou inibir o entrevistado, o entrevistador não deverá fazê-lo, mas deve tentar memorizar as respostas relevantes. Se for permitido anotar, as anotações devem ser feitas de modo rápido e abreviado. Não é necessário fazer uma transcrição integral das respostas.

O ideal é que o entrevistador invista sua atenção ao entrevistado para não perder gestos, movimentos e palavras do ex-colaborador, caso foque na escrita, corre o risco de perder informações.

5.5 Conclusão da pesquisa

DS LAPH

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

O entrevistador deve encerrar a pesquisa de desligamento de forma discreta e otimista, o suficiente para manter elevada a autoestima do ex-colaborador. Se possível, logo após o encerramento da entrevista, o entrevistador deverá redigir seu parecer, procurando dar as informações que atendam aos objetivos principais da entrevista, evitando emitir suposições pessoais.

Rubrica BEDSO

Rubrica TPR

DS JVR

5.6 Importância dos dados coletados

Com os dados coletados e mensurados, é possível criar um plano estratégico para melhorar os resultados da Instituição, o DHO poderá identificar quais são as falhas de gestão de pessoas que fazem os colaboradores solicitarem desligamento ou apresentar pouco engajamento com os objetivos da Instituição.

6 – RESULTADO ESPERADO

Que os critérios e procedimentos estabelecidos neste documento sejam seguidos rigorosamente de forma que a entrevista de desligamento seja uma ferramenta eficaz, gere indicadores de resultados para melhoria do clima organizacional e redução do turnover.

7 – AÇÕES CORRETIVAS

Em caso de dúvida o setor de DHO deverá ser acionado, nota-se a necessidade de maior cuidado por parte do entrevistador nas entrevistas que contém denúncias de maior gravidade, como por exemplo, situações de assédio (moral ou sexual), violência com o colaborador ou usuário e casos de negligência no atendimento, ou na condução de uma situação com os colaboradores por parte da liderança ou gestão.

Nestes casos haverá a necessidade de orientação quanto a condução e elaboração do parecer.

8 – RISCOS ENVOLVIDOS

Vazamento das informações que pode ocorrer devido a transmissão de dados a terceiros, ou pelo acesso indevido de outros ao formulário da entrevista e/ou do parecer, devido a guarda em local não apropriado.

9 - INDICADORES

Taxa de Engajamento – Percentual de colaboradores desligados que responderam à pesquisa.

10 - ANEXOS

ANEXO 1 – FOLDER PESQUISA DE DESLIGAMENTO

DS LAPH

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30



11 – RFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Não se aplica.

Rubrica BEDSO

Rubrica JPR

DS JVR

DS LAPH

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.SBCD.DHO.006	VERSÃO: 01
DIVERSIDADE E INCLUSÃO	VALIDADE: 01/2027	Pág. 1 de 4

Elaborado por: Supervisão de DHO	Data: 01/2025	Visto: Assinado por: Bruna Eveline de Souza Oliveira 0E3C368744DZ47A...
Verificado por: Qualidade	Data: 01/2025	Visto: Assinado por: Felipe Polanowski Rossato 8E733E698E37441...
Aprovado por: Superintendência de RH	Data: 01/2025	Visto: DocuSigned by: Josué Aparecido Vitor Ribeiro 0F8E8B775E0E4E5...

Rev.	Data	Descrição da Revisão / Data / Responsável
0	Não se aplica	Elaboração do documento.

1- OBJETIVO

Estabelecer diretrizes e práticas para promover a diversidade e a inclusão no ambiente de trabalho, garantindo um espaço seguro, respeitoso e equitativo para todos os colaboradores.

2 – ALCANCE

Este procedimento aplica-se a todos os colaboradores, prestadores de serviços, residentes e visitantes nas dependências da instituição.

3 – RESPONSABILIDADE

DHO: Implementar políticas de diversidade e inclusão, oferecer treinamentos e monitorar o cumprimento das diretrizes.

Superintendência: Avaliar e validar as ações propostas pelo setor de DHO.

Departamento Pessoal: Responsável por atualizar e compartilhar as metas estipuladas conforme legislação e número de colaboradores ativos.

Recrutamento e Seleção: Cabe a setor de seleção recrutar profissionais que atendam aos requisitos de cada cota estipulada, bem como os quesitos técnicos da oportunidade.

Segurança do Trabalho: Realizar estudo de campo para melhor adequação do colaborador PcD mediante aos nossos recursos e necessidades do candidato.

Infraestrutura: Propiciar meios/mecanismos de suporte para que possamos adaptar os postos de trabalho para este público específico (PcD)

Medicina Ocupacional: Avaliar e laudar candidatos PcD.

Gestores: Promover a cultura de diversidade e inclusão em suas equipes, resolver conflitos e garantir a aplicação das políticas.

Colaboradores: Respeitar e promover a diversidade e a inclusão no ambiente de trabalho.

DS

CÓPIA CONTROLADA

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

DHO: Desenvolvimento Humano Organizacional.

SBCD: Sociedade Brasileira Caminho de Damasco.

DIVERSIDADE E INCLUSÃO: é um conceito que está relacionado às características que diferenciam uma pessoa da outra, sejam elas físicas, culturais ou comportamentais e as estratégias de inclusão saudável no ambiente onde notem representatividade, justiça e segurança, independente de suas diferenças.

TECNOLOGIA ASSISTIVA: são equipamentos, dispositivos, recursos, metodologias, práticas, produtos e serviços que tenham como objetivo promover a funcionalidade relacionada à atividade e à participação da pessoa com algum tipo de deficiência ou com mobilidade reduzida, visando sua autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social.

PcD: Pessoa com deficiência

Jovem Aprendiz: jovens com idade entre 14 a 24 anos incompletos que estejam cursando o ensino médio com contrato de até 2 anos, no caso de PcD não há limite de idade.

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

O Procedimento de Diversidade e Inclusão, visa promover ações e estratégias que promovam o engajamento dos colaboradores, criando um ambiente de trabalho que valorize o potencial de cada indivíduo, estimule a valorização e a motivação das equipes de trabalho, contribuindo para o sucesso sustentável da instituição. As ações de Diversidade e Inclusão devem ser planejadas, criadas e implementadas de maneira direcionada ou personalizada para atender o público alvo em questão. As ações poderão acontecer via:

1. Recrutamento e Seleção

Apoiar o setor de Recrutamento e Seleção na criação de uma Política de Recrutamento que assegure que os processos de recrutamento e seleção sejam justos e imparciais, promovendo a diversidade no quadro de colaboradores.

Redigir anúncios de vagas de forma inclusiva.

Utilizar múltiplos canais de recrutamento para alcançar candidatos diversos.

Treinar recrutadores em práticas de seleção imparciais e conscientes de viéses.

2. Treinamento e Desenvolvimento

Treinamentos Obrigatórios: Oferecer treinamentos periódicos sobre diversidade e inclusão para todos os colaboradores.

Rubrica BEDSO

Rubrica TPR

DS JVR

DS LAPH

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

Programas de Desenvolvimento: Implementar programas de mentoria e desenvolvimento profissional para grupos sub-representados.

3. Cultura Organizacional

Comunicação Interna: Promover a comunicação inclusiva e respeitosa entre todos os níveis hierárquicos.

Eventos e Iniciativas: Organizar eventos e campanhas que celebrem a diversidade e promovam a inclusão.

4. Gestão de Conflitos e Denúncias

Canal de Denúncia: Estabelecer um canal confidencial para denúncias de discriminação ou comportamentos não inclusivos.

Procedimento de Apuração: Implementar procedimentos rigorosos e justos para apuração de denúncias, garantindo a proteção contra retaliação.

Rubrica BEDSO

Rubrica TPR

DS JVR

6 – RESULTADO ESPERADO

Ao implantar ações almeja-se alavancar o engajamento e a retenção das diversas pessoas, respeitando a pluralidade inerentes ao ser humano, ampliando assim o reconhecimento da sociedade, cumprindo a lei de cotas e fortalecendo a marca SBCD na representatividade da Diversidade e Inclusão.

7 – AÇÕES CORRETIVAS

Este procedimento deverá ser revisado anualmente, ou conforme necessário, para garantir a sua eficácia e relevância contínua.

8 – RISCOS ENVOLVIDOS

Engajamento parcial ou ausente das lideranças;

Desconhecimento sobre a Lei de cotas;

Planejamento estratégico deficitário;

Limitação ou ausência de acessibilidade, recursos, ergonomia e tecnologia assistiva;

Falha ou Ausência de Comunicação Efetiva;

Falta de preparação (treinamento de sensibilização) dos líderes e equipes

Multa pelo não cumprimento legal das cotas.

9 - INDICADORES

Não se aplica.

DS LAPH

CÓPIA CONTROLADA

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

10 - ANEXOS

Não se aplica.

11 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

GOVERNO FEDERAL - https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/decreto/d11479.htm?utm_source=chatgpt.com

LEI DE COTAS 8213-91 - https://www.deficienteonline.com.br/lei-8213-91-lei-de-cotas-para-deficientes-e-pessoas-com-deficiencia___77.html?utm_source=chatgpt.com

GOVERNO FEDERAL - https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm?utm_source=chatgpt.com

Rubrica BEDSO

Rubrica TPR

DS JVR

DS LAPH

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.SBCD.DHO.007	VERSÃO: 01
AVALIAÇÃO DE EXPERIÊNCIA	VALIDADE: 01/2027	Pág. 1 de 4

Elaborado por: Supervisão de DHO	Data: 01/2025	Visto: Assinado por: Bruna Eveline de Souza Oliveira 0F3C368744D747A...
Verificado por: Qualidade	Data: 01/2025	Visto: Assinado por: Felipe Polanowski Rossato 8F733E698E37441...
Aprovado por: Superintendência de RH	Data: 01/2025	Visto: DocuSigned by: Josué Aparecido Vitor Ribeiro 0F8E8B77FF0F4F5...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
0	Não se aplica	Elaboração do documento.

1- OBJETIVO

Este Procedimento Operacional Padrão (POP) tem como objetivo estabelecer um processo estruturado para a avaliação de experiência dos colaboradores recém admitidos na Sociedade Brasileira Caminho de Damasco (SBCD), garantindo uma análise justa e consistente do desempenho individual durante o período de 45 e 90 dias do contrato de trabalho como prevê o artigo 445 da CLT.

2 – ALCANCE

Todos os colaboradores em contratação CLT recém admitidos serão submetidos a avaliação de experiência institucional.

3 – RESPONSABILIDADE

O Departamento de Desenvolvimento Humano Organizacional (DHO) da SBCD é responsável por coordenar e supervisionar o processo de avaliação de experiência dos colaboradores.

Os gestores dirigentes são responsáveis pela condução das avaliações de desempenho de suas equipes de acordo com este procedimento.

Os colaboradores são responsáveis por participar do processo, fornecendo informações precisas e relevantes sobre suas atividades e realizações.

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

POP – Procedimento Operacional Padrão;

SBCD – Sociedade Brasileira Caminho de Damasco;

DHO – Desenvolvimento Humano Organizacional;

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho;

Período de Experiência – Contrato de prazo determinado cuja vigência depende de termo pré-fixado a escolha do

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

empregador, desde que não ultrapasse 90 dias corridos

Performance – Desempenho, atuação.

Tutor – Pessoa que aconselha ou orienta.

DP – Departamento Pessoal

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

Rubrica BEDSO

Rubrica TPR

DS JVR

Critérios de Avaliação:

O DHO baseará os critérios de avaliação de experiência no dicionário de competências **POP.SBCD.DHO.008,** as quais estão alinhadas aos objetivos estratégicos da SBCD e ao cargo a ser ocupado pelo colaborador recém contratado.

Estes critérios podem incluir competências técnicas, habilidades interpessoais, produtividade, inovação, entre outros relevantes para cada função.

Estabelecimento de Metas Individuais:

Ao receber a pessoa colaboradora na unidade, o gestor ou RT indicado, deverá realizar a ambientação e direcionamento aos treinamentos introdutórios conforme descrito no **"F.SBCD.EDC.011 INTEGRAÇÃO AMBIENTAÇÃO/SETORIAL"**, cujo objetivo é garantir uma integração e aderência consistente desta pessoa na unidade, e propor alinhamento das metas individuais mensuráveis e alcançáveis por esta no desempenho de sua função.

Estas metas devem estar alinhadas com as metas da unidade de trabalho e as responsabilidades do cargo.

Coleta de Dados:

Durante o período de experiência compreendido pela CLT no artigo 445, a pessoa colaboradora deverá receber investimento de seu tutor, como orientações e aporte técnico para o período de avaliação. Estas contribuições poderão ocorrer através de reuniões periódicas com os colaboradores para revisar o progresso em relação às metas condicionais.

Os gestores deverão documentar evidências de desempenho, como resultados alcançados, feedbacks de clientes ou colegas, projetos concluídos, entre outros.

Avaliação:

Ao final de cada período de avaliação (45 e 90 dias), os gestores devem conduzir a avaliação formal de desempenho

DS LAPH

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

com base nos critérios definidos e nas metas condicionais, através do **formulário online: forms ou plataforma**
As avaliações devem ser objetivas e baseadas em evidências concretas do desempenho do colaborador.

Feedback e Desenvolvimento:

As lideranças deverão fornecer feedback detalhado aos colaboradores, garantindo conquistas e identificando áreas de melhoria.

Com base nas avaliações, são elaborados planos de desenvolvimento individual para apoiar o crescimento profissional dos colaboradores.

Rubrica BEDSO

Rubrica TPR

DS JVR

Registro e Arquivo:

As avaliações de experiência, os planos de desenvolvimento e outros documentos relevantes deverão ser impressos, assinados e arquivados em prontuário local do colaborador.

Esses registros são utilizados para monitorar o progresso ao longo do tempo e subsidiar decisões relacionadas a promoções, aumentos salariais, entre outros.

Exceção:

Quando o rendimento do colaborador avaliado em período de experiência não for satisfatório, a liderança deverá sinalizar o rompimento contratual no formulário e encaminhar ao Departamento Pessoal (DP) para que este setor elabore a documentação pertinente ao desligamento.

Importante salientar que o período de comunicação de intenção de desligamento do colaborador deverá ser sempre igual ou maior que 10 dias antecedentes ao término do período de avaliação.

6 – RESULTADO ESPERADO

Os resultados esperados da Avaliação de Experiência do colaborador devem contribuir para o crescimento e o sucesso tanto do indivíduo quanto da organização como um todo, incluindo:

Identificação de pontos fortes e áreas de melhoria;

Favorecer o feedback construtivo ao colaborador;

Proporcionar engajamento e motivação da pessoa avaliada e do time local que poderá se beneficiar desta postura;

Promover o desenvolvimento profissional assertivo e eficaz;

Facilitar a tomada de decisão estratégica as lideranças.

7 – AÇÕES CORRETIVAS

DS LAPH

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

As ações corretivas incluem a notificação do gestor responsável em caso de descumprimento deste POP, bem como a revisão periódica das ferramentas e dos critérios de avaliação, assegurando que estejam alinhados com os objetivos estabelecidos para a avaliação.

8 – RISCOS ENVOLVIDOS

Descumprimento do artigo 445 da CLT;

Subjetividade na condução do processo de avaliação;

Ruídos de comunicação;

Falta de feedback e acompanhamento contínuo para desenvolvimento do colaborador avaliado.

Rubrica BEDSO

Rubrica TPR

DS JVR

9 - INDICADORES

Taxa de Conformidade da Avaliação de Experiência.

10 - ANEXOS

Não se aplica.

11 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Não se aplica.

DS LAPH

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.SBCD.OUV.001	VERSÃO: 01
ROTINAS SERVIÇO OUVIDORIA – UNIDADES	Validade: 05/2027	Pág. 1 de 4

Elaborado por: Gerente da Ouvidoria – Gabriela Pinheiro Travaini	Data: 05/2025	Visto: DocuSigned by: 17E15CB7A7CE4EB...
Verificado por: Gerente da Qualidade – Erica Laurindo	Data: 05/2025	Visto: DocuSigned by: Erica de Cassia Laurindo C3591491EA564CF...
Aprovado por: Superintendente Jurídico – Angelo Picolo	Data: 05/2025	Visto: DocuSigned by: ANGELO ANTONIO PICOLO 9A0F44BE964548A...

Rev.	Data	Descrição da Revisão/Revisão/Responsável
0	05/2025	Elaboração de documento

1 - OBJETIVO

Padronizar o atendimento de todas unidades, avaliar o grau de satisfação dos pacientes, resolver e intermediar a solução de demandas e garantir o feedback aos usuários

2 - ALCANCE

Serviços de ouvidoria ou atendimento ao usuário e gestores de unidades e demais colaboradores envolvidos.

3 - RESPONSABILIDADE

Responsável local pela ouvidoria ou S.A.U:

- Atender usuários e realizar o acolhimento, procedendo o registro ou intervenção imediata junto a equipe;
- Encaminhar para tratativas as manifestações e acompanhar a finalização;
- Dar retorno ao usuário;

Realizar o relatório mensal e encaminhar para gestão local e corporativo;

Diretor/Gestor/Supervisores/Lideres/ Coordenadores:

- Realizar as análises das manifestações junto as equipes ou profissional envolvido conforme prazo estabelecido;
- Acolher usuários para dar o feed back da manifestação;
- Divulgar elogios para equipe;

4 - TERMOS E DEFINIÇÕES

Reclamação: Demonstração de insatisfação relativa à prestação de serviço público e à conduta de agentes públicos na prestação e na fiscalização desse serviço.

DS

Docusign Envelope ID: 66390C56-6C4E-4939-9E5B-16535F263E30

Elogio: Demonstração de reconhecimento ou satisfação sobre o serviço oferecido ou pelo atendimento recebido relativo a pessoas que participaram do serviço/atendimento.

SBCD: Sociedade Brasileira Caminho de Damasco

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário

Sugestão: Proposição de uma ideia ou proposta de aprimoramento da prestação de serviços.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES

5.1. Descritivo passo a passo:

5.1.1. ATENDIMENTO BUSCA DIRETA:

Passo 1: Atender cordialmente o usuário e ouvi-lo atentamente.

Passo 2: Registrar a reclamação no formulário de Tratativa de Reclamações e Sugestões, imprimir e solicitar que o reclamante leia e assine dando ciência nas informações relatadas. O usuário também poderá descrever de próprio punho, mas garantir a legibilidade do conteúdo, lendo ao mesmo ao final de seu registro.
Informar sobre o prazo para resposta.

Passo 3: Registrar em planilha de atendimento estipulando o prazo para a resposta. Encaminhar ao gestor da área para análise.

Passo 4: Após aprovação da gestão da área e do corporativo (quando reclamação), o responsável deverá executar a ação planejada para dar o feedback ao paciente e encerrar a tratativa.

5.1.2. PESQUISA DE SATISFAÇÃO (IMPRESSO):

Passo 1: O SETOR é responsável por abastecer os impressos nas recepções e urnas onde houver. Os colaboradores também poderão solicitar a reposição de acordo com a demanda de pacientes.

Passo 2: Os colaboradores do serviço deverão entregar o formulário de Pesquisa de Satisfação no Ambulatório/ Exames e Pronto Atendimento logo após o atendimento, ressaltando a importância da avaliação dos serviços e depositar na urna após preenchimento. A equipe de recepção também poderá realizar a entrega e incentivo a realização da pesquisa.

Passo 3: Pacientes internados, deve ser entregue a pesquisa e orienta-lo para o preenchimento no momento da alta preferencialmente.

Passo 4: As pesquisas depositadas nas urnas, deverão ser recolhidas diariamente de segunda a sexta-feira.

Passo 5: Apenas o serviço deverá ter a chave dos cadeados para melhor controle dos mesmos.

Docusign Envelope ID: C32D5382-B3C5-4B4F-B55E-E3092ED46490

Passo 6: Todos os formulários são tratados pelo setor. Todas as manifestações (reclamações, sugestões e/ ou elogios) são registradas em controle interno/ planilha de atendimento e encaminhadas para análise. Caso o formulário não esteja identificado, não será aberta a tratativa. O serviço deverá avaliar a manifestação e encaminhar por e-mail para o gestor/ diretor da área para conhecimento.

Passo 7: Realizar a tabulação dos dados das pesquisas, gerar os indicadores e encaminhar para a gestão mensalmente junto ao relatório e formulário de registros. Arquivar as pesquisas preenchidas por 3 meses e após descartar com cuidado com dados pessoais.

Obs: Se o paciente solicitar que o colaborador do setor preencha a pesquisa, fazer o preenchimento e solicitar que o mesmo assine no verso dando ciência das informações registradas.

5.1.3. VISITA A PACIENTES INTERNADOS:

Passo 1: Visitar os pacientes internados diariamente, apresentar o serviço, informar sobre o formulário de pesquisa de satisfação, urna localização e localização da sala do serviço para atendimento presencial.

Passo 2: Caso o paciente se manifeste uma demanda durante a visita no leito ou acione o serviço durante sua internação, deverá ser realizado atendimento imediato, preenchendo o formulário de manifestação e solicitar que o usuário assine dando ciência nas informações registradas. O serviço deverá acionar o gestor para intervenção imediata e para feedback no leito. Registrar todo o processo no mesmo fluxo.

6 – RESULTADO ESPERADO

Realizar a identificação o mais breve possível de possíveis insatisfação do usuário quanto ao serviço oferecido para tratativa em tempo oportuno. Intervir e acompanhar demandas dos usuários até sua solução. Promover o melhor relacionamento entre usuário e equipe de profissionais e assistência oferecida.

7 – AÇÕES CORRETIVAS

Intervir diante uma demora na solução reportando a gestão imediata.
Devolver respostas e analises que não condizem com a manifestação para ajuste.

8 – RISCOS ENVOLVIDOS

- ✓ Insatisfação do usuário
- ✓ O preenchimento incorreto dos impressos.
- ✓ Não identificar a demanda de insatisfação ou falha da equipe durante o atendimento ao paciente.

9 – INDICADORES

Taxa de Satisfação dos Usuários;
Taxa de Satisfação dos Usuários;
Percentual de reclamações recebidas;
Tempo médio de resposta;

Docusign Envelope ID: C32D5382-B3C5-4B4F-B55E-E3092ED46490

Percentual de aceitabilidade;
Quantidade de manifestações por tipo de classificação

10 - ANEXO

Pesquisa de Satisfação

11 – REFEÊNCIA BIBLIOGRAFICA

Não se aplica

Docusign Envelope ID: C32D5382-B3C5-4B4F-B55E-E3092ED46490

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.SBCD.RH.006	VERSÃO: 7
RECRUTAMENTO E SELEÇÃO	VALIDADE: 05/2027	Pág. 1 de 13

Elaborado por: Supervisor de Recursos Humanos	Data: 11/2019	
Elaborado por: Coordenadora de Recursos Humanos – Fabiana Rodrigues dos Santos	Data: 05/2025	Visto: DocuSigned by: Fabiana Rodrigues dos Santos D7B28BBC8D5A404...
Verificado por: Coordenação da Qualidade – Sabrina Benetti	Data: 05/2025	Visto: Assinado por: Sabrina Benetti 36842B6BE0BF4CE...
Aprovado por: Superintendência de Recursos Humanos - Josué Vitor Ribeiro	Data: 05/2025	Visto: DocuSigned by: Josué Aparecido Vitor Ribeiro 0F8E8B77FF0F4F5...

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Data / Responsável**
0	Não se aplica	Elaboração do documento.
1	12/11/2019	Emissão do Procedimento.
2	04/05/2020	Inclusão dos itens 5.1.3 a 5.1.6 sobre a Solicitação e Divulgação de vagas; Inclusão do item 5.4, item 5.6 Análise de competência para o processo seletivo e item 5.8 Finalização do Processo de Recrutamento e Seleção.
3	20/01/2021	Revisão de itens 5.1.2, 5.1 e item 7 (alteração na descrição da ação).
4	09/08/2021	Revisão itens: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10 e 11, com alteração de todas as descrições.
5	27/09/2021	Revisão itens: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10 e 11, com alteração de todas as descrições.
6	16/08/2023	Revisão de todos os itens.
7	05/2025	Revisão de todos os itens, alteração de layout. Revisado por: Fabiana Rodrigues DocuSigned by: Fabiana Rodrigues dos Santos D7B28BBC8D5A404...

1- OBJETIVO

O Procedimento Operacional Padrão de Recrutamento & Seleção, visa estabelecer diretrizes para os processos seletivos da SBCD - Sociedade Brasileira Caminho de Damasco.

Este documento está alicerçado com os valores e alinhado ao Regimento Institucional de Recursos Humanos e Política de Recursos Humanos **(R1.SEDE.RH.01),** estabelece as normas para seleção, recrutamento e contratação de profissionais, através de técnicas que visam atrair profissionais com conhecimentos, habilidades, atitudes e valores alinhados a missão, visão, valores da Instituição, bem como, em conformidade ao perfil requerido para o desempenho da função da vaga a ser preenchida.

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

DS

Docusign Envelope ID: C32D5382-B3C5-4B4F-B55E-E3092ED46490

2 – ALCANCE

Esse POP aplica-se a todos os colaboradores do setor de Recursos Humanos da Instituição, independentemente do local de trabalho. Podendo ser na Sede Administrativa, Núcleo Assistencial da Zona Norte ou Unidades de Saúde.

3 – RESPONSABILIDADE

Equipe Administrativa RH Corporativo e unidades.

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

- **Descrição de Cargo**

É o documento que contém todas as informações, requisitos e competências que são necessários para que a função seja realizada com excelência. Os arquivos com as descrições ficarão no prontuário de cada colaborador.

- **Requisição de Pessoal**

Formulário de formalização da Abertura da vaga para contratação de pessoal.

- **Recrutamento**

Procedimento que visa atrair e buscar candidatos potencialmente qualificados. A função do recrutamento é suprir a seleção de pessoal de matéria-prima básica para o sucesso do processo seletivo. A responsabilidade desse processo é do RH de cada unidade.

- **Seleção**

É a escolha do candidato com os melhores conhecimentos, habilidades e atitudes para desempenhar determinadas tarefas dentre todos os candidatos recrutados por meio de técnicas de análise, avaliação, entrevista por competência (individual ou em grupo) e comparação de dados. A responsabilidade desse processo é do RH de cada unidade.

- **Indicadores**

DS FPDS
DS JVR
Rubrica SB
DS LAPH

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: C32D5382-B3C5-4B4F-B55E-E3092ED46490

Visa acompanhar os resultados para melhoria contínua dos processos do setor.

- **Recursos Humanos (RH)**

Setor responsável pela gestão estratégica dos colaboradores, organiza processos de Recrutamento e Seleção;

- **Desenvolvimento Humano Organizacional (DHO)**

Treinamento & desenvolvimento, clima organizacional, acolhimento psicologico e a segunda vitima, dentre outras atividades relacionadas ao bem estar dos colaboradores.

- **Administração de Pessoal (DP)**

O Departamento Pessoal é responsável pelos trâmites burocráticos relacionados aos funcionários na admissão, vínculo enquanto empregado e desligamento. Deve garantir que todos os processos estejam pautados na Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e pelo sindicato da categoria.

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

5.1. Requisição de Pessoal:

As emissões das requisições deverão seguir as orientações e fluxos abaixo:

5.1.1 Vagas de Substituição

Fluxo:

- RH emite a requisição de acordo com as demissões e afastamentos;
- RH formaliza e-mail para liderança da área questionando se a vaga será fechada por movimentação, seleção externa ou seleção interna (e-mail deverá ser anexado a requisição ou mantido arquivado para histórico);

5.1.2 Aumento de Quadro

Fluxo:

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: C32D5382-B3C5-4B4F-B55E-E3092ED46490

- Liderança da área emite a requisição
- Tramitação de assinaturas incluir Superintendencia responsável pela área;

5.2 O RH local deverá fazer um controle das requisições, esse monitoramento deverá ser local, iniciando com a abreviação da unidade, sequência numérica com 3 dígitos e finalizando com os dois últimos dígitos correspondente ao ano vigente.

5.3 O indicador do processo seletivo é calculado apenas quando o Formulário de Requisição de Pessoal está devidamente aprovado e validado pelas áreas interessadas.

5.4 Caso a vaga em aberto seja confidencial, a mesma não deverá ser divulgada.

5.5 Todos os processos seletivos presenciais deverão conter *Lista de Presença* e quando realizados de forma *On-line* deverão ser inseridos(informações do candidato) na *Planilha de Controle de Candidatos Convocados;*

5.6 Caso a função em aberto não disponha de *Descrição de Cargo* a área de RH solicita ao Gestor o preenchimento através do *Formulário de Descrição de Cargo.*

5.7 A área de RH de cada unidade deverá preencher a vaga na *Planilha Controle de Vagas B.I SBCD* com todas as informações necessárias (responsável pelo processo, área, função e etc). Essa planilha deverá ser atualizada imediatamente desde o início até o final do processo.

5.8 O indicador de finalização do processo seletivo da SBCD é de 20 dias, nesse prazo, deve ser realizada desde a divulgação até a contratação do candidato.

5.9 A área de RH da unidade deverá elaborar a avaliação comportamental dos candidatos através do *Formulário Parecer do Candidato – Recursos Humanos.*

5.10 O gestor deverá elaborar o parecer do candidato através do *Formulário Parecer do Candidato – Gestor.*

5.11 A área de RH da unidade deverá enviar o *Fluxo* do candidato para o RH Corporativo contendo: Ficha de cadastro, Currículo (sem anotações), Avaliação Técnica, Parecer do RH, Parecer do Gestor e Teste Psicológico(quando for cargo de Liderança/Gestão ou Farmacia).

5.12 Os processos seletivos para cargos de liderança serão iniciados pelo RH local e finalizados pelas respectivas chefias da Unidade ou Gestor Corporativo.

5.13 Todos os candidatos reprovados deverão permanecer um período de 6 meses no arquivo do RH local e antes desse período não poderão participar de outro processo na SBCD.

5.14 As contratações poderão ser realizadas até o 20º dia do mês, após essa data, as admissões acontecem

DS FPDS
DS JVR
Rubrica SB
DS LAPH

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: C32D5382-B3C5-4B4F-B55E-E3092ED46490

apenas no próximo mês devido aos prazos de documentos, exames e ao período de fechamento da folha de pagamento.

5.15 5.15 O RH deverá manter atualizada a *Planilha de Controle de Candidatos*, para possíveis consultas de candidatos aprovados, reprovados ou stand by. Essa planilha deverá ser atualizada com o nome de 100% dos participantes do processo seletivo.

5.16 A área de Cargos & Salários deverá conferir as informações salariais e funções antes de efetivar a admissão.

5.17 ***Avaliação do Candidato***

5.17.1 O profissional da área de RH é o responsável por realizar a 1ª etapa de entrevista que poderá ser em grupo ou individual, presencial ou on-line. Deve usar como referência a descrição de cargo levando em consideração os conhecimentos habilidades comportamentais, atitudes e valores necessários para garantir um padrão de qualidade dos profissionais que ingressam na instituição. As entrevistas são realizadas com foco nas competências organizacionais, essenciais e complementares de cada cargo.

5.17.2 A redação deverá ser utilizada em processos de vagas operacionais (auxiliar de limpeza, copa, manutenção) tem como objetivo avaliar o conhecimento do candidato, de forma objetiva ou interpretativa, tanto nos aspectos da posição pretendida como assuntos de conhecimento geral. Nessa etapa também deve ser observada a correta aplicação da língua portuguesa, verificando possíveis erros gramaticais e de concordância.

5.17.3 Ao iniciar o processo seletivo a área de RH deverá mostrar ao gestor as avaliações técnicas disponíveis para aquela função, caso o mesmo não aprove, ele deverá elaborar as questões que deverão ser preferencialmente objetivas com no máximo 10 alternativas.

A aprovação do candidato para vaga que exija Ensino Superior deverá contemplar os itens abaixo:

5.17.4 ***Avaliação Recursos Humanos – atribuição de nota de 0 a 3 :***

Etapa de reponsabilidade do RH, deverá considerar adequação do candidato à vaga em aberto, perfil, aspirações profissionais e aspectos comportamentais para atribuir as notas abaixo:

Considere a pontuação de 0 a 3.

Sendo:

- 0 a 1,0 – Candidato não tem perfil para seguir no processo seletivo;
- 1,1 a 2,0 – Candidato tem um bom perfil e atende satisfatoriamente as necessidades da vaga;
- 2,1 a 3,0 – Candidato supera as expectativas e atende plenamente as necessidades da vaga;

DS FPDS
DS JVR
Rubrica SB
DS LAPH

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: C32D5382-B3C5-4B4F-B55E-E3092ED46490

5.17.4.2 Avaliação do Gestor – atribuição de nota de 0 a 4:

Etapa de reponsabilidade do gestor, deverá avaliar adequação do candidato à vaga em aberto principalmente nos aspectos técnicos:

Sendo:

• 0 a 1,5 – Candidato não tem perfil para seguir no processo seletivo;
• 1,6 a 2,5 – Candidato tem um bom perfil e atende satisfatoriamente as necessidades da vaga;
• 2,6 a 4,0 – Candidato supera as expectativas e atende plenamente as necessidades da vaga;

5.17.4.3 Prova – atribuição de nota de 0 a 2

O candidato deverá realizar a prova presencialmente em até 1 hora e deverá ter a média maior do que 5 para seguir no processo. Considere as pontuações abaixo:

• 0 a 4.9 – Reprovado no processo seletivo
• 5.0 a 7,0 – Aprovado (score 1) • 7,1 a 10,00 - Aprovado (score 2)

O candidato que zerar em qualquer critério estará automaticamente reprovado no processo seletivo.

5.18 A aplicação de teste Psicológico deverá ocorrer em todos os cargos de Liderança e Farmácia, somente Psicólogos estão autorizados a manusear e corrigir a ferramenta.

5.19 Para ser aprovado na vaga o candidato deverá ter Score de avaliação maior do que 5 e passar pelas seguintes etapas:

• Entrevista com RH
• Testes
• Entrevista com o gestor
• Exame Admissional
• Entrega de todos os documentos necessários para a contratação da vaga solicitados pela SBCD;

5.20 Processo Seletivo Interno

DS FPDS
DS JVR
Rubrica SB
DS LAPH

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: C32D5382-B3C5-4B4F-B55E-E3092ED46490

5.20.1 A área de RH deverá divulgar a vaga através dos murais das unidades e e-mails das lideranças.

5.20.2 Podem participar do processo seletivo interno colaboradores com mais de 6 (seis) meses na função atual.

5.20.3 O colaborador interessado deverá preencher ***o Formulário de Autorização do Processo Seletivo***, a participação será mediante a aprovação de sua liderança imediata e envio do seu currículo através do *Trabalhe Conosco no site oficial* SBCD - ☞ sbcdsaude.org.br/quer-trabalhar-com-a-gente

5.20.4 A área de RH deverá analisar o prontuário do colaborador interessado com informações de data de admissão, atestados, afastamento, suspensões, advertências, férias e avaliação de desempenho.

5. 20.5 A área de RH deverá realizar as demais etapas do processo seletivo com base nas diretrizes desse procedimento.

5. 20.6 O Retorno negativo do processo seletivo interno deverá ser realizado de forma on-line. O RH deverá explicar de forma cautelosa os motivos que levaram a reprovação do candidato.

5.21 Processo Seletivo Externo

5.21.1 A área de RH deverá divulgar a vaga através das plataformas autorizadas pela instituição.

5.21.2 O descritivo de divulgação da vaga deverá conter as informações do Formulário de Descrição de Cargo.

5.21.3 A área de RH deverá realizar busca ativa afim de encontrar os melhores profissionais, todos os candidatos deverão passar pelas etapas do processo.

5.21.4 A área de RH deverá realizar as demais etapas do processo seletivo com base nas diretrizes dessa Política.

5.21.5 É imprescindível que a área de RH juntamente com o gestor apresente de forma clara e objetiva a Instituição para os candidatos de forma que consigam enxergar a importância da SBCD no ramo de atuação e principais desafios que serão submetidos ao serem aprovados.

5.21.6 No final do processo é obrigatório dar retorno por e-mail ou WhatsApp para todos os candidatos.

5.21.7 A área de RH deverá comunicar aprovação ao candidato e enviar o link para o recebimento dos documentos pessoais, para o cadastro da admissão no sistema integrado vigente (Sistema Oris).

5.21.8 A Integração institucional deverá ser realizada preferencialmente no 1º dia de admissão, em caso de demanda excessiva esse processo poderá ocorrer até a primeira semana de trabalho do colaborador. O RH local deverá consultar o POP de Integração para entender os detalhes da apresentação. Os detalhes sobre o processo de integração estão disponíveis no ***POP.RH E DP. 2.05 - INTEGRAÇÃO DE NOVOS COLABORADORES.***

5.22 Banco de Talentos

A construção e manutenção do Banco de Talentos é de extrema importância para o sucesso dos processos de seleção. Ele se dá através do recebimento de currículos na plataforma oficial da SBCD no *Trabalhe Conosco*

DS FPDS
DS JVR
Rubrica SB
DS LAPH

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: C32D5382-B3C5-4B4F-B55E-E3092ED46490

https://sbcdsaude.org.br/vagas-de-emprego/ *e* ***sbcdsaude.org.br/quer-trabalhar-com-a-gente.***

Todas as filiais devem divulgar amplamente o folder de Divulgação do Trabalhe Conosco, para que a SBCD tenha uma base de currículos cada vez mais robusta e assertiva.

O recolhimento de currículos físicos deve ser evitado ao máximo para incentivarmos o cadastramento em nossa plataforma.

Todas as unidades deverão trabalhar de forma preventiva, o RH deverá realizar um levantamento com os gestores para mapear futuras demissões, os processos seletivos deverão ser realizados de forma semanal para que a reposição ocorra de forma rápida.

5.23 Lei de Cotas

5.23.1 Programa Jovem Aprendiz

Conforme a Lei 10.097/2000 empresas de médio e grande porte devem contratar jovens com idade entre 14 e 24 anos para o Programa de Jovem Aprendiz. Os estabelecimentos devem empregar e matricular nos cursos dos Serviços Nacionais de Aprendizagem número de aprendizes equivalente a 5% (cinco por cento), no mínimo, e 15% (quinze por cento), no máximo, dos trabalhadores existentes em cada estabelecimento, cujas funções demandem formação profissional.

A duração do trabalho do aprendiz não deverá exceder seis horas diárias, sendo proibidas horas extras e adicionais. A duração da aprendizagem é de, no máximo, 2 (dois) anos. Caso o Jovem tenha atuado em outra empresa nessa mesma função, não poderá exceder o ciclo máximo de aprendizagem.

O Jovem deve ter a partir de 18 anos, ensino médio completo ou cursando o ultimo ano do ensino médio e documentações pessoais em ordem para atuar na SBCD. O RH local deverá entrar em contato com o CIEE para informá-los sobre a aprovação dos candidatos e com o RH corporativo para formalizar a contratação do Jovem. O RH corporativo acompanhará se as unidades de acordo com a cota.

5.23.2 Inclusão de Pessoas com Deficiência

A Lei Brasileira de Inclusão de Pessoas com Deficiência, tem como objetivo assegurar, e a promover com equidade o ingresso de pessoas com deficiência no mercado de trabalho.

O art. 93 da Lei 8.213/91 determina que as empresas com mais de 100 empregados devem preencher o quadro com 2% (dois porcento) a 5% (cinco porcento) dos cargos com beneficiários reabilitados ou pessoas com deficiência.

É imprescindível a análise cuidadosa do local onde a pessoa com deficiência vai atuar. É necessário que a posição seja adequada para que o colaborador consiga realizar as suas atividades com excelência.

DS FPDS
DS JVR
Rubrica SB
DS LAPH

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: C32D5382-B3C5-4B4F-B55E-E3092ED46490

Todas as etapas de divulgação, entrevista e parecer final do processo seletivo de pessoas com deficiência deve ser evidenciado através de arquivo físico para possíveis consultas.

Todos os procedimentos relacionados a seleção mencionados nos itens 3, 4, 5 e 6, no caso de pessoas com deficiência, deverão ser impressos para arquivo local, digitalizados e enviados para o RH corporativo. Os detalhes sobre a contratação de Pessoas com Deficiência estão disponíveis no ***POP. RH E DP. 2.20 - PESSOA COM DEFICIÊNCIA.***

5.25 Arquivamento de Documentos

5.25.2 Reprovados Processo Seletivo

• O RH local será responsável por fazer o arquivamento dos documentos do processo seletivo;

• Todos os currículos, provas e pareceres deverão ser arquivados dentro de um plástico/envelope e capa padrão, mantendo essa documentação arquivada fisicamente em caixa box.

5.25.3 Hospitais de Campanha

• O RH Sede será responsável por fazer o arquivamento dos documentos do processo seletivo;

• Todos os currículos, provas e pareceres deverão ser arquivados dentro de um plástico/envelope e capa padrão, mantendo essa documentação arquivada fisicamente em caixa box;

DS FPDS

DS JVR

Rubrica SB

6 – RESULTADO ESPERADO

Manter o padrão nos processos seletivos em todas as unidades da SBCD, preconizando a qualidade e transparência visando a excelência na entrega dos resultados.

7 – AÇÕES CORRETIVAS

Os indicadores destacados no item 9 serão acompanhados pela gerência de recursos humanos a fim de garantir os resultados e acompanhamento de possíveis quedas no desempenho.

8 – RISCOS ENVOLVIDOS

Por conta da necessidade de agilidade existe risco eminente de etapas do processo não serem concluídas da forma correta.

9 - INDICADORES

O setor de Recursos Humanos da SBCD estabelece abaixo, os indicadores necessários para acompanhamento dos resultados:

1. Indicador de Turnover – Mensal;
2. Pesquisa de Satisfação do Recrutamento & Seleção – Trimestral;
3. SLA de fechamento de vagas – Trimestral
4. Indicador de Cotas Obrigatórias – Mensal;

DS LAPH

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: C32D5382-B3C5-4B4F-B55E-E3092ED46490

5. Indicador de Vagas em Abertas – Mensal

10 - ANEXOS

10.1 RH FORMULÁRIO DE RE QUISIÇÃO DE PESSOAL

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

DS FPDS

DS JVR

Rubrica SB

10.2 RH DESCRIÇÃO DE CARGO

DS LAPH

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: C32D5382-B3C5-4B4F-B55E-E3092ED46490

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco - SBCD	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

DS FPDS

DS JVR

Rubrica SB

DS LAPH

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: C32D5382-B3C5-4B4F-B55E-E3092ED46490

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco - SBCD	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:

10.3 RH - FORMULÁRIO DE MOVIMENTAÇÃO DE PESSOAL

DS FPDS

DS JVR

Rubrica SB

DS LAPH

CÓPIA CONTROLADA

AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: C32D5382-B3C5-4B4F-B55E-E3092ED46490

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:	
TIPO:	

2 – Identificação do Solicitante:	
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
R&S005	1.2	14.12.2021

DS FPDS

DS JVR

Rubrica SB

11 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

12.1 CHIAVENATO, I. Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações. 4. ed. Barueri: Manole, 2014

DS LAPH

CÓPIA CONTROLADA
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO DE PROPRIEDADE DA SBCD, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DE SUA FINALIDADE

Docusign Envelope ID: C32D5382-B3C5-4B4F-B55E-E3092ED46490

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP.RH.2.01**	**VERSÃO: 05**
RECRUTAMENTO E SELEÇÃO	**VALIDADE: 08/2025**	**Pag. 1 de 12**

Elaborado por: Supervisor (a) de Recursos Humanos	Data: 08/2023	Visto: DocuSigned by: Raiane Santos 562D497942994A...
Revisado por: Gerência de Recursos Humanos	Data: 08/2023	Visto DocuSigned by: Vanessa Pena Virginio 221A282EDE0748E...
Aprovado por: Núcleo Gestão da Qualidade	Data: 08/2023	Visto:

Rev.	Data	**Descrição da Revisão / Responsável**
0	12/11/2019	Emissão do Procedimento.
1	04/05/2020	Inclusão dos itens 5.1.3 a 5.1.6. sobre Solicitação e divulgação de vagas; inclusão do item 5.4. Seleção, item 5.6 Análise de competência para o processo seletivo e item 5.8 Finalização do processo de recrutamento e seleção.
2	20/01/2021	Revisão itens 5.1.2, 5.1 e item 7 (alteração na descrição da ação).
3	09/08/2021	Revisão itens: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10 e 11, com alteração de todas as descrições
4	27/09/2021	Revisão itens: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10 e 11, com alteração de todas as descrições
5	16/08/2023	Revisão de todos os itens

DS

Docusign Envelope ID: C32D5382-B3C5-4B4F-B55E-E3092ED46490

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**POP.RH.2.01**	**VERSÃO: 05**
RECRUTAMENTO E SELEÇÃO	**VALIDADE: 08/2025**	**Pag. 2 de 12**

1- OBJETIVO

O Procedimento Operacional Padrão de Recrutamento & Seleção, visa estabelecer diretrizes para os processos seletivos da SBCD - Sociedade Brasileira Caminho de Damasco.

Este documento está alicerçado com os valores e alinhado ao Regimento Institucional de Recursos Humanos e Política de Recursos Humanos, estabelece as normas para seleção, recrutamento e contratação de profissionais, através de técnicas que visam atrair profissionais com conhecimentos, habilidades, atitudes e valores alinhados a missão, visão, valores da Instituição, bem como, em conformidade ao perfil requerido para o desempenho da função da vaga a ser preenchida.

2 – ALCANCE

Esse POP aplica-se a todos os colaboradores do setor de Recursos Humanos independente do local de trabalho podendo ser da Sede Administrativa e unidades de saúde.

3 – COMPETÊNCIA

Equipe Administrativa e equipe assistencial

4 – TERMOS E DEFINIÇÕES

- **Descrição de Cargo**

É o documento que contém todas as informações, requisitos e competências que são necessários para que a função seja realizada com excelência. Os arquivos com as descrições ficarão no prontuário de cada colaborador.

- **Requisição de Pessoal**

Formulário de formalização da contratação de pessoal.

- **Recrutamento**

Procedimento que visa atrair e buscar candidatos potencialmente qualificados. A função do recrutamento é suprir a seleção de pessoal de matéria-prima básica para o sucesso do processo seletivo. A responsabilidade desse processo é do RH de cada unidade.

- **Seleção**

É a escolha do candidato com os melhores conhecimentos, habilidades e atitudes para desempenhar determinadas tarefas dentre todos os candidatos recrutados por meio de técnicas de análise, avaliação, entrevista por competência e comparação de dados. A responsabilidade desse processo é do RH de cada

DS

Docusign Envelope ID: C32D5382-B3C5-4B4F-B55E-E3092ED46490

unidade.

- **Indicador**

Visa acompanhar os resultados para melhoria contínua dos processos do setor.

- **Recursos Humanos (RH)**

Setor responsável pela gestão estratégica dos colaboradores, organiza processos de Recrutamento e Seleção, treinamento & desenvolvimento, clima organizacional, dentre outras atividades relacionadas ao bem estar dos colaboradores.

- **Departamento Pessoal (DP)**

O Departamento Pessoal é responsável pelos trâmites burocráticos relacionados aos funcionários na admissão, vínculo enquanto empregado e desligamento. Deve garantir que todos os processos estejam pautados na Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e pelo sindicato da categoria.

5 – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

5.1. Requisição de Pessoal:

As emissões das requisições deverão seguir as orientações e fluxos abaixo:

5.1.1 Vagas de Substituição
Fluxo:

- RH emite a requisição de acordo com as demissões e afastamentos;
- RH formaliza e-mail para liderança da área questionando se a vaga será fechada por movimentação, seleção externa ou seleção interna (e-mail deverá ser anexado a requisição;

5.1.2 Aumento de Quadro
Fluxo:

- Liderança da área emite a requisição
- Tramitação de assinaturas incluir Controller

5.2 O RH local deverá fazer um controle das requisições, esse monitoramento deverá ser local, iniciando com a abreviação da unidade, sequência numérica com 3 dígitos e finalizando com os dois últimos dígitos correspondente ao ano vigente.

5.3 O indicador do processo seletivo é calculado apenas quando o Formulário de Requisição de Pessoal está devidamente aprovado e validado pelas áreas interessadas.

DS

Docusign Envelope ID: C32D5382-B3C5-4B4F-B55E-E3092ED46490

5.4 Caso a vaga em aberto seja confidencial, a mesma não deverá ser divulgada.

5.5 Todos os processos seletivos deverão conter *Lista de Presença.*

5.6 Caso a função em aberto não disponha de Descrição de Cargo a área de RH solicita ao Gestor o preenchimento através do *Formulário de Descrição de Cargo.*

5.7 A área de RH de cada unidade deverá preencher a vaga na Planilha *Controle de Vagas SBCD* com todas as informações necessárias (responsável pelo processo, área, função e etc). Essa planilha deverá ser atualizada imediatamente desde o início até o final do processo.

5.8 O indicador de finalização do processo seletivo da SBCD é de 20 dias, nesse prazo, deve ser realizada desde a divulgação até a contratação do candidato.

5.9 A área de RH da unidade deverá elaborar a avaliação comportamental dos candidatos através do *Formulário Parecer do Candidato – Recursos Humanos.*

5.10 O gestor deverá elaborar o parecer do candidato através do *Formulário Parecer do Candidato – Gestor.*

5.11 A área de RH da unidade deverá enviar o dossiê do candidato para o RH Corporativo contendo: Ficha de cadastro, Currículo (sem anotações), Avaliação Técnica, Resultado Score, Parecer do RH, Parecer do Gestor e Teste Psicológico.

5.12 Os processos seletivos para cargos de liderança serão iniciados pelo RH local e finalizados pelo RH Corporativo.

5.13 Todos os candidatos reprovados deverão permanecer um período de 6 meses no arquivo do RH local e antes desse período não poderão participar de outro processo na SBCD.

5.14 As contratações poderão ser realizadas até o 20º dia do mês, após essa data, as admissões acontecem apenas no próximo mês devido aos prazos de documentos, exames e ao período de fechamento da folha de pagamento.

5.15 O RH deverá manter atualizada a *Planilha de Controle de Candidatos,* para possíveis consultas de candidatos aprovados, reprovados ou stand by. Essa planilha deverá ser atualizada com o nome de 100% dos participantes do processo seletivo.

5.16 A área de Cargos & Salários deverá conferir as informações salariais e funções antes de efetivar a admissão.

5.17 Avaliação do Candidato

5.17.1 O profissional da área de RH é o responsável por realizar a 1ª etapa de entrevista que poderá ser em grupo ou individual. Deve usar como referência a descrição de cargo levando em consideração os conhecimentos habilidades, atitudes e valores necessários para garantir um padrão de qualidade dos profissionais que ingressam

DS

Docusign Envelope ID: C32D5382-B3C5-4B4F-B55E-E3092ED46490

na instituição. Essa etapa poderá ser realizada presencialmente ou on-line. As entrevistas são realizadas com foco nas competências organizacionais, essenciais e complementares de cada cargo.

5.17.2 A redação deverá ser utilizada em processos de vagas operacionais (auxiliar de limpeza, copa, manutenção) tem como objetivo avaliar o conhecimento do candidato, de forma objetiva ou interpretativa, tanto nos aspectos da posição pretendida como assuntos de conhecimento geral. Nessa etapa também deve ser observada a correta aplicação da língua portuguesa, verificando possíveis erros gramaticais e de concordância.

5.17.3 Ao iniciar o processo seletivo a área de RH deverá mostrar ao gestor as avaliações técnicas disponíveis para aquela função, caso o mesmo não aprove, ele deverá elaborar as questões que deverão ser preferencialmente objetivas com no máximo 10 alternativas.

A aprovação do candidato para vaga que exija Ensino Superior deverá contemplar os itens abaixo:

5.17.41 Avaliação de Títulos – atribuição de nota de 0 a 1

Nesse tópico deverá ser avaliado se o candidato possuí os critérios mínimos em relação ao Formação Acadêmica para exercer a função.

Considere a pontuação de 0 a 1 sendo

Sendo:

- 0 – Candidato não atende nenhum critério de formação acadêmica;
- 0,5 – Candidato atende satisfatoriamente o critério de formação acadêmica;
- 1,0 – Candidato supera as expectativas no critério de formação acadêmica;

5.17.42 Avaliação Recursos Humanos – atribuição de nota de 0 a 3

Etapa de reponsabilidade do RH, deverá considerar adequação do candidato à vaga em aberto, perfil, aspirações profissionais e aspectos comportamentais para atribuir as notas abaixo:

Considere a pontuação de 0 a 3

Sendo:

- 0 a 1,0 – Candidato não tem perfil para seguir no processo seletivo;
- 1,1 a 2,0 – Candidato tem um bom perfil e atende satisfatoriamente as necessidades da vaga;
- 2,1 a 3,0 – Candidato supera as expectativas e atende plenamente as necessidades da vaga;

5.17.43 Avaliação do Gestor – atribuição de nota de 0 a 4

Etapa de reponsabilidade do gestor, deverá avaliar adequação do candidato à vaga em aberto principalmente nos aspectos técnicos:

DS

Docusign Envelope ID: C32D5382-B3C5-4B4F-B55E-E3092ED46490

Sendo:

- 0 a 1,5 – Candidato não tem perfil para seguir no processo seletivo;
- 1,6 a 2,5 – Candidato tem um bom perfil e atende satisfatoriamente as necessidades da vaga;
- 2,6 a 4,0 – Candidato supera as expectativas e atende plenamente as necessidades da vaga;

5.17.44 Prova – atribuição de nota de 0 a 2

O candidato deverá realizar a prova presencialmente em até 1 hora e deverá ter a média maior do que 5 para seguir no processo.

Considere as pontuações abaixo:

- 0 a 4.9 – Reprovado no processo seletivo
- 5.0 a 7,0 – Aprovado (score 1)
- 7,1 a 10,00 - Aprovado (score 2)

O candidato que zerar em qualquer critério estará automaticamente reprovado no processo seletivo.

5.18 A aplicação de teste Psicológico deverá ocorrer em todos os cargos de Liderança e Farmácia, somente Psicólogos estão autorizados a manusear e corrigir a ferramenta.

5.19 Para ser aprovado na vaga o candidato deverá ter Score de avaliação maior do que 5 e passar pelas seguintes etapas:

- Entrevista com RH
- Testes
- Entrevista com o gestor
- Exame Admissional
- Entrega de todos os documentos necessários para a contratação da vaga solicitados pela SBCD

Todo esse processo não deverá ultrapassar 20 dias, considerando 15 para R&S, 5 dias para exame admissional e entrega de documentos.

5.20 Processo Seletivo Interno

5.20.1 A área de RH deverá divulgar a vaga através dos murais das unidades e e-mails das lideranças.

5.20.2 Podem participar do processo seletivo interno colaboradores com mais de 6 (seis) meses na função atual.

5.20.3 O colaborador interessado deverá preencher o *Formulário de Autorização do Processo Seletivo,* a participação será mediante a aprovação de sua liderança imediata e envio do seu currículo através do Trabalhe Conosco no site oficial SBCD

DS

Docusign Envelope ID: C32D5382-B3C5-4B4F-B55E-E3092ED46490

5.20.4 A área de RH deverá analisar o prontuário do colaborador interessado com informações de data de admissão, atestados, afastamento, suspensões, advertências, férias e avaliação de desempenho.

5. 20.5 A área de RH deverá realizar as demais etapas do processo seletivo com base nas diretrizes desse procedimento.

5. 20.6 O Retorno negativo do processo seletivo interno deverá ser realizado de forma presencial. O RH deverá explicar de forma cautelosa os motivos que levaram a reprovação do candidato.

5.21 Processo Seletivo Externo

5.21.1 A área de RH deverá divulgar a vaga através das plataformas autorizadas pela instituição (Catho, Edital no Site oficial - trabalhe conosco, Centro de Apoio ao Trabalhador e LinkedIn).

5.21.2 O descritivo de divulgação da vaga deverá conter as informações do Formulário de Descrição de Cargo.

5.21.3 A área de RH deverá realizar busca ativa afim de encontrar os melhores profissionais, todos os candidatos deverão passar pelas etapas do processo.

5.21.4 A área de RH deverá realizar as demais etapas do processo seletivo com base nas diretrizes dessa Política.

5.21.5 É imprescindível que a área de RH juntamente com o gestor apresente de forma clara e objetiva a Instituição para os candidatos de forma que consigam enxergar a importância da SBCD no ramo de atuação e principais desafios que serão submetidos ao serem aprovados.

5.21.6 No final do processo é obrigatório dar retorno por e-mail para todos os candidatos.

5.21.7 A área de RH deverá comunicar aprovação ao candidato e cadastrar a admissão no sistema integrado vigente.

5.21.8 A Integração institucional deverá ser realizada preferencialmente no 1º dia de admissão, em caso de demanda excessiva esse processo poderá ocorrer até a primeira semana de trabalho do colaborador. O RH local deverá consultar o POP de Integração para entender os detalhes da apresentação. Os detalhes sobre o processo de integração estão disponíveis no POP.RH E DP. 2.05 - INTEGRAÇÃO DE NOVOS COLABORADORES.

5.22 Banco de Talentos

A construção e manutenção do Banco de Talentos é de extrema importância para o sucesso dos processos de seleção. Ele se dá através do recebimento de currículos na plataforma oficial da SBCD no Trabalhe Conosco https://sbcdsaude.org.br/vagas-de-emprego/ .

Todas as filiais devem divulgar amplamente o folder de *Divulgação do Trabalhe Conosco,* para que a SBCD tenha uma base de currículos cada vez mais robusta e assertiva.

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: C32D5382-B3C5-4B4F-B55E-E3092ED46490

O recolhimento de currículos físicos deve ser evitado ao máximo para incentivarmos o cadastramento em nossa plataforma.

Todas as unidades deverão trabalhar de forma preventiva, o RH deverá realizar um levantamento com os gestores para mapear futuras demissões, os processos seletivos deverão ser realizados de forma semanal para que a reposição ocorra de forma rápida.

5.23 Lei de Cotas

5.23.1 Programa Jovem Aprendiz

Conforme a Lei 10.097/2000 empresas de médio e grande porte devem contratar jovens com idade entre 14 e 24 anos para o Programa de Jovem Aprendiz. Os estabelecimentos devem empregar e matricular nos cursos dos Serviços Nacionais de Aprendizagem número de aprendizes equivalente a 5% (cinco por cento), no mínimo, e 15% (quinze por cento), no máximo, dos trabalhadores existentes em cada estabelecimento, cujas funções demandem formação profissional.

A duração do trabalho do aprendiz não deverá exceder seis horas diárias, sendo proibidas horas extras e adicionais. A duração da aprendizagem é de, no máximo, 2 (dois) anos. Caso o Jovem tenha atuado em outra empresa nessa mesma função, não poderá exceder o ciclo máximo de aprendizagem.

O Jovem deve ter a partir de 18 anos, ensino médio completo e documentações pessoais em ordem para atuar na SBCD. O RH local deverá entrar em contato com o CIEE para informá-los sobre a aprovação dos candidatos e com o RH corporativo para formalizar a contratação do Jovem. O RH corporativo acompanhará se as unidades de acordo com a cota.

5.23.2 Inclusão de Pessoas com Deficiência

A Lei Brasileira de Inclusão de Pessoas com Deficiência, tem como objetivo assegurar, e a promover com equidade o ingresso de pessoas com deficiência no mercado de trabalho.

O art. 93 da Lei 8.213/91 determina que as empresas com mais de 100 empregados devem preencher o quadro com 2% (dois porcento) a 5% (cinco porcento) dos cargos com beneficiários reabilitados ou pessoas com deficiência.

É imprescindível a análise cuidadosa do local onde a pessoa com deficiência vai atuar. É necessário que a posição seja adequada para que o colaborador consiga realizar as suas atividades com excelência.

Todas as etapas de divulgação, entrevista e parecer final do processo seletivo de pessoas com deficiência deve ser evidenciado através de arquivo físico para possíveis consultas.

Todos os procedimentos relacionados a seleção mencionados nos itens 3, 4, 5 e 6, no caso de pessoas com deficiência, deverão ser impressos para arquivo local, digitalizados e enviados para o RH corporativo. Os detalhes sobre a contratação de Pessoas com Deficiência estão disponíveis no POP. RH E DP. 2.20 - PESSOA COM DEFICIÊNCIA.

DS

Docusign Envelope ID: C32D5382-B3C5-4B4F-B55E-E3092ED46490

5.24 Avaliação de Experiência

A avaliação do período de experiência é uma ferramenta disponibilizada para o Gestor analisar a performance de um colaborador no período de 45 e 90 dias.

Por meio dessa avaliação, é possível analisar as competências técnicas e comportamentais dos colaboradores, dar feedback e elaborar um plano de ação de desenvolvimento individual para que o colaborador se desenvolva nos Gaps apresentados.

Caso o colaborador não tenha atendido as expectativas da Organização no primeiro ou segundo período, é através desse formulário que o gestor embasará a tomada de decisão para um possível desligamento.

A área de RH é a responsável por alertar o gestor do prazo de avaliação. É importante que o preenchimento seja realizado através do Formulário AVALIAÇÃO DE EXPERIÊNCIA DO COLABORADOR que deverá ser preenchido através do link: https://forms.gle/ek2Chz9SfoZLznJu5

O formulário deverá ser encaminhado ao gestor pelo RH local 15 dias antes do término dos dois períodos de experiência. O mesmo deverá retornar ao RH devidamente preenchido 5 dias após a entrega.

5.25 Arquivamento de Documentos

5.25.1 Aprovados no Processo Seletivo

- RH unidade deverá digitalizar currículo, parecer e prova, enviar para o RH Sede e manter essa digitalização em pasta local para futuras consultas;
- RH unidade deverá enviar documentação original para DP São Paulo;

5.25.2 Reprovados Processo Seletivo

- O RH local será responsável por fazer o arquivamento dos documentos do processo seletivo;
- Todos os currículos, provas e pareceres deverão ser arquivados dentro de um plástico/envelope e capa padrão.
- O RH local deverá manter essa documentação arquivada fisicamente em caixa box.

5.25.3 Hospitais de Campanha

- O RH Sede será responsável por fazer o arquivamento dos documentos do processo seletivo;
- Todos os currículos, provas e pareceres deverão ser arquivados dentro de um plástico/envelope e capa padrão.
- O RH Sede deverá manter essa documentação arquivada fisicamente em caixa box;

DS

Docusign Envelope ID: C32D5382-B3C5-4B4F-B55E-E3092ED46490

6 – RESULTADO ESPERADO

Manter o padrão nos processos seletivos em todas as unidades da SBCD, preconizando a qualidade e transparência visando a excelência na entrega dos resultados.

7 – AÇÕES CORRETIVAS

Os indicadores destacados no item 9 serão acompanhados pela gerência de recursos humanos a fim de garantir os resultados e acompanhamento de possíveis quedas no desempenho.

8 – RISCOS DO PROCESSO

Por conta da necessidade de agilidade existe risco eminente de etapas do processo não serem concluídas da forma correta.

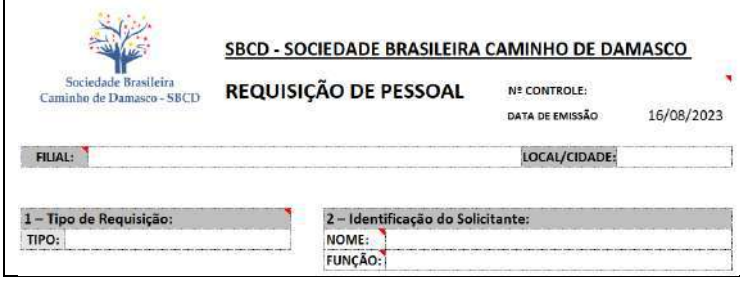
9 – INDICADORES

O setor de Recursos Humanos da SBCD estabelece abaixo, os indicadores necessários para acompanhamento dos resultados:

1. Indicador de Turnover – Mensal;
2. Relatório das Avaliações 45/90 dias – Trimestral;
3. Pesquisa de Satisfação do Recrutamento & Seleção – Mensal;
4. SLA de fechamento de vagas – Mensal
5. Indicador de Cotas Obrigatórias – Mensal;
6. Indicador de Vagas em Aberto – Semanal

10 – ANEXOS

10.1 RH - R&S 001 FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO DE PESSOAL



Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

SBCD - SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO

REQUISIÇÃO DE PESSOAL

Nº CONTROLE:

DATA DE EMISSÃO 16/08/2023

FILIAL: LOCAL/CIDADE:

1 – Tipo de Requisição:	2 – Identificação do Solicitante:
TIPO:	NOME:
	FUNÇÃO:

Docusign Envelope ID: C32D5382-B3C5-4B4F-B55E-E3092ED46490

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: ____/____/____

CONTROLLER
APROVADO: ____/____/____

RODAPÉ		
CÓDIGO	REVISÃO	DATA DA ÚLTIMA REVISÃO
R&S001	1.3	16.08.2023

10.2 RH - R&S 002 DESCRIÇÃO DE CARGO

Sociedade Brasileira Caminho de Damasco - SBCD	FICHA DE DESCRIÇÃO DE CARGO		
	Código: RH.SEDE.01	Versão: 001	Página: 1 de 1

Nome do cargo:	CBO:
Subordinado a:	Superior a:

Descrição Sumária do Cargo:
Descrição Detalhada do Cargo
Requisitos:
Conhecimentos específicos

Exerce supervisão a outros colaboradores:	É responsável por informações confidenciais:
Sim ( ) Não ( )	Sim ( ) Não ( )

Docusign Envelope ID: C32D5382-B3C5-4B4F-B55E-E3092ED46490

Competências:

Elaborado por:	Verificado por	Aprovado por:	Data elaboração:	Data revisão:
Gestão de Pessoas	Liderança Imediata	Gerência	Mês/Ano	Mês/Ano

10.3 RH - R&S 005 FORMULÁRIO DE MOVIMENTAÇÃO DE PESSOAL

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

SBCD - SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO

MOVIMENTAÇÃO DE PESSOAL Nº CONTROLE:
DATA DE EMISSÃO 16/08/2023

FILIAL:		LOCAL/CIDADE:	

1 – Tipo de Movimentação:	
TIPO:	PROMOÇÃO

2 – Identificação do Solicitante:	
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:
*** PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO****

6 - TIPO DE AVALIAÇÃO PREENCHIDA
( ) AVALIAÇÃO DO COLABORADOR ( ) AVALIAÇÃO 45/90 DIAS ( ) AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO ( ) N/A

6 - Aprovações		
SOLICITANTE	COORDENAÇÃO	RH - DESENVOLVIMENTO ORGANIZACIONAL
SOLICITADO EM: _____/_____/_____	APROVADO: _____/_____/_____	APROVADO: _____/_____/_____

RODAPÉ		
CÓDIGO	REVISÃO	DATA DA ÚLTIMA REVISÃO
R&S005	1.3	16/08/2023

12 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

12.1 CHIAVENATO, I. Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações. 4. ed. Barueri: Manole, 2014

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: C32D5382-B3C5-4B4F-B55E-E3092ED46490

OFICIAL DE REGISTRO DE IMÓVEIS, TD E CIVIL DE PJ DA COMARCA DE GARÇA

Oficial Titular: Paulo Antonio Ignácio da Silva

Av Dr. Rafael Paes de Barros, 222 - Centro

Tel.: (14) 3406-2004 - Email: riaggarca@hotmail.com

REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS

REGISTRO PARA FINS DE PUBLICIDADE E EFICÁCIA EM RELAÇÃO A TERCEIROS

Nº 4913 de 18/07/2025

Certifico e dou fé que o documento eletrônico anexo, contendo **6 (seis) páginas**, foi apresentado em 18/07/2025, o qual foi protocolado sob nº 4913, tendo sido registrado eletronicamente sob nº **4913** e averbado no registro primitivo nº 11 no Livro B deste OFICIAL DE REGISTRO DE IMÓVEIS, TD E CIVIL DE PJ DA COMARCA DE GARÇA na presente data.

Apresentante
Sociedade Brasileira caminho de damasco

Natureza
Documento - Outros > Ata-Registro > Aditamento/alteração

Certifico, ainda, que consta no documento eletrônico registrado as seguintes assinaturas digitais:

FERNANDA JURADO:05271902846 (Padrão: ICP-Brasil)
LUIS ANTONIO PICERNI HERCE:03480454844 (Padrão: ICP-Brasil)
VANIA DOS REIS LOMBARDI:28102965886 (Padrão: ICP-Brasil)
PAULO EVARISTO URBANI DA CARVALHINHA:56147643800 (Padrão: ICP-Brasil)
NEWTON CESAR CARRINHENA:62384546953 (Padrão: ICP-Brasil)
CYLMARA GARGALAK AZIZ SILVEIRA:80840000715 (Padrão: ICP-Brasil)
CLAUDIO CAMARGO MACHADO:08521726805 (Padrão: ICP-Brasil)
ANGELO ANTONIO PICOLO:26309010840 (Padrão: ICP-Brasil)

Garça - SP, 18 de julho de 2025

Assinado eletronicamente

MARCELO CARRASCOSSI SASSO
Substituto do Oficial

Este certificado é parte **integrante e inseparável** do registro do documento acima descrito.

Emolumentos	Estado	Secretaria da Fazenda	Registro Civil	Tribunal de Justiça
R$ 57,84	R$ 16,44	R$ 11,25	R$ 3,05	R$ 3,97
Ministério Público	ISS	Condução	Outras Despesas	Total
R$ 2,78	R$ 2,89	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 98,22

Para verificar o conteúdo integral do documento, acesse o site:
rtdbrasil.org.br/certidaoregistro
e informe a chave abaixo ou utilize um leitor de qrcode.

4913

Para conferir a procedência deste documento efetue a leitura do QR Code impresso ou acesse o endereço eletrônico:
selodigital.tjsp.jus.br

Selo Digital
1197014PJO010008246WD25C

Este documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ALEX MOREIRA SANTOS JUNIOR, em sexta-feira, 18 de julho de 2025 14:29:54 (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: C32D5382-B3C5-4B4F-B55E-E3092ED46490

000001/000006

Registro Nº

4913

18/07/2025

egistrado eletronicamente para fins de publicidade e/ou eficácia em relação a terceiros sob nº 4913 em 18/07/2025 e averbado no registro primitivo nº 11 deste OFICIAL DE REGISTRO DE IMÓVEIS E CIVIL DE PJ DA COMARCA DE GARÇA. Assinado digitalmente por MARCELO CARRASCOSSI SASSO - Substituto do Oficial.

Emolumentos	Estado	Secretaria da Fazenda	Registro Civil	Tribunal de Justiça	Ministério Público	ISS	Condução	Outras Despesas	Total
R$ 57,84	R$ 16,44	R$ 11,25	R$ 3,05	R$ 3,97	R$ 2,78	R$ 2,89	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 98,22

Docusign Envelope ID: B1B82478-E001-4CF8-93CB-3387A064DDF7

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

REG. CIVIL DE P. JURÍDICA Fls. 2017 GARÇA-SP

AO OFICIAL DO REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA DA COMARCA DE GARÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO, associação não governamental, fundada em 19 de novembro de 1939, com seu estatuto social de constituição aprovado em 20 de janeiro de 1940, para fins não econômicos, registrada no CNPJ sob nº **48.211.585/0001-15**, com sede na Rua Gabriela, n. 144, município de Garça, Estado de São Paulo, CEP 17404-310, inscrita na Prefeitura do Município de São Paulo com o número de contribuinte 025.016.0034-7, através de seu representante legal **LUIS ANTONIO PICERNI HERCE**, brasileiro, solteiro, advogado, portador da Cédula de Identidade RG nº **11.784.356-8** SSP/SP e inscrito no CPF sob n. **034.804.548-44**, residente e domiciliado na Avenida Clavásio Alves da Silva, nº 525, bl.2, apto. 53, Bairro do Limão, município de São Paulo, Estado de São Paulo, vem requerer a averbação e arquivamento da Ata de Reunião do Conselho de Administração realizada em 30 de junho de 2025, junto ao Registro Civil de pessoa jurídica, atualmente registrada sob n. 11, à fl. 12, Lv. A (outrora arquivada junto ao registro n. 6, à fl. 6, do Lv. A-1), juntando para tanto a documentação necessária.

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4913
Registro nº 11

Nestes termos, Pede deferimento.

Garça, 30 de junho de 2025

DocuSigned by:
Luis Antonio Picerni Herce
64F8CD5BA0FC4C1...

LUIS ANTONIO PICERNI HERCE
PRESIDENTE
SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO

DS
LAPH

Matriz – Hospital Caminho de Damasco
Rua Gabriela, 144 – Labienópolis
Garça – SP – CEP 17400-000
Tel. (14) 3471-4164

WWW.SBCDSAUDE.ORG.BR

Sede Administrativa – São Paulo - SP
Rua Dr. Jesuíno Maciel, 1956 – Campo Belo
São Paulo – SP – CEP 04615-005
Tel. (11) 5090-3030

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ALEX MOREIRA SANTOS JUNIOR, em sexta-feira, 18 de julho de 2025 14:49:54 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: C32D5382-B3C5-4B4F-B55E-E3092ED46490

000002/000006

Registro Nº
4913
18/07/2025

egistrado eletronicamente para fins de publicidade e/ou eficácia em relação a terceiros sob nº 4913 em 18/07/2025 e averbado no registro primitivo nº 11 deste OFICIAL DE REGISTRO DE IMÓVEIS E CIVIL DE PJ DA COMARCA DE GARÇA. Assinado digitalmente por MARCELO CARRASCOSSI SASSO - Substituto do Oficial.

Emolumentos	Estado	Secretaria da Fazenda	Registro Civil	Tribunal de Justiça	Ministério Público	ISS	Condução	Outras Despesas	Total
R$ 57,84	R$ 16,44	R$ 11,25	R$ 3,05	R$ 3,97	R$ 2,78	R$ 2,89	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 98,22

Docusign Envelope ID: B1B82478-E001-4CF8-93CB-3387A064DDF7

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

REG. CIVIL DE P. JURÍDICA Fls. 2010

EDITAL DE CONVOCAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA REUNIÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO, INSCRITA NO CNPJ/MF SOB N. 48.211.585/0001-15, A REALIZAR-SE NO DIA 30 DE JUNHO DE 2025.

O Presidente do Conselho de Administração da Sociedade Brasileira Caminho de Damasco convoca seus membros do Conselho de Administração para a Reunião do Conselho de Administração, nos termos de seu estatuto social, a ser realizada no dia 30 de junho de 2025, em primeira convocação às 16:15 horas, e em segunda convocação às 16:30 horas, na filial da Sociedade Brasileira Caminho de Damasco, sito na Rua Doutor Jesuíno Maciel, nº 1956, Campo Belo, município de São Paulo, Estado de São Paulo, CEP 04616-004, para tratar da seguinte ordem do dia:

I. Aprovação do Plano de Trabalho da Sociedade Brasileira Caminho de Damasco no Edital de CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 004/2025-SES/SE, Processo nº 15365/2025 – Melhor Técnica e Preço, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde – SES, Estado de Sergipe, destinado à seleção de organização social para celebração de Contrato de Gestão objetivando o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde na Unidade de Pronto Atendimento São Vicente de Paulo;

II. Assunto gerais de interesse da Sociedade Brasileira Caminho de Damasco.

Garça, 18 de junho de 2025

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4913
Registro nº 11

DocuSigned by:
Newton Cesar Carrinhena
F42CC8F2ACFD49F...

Newton Cesar Carrinhena
Presidente do Conselho de Administração
Sociedade Brasileira Caminho de Damasco

O presente edital foi afixado na sede e na filial da Sociedade Brasileira Caminho de Damasco, conforme exigido pelo estatuto social, tornando público a todos os membros dos órgãos deliberativos.

DS

Matriz – Hospital Caminho de Damasco
Rua Gabriela, 144 – Labienópolis
Garça – SP – CEP 17400-000
Tel. (14) 3471-4164

WWW.SBCDSAUDE.ORG.BR

Sede Administrativa – São Paulo - SP
Rua Dr. Jesuíno Maciel, 1956 – Campo Belo
São Paulo – SP – CEP 04615-005
Tel. (11) 5090-3030

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ALEX MOREIRA SANTOS JUNIOR, em sexta-feira, 18 de julho de 2025 14:49:54 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: C32D5382-B3C5-4B4F-B55E-E3092ED46490

000003/000006

Registro Nº
4913
18/07/2025

egistrado eletronicamente para fins de publicidade e/ou eficácia em relação a terceiros sob nº 4913 em 18/07/2025 e averbado no registro primitivo nº 11 deste OFICIAL DE REGISTRO DE IMÓVEIS CIVIL DE PJ DA COMARCA DE GARÇA. Assinado digitalmente por MARCELO CARRASCOSSI SASSO - Substituto do Oficial.

Emolumentos	Estado	Secretaria da Fazenda	Registro Civil	Tribunal de Justiça	Ministério Público	ISS	Condução	Outras Despesas	Total
R$ 57,84	R$ 16,44	R$ 11,25	R$ 3,05	R$ 3,97	R$ 2,78	R$ 2,89	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 98,22

Docusign Envelope ID: B1B82478-E001-4CF8-93CB-3387A064DDF7

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4913
Registro nº 11

REG. CIVIL DE P. JURÍDICA
Fls. 2819
COMARCA

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

REUNIÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO, INSCRITA NO CNPJ/MF SOB N. 48.211.585/0001-15, REALIZADA NO DIA 30 DE JUNHO DE 2025.

Aos trinta dias do mês de junho do ano de dois mil e vinte e cinco, às dezesseis horas, realizou-se Reunião do Conselho de Administração, na filial da Sociedade Brasileira Caminho de Damasco, sito na Rua Doutor Jesuíno Maciel, nº 1956, Campo Belo, município de São Paulo, Estado de São Paulo, CEP 04616-005. A reunião foi convocada pelo Presidente do Conselho de Administração, **Dr. Newton Cesar Carrinhena**. Participam da Reunião, além do Presidente do Conselho de administração, os seguintes membros: **Claudio Camargo Machado, Paulo Evaristo Urbani de Carvalhinha, Fernanda Jurado, Cylmara Gargalak Aziz Silveira e Vania dos Reis Lombardi**. Além dos membros do Conselho de Administração, participou da reunião o Presidente da Diretoria Executiva, Dr. **Luis Antonio Picerni Herce**. O Presidente do Conselho de Administração, Dr. Newton Cesar Carrinhena, esclareceu que a reunião tem como finalidade de: **I** - Aprovação do Plano de Trabalho da Sociedade Brasileira Caminho de Damasco no Edital de CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 004/2025-SES/SE, Processo nº 15365/2025 – Melhor Técnica e Preço, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde – SES, Estado de Sergipe, destinado à seleção de organização social para celebração de Contrato de Gestão objetivando o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde na Unidade de Pronto Atendimento São Vicente de Paulo. **II** - Assuntos gerais de interesse da Sociedade Beneficente Caminho de Damasco. Tomando a palavra, o Presidente do Conselho de Administração, Dr. Newton Cesar Carrinhena apresentou a todos os conselheiros as exigências de lei, bem como aprovação do Plano de Trabalho da Sociedade Brasileira Caminho de Damasco no Edital de CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 004/2025-SES/SE, Processo nº 15365/2025 – Melhor Técnica e Preço, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde – SES, Estado de Sergipe, destinado à seleção de organização social para celebração de Contrato de Gestão objetivando o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde na Unidade de Pronto Atendimento São Vicente de Paulo. Considerando a PROPOSTA DE TRABALHO deverá ser materializada tendo como base as condições estabelecidas pela Secretaria de Estado da Saúde, observados os seguintes requisitos: A Proposta de Trabalho, elaborada segundo o roteiro apresentado no ANEXO V, deverá ser iniciada por índice que relacione todos os documentos e as folhas em que se encontram. Será apresentada em uma única via, em arquivo eletrônico tipo PDF pesquisável, e impresso, devidamente encadernada, numerada sequencialmente, da primeira à última folha, rubricada, sem emendas ou rasuras, na forma original, para fins de apreciação quanto aos parâmetros para pontuações previstas (ANEXOS V), e deverá conter os elementos abaixo indicados obedecida a seguinte ordem: I. Proposta de Trabalho contendo o seu plano operacional, em arquivo eletrônico do tipo PDF e impresso, expressando: a) Número do Chamamento Público de seleção e o objeto do mesmo. b) Apresentação da Proposta de Trabalho, conforme roteiro, previsto pela Secretaria de Estado da Saúde, devidamente aprovada pelo Conselho de Administração da entidade e registrada no cartório correspondente, contendo indispensavelmente: b.1) Definição de modelo de gestão com metas operacionais, indicativas de melhoria da eficiência e qualidade do serviço, do ponto de vista econômico, operacional e administrativo e os respectivos prazos e formas de execução. b.2) Apresentação de indicadores adequados de desempenho, qualidade, produtividade, econômico-

DocuSigned by: LAPH — Assinado por: LUIS ANTONIO PICERNI HERCE
DocuSigned by: AAP — Assinado por: ANGELO ALVES DOS SANTOS
DocuSigned by: CVAM — Assinado por: CLAUDIO CAMARGO MACHADO
DocuSigned by: CGAS — Assinado por: CYLMARA GARGALAK AZIZ SILVEIRA
DocuSigned by: FJ — Assinado por: FERNANDA JURADO
DocuSigned by: MCC — Assinado por: NEWTON CESAR CARRINHENA
DocuSigned by: PEUC — Assinado por: PAULO EVARISTO URBANI DA CARVALHINHA
DocuSigned by: VDRL — Assinado por: VANIA DOS REIS LOMBARDI

DS AAP
Rubrica VL
Rubrica PEUC
DS MCC
DS LAPH
DS FJ
DS CGAS
DS CCM

DS LAPH

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ALEX MOREIRA SANTOS JUNIOR, em sexta-feira, 18 de julho de 2025 14:49:54 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: C32D5382-B3C5-4B4F-B55E-E3092ED46490

egistrado eletronicamente para fins de publicidade e/ou eficácia em relação a terceiros sob nº 4913 em 18/07/2025 e averbado no registro primitivo nº 11 deste OFICIAL DE REGISTRO DE IMÓVEIS E CIVIL DE PJ DA COMARCA DE GARÇA. Assinado digitalmente por MARCELO CARRASCOSSI SASSO - Substituto do Oficial.

000004/000006

Registro Nº
4913
18/07/2025

Emolumentos	Estado	Secretaria da Fazenda	Registro Civil	Tribunal de Justiça	Ministério Público	ISS	Condução	Outras Despesas	Total
R$ 57,84	R$ 16,44	R$ 11,25	R$ 3,05	R$ 3,97	R$ 2,78	R$ 2,89	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 98,22

Docusign Envelope ID: B1B82478-E001-4CF8-93CB-3387A064DDF7

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

REG. CIVIL DE P. JURÍDICA Fls. 2267

financeiros e de expansão, na prestação dos serviços autorizados. b.3) Especificação da alocação dos recursos financeiros para execução do Proposta de Trabalho, conforme modelo definido pela Secretaria de Estado da Saúde, com anuência do valor devidamente aprovada pelo Conselho de Administração da entidade e registrada no cartório correspondente. Voltando a palavra e após esclarecimentos do Sr. Presidente do Conselho de Administração, as presentes deliberações tiveram a aprovação unanime de todos os membros do Conselho de Administração, bem como a ciência e concordância do Presidente da Diretoria Executiva. Portanto, restou aprovado por unanimidade dos presentes a concordância: **I** - Aprovação do Plano de Trabalho da Sociedade Brasileira Caminho de Damasco no Edital de CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 004/2025-SES/SE, Processo nº 15365/2025 – Melhor Técnica e Preço, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde – SES, Estado de Sergipe, destinado à seleção de organização social para celebração de Contrato de Gestão objetivando o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde na Unidade de Pronto Atendimento São Vicente de Paulo; **II** - Assuntos gerais de interesse da Sociedade Brasileira Caminho de Damasco. Colocada para análise junto aos presentes, após várias observações e debates, decidiu-se que nada mais havia a ser deliberado ou votado. A presente ata vai assinada por todos os presentes. Nada mais havendo deu-se por encerrado os trabalhos. Todos os presentes assinam a presente ata para que surta todos os efeitos legais.

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4913
Registro nº 11

São Paulo, 30 de junho de 2025.

DocuSigned by: Newton Cesar Carrinhena F42CC8F2ACFD48F...
Newton Cesar Carrinhena
Presidente do Conselho de Administração

DocuSigned by: Luis Antonio Picerni Herce 64F8CD58A0FC4C1...
Luis Antonio Picerni Herce
Presidente da Diretoria Executiva

DocuSigned by: Cláudio Camargo Machado 7C8D02ED7949484...
Cláudio Camargo Machado
Conselheiro

Assinado por: Vânia Lombardi B66256497EEE405...
Vania dos Reis Lombardi
Conselheira

DocuSigned by: Paulo Evaristo Urbani de Carvalhinha 60B28AD1966A44B...
Paulo Evaristo Urbani de Carvalhinha
Conselheiro

DocuSigned by: FERNANDA JURADO A9A546CC139B435...
Fernanda Jurado
Conselheira

DocuSigned by: Cylmara Gargalak Aziz Silveira CF3889B7E58445E...
Cylmara Gargalak Aziz Silveira
Conselheira

DocuSigned by: ANGELO ANTONIO PICOLO 9A0F44BE964548A...
Dr. Angelo Antonio Picolo
Advogado OAB/SP nº 182.375

DS LAPH

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ALEX MOREIRA SANTOS JUNIOR, em sexta-feira, 18 de julho de 2025 14:49:54 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: C32D5382-B3C5-4B4F-B55E-E3092ED46490

000005/000006

Registro Nº

4913

18/07/2025

egistrado eletronicamente para fins de publicidade e/ou eficácia em relação a terceiros sob nº 4913 em 18/07/2025 e averbado no registro primitivo nº 11 deste OFICIAL DE REGISTRO DE IMÓVEIS E CIVIL DE PJ DA COMARCA DE GARÇA. Assinado digitalmente por MARCELO CARRASCOSSI SASSO - Substituto do Oficial.

Emolumentos	Estado	Secretaria da Fazenda	Registro Civil	Tribunal de Justiça	Ministério Público	ISS	Condução	Outras Despesas	Total
R$ 57,84	R$ 16,44	R$ 11,25	R$ 3,05	R$ 3,97	R$ 2,78	R$ 2,89	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 98,22

OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DE PESSOAS JURIDICAS DE GARÇA -SP
Protocolo: 4.913 Recibo/Cert.
DIGIT.4.913-Av.369/REG.11-LvA-G.28/2025
Esc.: 57,84; Est.: 16,44; CP: 11,25; R.C.: 3,05; T.
J: 3,97; Desp.: 0,00;
18/07/2025 TOTAL: 98,22

Oficial de Registro de Imóveis e Anexos - Comarca de Garça - SP

MARCELO CARRASCOSSI SASSO
Substituto do Oficial

DS

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ALEX MOREIRA SANTOS JUNIOR, em sexta-feira, 18 de julho de 2025 14:49:54 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: C32D5382-B3C5-4B4F-B55E-E3092ED46490

000006/000006

Registro Nº
4913
18/07/2025

registrado eletronicamente para fins de publicidade e/ou eficácia em relação a terceiros sob nº 4913 em 18/07/2025 e averbado no registro primitivo nº 11 deste OFICIAL DE REGISTRO DE IMÓVEIS E CIVIL DE PJ DA COMARCA DE GARÇA. Assinado digitalmente por MARCELO CARRASCOSSI SASSO - Substituto do Oficial.

Emolumentos	Estado	Secretaria da Fazenda	Registro Civil	Tribunal de Justiça	Ministério Público	ISS	Condução	Outras Despesas	Total
R$ 57,84	R$ 16,44	R$ 11,25	R$ 3,05	R$ 3,97	R$ 2,78	R$ 2,89	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 98,22

OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURIDICA DE GARÇA - SP
CNPJ: 49.887.383/0001-50
AV. DR. RAFAEL PAES DE BARROS, 222 Fone: (014)3406-2004
BEL. PAULO ANTONIO IGNACIO DA SILVA - OFICIAL

REG. CIVIL DE P. JURÍDICA Fls. 2821

CERTIDÃO DE ATOS PRATICADOS - PROTOCOLO Nº: 4913

CERTIFICA que o presente título, protocolado sob número 4.913 em 18/07/2025, deu origem ao(s) sequinte(s) ato(s) nesta Serventia:

Registrado sob nº:4913
Registro primitivo nº:11

ATO

Valor Base	Oficial	Estado	Sec. Faz.	R. Civil	Tribunal	M.P.*	I.M.**	TOTAL
DIGIT.4.913 -Av.369-REG.11-LvA-G.28/2025								
0	R$ 57,84	R$ 16,44	R$ 11,25	R$ 3,05	R$ 3,97	R$ 2,78	R$ 2,89	R$ 98,22
					SELO DIGITAL:			1197014PJPO010008246WD25C

Os valores devidos ao Estado e a Carteira de Previdência foram pagos por verba conforme guia arquivada em cartório.

Tabela e valores vigentes na data da prenotação. COTA: UFESP(2,65)

* Ministério Públic
** Imposto Municipal

Obs.:

Apresentante
IRTDPJ BRASIL
Natureza
ATA DE ASSEMBLEIA

GARÇA, 18 de julho de 2025

MARCELO CARRASCOSSI SASSO
SUBSTITUTO DO OFICIAL

Oficial de Registro de Imóveis e Anexos - Comarca de Garça - SP
MARCELO CARRASCOSSI SASSO
Substituto do Oficial

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
COMARCA DE GARÇA - EST. SÃO PAULO
Digitalizado sob nº 4913
Registro nº 11

RESUMO FINANCEIRO				
DEPÓSITO R$ 98,22	**CUSTAS** R$ 98,22	**DILIGÊNCIA** R$ 0,00	**DESPESAS**	**RECEBER** R$ 0,00
Emolumentos	Estado	Secretaria da Fazenda	Registro Civil	Tribunal de Justiça
R$ 57,84	R$ 16,44	R$ 11,25	R$ 3,05	R$ 3,97
Ministério Público	ISS	Condução	Outras Despesas	Total
R$ 2,78	R$ 2,89	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 98,22

DS
LAPH

Para conferir a procedência deste documento efetue a leitura do QR Code impresso ou acesse o endereço eletrônico https://selodigital.tjsp.jus.br

Selo Digital
1197014PJPO010008246WD25C

Para conferir a procedência deste documento efetue a leitura do QR Code impresso ou acesse o endereço eletrônico https://selodigital.tjsp.jus.br
- 18/07/2025 11:15:44 - . Ocian Sistemas - www.ocian.com.br

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ALEX MOREIRA SANTOS JUNIOR, em sexta-feira, 18 de julho de 2025 14:49:54 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: C32D5382-B3C5-4B4F-B55E-E3092ED46490

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

ANEXO II – INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES AO PLANO DE TRABALHO

Docusign Envelope ID: C32D5382-B3C5-4B4F-B55E-E3092ED46490

Anexo Complementar ao Plano de Trabalho – UPA São Vicente de Paulo

1. Aluguel de Ambulância Adicional

Considerando a necessidade de reforço logístico da unidade, está previsto no Plano de Trabalho, a locação de uma ambulância adicional. Esta medida tem como objetivo:

- **Ampliar a capacidade de resposta da UPA,** especialmente em situações de aumento da demanda ou eventos críticos;
- **Assegurar maior agilidade nos deslocamentos assistenciais,** otimizando o tempo-resposta entre a unidade e os serviços de referência;
- **Reforçar a segurança e qualidade do atendimento pré e intra-hospitalar**, garantindo transporte adequado dos usuários;
- **Assegurar a disponibilidade de veículos diante de múltiplas ocorrências simultâneas,** contribuindo para a continuidade e resolutividade dos fluxos assistenciais da Rede de Urgência e Emergência.

Docusign Envelope ID: C32D5382-B3C5-4B4F-B55E-E3092ED46490

2. Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC)

2.1 Estrutura Tecnológica e Integração à RUE

A proposta contempla a implantação de uma estrutura robusta de Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC), integralmente alinhada à Estratégia da Rede de Urgência e Emergência (RUE) e à política de integração ao Sistema Único de Saúde (SUS). A informatização da UPA está em consonância com os princípios de regionalização, integralidade e continuidade do cuidado, possibilitando comunicação efetiva com os demais pontos da rede.

A infraestrutura tecnológica será interoperável com os sistemas estaduais e federais, tais como SISREG, e-SUS, CNES e a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), permitindo o envio e recepção de informações clínicas e administrativas em tempo real, fortalecendo o processo de regulação e contra-referência.

2.2 Plano de Contingência de TIC

Será implementado um plano de contingência específico para garantir a continuidade operacional da unidade em situações de falha de rede ou interrupção do fornecimento de energia. Estão previstas:

- Instalação de nobreaks e geradores para manter o funcionamento dos setores críticos;

Docusign Envelope ID: C32D5382-B3C5-4B4F-B55E-E3092ED46490

- Conexão de internet principal via fibra óptica e link de contingência via rede 4G dedicada;
- Funcionalidade offline do prontuário eletrônico, com sincronização automática após restabelecimento da conexão;
- Protocolos operacionais com diretrizes claras para atuação durante instabilidades.

2.3 Monitoramento Assistencial em Tempo Real

A UPA contará com painéis digitais integrados ao sistema informatizado, permitindo o monitoramento em tempo real dos seguintes indicadores:

- Tempo médio de espera e permanência por classificação de risco;
- Ocupação de setores (triagem, consultórios, observação, estabilização);
- Principais CIDs atendidos e causas de retorno precoce;
- Taxa de ocupação de leitos e uso de recursos diagnósticos.

As informações serão exibidas em áreas estratégicas como postos de enfermagem, coordenação e sala da regulação, possibilitando respostas mais rápidas e eficientes às situações assistenciais.

Docusign Envelope ID: C32D5382-B3C5-4B4F-B55E-E3092ED46490

2.4 Capacitação em LGPD, Sistemas e Segurança Digital

Será desenvolvido um programa permanente de capacitação para a equipe multiprofissional, com foco na utilização segura dos sistemas, cumprimento da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) e nas boas práticas de segurança digital.

Estão previstas:

- Capacitações obrigatórias e adaptadas ao perfil de cada profissional;
- Orientações sobre segurança de acesso, uso ético de dados e prevenção de incidentes;
- Simulações periódicas de situações críticas e atualizações regulares do conteúdo.

2.5 Uso das Informações para Gestão Clínica e Administrativa

Os dados gerados pelos sistemas serão utilizados como ferramenta estratégica para apoio à decisão clínica e administrativa, permitindo:

- Padronização de condutas e melhoria contínua da assistência;
- Apoio à regulação e organização dos fluxos de atendimento;
- Avaliação de produtividade, eficiência e dimensionamento de equipes;
- Transparência por meio de relatórios gerenciais periódicos.

Docusign Envelope ID: C32D5382-B3C5-4B4F-B55E-E3092ED46490

2.6 Alinhamento à Estratégia de Saúde Digital (2020–2028)

A proposta está aderente à Estratégia de Saúde Digital para o Brasil (2020–2028), incorporando:

- Sistemas interoperáveis com a RNDS (padrões HL7/FHIR);
- Infraestrutura compatível com os princípios da transformação digital do SUS;
- Mecanismos robustos de segurança da informação e continuidade assistencial.

3. Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP)

A UPA São Vicente de Paulo será equipada com estações de trabalho informatizadas em todos os setores assistenciais e administrativos, incluindo:

- Triagem, consultórios, observação, estabilização, farmácia, SAME, recepção, sala de regulação e coordenação.

As diretrizes de uso do PEP incluem:

- Modelo de evolução clínica padrão SOAP;
- Campos obrigatórios definidos por protocolo institucional;
- Integração com protocolos assistenciais e fluxos regulatórios.

A infraestrutura contará com:

- Hardware dimensionado por setor, nobreaks e energia redundante;

Docusign Envelope ID: C32D5382-B3C5-4B4F-B55E-E3092ED46490

- Funcionalidades clínicas avançadas (alertas de alergias, interações medicamentosas, dose segura, checagem de duplicidade);
- Conexão direta com a Central Estadual de Regulação e mecanismos de contra-referência;
- Capacitação inicial e periódica por perfil de usuário, com suporte técnico contínuo.

Serão adotadas práticas de segurança digital reforçada, incluindo autenticação 2FA, perfis de acesso, logs completos com CPF e geolocalização, além de conformidade plena com a LGPD e normas da ANVISA quanto à guarda de dados clínicos.

A operação da UPA será assegurada mesmo em casos de falha de conexão, por meio de funcionalidade offline e link de contingência 4G/satélite.

4. Perfil Assistencial e Organização

A UPA São Vicente de Paulo terá como foco exclusivo o atendimento de casos de urgência e emergência nas áreas de Clínica Médica e Pediatria, não estando prevista a presença de especialidades fixas. A unidade funcionará de forma ininterrupta, em regime de 24 horas por dia, sete dias por semana, com equipes completas e multiprofissionais em todos os turnos, assegurando a continuidade e qualidade do atendimento.

4.1 Porta de Entrada e Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR)

A entrada dos usuários se dará por fluxo único de acesso, estruturado a partir do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), conforme o Protocolo de Manchester, com acolhimento realizado por equipe de enfermagem treinada,

Docusign Envelope ID: C32D5382-B3C5-4B4F-B55E-E3092ED46490

em ambiente adequado, com privacidade e conforto. O fluxo compreende as seguintes etapas:

1. Recepção e cadastro do usuário no sistema informatizado;
2. Encaminhamento imediato para a sala de triagem e acolhimento;
3. Aplicação da classificação de risco conforme critérios clínicos padronizados, com definição de prioridades baseada no grau de urgência;
4. Encaminhamento para o setor correspondente ao perfil assistencial, conforme classificação atribuída.

Esse processo visa garantir fluidez, priorização dos casos graves e humanização do atendimento, respeitando os princípios do SUS e as diretrizes da Rede de Urgência e Emergência.

4.2 Consultórios e Perfis Assistenciais

A estrutura física da UPA contará com consultórios médicos distribuídos de acordo com os principais perfis de atendimento:

- Consultórios de Clínica Médica;
- Consultórios Pediátricos;
- Consultório para Pequenos Traumas.

Cada consultório será equipado com mobiliário e insumos adequados, informatizados e com acesso direto ao Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), possibilitando integração em tempo real com os demais setores da unidade.

Docusign Envelope ID: C32D5382-B3C5-4B4F-B55E-E3092ED46490

4.3 Leitos de Observação

Estarão disponíveis leitos de observação para permanência de até 24 horas, organizados por sexo e faixa etária, da seguinte forma:

- Leitos femininos;
- Leitos masculinos;
- Leitos pediátricos/infantis.

Os leitos serão monitorados pela equipe de enfermagem em tempo integral e equipados com recursos para suporte clínico, incluindo oxigênio, monitores multiparamétricos e bombas de infusão, conforme complexidade assistencial esperada.

4.4 Sala de Estabilização

A UPA disporá de uma sala de estabilização equipada para atendimento a pacientes graves ou em risco iminente de morte, com capacidade de resposta imediata até a regulação e transferência para unidade hospitalar.

Os equipamentos críticos previstos incluem:

- Monitor multiparamétrico com capnografia;
- Ventilador pulmonar mecânico;

Docusign Envelope ID: C32D5382-B3C5-4B4F-B55E-E3092ED46490

- Desfibrilador com cardioversor;
- Bomba de infusão e bomba de seringa;
- Aspirador cirúrgico;
- Oxímetro de pulso e termômetro digital;
- Maleta de via aérea e carro de parada com medicamentos de emergência.

4.5 Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT)

A UPA contará com estrutura interna de apoio diagnóstico, permitindo a realização de exames básicos essenciais à conduta médica imediata. Estão previstos:

- Laboratório de análises clínicas com exames de bioquímica, hematologia e urina;
- Aparelho de Raio-X digital com sistema de imagem integrado;
- Aparelho de eletrocardiograma (ECG) com emissão de laudo remoto;
- Sistema informatizado com integração de laudos em tempo real.

Esses serviços visam apoiar decisões clínicas rápidas e fundamentadas, reduzindo a necessidade de encaminhamentos externos desnecessários.

Docusign Envelope ID: C32D5382-B3C5-4B4F-B55E-E3092ED46490

4.6 Sala de Pequenos Procedimentos e CME

A unidade terá sala de pequenos procedimentos cirúrgicos, equipada para realização de suturas, drenagens e curativos complexos, com apoio direto da Central de Material e Esterilização (CME), responsável pelo preparo, esterilização e distribuição dos materiais críticos.

4.7 Regulação SUS – Atuação do NIR

A UPA São Vicente de Paulo manterá equipe do Núcleo Interno de Regulação (NIR), responsável por:

- Interlocução direta com a Central de Regulação Municipal/Estadual;
- Solicitação e acompanhamento de vagas hospitalares e transferências;
- Organização do fluxo de referência e contra-referência, garantindo continuidade do cuidado.

O NIR contará com infraestrutura física e tecnológica adequada, equipe treinada e sistemas compatíveis com os protocolos regulatórios vigentes.

4.8 Serviços de Apoio Operacional

A unidade contará com serviços de apoio estruturados, operando em consonância com os princípios de eficiência e rastreabilidade, incluindo:

- Farmácia informatizada, com controle de estoque e dispensação segura;
- SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística);

Docusign Envelope ID: C32D5382-B3C5-4B4F-B55E-E3092ED46490

- Lavanderia hospitalar terceirizada ou conveniada;
- Serviço de nutrição e dietética, com preparo e distribuição de refeições aos pacientes em observação;
- Necrotério hospitalar, com área técnica conforme normas sanitárias;
- Serviços de limpeza, manutenção predial, segurança patrimonial e apoio logístico.

5. Acolhimento com Classificação de Risco

A proposta assistencial da UPA São Vicente de Paulo contempla a adoção do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) como estratégia fundamental para qualificação do acesso, priorização dos casos graves e organização dos fluxos assistenciais, conforme preconizado pelo Protocolo de Manchester.

Contudo, reconhece-se a necessidade de adequação da estrutura física e organizacional da unidade à operacionalização plena do ACCR, considerando a realidade e limitações específicas do imóvel atualmente disponível.

5.1 Adequações Recomendadas

Com base na avaliação das condições locais, recomenda-se a adoção das seguintes medidas para assegurar a efetividade do ACCR:

Docusign Envelope ID: C32D5382-B3C5-4B4F-B55E-E3092ED46490

- Análise detalhada do espaço físico da unidade, com foco na viabilidade de implantação do fluxo ideal entre os setores de recepção, triagem e atendimento médico;
- Consideração das limitações estruturais existentes, respeitando a conformação atual do imóvel e as possibilidades de adaptação sem comprometer a segurança e a privacidade dos usuários;
- Reorganização dos ambientes internos, com redimensionamento e/ou realocação de salas de triagem, espera e consultórios, visando garantir fluxos contínuos e sem cruzamentos inadequados;
- Estruturação de salas de triagem com acesso direto e reservado, próximas à recepção e aos consultórios, favorecendo resposta rápida ao acolhimento inicial e à classificação de risco;
- Implantação de ambiente de espera adequado, com assentos confortáveis, climatização, ventilação e acessibilidade, garantindo dignidade e bem-estar aos pacientes enquanto aguardam atendimento;
- Criação de barreiras visuais e auditivas que assegurem a privacidade no momento da triagem, respeitando o sigilo das informações e promovendo ambiente acolhedor.

5.2 Equipe e Protocolo Assistencial

A triagem será realizada por profissionais de enfermagem devidamente capacitados na aplicação do Protocolo de Manchester, com suporte informatizado para o registro da classificação de risco diretamente no sistema de prontuário eletrônico.

As cores de prioridade adotadas serão:

Docusign Envelope ID: C32D5382-B3C5-4B4F-B55E-E3092ED46490

- Vermelho – emergência (atendimento imediato);
- Laranja – muito urgente;
- Amarelo – urgente;
- Verde – pouco urgente;
- Azul – não urgente.

O sistema permitirá a revisão contínua da classificação de risco, especialmente em casos de agravamento clínico durante a permanência na unidade.

5.3 Integração com o Prontuário Eletrônico e Monitoramento

A classificação de risco realizada será registrada no prontuário eletrônico, integrando-se aos demais dados clínicos e administrativos do paciente, com impacto direto na gestão dos fluxos internos e priorização de recursos.

Além disso, os dados coletados alimentarão painéis de monitoramento em tempo real, que permitirão à coordenação acompanhar o tempo de espera por classificação, a taxa de permanência por cor de risco e a eficiência dos fluxos de atendimento.

Docusign Envelope ID: CEDCB792-1DB1-43D8-89B6-A90EB0E4B32D

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

DECLARAÇÃO DE SITUAÇÃO REGULAR PERANTE O MINISTÉRIO DO TRABALHO

DECLARO, sob as penas da lei, que a entidade **SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO**, associação não governamental, fundada em 19 de novembro de 1939, com seu estatuto social de constituição aprovado em 20 de janeiro de 1940, para fins não econômicos, registrada no CNPJ sob nº **48.211.585/0001-15**, com sede na Rua Gabriela, n. 144, Município de Garça, Estado de São Paulo – CEP 17404-310**,** inscrita na Prefeitura do Município de São Paulo com o número de contribuinte 025.016.0034-7, através de seu representante legal **LUIS ANTONIO PICERNI HERCE**, brasileiro, solteiro, advogado, portador da Cédula de Identidade RG nº **11.784.356-8** SSP/SP e inscrito no CPF sob n. **034.804.548-44**, na data da apresentação da proposta da **Chamamento Público 004/2025-SES/SE,** da Secretaria de Saúde do Estado de Sergipe, encontra-se em situação regular perante o Ministério do Trabalho, nos termos do inciso XXXIII, do artigo 7° da Constituição Federal.

Aracaju (SE), 23 /07/2025.

DocuSigned by:
Luis Antonio Picerni Herce
64F8CD58A0FC4C1...

LUIS ANTONIO PICERNI HERCE
Presidente

SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO

DS
LAPH

Docusign Envelope ID: CEDCB792-1DB1-43D8-89B6-A90EB0E4B32D

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

DECLARAÇÃO DO DIRIGENTE DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE PLENO CONHECIMENTO DO OBJETO A SER PACTUADO E DE SUAS CONDIÇÕES

DECLARO, sob as penas da lei, que a entidade **SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO**, associação não governamental, fundada em 19 de novembro de 1939, com seu estatuto social de constituição aprovado em 20 de janeiro de 1940, para fins não econômicos, registrada no CNPJ sob nº **48.211.585/0001-15**, com sede na Rua Gabriela, n. 144, Município de Garça, Estado de São Paulo – CEP 17404-310**,** inscrita na Prefeitura do Município de São Paulo com o número de contribuinte 025.016.0034-7, através de seu representante legal **LUIS ANTONIO PICERNI HERCE**, brasileiro, solteiro, advogado, portador da Cédula de Identidade RG nº **11.784.356-8** SSP/SP e inscrito no CPF sob n. **034.804.548-44**, na data da apresentação da proposta da **Chamamento Público 004/2025-SES/SE,** da Secretaria de Saúde do Estado de Sergipe, tem pleno conhecimento do objeto a ser pactuado e de suas condições.

Aracaju (SE), 23 /07 / 2025.

DocuSigned by:
Luis Antonio Picerni Herce
64F8CD58A0EC4C1...

LUIS ANTONIO PICERNI HERCE
Presidente

SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO

Docusign Envelope ID: CEDCB792-1DB1-43D8-89B6-A90EB0E4B32D

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

DECLARAÇÃO DO DIRIGENTE DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL QUE NÃO POSSUI AGENTE PÚBLICO EM EXERCÍCIO EM CARGO DE DIREÇÃO

DECLARO, sob as penas da lei, que a entidade **SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO**, associação não governamental, fundada em 19 de novembro de 1939, com seu estatuto social de constituição aprovado em 20 de janeiro de 1940, para fins não econômicos, registrada no CNPJ sob nº **48.211.585/0001-15**, com sede na Rua Gabriela, n. 144, Município de Garça, Estado de São Paulo – CEP 17404-310**,** inscrita na Prefeitura do Município de São Paulo com o número de contribuinte 025.016.0034-7, através de seu representante legal **LUIS ANTONIO PICERNI HERCE**, brasileiro, solteiro, advogado, portador da Cédula de Identidade RG nº **11.784.356-8** SSP/SP e inscrito no CPF sob n. **034.804.548-44**, na data da apresentação da proposta da **Chamamento Público 004/2025-SES/SE,** da Secretaria de Saúde do Estado de Sergipe, não possui agente público em exercício em nenhum cargo de direção.

Aracaju (SE), 23 /07 / 2025.

DocuSigned by:
Luis Antonio Picerni Herce
64F8CD58A0FC4C1...

LUIS ANTONIO PICERNI HERCE
Presidente

SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO

Docusign Envelope ID: CEDCB792-1DB1-43D8-89B6-A90EB0E4B32D

Sociedade Brasileira
Caminho de Damasco - SBCD

DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE PARA CONTRATAR COM A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

DECLARAMOS, sob as penas da lei, que a entidade **SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO**, associação não governamental, fundada em 19 de novembro de 1939, com seu estatuto social de constituição aprovado em 20 de janeiro de 1940, para fins não econômicos, registrada no CNPJ sob nº **48.211.585/0001-15**, com sede na Rua Gabriela, n. 144, Município de Garça, Estado de São Paulo – CEP 17404-310**,** inscrita na Prefeitura do Município de São Paulo com o número de contribuinte 025.016.0034-7, através de seu representante legal **LUIS ANTONIO PICERNI HERCE**, brasileiro, solteiro, advogado, portador da Cédula de Identidade RG nº **11.784.356-8** SSP/SP e inscrito no CPF sob n. **034.804.548-44**, na data da apresentação da proposta da **Chamamento Público 004/2025-SES/SE,** da Secretaria de Saúde do Estado de Sergipe, não está cumprindo pena de suspensão temporária de participação de Chamamento Público aplicada, tampouco apenada com declaração de inidoneidade para licitar ou contratar, aplicada por qualquer Órgão da União, Estados, Distrito Federal ou Municípios.

Aracaju (SE), 23 /07 / 2025.

DocuSigned by:
Luis Antonio Picerni Herce
64F8CD58A0FC4C1...

LUIS ANTONIO PICERNI HERCE
Presidente

SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO

DS
LAPH