Supervisionar a atuação dos recepcionistas quanto ao cadastro de usuários, emissão de senhas, regulação de entrada e organização documental;

Coordenar os profissionais de portaria e vigilância, zelando pela segurança patrimonial e controle de acessos;

Coordenador os profissionais de limpeza, verificando o cumprimento dos protocolos;

Implantar e manter rotinas padronizadas de identificação, comunicação de incidentes, acesso restrito e horários de visita, conforme normativas internas.

7. Coordenação do SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística)

Supervisionar a organização física e digital dos prontuários, garantindo sua guarda, confidencialidade, integridade e acessibilidade;

Apoiar o processo de digitalização e integração com o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), com base na LGPD;

Produzir relatórios estatísticos, consolidando dados de atendimento, morbimortalidade, agravos e indicadores de produção;

Controlar pendências de prontuários incompletos e promover a regularização documental com a equipe clínica.

8. Articulação Institucional e Apoio à Gestão Técnica

Apoiar o Diretor Geral e os Coordenadores Técnico e de Enfermagem na execução e monitoramento dos indicadores de gestão e contratos de serviços terceirizados;

Participar de reuniões de alinhamento, prestação de contas e planejamento estratégico da unidade;

Atuar na resolução de problemas administrativos e operacionais, propondo melhorias contínuas;

Auxiliar na preparação de documentos, relatórios e evidências para auditorias externas, inspeções e visitas técnicas.

9. Sustentabilidade, Eficiência e Conformidade

Promover a cultura da responsabilidade fiscal, economicidade, sustentabilidade e integridade administrativa;

Incentivar o uso racional de recursos (água, energia, papel, insumos) e adoção de práticas sustentáveis no ambiente institucional;

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Garantir o cumprimento dos prazos legais e contratuais de todas as obrigações administrativas;

Implementar procedimentos operacionais padronizados (POPs) para rotinas administrativas e logísticas da UPA.

A Coordenação Administrativa da UPA 24h de Paraibuna é o eixo técnico-gerencial que sustenta a operação cotidiana da unidade, garantindo que os insumos, contratos, pessoas, documentos e recursos financeiros estejam organizados, controlados e à disposição dos serviços assistenciais com segurança, legalidade e eficiência.

Sua atuação é estratégica para que o Instituto de Excelência em Saúde Pública (IESP) cumpra seu contrato de gestão com excelência, integridade e responsabilidade perante o SUS e os órgãos de controle.

A estrutura administrativa do Instituto de Excelência em Saúde Pública é projetada para conciliar agilidade gerencial com rigor técnico e jurídico, assegurando que todas as ações desenvolvidas na gestão de unidades públicas de saúde se realizem em estrita conformidade com os princípios da administração pública, com efetividade nos resultados e com plena accountability institucional.

Estrutura Administrativa e Financeira Local – UPA Paraibuna

Como parte da implantação e gestão da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) no município de Paraibuna, o Instituto de Excelência em Saúde Pública (IESP) disponibilizará uma estrutura administrativa e financeira local, organizada com equipe técnica qualificada e alocação física própria para apoio à gestão contratual, assistencial e operacional.

1. Instalação Física e Setores Locados

Será locada uma sala administrativa no município de Paraibuna, destinada ao funcionamento de setores estratégicos da gestão local do IESP. Essa estrutura estará

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

devidamente equipada e acessível, com mobiliário, equipamentos de informática, sistema de gestão e comunicação institucional.

2. Setores que compõem a estrutura administrativa local do IESP

A estrutura contará com os seguintes núcleos:

a) Setor Administrativo-Operacional

Responsável pela organização de documentos, controle de agendas e tramitação de demandas locais da unidade.

Apoia diretamente a coordenação da UPA e os processos internos junto à Secretaria Municipal de Saúde e demais órgãos públicos.

b) Setor de Recursos Humanos (RH)

Responsável pela gestão de pessoas contratadas para atuação na unidade, incluindo admissões, treinamentos, controle de ponto, folha de pagamento e apoio aos servidores.

Realiza atendimentos presenciais aos colaboradores e intermedia encaminhamentos ao setor central de RH do IESP.

c) Setor Financeiro Local

Atua no apoio às rotinas financeiras da unidade, incluindo conferência de notas fiscais, controle de pagamentos locais, gestão de suprimentos e prestação de contas parcial.

Mantém interface direta com a Tesouraria Central do IESP, garantindo fluidez no fluxo financeiro institucional e cumprimento das obrigações do contrato de gestão.

d) Setor de Compras e Suprimentos

Realiza o controle local de estoque, recebimento e armazenamento de insumos, medicamentos e materiais, com apoio técnico da farmácia da UPA e do almoxarifado.

Acompanha a reposição de itens, vencimentos, requisições internas e controle patrimonial.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

A Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar nº 101/2000 – LRF)

Embora o Instituto de Excelência em Saúde Pública (IESP) seja uma entidade de direito privado, sua atuação no contexto da execução de serviços públicos essenciais – especialmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e o fato de gerenciar diretamente recursos financeiros provenientes do erário, submetem-no à aplicação dos princípios e comandos da Lei Complementar nº 101/2000, conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF).

A LRF é um dos principais marcos da governança pública moderna, instituída para assegurar que os agentes públicos e entidades que operam com recursos do Tesouro atuem com equilíbrio fiscal, planejamento, transparência, controle e responsabilidade na gestão orçamentária e financeira.
Para as Organizações Sociais, a observância dos dispositivos da LRF não é apenas um compromisso ético e técnico, mas uma exigência legal e contratual que subsidia a legitimidade da execução indireta de políticas públicas.

Aplicação da LRF ao IESP

O IESP, ao celebrar contratos de gestão com entes federativos (Municípios, Estados ou União), torna-se corresponsável pela boa aplicação dos recursos públicos que lhe são repassados, assumindo obrigações que exigem:

- Planejamento orçamentário com base em metas físicas e financeiras previamente pactuadas, conforme descrito no Plano de Trabalho aprovado pela contratante;
- Execução dos recursos conforme os centros de custo definidos, respeitando os percentuais permitidos para despesas com pessoal, encargos sociais, material de consumo, aquisição de bens, serviços de terceiros, investimentos e demais rubricas;

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Prestação de contas tempestiva, padronizada e auditável, contendo demonstrações contábeis, relatórios de gestão, indicadores de desempenho e memórias de cálculo dos resultados obtidos.

Princípios Fiscais Aplicáveis ao IESP

b) Planejamento Orçamentário Vinculado às Metas

Antes do início da execução do contrato, o IESP deve apresentar um Plano Orçamentário detalhado, compatível com os limites de repasse anual estabelecidos no contrato. Esse plano deve estar diretamente ligado às metas físicas e indicadores de desempenho assistencial, garantindo coerência entre o que se pretende alcançar e os recursos a serem utilizados.

c) Vedação a Despesas sem Previsão Financeira

A LRF proíbe expressamente a realização de gastos sem cobertura orçamentária ou sem disponibilidade financeira, o que se aplica ao IESP por meio do controle rigoroso de saldos em conta e da projeção de despesas com base no cronograma de repasses da contratante.

A realização de despesa futura sem previsão de receita caracteriza ato irregular passível de glosa e responsabilização.

c) Controle das Despesas com Pessoal

Embora as OS não estejam sujeitas diretamente aos limites estabelecidos no art. 19 da LRF (que trata da despesa de pessoal como percentual da Receita Corrente Líquida dos entes), os contratos de gestão podem estipular tetos para os gastos com folha de pagamento, inclusive como condição para renovação contratual. O IESP, portanto, deve:

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Monitorar constantemente o índice de gasto com pessoal em relação ao total do orçamento pactuado;
- Evitar criação de vínculos e encargos excessivos que comprometam o equilíbrio fiscal da unidade;
- Documentar de forma transparente todos os contratos, remunerações e benefícios dos seus colaboradores.

d) Cronograma de Desembolso e Equilíbrio Financeiro

A execução orçamentária deve acompanhar o cronograma financeiro definido pelo ente contratante, com entradas previstas mensalmente. O IESP é responsável por:

- Controlar o saldo dos repasses em tempo real;
- Realizar pagamentos em conformidade com a liquidação da despesa e os prazos pactuados com fornecedores e prestadores;
- Garantir que a liquidez operacional da unidade seja preservada, evitando déficits e atrasos que comprometam o funcionamento do serviço.

e) Demonstração da Execução Orçamentária

Com base no que determina a LRF e os contratos de gestão, o IESP deve apresentar relatórios regulares de execução orçamentária, incluindo:

- Balancetes contábeis mensais, com detalhamento por centro de custo;
- Relatórios quadrimestrais e anuais de gestão e resultados;
- Comparativo entre recursos recebidos, empenhados e pagos;
- Relatórios de execução física e financeira integrados, permitindo a avaliação do custo por procedimento, setor ou indicador.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Esses documentos devem ser submetidos à Secretaria de Saúde contratante, ao Conselho de Saúde, ao Tribunal de Contas e, quando requerido, à Controladoria-Geral do Município/Estado.

Implicações da LRF para a Governança do IESP

A Lei de Responsabilidade Fiscal não apenas estabelece limites e obrigações formais, mas também exige um padrão elevado de governança e integridade institucional, refletido em:

- Controles internos eficazes, com segregação de funções, políticas de compliance e rastreabilidade dos atos administrativos;
- Planejamento estratégico e tático, vinculado aos instrumentos de gestão pública como Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA);
- Capacitação contínua dos gestores e técnicos administrativos e financeiros, com foco em boas práticas contábeis, auditoria e responsabilidade pública;
- Adoção de sistemas informatizados e integrados de gestão, auditáveis e compatíveis com os sistemas do SUS (CNES, e-SUS, SIA/SIH, entre outros);
- Disponibilização pública dos dados financeiros e administrativos em portais de transparência, conforme prevê o art. 48 da LRF.

Penalidades e Riscos em Caso de Descumprimento

O não cumprimento das disposições da LRF, mesmo por uma Organização Social, pode ensejar:

- Glosas de recursos por parte da contratante;
- Suspensão de novos repasses até regularização;
- Responsabilização dos gestores e membros da diretoria, civil, administrativa e, em alguns casos, penalmente;

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Reprovação das contas pelo Tribunal de Contas do Estado, comprometendo a continuidade do contrato e a reputação institucional;
- Rescisão contratual por descumprimento das cláusulas de responsabilidade fiscal.

A Responsabilidade Fiscal constitui um dos pilares fundamentais da atuação do IESP como Organização Social, garantindo que a execução dos serviços públicos sob sua gestão seja ética, legal, transparente e economicamente sustentável.

A aplicação rigorosa da LRF contribui para consolidar uma cultura de controle, eficiência e prestação de contas, assegurando à sociedade que os recursos públicos estão sendo utilizados de forma estratégica, responsável e voltada à melhoria da qualidade da atenção à saúde.

Eficiência Administrativa, com Foco em Resultados Assistenciais Pactuados

A eficiência administrativa no âmbito da atuação do Instituto de Excelência em Saúde Pública (IESP) — enquanto Organização Social contratada para gestão de unidades de saúde públicas — é um princípio estruturante e inegociável, que deve permear todas as ações técnico-gerenciais desenvolvidas no cumprimento do contrato de gestão.

Esse princípio está alinhado aos preceitos constitucionais (art. 37, caput, CF/88) e aos fundamentos da administração pública moderna, que exigem entregas mensuráveis, com qualidade, economicidade e impacto positivo na vida da população.

A atuação do IESP é balizada por metas físicas, indicadores de qualidade, parâmetros de eficiência e objetivos estratégicos previamente pactuados com o ente público contratante. A eficiência, nesse contexto, não se resume à redução de custos, mas à máxima obtenção de valor em saúde com os recursos disponíveis, mantendo a equidade, a segurança e a continuidade do cuidado.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Organização Funcional Enxuta e Operacionalização Racional

O primeiro pilar da eficiência reside na organização da estrutura interna da unidade de saúde gerida, com atenção à racionalidade, clareza de papéis e foco na desburocratização dos fluxos.

Isso se traduz em:

- Desenho organizacional com linhas de comando bem definidas, evitando sobreposição de funções e áreas com lacunas de responsabilidade;
- Matriz de responsabilidades por setor e por função, com atribuições claras, metas específicas e responsabilização individual e coletiva;
- Fluxos de trabalho mapeados e otimizados, com utilização de ferramentas de gestão como BPM (Business Process Management), 5W2H, fluxogramas operacionais e controle de prazos e interfaces;
- Eliminação de atividades redundantes, retrabalhos, processos manuais ineficazes e rotinas sem valor agregado;
- Implantação de rotinas padronizadas (POPs, instruções de trabalho, checklists) para garantir uniformidade, qualidade e segurança dos processos.

Controle de Desperdícios, Retrabalhos e Gastos Desnecessários

A eficiência administrativa também requer controle rigoroso sobre os insumos, tempo de trabalho, infraestrutura e demais recursos públicos utilizados, combatendo desperdícios que comprometam o desempenho assistencial ou onerem desnecessariamente o orçamento pactuado.

As estratégias incluem:

- Auditoria interna contínua para identificação de gargalos operacionais e desvios de conduta ou de uso;

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Implantação de indicadores de eficiência operacional, como custo por paciente atendido, insumos por procedimento, índice de retrabalho e consumo médio por setor;
- Política de uso racional de medicamentos, insumos, energia elétrica, água e materiais de expediente, com campanhas internas e fiscalização setorial;
- Avaliação de desempenho por produtividade e qualidade, vinculando bonificações e reconhecimentos a resultados concretos;
- Aplicação do conceito de custo-efetividade na análise de investimentos, reposições, contratações e tecnologia.

Capacitação Permanente e Gestão do Conhecimento

A eficiência depende diretamente da qualificação da força de trabalho e da consolidação de uma cultura organizacional de aprendizado contínuo, o que requer a formação sistemática dos colaboradores nas dimensões técnica, ética, administrativa e relacional.

Nesse campo, o IESP investe em:

- Educação permanente em saúde, com ações educativas contínuas, presenciais e a distância, abordando desde o acolhimento humanizado até o uso de sistemas informatizados e indicadores de desempenho;
- Programas internos de gestão por competência, com avaliação de lacunas de habilidades e planejamento de capacitação individualizada;
- Disseminação do conhecimento organizacional, por meio de reuniões técnicas, rodas de conversa, seminários, protocolos clínicos, e repositórios de boas práticas;
- Integração da gestão de pessoas com a gestão estratégica, por meio da valorização da meritocracia, avaliação de desempenho com critérios claros e estímulo à inovação setorial;
- Canais formais de escuta e participação dos colaboradores, incentivando sugestões para melhoria contínua e autonomia responsável.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Ferramentas de Monitoramento, Avaliação e Tomada de Decisão

A gestão orientada a resultados exige monitoramento constante, avaliação sistemática e agilidade nas decisões, baseadas em dados concretos e confiáveis.

Para isso, o IESP adota:

- Sistemas de Business Intelligence (BI), com dashboards interativos que integram produção assistencial, consumo de insumos, desempenho setorial e dados financeiros;
- Painéis de gestão à vista, atualizados periodicamente, com indicadores assistenciais (tempo de espera, taxa de internação, classificação de risco, taxa de retorno) e administrativos (absenteísmo, consumo de materiais, custo médio por atendimento);
- Auditorias internas mensais com foco em conformidade, qualidade, metas pactuadas e segurança do paciente;
- Reuniões de análise crítica (RAAC) intersetoriais, voltadas ao debate dos resultados, revisão de estratégias e tomada de decisão compartilhada com base em evidências;
- Utilização de metodologias de gestão por resultados (GpR), Balanced Scorecard (BSC) e PDCA, voltadas à melhoria contínua e à consolidação de metas factíveis e desafiadoras.

Integração Sistêmica entre Áreas e Corresponsabilização dos Resultados

A eficiência administrativa exige quebra de silos institucionais, promovendo integração horizontal e vertical entre os setores, com compartilhamento de metas e responsabilidade coletiva sobre os resultados assistenciais, financeiros e organizacionais.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Isso envolve:

Reuniões de alinhamento entre coordenações administrativa, financeira, de enfermagem, médica e de qualidade, com foco em resoluções conjuntas e no uso racional de recursos;

- Implantação de indicadores transversais, como "custo por paciente com alta resolutiva", "tempo médio de permanência", "consumo de insumos por tipo de atendimento" e "taxa de desperdício por setor";
- Mecanismos de corresponsabilização, com metas intersetoriais vinculadas a bonificações e avaliações;
- Papel ativo do Núcleo de Qualidade, Segurança do Paciente e Educação Permanente na sustentação de práticas assistenciais eficientes, seguras e baseadas em evidências;
- Valorização da autonomia técnica com responsabilidade institucional, criando um ambiente de confiança e compromisso com o serviço público.
- Eficiência como Instrumento de Justiça e Sustentabilidade
- Eficiência administrativa, na lógica do SUS, não é sinônimo de corte ou precarização, mas sim de:

a) Garantir acesso, qualidade e equidade a todos os usuários, inclusive em contextos de alta demanda e recursos limitados;

b) Sustentar unidades resolutivas, autônomas e financeiramente equilibradas, sem dependência de repasses extraordinários;

c) Fortalecer a transparência e a prestação de contas social;

d) Ser modelo de gestão pública moderna, profissional e voltada ao interesse coletivo.

No contexto dos contratos de gestão firmados com o Poder Público, a eficiência administrativa é o eixo estruturante da atuação do Instituto de Excelência em Saúde Pública (IESP). Essa eficiência se materializa na capacidade de entregar saúde com

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

qualidade, custo-efetividade e segurança, respeitando os princípios do SUS, as metas pactuadas e os limites orçamentários definidos.

O IESP, portanto, consolida sua identidade institucional como agente público não-estatal de resultados, promovendo valor público por meio de uma gestão inteligente, ética, transparente e comprometida com o bem coletivo.

Prestação de Contas Regular aos Órgãos de Controle

A prestação de contas representa uma das obrigações mais relevantes e inegociáveis do Instituto de Excelência em Saúde Pública (IESP), especialmente pelo fato de este atuar como executor de políticas públicas de saúde mediante o recebimento direto de recursos oriundos do orçamento público, conforme prevê a legislação brasileira que rege as parcerias com Organizações Sociais (OS).

Trata-se de um dever que extrapola o campo técnico-financeiro e alcança a esfera ética, institucional e social, pois a correta, transparente e tempestiva demonstração da aplicação dos recursos e do cumprimento dos resultados pactuados fortalece a confiança social, válida a legitimidade da gestão indireta e protege a integridade da instituição frente aos órgãos de fiscalização.

Natureza e Finalidade da Prestação de Contas

A prestação de contas pelo IESP não se limita à mera apresentação de números. Ela constitui um instrumento de governança pública, controle social e legalidade, permitindo aos diversos órgãos de fiscalização e à sociedade civil:

- Verificar a conformidade da execução orçamentária e financeira com os repasses recebidos;
- Avaliar o desempenho técnico-assistencial, por meio de indicadores e metas contratualmente definidos;

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Identificar eventuais desvios de finalidade, impropriedades, ineficiências ou irregularidades na execução do contrato de gestão;
- Subsidiar processos de tomada de decisão, renovação contratual, auditorias e deliberações colegiadas.

O IESP adota um modelo de prestação de contas que é proativo, sistemático, auditável, rastreável e tecnicamente fundamentado, permitindo o controle amplo da aplicação dos recursos públicos, com base nas melhores práticas de integridade, contabilidade pública, compliance e transparência.

Instâncias de Fiscalização e Controle

A atuação do IESP está submetida ao acompanhamento, fiscalização e deliberação de múltiplos órgãos e entidades, em esferas distintas de controle:

a) Tribunal de Contas do Estado (TCE)

Responsável por julgar a legalidade, legitimidade, economicidade e eficiência da aplicação dos recursos públicos repassados via contrato de gestão. O TCE pode realizar:

Análises técnicas das prestações de contas mensais, quadrimestrais e anuais;

- Auditorias financeiras e operacionais in loco;
- Emissão de acórdãos e recomendações vinculantes;
- Atribuição de responsabilidades a gestores, diretores e coordenadores, quando há falhas insanáveis ou prejuízo ao erário.

b) Controladoria-Geral do Município ou Estado (CGM/CGE)

Órgão interno do Poder Executivo que realiza auditorias de conformidade, apuração de denúncias, inspeções programadas e diligências específicas. Avalia, entre outros pontos:

- Regularidade dos processos de compra e contratação;

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Conformidade com os normativos internos da OS e da administração pública;
- Eficiência da aplicação dos recursos;
- Adequação das rotinas administrativas aos princípios da legalidade, eficiência e moralidade.

c) Ministério Público Estadual e Federal

Intervém quando há indícios de malversação de recursos públicos, improbidade administrativa, omissão no dever de prestar contas ou dano ao interesse coletivo. Pode:

- Requerer documentos e instaurar inquéritos civis ou ações de responsabilização;
- Solicitar providências cautelares, inclusive suspensão de contratos ou bloqueios judiciais;
- Acompanhar a execução de Termos de Ajustamento de Conduta (TACs) e medidas corretivas.

d) Secretarias de Saúde Contratantes

Têm a atribuição de monitorar, acompanhar, avaliar e auditar diretamente a execução contratual, conforme previsto nos instrumentos jurídicos. Utilizam:

- Relatórios de desempenho físico e financeiro;
- Visitas técnicas e reuniões de acompanhamento;
- Matriz de metas e indicadores;
- Ferramentas como e-SUS, CNES, SIA/SIH, dentre outros.

e) Conselhos de Saúde (Municipal, Regional, Estadual)

Órgãos colegiados de controle social que analisam a execução dos serviços sob a ótica da participação popular e do interesse público, podendo emitir pareceres e recomendações.

Elementos Técnicos da Prestação de Contas

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

A prestação de contas realizada pelo IESP é estruturada em módulos padronizados, com periodicidade mensal, quadrimestral e anual, contendo os seguintes elementos essenciais:

a) Relatórios de Execução Física e Financeira

- Produção assistencial mensal (atendimentos, procedimentos, exames, internações);
- Comparativo com as metas pactuadas;
- Justificativas técnicas para eventuais variações (positivas ou negativas);
- Indicadores de eficiência, qualidade e resolutividade.

b) Demonstrações Contábeis Padronizadas

- Balancete contábil;
- Demonstrativo de Resultados do Exercício (DRE);
- Fluxo de Caixa;
- Diário, Razão e Conciliações Bancárias;
- Notas explicativas e conciliações por centro de custo.

c) Documentação Suporte e Comprobatória

- Notas fiscais eletrônicas e DANFE;
- Comprovantes de pagamento bancário (extratos, TEDs);
- Contratos com fornecedores e prestadores;
- Relatórios de consumo e requisições de materiais;
- Registros de ponto, folhas de pagamento e encargos recolhidos.

d) Inventário Patrimonial Atualizado

Listagem de todos os bens adquiridos com recurso público, com número de tombamento, valor e localização;

- Relação de bens doados, cedidos ou remanejados;
- Relatórios de movimentações e depreciações.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

e) Pareceres Técnicos e Auditorias

- Relatórios internos de auditoria contábil, administrativa e assistencial;
- Recomendações técnicas para correção de eventuais inconformidades;
- Relatórios de auditoria externa independente (quando exigida contratualmente ou por lei).

Transparência e Acesso Público às Informações

O IESP, em consonância com a Lei de Acesso à Informação (Lei nº 12.527/2011) e com os princípios da Lei de Responsabilidade Fiscal (art. 48), mantém política ativa de transparência institucional, garantindo o acesso público às informações de interesse coletivo.

Para isso:

- Disponibiliza portal institucional de transparência, com atualização periódica de relatórios, balancetes, contratos, atas e indicadores;
- Responde tempestivamente às solicitações da sociedade civil e da imprensa, observando o sigilo de dados sensíveis conforme a LGPD;
- Participa ativamente de audiências públicas e prestações de contas presenciais junto aos Conselhos de Saúde e ao Legislativo local, quando convocado.

Responsabilização e Governança

O descumprimento das obrigações legais e contratuais relativas à prestação de contas pode ensejar:

- Sanções administrativas previstas nos contratos e regulamentos do ente contratante (glosa, suspensão de repasses, multa, rescisão);

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Responsabilização pessoal dos dirigentes e gestores, inclusive com devolução ao erário e inabilitação para novas parcerias;
- Perda da qualificação como Organização Social, conforme legislação vigente (Lei nº 9.637/1998 e legislações locais);
- Ações civis, penais e de improbidade, caso comprovado dolo, fraude ou omissão intencional.

Por isso, o IESP mantém um modelo de governança baseado em integridade, prevenção de riscos e cultura da legalidade, com apoio do seu Núcleo de Controle Interno, Comitê de Compliance, auditorias regulares e assessoria jurídica permanente.

A prestação de contas regular, qualificada e transparente é um dos principais pilares de legitimidade e credibilidade da atuação do Instituto de Excelência em Saúde Pública como Organização Social gestora de unidades públicas de saúde.

Ela reforça o compromisso com a responsabilidade fiscal, a boa governança, o controle social e o interesse público, sendo um instrumento de proteção institucional e de valorização do serviço prestado à população.

MAPEAMENTO DO MACROPROCESSO DA UNIDADE

O acompanhamento do Macro processo deve ser acompanhado e fiscalizado seu cumprimento pelo Coordenador Administrativo da Unidade, abaixo segue tabela que deverá estar visível na administração.

Quadro 1 - Mapeamento do macroprocesso de atendimento dos usuários realizados na UPA	
RECEPÇÃO	Ao chegar à UPA, o usuário dirige-se à recepção, que conta com recepcionistas por turno; elas solicitam documentos como RG, CPF e/ou Cartão Nacional do SUS (CMS) para a abertura da Ficha de Atendimento (FA), que é encaminhada

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

	via sistema para a sala de acolhimento. O paciente é orientado a aguardar na recepção até ser chamado pelo nome; o local possui cadeiras para acomodar os usuários enquanto aguardam ser chamados.
SALA DE ACOLHIMENTO	O usuário é chamado para a sala de acolhimento. O primeiro atendimento é realizado pelo técnico de enfermagem (TE), que afere os Sinais Vitais (SSVV). O enfermeiro realiza o acolhimento ACCR, coleta e registro dos dados antropométricos, queixas, realiza exame físico de acordo com as gueixas relatadas, classifica o usuário de acordo com o grau de risco: Grau de risco mínimo, o enfermeiro, e que o paciente deverá aguardar para ser atendido. Caso seja um usuário com classificação grave, o enfermeiro o encaminha para emergência e classifica como verde ou azul (pacientes ambulatoriais) e solicita aguardar atendimento médico seguindo o protocolo de Manchester. São registrados pelo enfermeiro na Ficha de Atendimento (FA) os achados, a condição clínica e a justificativa da sua classificação. A FA é encaminhada via sistema para o consultório médico. O usuário aguarda próximo aos consultórios para ser chamado, respeitando a ordem da classificação de riscos.
CONSULTÓRIO MÉDICO	O médico recebe as FA de acordo com a classificação realizada pelo enfermeiro e chama o usuário pelo nome. Realiza o atendimento, que pode resultar em necessidade de administração de medicações; exames laboratoriais; mantê-lo em observação ou encaminhamento para internação. Após consulta, direciona o usuário para o posto de enfermagem.
POSTO DE ENFERMAGEM	No posto de enfermagem, a depender do dia, serão determinadas as quantidades de TE que serão responsáveis pelo o preparo e administração de medicamentos. O usuário chega com a Prescrição Médica (PM) impressa, com pedido de exames laboratoriais, de imagem e eletrocardiograma (ECG), de acordo com a necessidade. O TE recebe a prescrição, e, caso haja solicitação de exames, o usuário é direcionado para a sala de coleta de exames, Raio-X, ECG ou comunica o enfermeiro para regular o pedido e aguardar autorização e transporte para realizar exames em outras instituições; caso contrário, pede para o paciente aguardar em Frente à sala de medicação. O TE prepara o medicamento e posiciona as PMs de acordo com o relato médico: alta pós medicação/melhora, reavaliação, exames e internação. Após alta. transferência do usuário ou óbito, as PMs são encaminhadas para o setor administrativo para arquivamento.
SALA COLETA EXAMES	Este local conta com um TE responsável pela coleta e pelo encaminhamento do material para o laboratório. O prazo para resposta dos exames é duas a três horas. Após a coleta do material, o paciente é encaminhado para a sala de medicação caso seja necessário ou, no caso de ser somente exame, para recepção, se precisar aguardar para ser reavaliado.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

SALA MEDICAÇÃO	Local destinado para a administração de medicamentos conforme PM. Em caso de nebulização e soroterapia, o usuário é direcionado para as poltronas.
SALADE OBSERVAÇÃO NAS POLTRONAS	O usuário fica em observação para ser medicado e aguarda nova avaliação médica. A avaliação determina o grau de risco do paciente: havendo risco de morte, o usuário é direcionado para a sala de estabilização; caso necessite de internação, é colocado em leito de observação e solicitado vaga a Central de regulação que buscará o leito mais rápido em uma das suas referências em hospital, precisando permanecer em observação por mais de 12 horas, o médico realiza nova avaliação, quando adulto, o usuário é separado de acordo com o gênero e encaminhado para sala de observação com leitos (quando existe disponibilidade de leitos); quando criança, geralmente é encaminhada para clínica pediátrica.se necessário observação irá para os leitos pediátricos disponíveis na unidade. Se ocorreu a estabilização clínica e das queixas, o médico reavalia e atesta alta. Os profissionais da recepção coletam os prontuários e documentos e conduzem até o setor administrativo.
OBSERVAÇÃO LEITOS	Caso possua PM com mais horários para aprazamento e possua leitos disponíveis, o usuário é encaminhado para os leitos de observação. Após isso, seu quadro clínico irá determinar se receberá alta, se será encaminhado para cuidados semi-intensivos, para outra especialidade, outra cidade ou aguardará vaga para internação no setor de clínica médica em Unidade hospitalar referencia.
ENTRADA DE EMERGÊNCIA UPA/SAMU	O usuário, quando trazido pela equipe do SAMU ou bombeiros, tem sua FA preenchida pelo TE ou enfermeiro do SAMU, quando existe risco iminente à vida. O médico ou enfermeiro do SAMU, durante o transporte, entra em contato com a equipe da UPA para que esta esteja preparada a receber o paciente no setor de cuidados semi-intensivos: não havendo tal risco, o

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

	usuário é encaminhado e o enfermeiro recebe do SAMU entrega a FA à recepcionista da UPA, quem, por sua vez, realiza o cadastro do paciente. E o enfermeiro da classificação de risco lança todos os pacientes que chegam com o SAMU como vermelho (emergência).
BOX DE URGÊNCIA	O usuário trazido pela equipe do SAMU ou bombeiros é encaminhado direto para o box de emergência, onde será realizada os cuidados pertinentes como medicações, suturas, curativos e/ou encaminhamentos e transferências para especialidades médicas, cirúrgicas e exames. O médico atende o usuário, avalia e encaminha para sala de observação, clínica médica ou alta conforme necessidade. O usuário só é liberado para transferência quando for regulado previamente via central de regulação de urgência e com a vaga reservada.
SALA DE SEMI INTENSIVA	O usuário crítico é encaminhado para a sala vermelha. A equipe de enfermagem recebe o paciente juntamente com o médico, o TE retira a roupa do paciente, providencia acesso venoso periférico, administra as medicações conforme PM, enquanto o enfermeiro monitora, passa sonda vesical de demora, sonda nasogástrica e cuidados gerais de enfermagem, conforme necessidade. Caso o usuário necessite de cuidado intensivo, o enfermeiro inicia o processo de regulação para uma vaga nos hospitais que contém UTIs conveniadas ao SUS. A partir do quadro clínico de usuário, poderá ser encaminhado ou transferido para observação, ou outra especialidade médica/cirúrgica/exames, ou internação na clínica médica ou pediátrica. E, se se constatar óbito, para a sala morgue. No final do atendimento, a recepcionista encaminha o prontuário para o administrativo, o responsável pelo setor arquiva o prontuário.

Fluxos Para Registros de Documentos de Usuários e Administrativos

O fluxo de documentos é uma sequência de etapas que um documento percorre para chegar ao seu destino, que é o arquivamento. Ele abrange a elaboração, execução e encerramento de documentos.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Identificar os documentos utilizados na Unidade;
- Mapear as fases do ciclo documental;
- Conhecer as necessidades de cada setor;
- Categorizar os documentos;
- Digitalizar os documentos;
- Delegar as responsabilidades;
- Definir níveis de segurança para os arquivos;
- Armazene no sistema e arquivamento físico;
- Criar manuais para orientar os colaboradores;
- Avaliar pontos de melhoria.

Os fluxos de documentos são importantes para:

- Reduzir o tempo gasto na busca de documentos;
- Garantir a conformidade com regulamentações legais;
- Proteger informações sensíveis;
- Aumentar a produtividade;
- Facilitar a digitalização e automação de processos;
- Melhorar a comunicação entre setores;
- Atender a regras específicas, como a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).
- Os sistemas de fluxo de trabalho de documentos gerenciam os arquivos de casos com eficiência, protegem a conformidade e melhoram o acesso aos documentos.

Resumidamente o Fluxo de Documentos dos Usuários da Unidade de Pronto Atendimento- UPA, são:

1. Chegada do Paciente

Documento Gerado: Ficha de Cadastro do Paciente

Responsável: Recepção

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Ações:

Solicitação de documento de identificação e cartão do SUS

Preenchimento de dados pessoais e motivo da visita

Geração do número de atendimento

Emissão de senha para triagem

2. Triagem

Documento Gerado: Ficha de Triagem / Classificação de Risco

Responsável: Enfermeiro da triagem

Ações:

Registro de sinais vitais

Breve anamnese

Classificação de risco (ex: Protocolo de Manchester)

Encaminhamento para atendimento médico com base na prioridade

3. Atendimento Médico

Documento Gerado: Prontuário Médico

Responsável: Médico plantonista

Ações:

Anamnese detalhada

Exame físico

Hipóteses diagnósticas

Prescrição de exames, medicamentos ou procedimentos

Atualização contínua do prontuário com evolução clínica

4. Exames e Procedimentos

Documento Gerado: Solicitação e Resultados de Exames / Relatórios de Procedimentos

Responsável: Equipe de enfermagem, laboratório, radiologia etc.

Ações:

Registro da realização dos exames

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Inclusão de laudos ou imagens no prontuário

Preservação dos resultados no sistema e/ou via impressa

5. Medicação e Cuidados de Enfermagem

Documento Gerado: Prescrição de Enfermagem / Registro de Administração de Medicamentos (RAM)

Responsável: Equipe de enfermagem

Ações:

Aplicação de medicações conforme prescrição médica

Registro do horário, dose e responsável pela administração

6. Alta, Internação ou Encaminhamento

Documento Gerado:

Relatório de Alta

Encaminhamento para internação ou outro serviço

Cópia do Prontuário Resumido

Responsável: Médico responsável + recepção

Ações:

Definição da conduta final (alta, observação, internação, transferência)

Entrega de documentos ao paciente

Orientações sobre medicação e retorno

7. Arquivamento e Digitalização

Documento Gerado: Dossiê do Atendimento

Responsável: Setor de prontuário/arquivo

Ações:

Digitalização dos documentos físicos

Indexação no sistema eletrônico

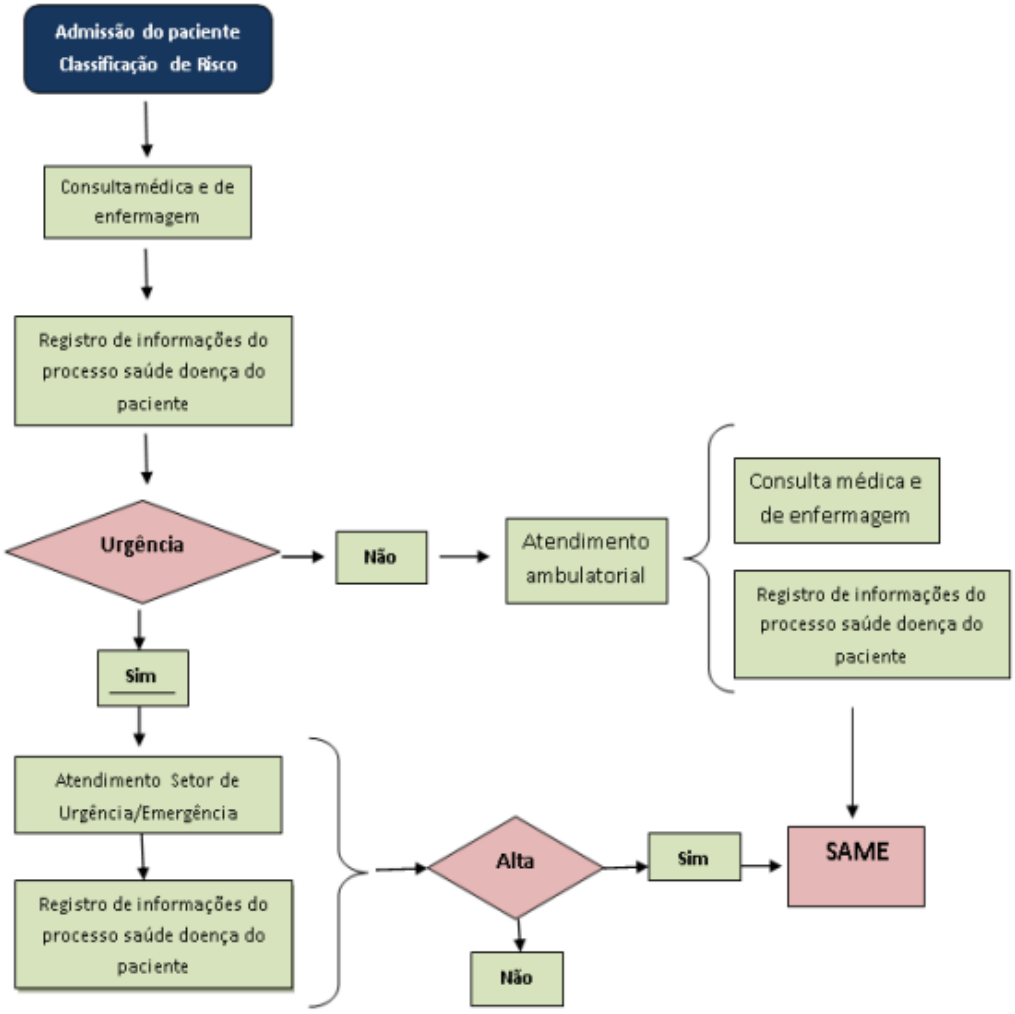
Guarda física (se necessário)

Controle de acesso e sigilo de informações

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Fluxo geral para Registros de Documentos de Usuários



Documentos necessários para dar entrada na Unidade:

Cartão do SUS;

Documento de identificação com foto, como RG, CNH, Carteira de Trabalho, passaporte

CPF;

Comprovante de residência, como conta de luz, água ou telefone Número de PIS/PASEP

(se tiver);

Emissão do Cartão do SUS

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

É possível emitir o Cartão do SUS na unidade de saúde mais próxima ou na Secretaria de Saúde do município. Este cartão é emitido pela internet. Caso o paciente não tenha, solicitar a SMS a criação do CNS.

O Gestor Administrativo da Unidade será responsável por realizar todas as notificações necessárias para o bom funcionamento da Unidade.

O profissional responsável deverá verificar as informações antes de encaminhá-las aos órgãos competentes:
Os demais documentos, como oficio, relatórios, notas fiscais, entre outros:

Documentos administrativos: serão encaminhados quando solicitados pela SMS, por meio de e-mail ou oficio e nas devidas prestações de contas de acordo com o preconizado em Contrato de Gestão.

Documentos médicos:

O prontuário do paciente da UPA é um documento legal que contém informações sobre o atendimento do paciente. O prontuário pode ser solicitado pelo próprio paciente ou por um terceiro.

Todas as receitas serão emitidas e entregue ao paciente e ficará no prontuário anotado a prescrição realizada.

Solicitação do prontuário

O paciente deve apresentar um documento de identificação com foto e aguardará prazo pré determinado podendo ser de até 15 dias corridos. Um terceiro (família) também poderá solicitar o prontuário se apresentar um documento de identificação com foto e

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

uma procuração do paciente assinada com reconhecimento de firma, ou por meio de ação judicial.

A solicitação deve ser feita pessoalmente, de preferência, para garantir a autenticidade dos documentos.

Conteúdo mínimos do prontuário

- Identificação do paciente
- Anamnese
- Exame físico
- Hipóteses diagnósticas
- Diagnóstico(s) definitivo(s)
- Tratamento(s) efetuado(s)
- Prescrições realizadas

Prontuário eletrônico

O prontuário eletrônico é um repositório de informações de saúde, clínicas e administrativas. O sistema integrado permite que o médico acesse os atendimentos anteriores e melhore o diagnóstico.

O que não deve ser feito no Prontuário

1. Escrever à lápis
2. Usar líquido corretor, conhecido como "branquinho"
3. Deixar folhas em branco
4. Fazer anotações que não se referem à paciente

Tempo de arquivamento e responsabilidade pela guarda do Prontuário

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

O prontuário médico é um documento de manutenção permanente pelos médicos e estabelecimentos de saúde (Resolução CFM nº 1331/89). Ele pode ser, posteriormente, utilizado pelos interessados como meio de prova até que transcorra o prazo prescricional de 20 (vinte) anos para efeitos de ações que possam ser impetradas na Justiça.

Todos os documentos originais que compõem o prontuário devem ser guardados pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, a fluir da data do último registro de atendimento da paciente. Ao final desse tempo, o prontuário pode ser substituído por métodos de registro capazes de assegurar a restauração plena das informações nele contidas (microfilmagem, por exemplo) e os originais poderão ser destruídos.

Documentos médicos: estes deverão ser solicitados oficialmente e somente serão liberados se atenderem as normativas vigentes sobre cada caso. Ex: Prontuário médico, será solicitado apenas pelo próprio paciente, e ou de forma judicial, não podendo ser encaminhado aos demais órgãos a título do profissional ser penalizados de acordo com a lei.

Coordenará também as ações junto aos departamentos da sede, visando a elaboração de resposta única, padronizada, alinhada à Diretoria de Projetos.

Para que a centralização das respostas seja possível, a responsabilidade na mediação para fornecimento dos subsídios para a resposta será, sempre, do Coordenador Técnico dos Contratos indicado para acompanhar o projeto aqui na Sede (enfermeiro) ficará também responsável pela entrega dos esclarecimentos elaborados pelas equipes assistenciais; tanto do corporativo, quanto da unidade.

Os questionamentos sobre prestação de contas financeira serão de responsabilidade da área de Prestação de Contas (sede e unidade). Para isso, será necessária a indicação de responsável por área que receba as requisições designadas e as justifique na minuta de resposta.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

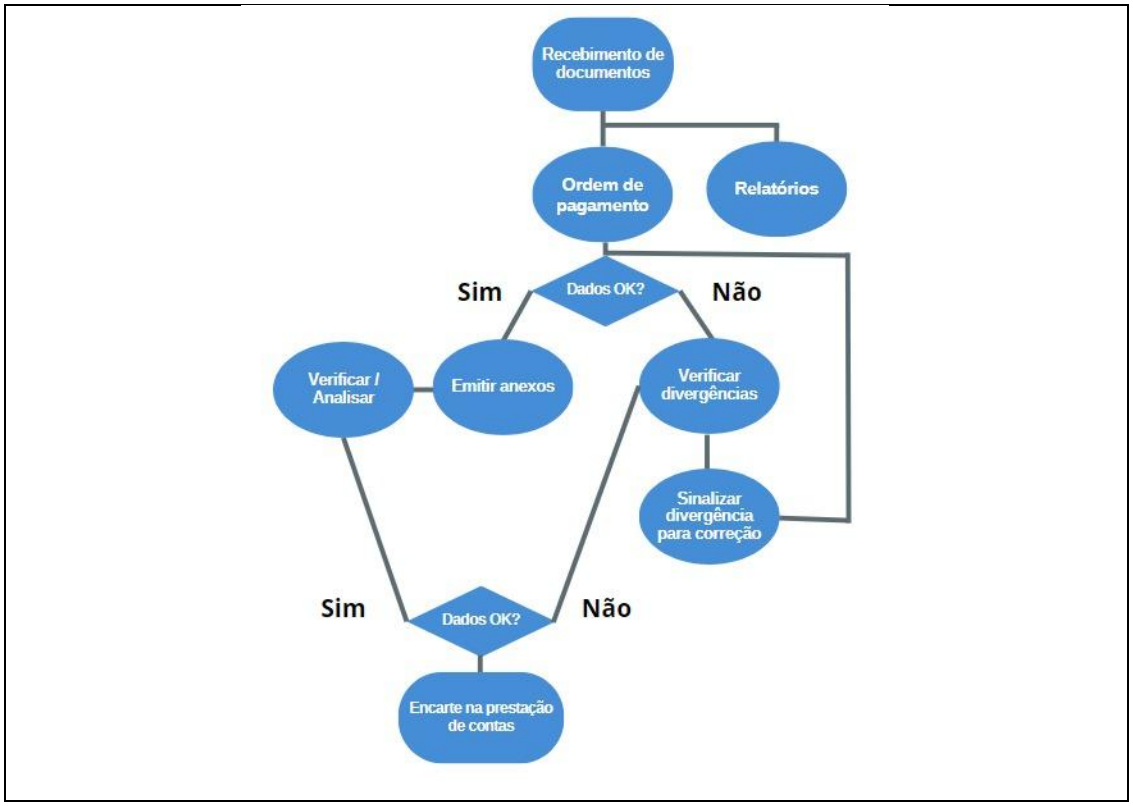
Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Depois, a Controladoria receberá os subsídios das áreas para elaboração e envio da resposta final ao parceiro público.

Além disso, a Administração deverá acompanhar os prazos e pleno atendimento do ofício.

Os parâmetros e as diretrizes desta Rotina devem ser observados e, apenas, a sede administrativa poderá alterá-los. Para Isso, devem apresentar novas versões para os fluxogramas abaixo:

Recebimento de documentos

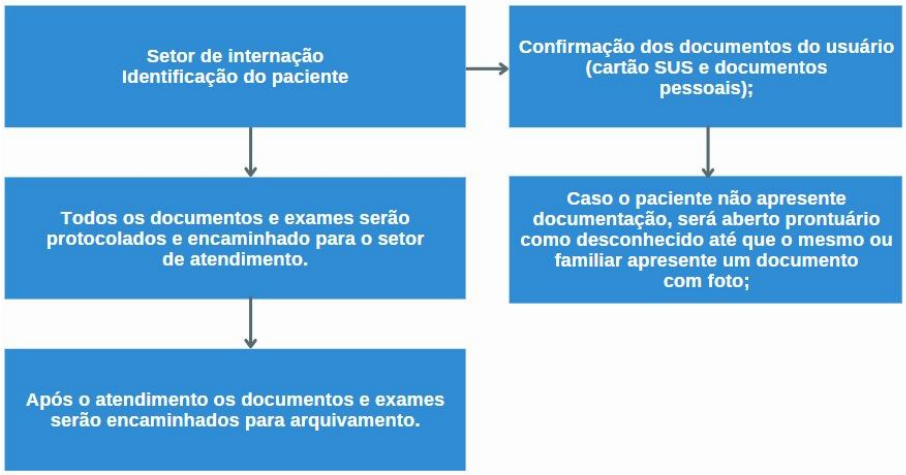


O registro do usuário e administrativo se dará por conta da internação, atendimento ambulatorial ou atendimento de emergência conforme os fluxos.

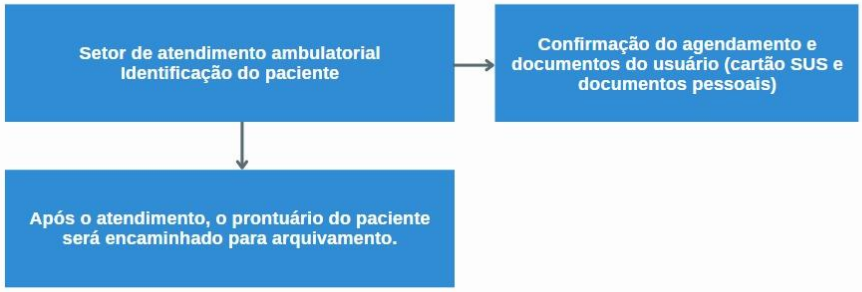
Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

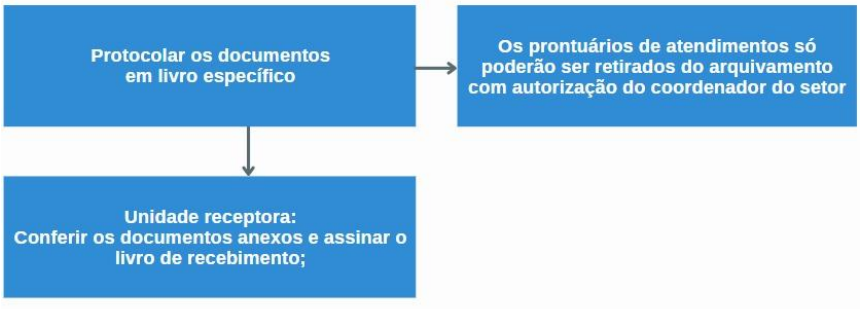
Registro de documentos para atendimento de urgência/emergência



Registro de documentos para atendimento ambulatorial



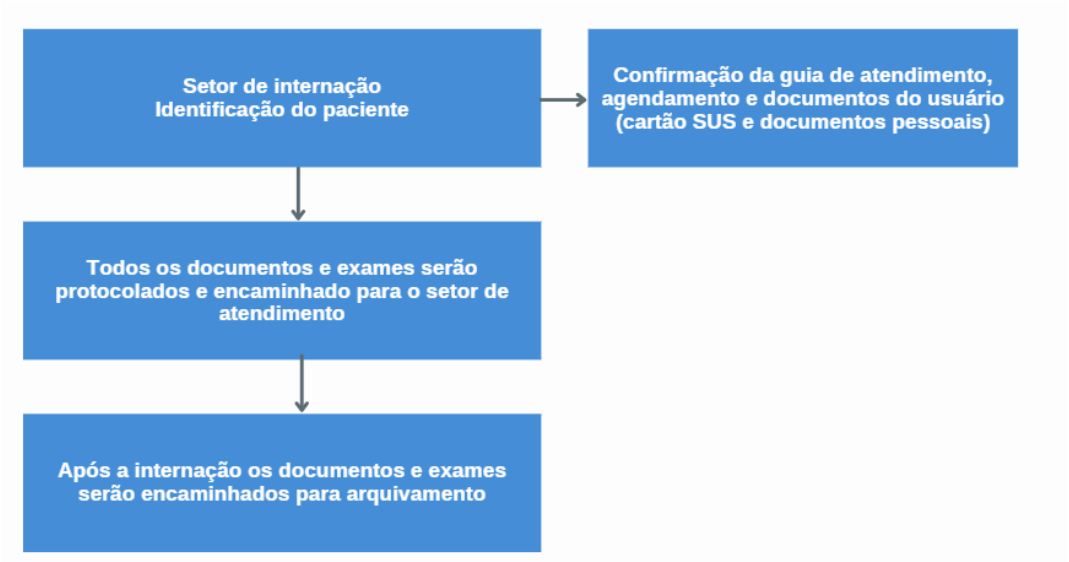
Registro de documentos administrativos

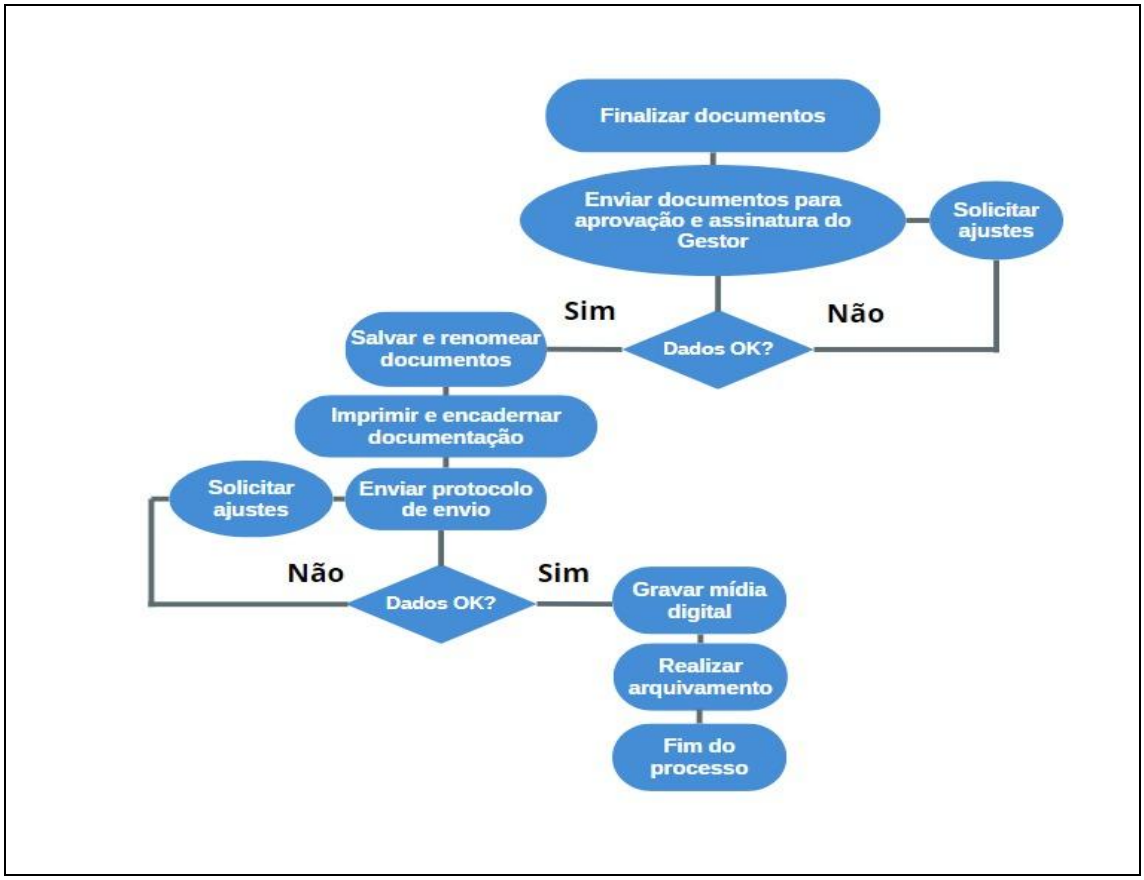


Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

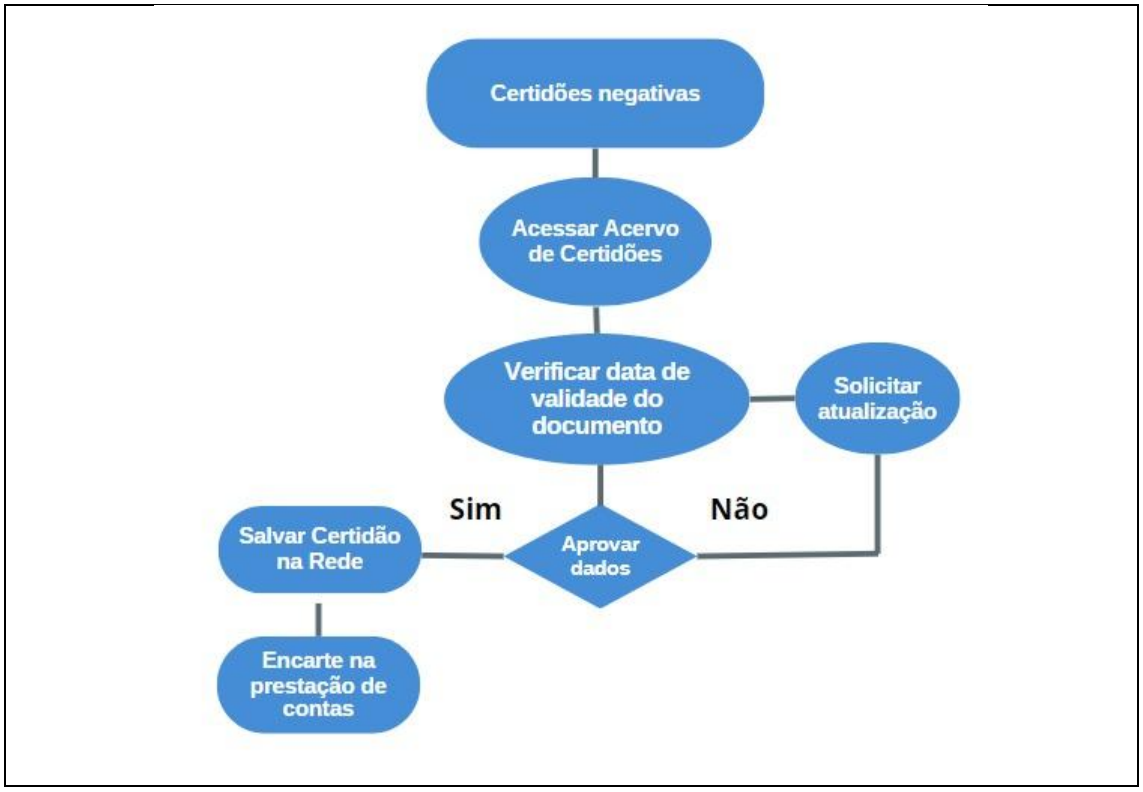
Registro de documentos para atendimento eletivo

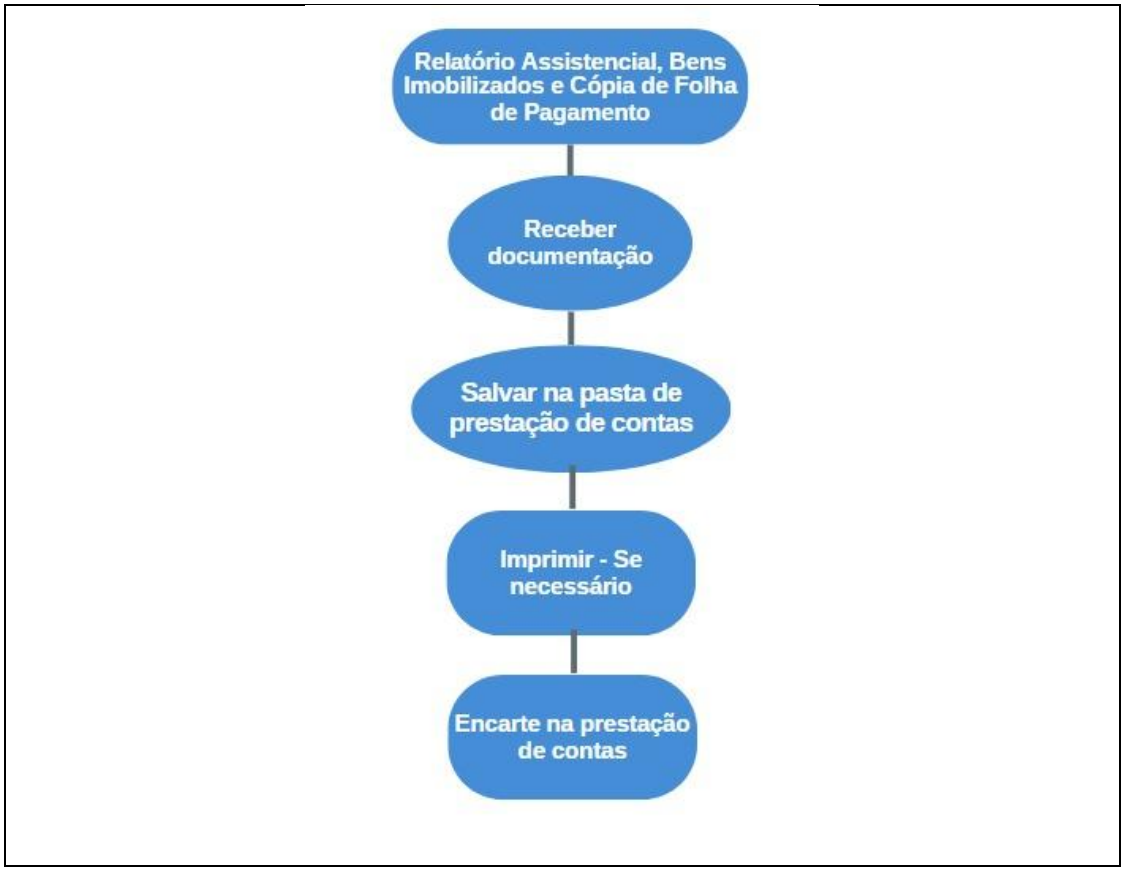




Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

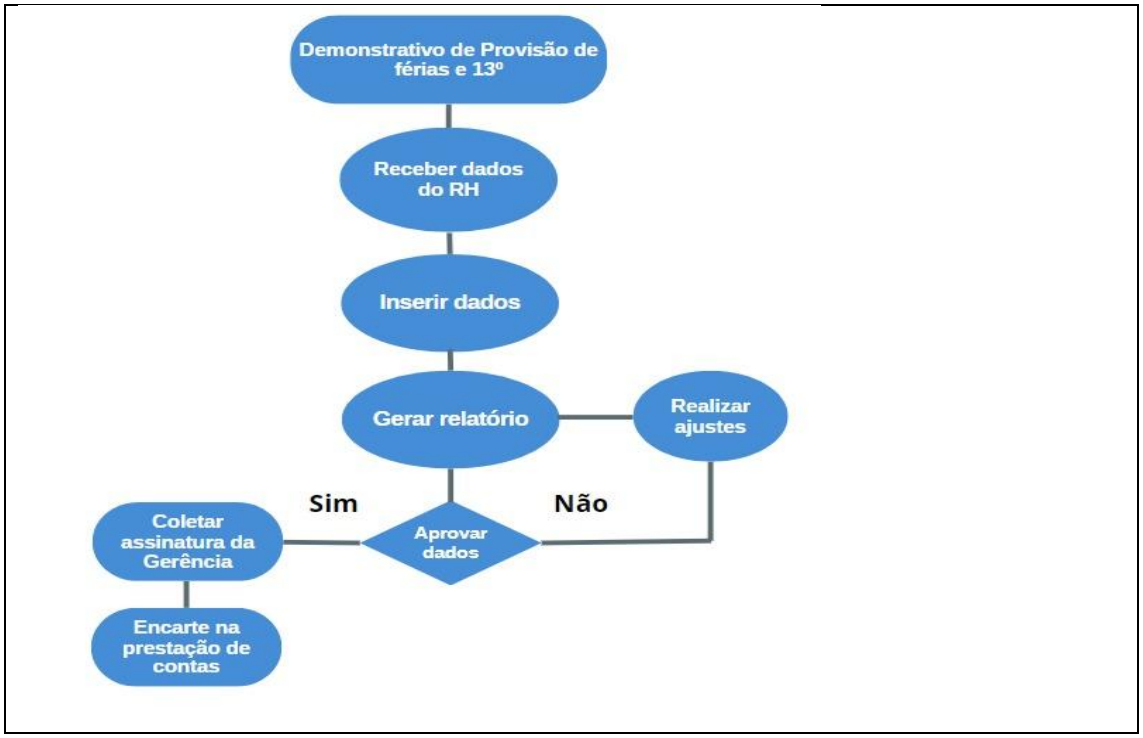
Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

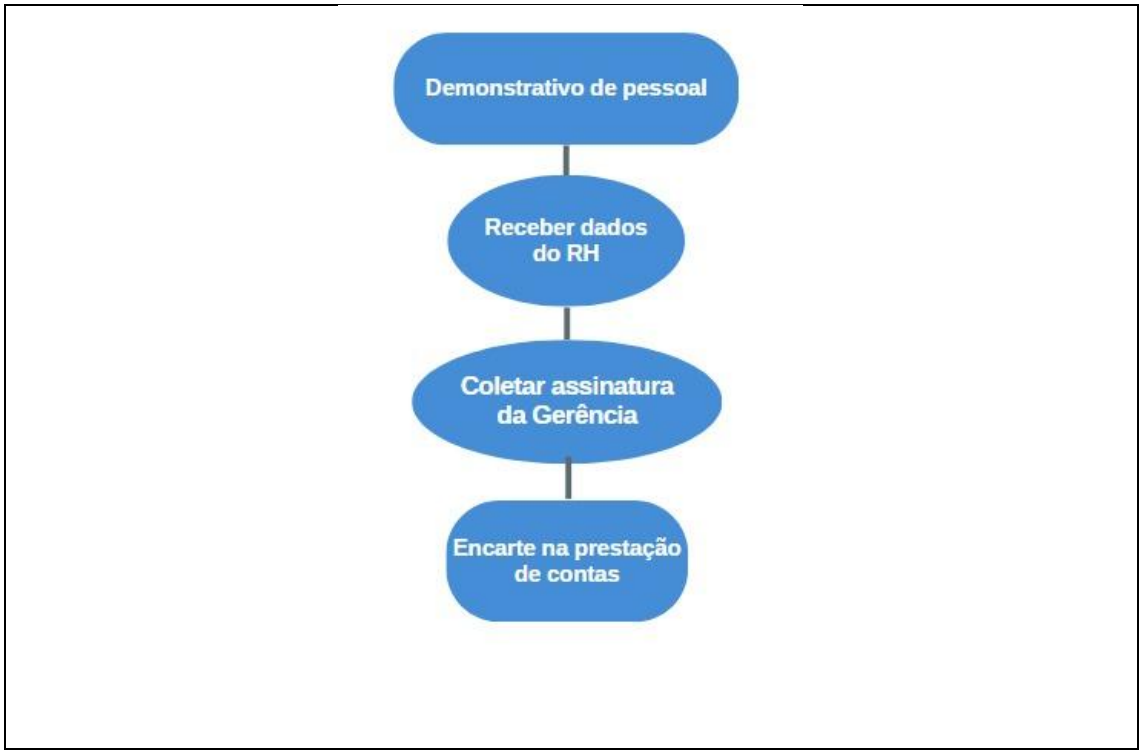




Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

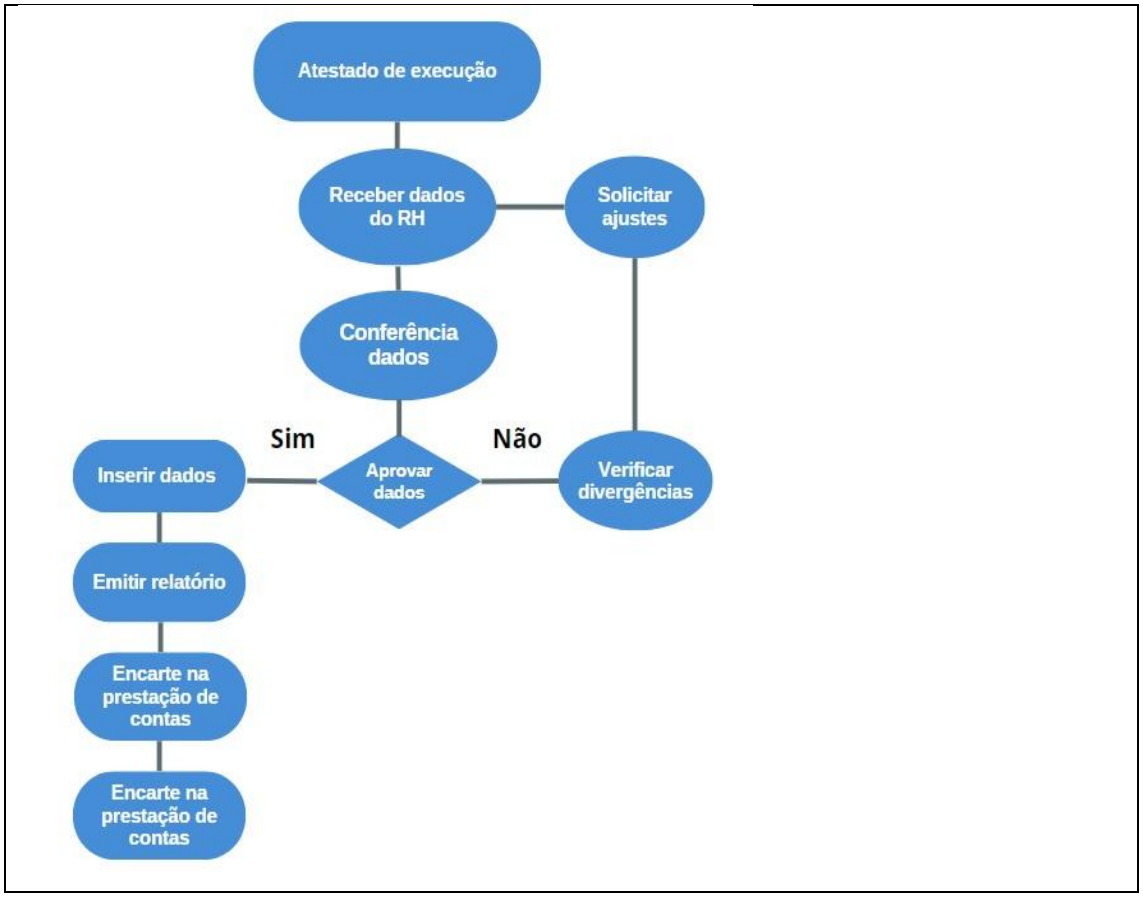
Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

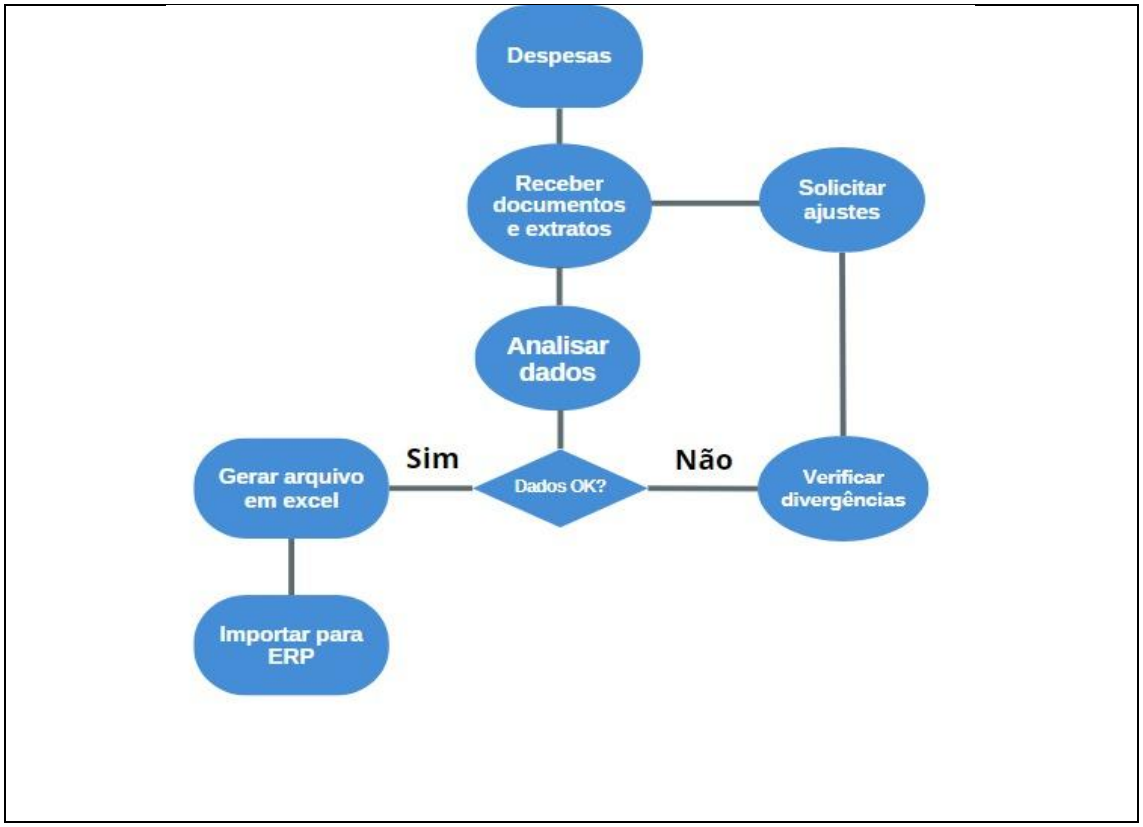




Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

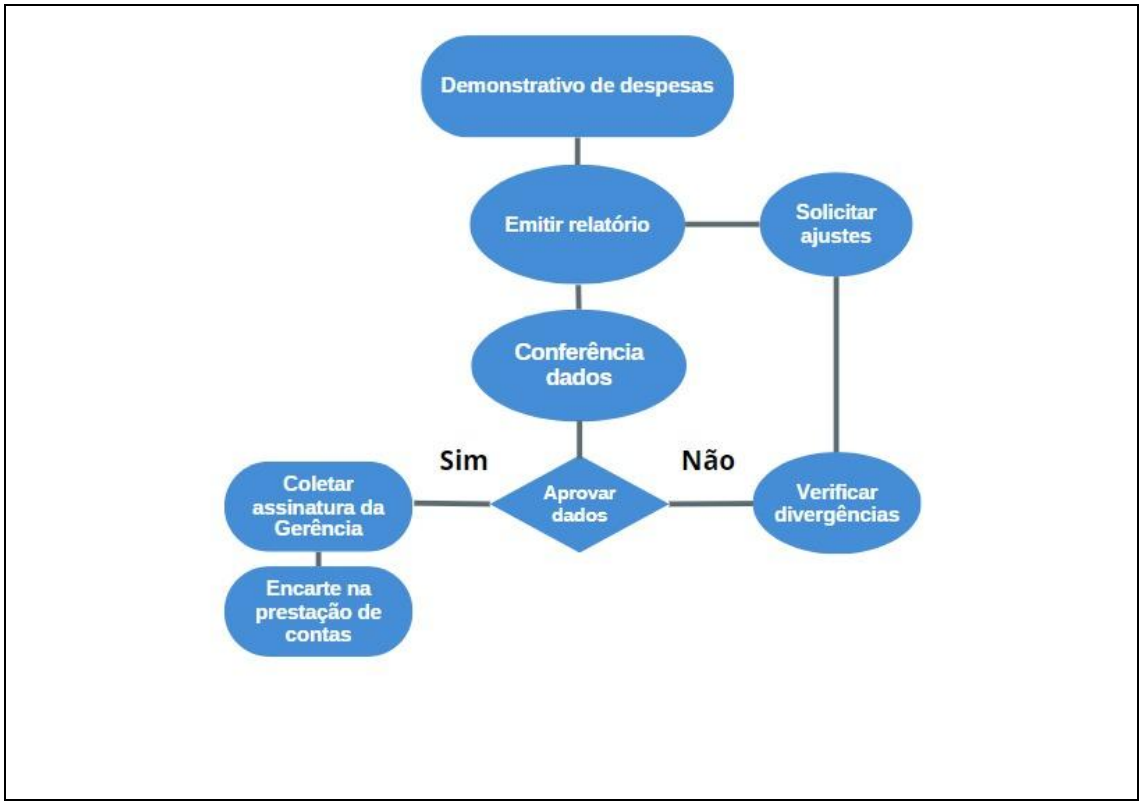
Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

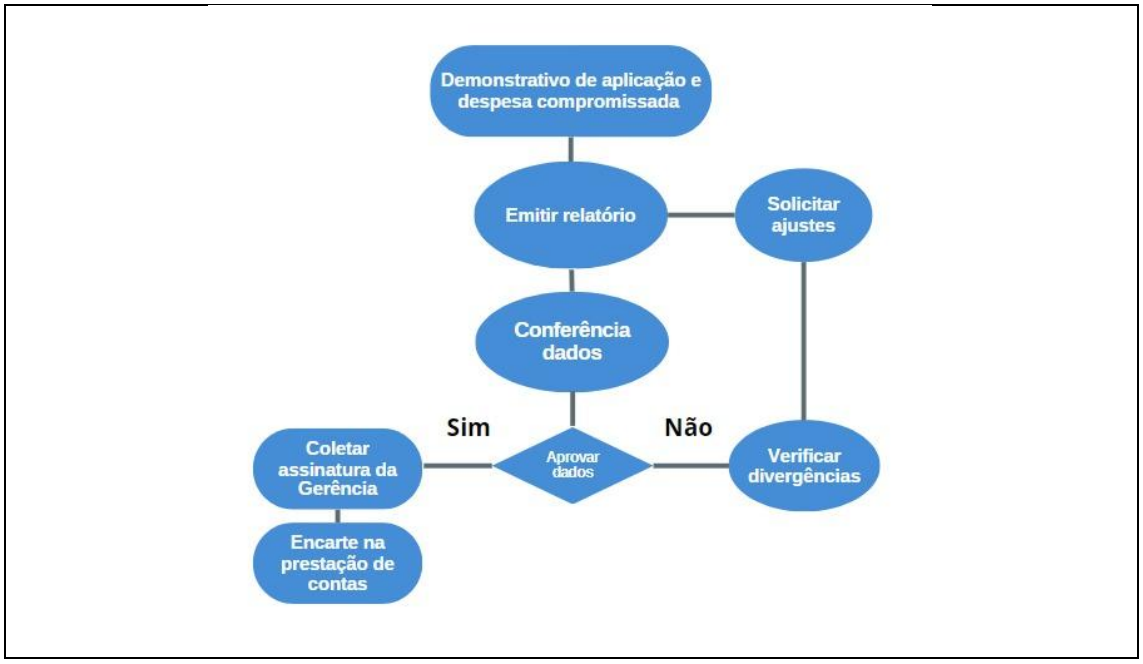




Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

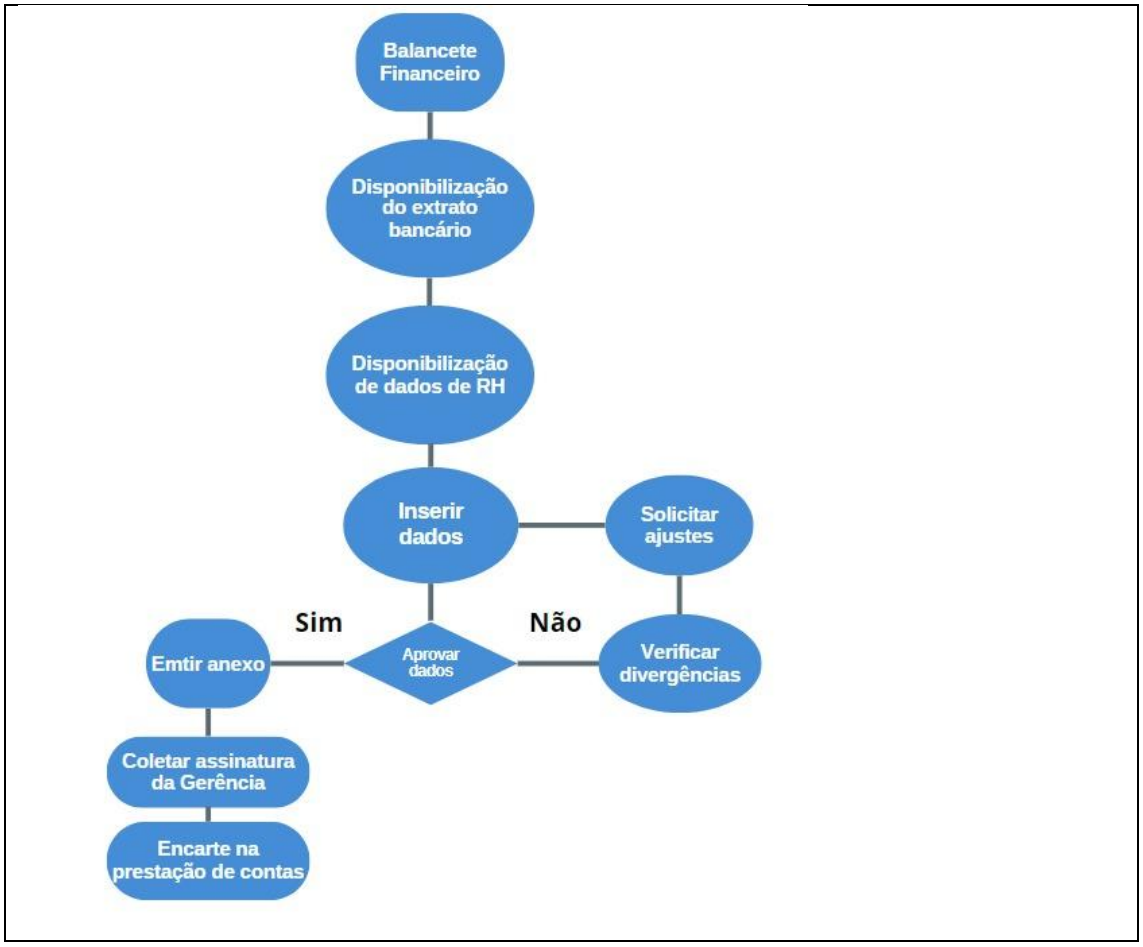
Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.





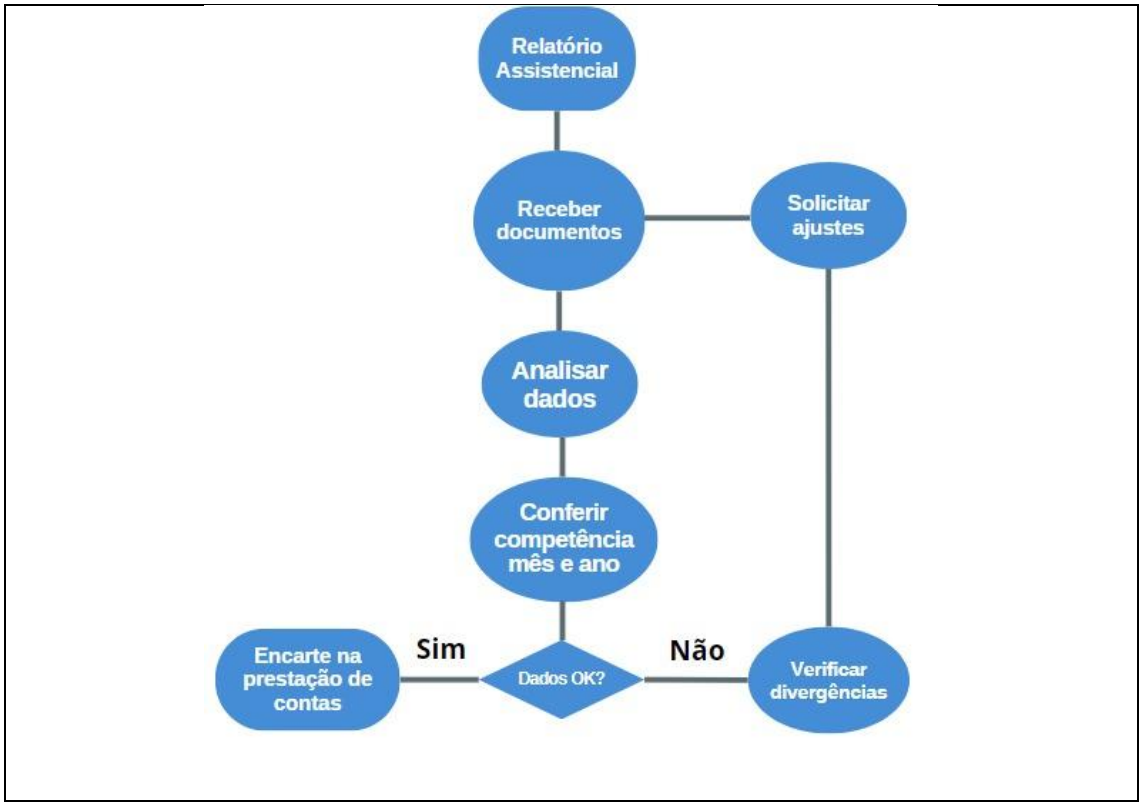
Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

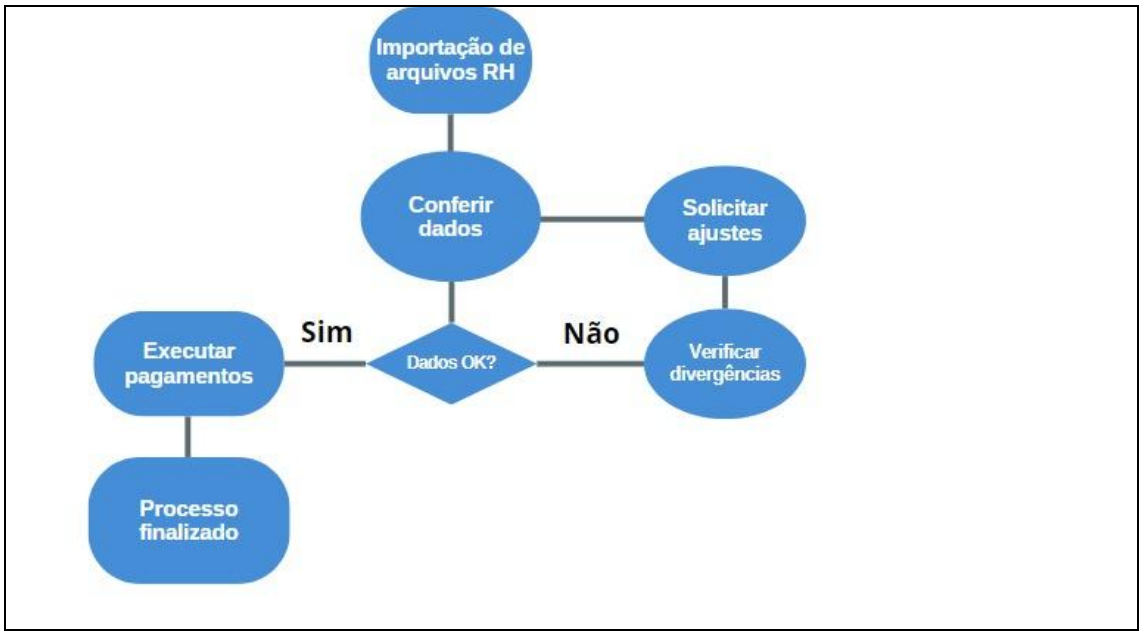
Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.



Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.





Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

PROTOCOLOS ADMINISTRATIVOS E FINANCEIROS

O Instituto de Excelência em Saúde Pública (IESP), em consonância com os princípios da gestão qualificada e do compromisso com a eficiência dos serviços públicos de saúde, assume o compromisso formal de implantar e implementar integralmente todos os protocolos assistenciais e administrativos, bem como os Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) voltados tanto à área-meio quanto à atividade-fim da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do município de Paraibuna.

A elaboração e consolidação desses instrumentos normativos será realizada de forma participativa e contextualizada, por meio de discussões técnicas com os profissionais da própria unidade, respeitando as particularidades do território, o perfil epidemiológico da população atendida, a estrutura física instalada e o grau de complexidade assistencial. Após sua construção, todos os protocolos serão submetidos à validação técnica do corpo gestor do IESP e da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), assegurando alinhamento institucional, legalidade, aplicabilidade prática e coerência com os objetivos do contrato de gestão.

Abaixo, apresenta-se uma lista resumida dos protocolos administrativos e financeiros propostos, que serão complementados por outros documentos já descritos ao longo deste Plano de Trabalho, organizados por áreas temáticas. Estes protocolos compõem a base normativa da atuação administrativa e operacional da UPA e serão permanentemente revisados e atualizados conforme indicadores de desempenho, auditorias e necessidades identificadas no decorrer da execução do contrato.

Protocolo de Controle de Acesso e Segurança Patrimonial

Objetivo: Estabelecer regras para o controle da entrada e saída de pessoas, garantindo a segurança física da unidade, dos pacientes, profissionais e visitantes.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Descrição: Define procedimentos de identificação, autorizações de entrada em áreas restritas, monitoramento por vigilância e comunicação de incidentes.

Protocolo de Gestão de Escalas e Cobertura de Plantões

Objetivo: Garantir o cumprimento das escalas de trabalho, evitando ausências e desassistência em turnos.

Descrição: Determina prazos e fluxos para elaboração e publicação das escalas, reposição de faltas, controle de banco de horas e comunicação com RH.

Protocolo de Manutenção Predial e de Equipamentos

Objetivo: Assegurar o funcionamento ininterrupto das estruturas físicas e dos equipamentos médico-hospitalares e não hospitalares.

Descrição: Organiza rotinas de manutenção preventiva, corretiva e emergencial, com planos de inspeção, registros de ocorrências e acionamento de fornecedores.

Protocolo de Controle de Almoxarifado e Suprimentos

Objetivo: Padronizar o controle de entrada, saída e armazenamento de materiais administrativos e de consumo.

Descrição: Define níveis mínimos de estoque, periodicidade de inventários, fluxo de requisições, conferência de notas fiscais e validade de produtos.

Protocolo de Atendimento na Recepção e Acolhimento Administrativo

Objetivo: Garantir um acolhimento ético, seguro e organizado aos usuários da unidade.

Descrição: Estabelece as etapas do atendimento na recepção, critérios para admissão de acompanhantes, comunicação com o setor de triagem e registro no sistema.

Protocolo de Comunicação Interna e Gestão Documental

Objetivo: Padronizar os fluxos de informação e arquivamento documental da UPA.

Descrição: Trata da circulação de comunicados oficiais, uso de e-mails institucionais, controle de ofícios, memorandos, prontuários e arquivamento temporário e definitivo.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Protocolo de Gestão de Resíduos e Limpeza Técnica

Objetivo: Assegurar o descarte adequado de resíduos e a manutenção da higiene conforme legislação sanitária.

Descrição: Define rotinas de coleta seletiva, descarte de resíduos infectantes, cronograma de limpeza por área crítica, semicrítica e não crítica, e uso de EPIs pelos profissionais.

Protocolo de Controle Orçamentário e Fluxo de Compras

Objetivo: Estabelecer critérios técnicos para a execução orçamentária da unidade.

Descrição: Organiza o processo de solicitação de compras, cotações, aprovações, cronograma de despesas e prestação de contas, com base no plano de custeio.

Protocolo de Monitoramento de Indicadores e Avaliação de Desempenho

Objetivo: Implantar um sistema de monitoramento contínuo dos indicadores administrativos, operacionais e assistenciais da UPA.

Descrição: Define metas, periodicidade de coleta, responsáveis pela análise, ferramentas de controle (dashboards) e reuniões gerenciais com plano de ação.

Protocolo de Comunicação de Eventos Críticos e Ocorrências Administrativas

Objetivo: Estabelecer um fluxo formal para o registro e tratamento de eventos administrativos relevantes.

Descrição: Abrange falhas operacionais, problemas com prestadores, irregularidades em plantões ou infraestruturas, com encaminhamento à coordenação e protocolos de resposta.

Protocolo de Gestão de Contratos e Convênios

Objetivo: Garantir o acompanhamento técnico, financeiro e jurídico de todos os contratos vigentes da UPA (terceirizados, fornecedores, manutenção etc.).

Abrangência: Vigência, cláusulas contratuais, aditivos, prestações de contas, multas e relatórios de execução.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Protocolo de Controle de Frequência e Assiduidade de Profissionais

Objetivo: Monitorar e registrar pontualmente a presença dos colaboradores, permitindo análise de absenteísmo e substituições.

Ferramentas: Ponto eletrônico, livro de registro, banco de horas e justificativas documentadas.

Protocolo de Gestão de Pessoas e Processos de Admissão/Desligamento

Objetivo: Padronizar o processo de recrutamento, seleção, admissão e desligamento de profissionais.

Descrição: Define fluxos internos, documentações obrigatórias, entrevistas de desligamento e avaliação pré-admissional.

Protocolo de Comunicação Externa e Relacionamento com Órgãos de Controle

Objetivo: Organizar a comunicação institucional com o ente contratante, Ministério Público, Tribunal de Contas e sociedade civil.

Descrição: Prazo de respostas, formatos de relatórios, transparência ativa e passiva.

Protocolo de Planejamento Orçamentário Anual e Execução Financeira Mensal

Objetivo: Garantir o equilíbrio financeiro e o cumprimento do plano de trabalho conforme metas.

Conteúdo: Classificação de despesas, cronograma de desembolso, planejamento de caixa e análise de variações orçamentárias.

Protocolo de Prestação de Contas Mensal/Trimestral

Objetivo: Assegurar a entrega tempestiva e regular da prestação de contas ao ente contratante.

Itens: Relatórios financeiros, notas fiscais, extratos, conciliações bancárias e anexos comprobatórios.

Protocolo de Reembolso e Adiantamento de Pequenas Despesas (Caixa Pequeno)

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Objetivo: Normatizar o uso e a prestação de contas de recursos operacionais emergenciais.

Regras: Valor limite, autorização prévia, justificativa, comprovantes fiscais e prazos de devolução.

Protocolo de Pagamento a Fornecedores e Terceiros

Objetivo: Controlar e padronizar os fluxos de pagamento, evitando atrasos ou inconsistências.

Critérios: Ordem cronológica, documentação fiscal, conferência de entrega e autorização da coordenação.

Protocolo de Gestão de Bens Patrimoniais e Inventário

Objetivo: Controlar, identificar e atualizar todos os bens móveis e equipamentos da UPA.

Inclui: Tombamento, movimentação, cessão, perda, manutenção e baixa patrimonial.

Protocolo de Avaliação de Riscos Financeiros e Conformidade Contábil

Objetivo: Antecipar riscos operacionais e garantir aderência à legislação contábil e fiscal.

Ações: Avaliação de contratos, análise de despesas recorrentes, cumprimento de obrigações acessórias (INSS, FGTS, ISS etc.).

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

MANUAL DE ATUAÇÃO EM PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS E OPERACIONAIS DO INSTITUTO DE EXCELÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA

INTRODUÇÃO

Este manual tem como objetivo orientar a atuação do Instituto de Excelência em Saúde Pública na gestão de serviços de saúde, estabelecendo protocolos assistenciais que garantam a qualidade, segurança e eficiência no atendimento à população.

O Instituto de Excelência em Saúde Pública -IESP, consoante às necessidades existentes nos diversos serviços de Saúde que executa profissionais e à tendência de busca por melhores práticas em saúde e em enfermagem, identificou a oportunidade de disponibilizar Guia orientador para a construção de protocolos assistenciais de enfermagem, podendo contemplar protocolos multiprofissionais. Este documento visa a ser esse Guia e está dividido em seis tópicos: apresentação, definições operacionais, aspectos legais, elementos para a elaboração de protocolos, prática baseada em evidências e revisão sistemática da literatura.

OBJETIVOS

- Garantir a qualidade do atendimento: Assegurar que todos os serviços prestados estejam em conformidade com as normas e diretrizes de saúde.
- Padronizar procedimentos: Criar um padrão de atuação que facilite a comunicação e a execução das atividades.
- Promover a segurança do paciente: Minimizar riscos e garantir a segurança dos usuários dos serviços de saúde.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Aprimorar a gestão de serviços: Melhorar a eficiência e a eficácia dos serviços prestados.
- Padronização de Práticas: Estabelecer diretrizes claras para garantir que todos os profissionais de saúde sigam os mesmos protocolos, promovendo a uniformidade no atendimento.
- Melhoria da Qualidade do Atendimento: Focar na melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados, assegurando que os pacientes recebam cuidados baseados em evidências.
- Capacitação Profissional: Desenvolver programas de treinamento e capacitação para os profissionais de saúde, garantindo que estejam atualizados sobre as melhores práticas e protocolos.
- Integração de Serviços: Promover a integração entre diferentes níveis de atenção à saúde, facilitando a comunicação e o encaminhamento de pacientes entre serviços.
- Avaliação e Monitoramento: Implementar mecanismos de avaliação e monitoramento dos protocolos assistenciais, permitindo ajustes e melhorias conforme necessário.
- Foco na Segurança do Paciente: Priorizar a segurança do paciente em todos os protocolos, minimizando riscos e promovendo práticas seguras de atendimento.
- Acessibilidade e Inclusão: Garantir que os protocolos sejam acessíveis a todos os grupos populacionais, respeitando as diversidades e necessidades específicas.
- Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças: Incluir diretrizes que incentivem a promoção da saúde e a prevenção de doenças, contribuindo para a saúde pública de forma mais ampla.
- Engajamento da Comunidade: Envolver a comunidade no desenvolvimento e na implementação dos protocolos, assegurando que as necessidades locais sejam atendidas.
- Uso de Tecnologia: Integrar tecnologias de informação e comunicação para facilitar o acesso aos protocolos e melhorar a eficiência do atendimento.

Estrutura do Manual

Protocolos Assistenciais

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Protocolo é a descrição de uma situação específica de assistência/cuidado, que contém detalhes operacionais e especificações sobre o que se faz, quem faz e como se faz, conduzindo os profissionais nas decisões de assistência para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde. Pode prever ações de avaliação/diagnóstica ou de cuidado/tratamento, como o uso de intervenções educacionais, de tratamentos com meios físicos, de intervenções emocionais, sociais e farmacológicas, independentes de enfermagem ou compartilhadas com outros profissionais. Um protocolo contém vários procedimentos.

O uso de protocolos tende a aprimorar a assistência, favorecer o uso de práticas cientificamente sustentadas, minimizar a variabilidade das informações e condutas entre os membros da equipe de saúde, estabelecer limites de ação e cooperação entre os diversos profissionais e também são instrumentos legais.

Construídos dentro dos princípios da prática baseada em evidências, oferecem as melhores opções disponíveis de cuidado.

Há princípios estabelecidos para construção e validação de protocolos de assistência/cuidado como a definição clara do foco, da população a que se destinam, quem é o executor das ações, qual a estratégia de revisão da literatura e análise das evidências utilizadas. Um protocolo deve descrever também a forma de validação pelos pares, estratégias de implementação e a construção dos desfechos ou resultados esperados.

Os protocolos assistenciais devem ser elaborados com base nas melhores práticas e evidências científicas. Cada protocolo deve incluir:

- Objetivo do protocolo
- População-alvo
- Materiais a serem utilizados
- Responsáveis pela execução dos serviços
- Passo a passo dos procedimentos necessários

PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS ESPECÍFICOS DE ENFERMAGEM PODEM ENVOLVER QUATRO SITUAÇÕES:

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

1. Protocolo cujo tema é de enfermagem e a atuação dos profissionais de enfermagem está prevista na Lei do Exercício Profissional. Nesse caso, a responsabilidade pela elaboração, implementação e aprovação é exclusiva da Enfermagem, e deve ser aprovado pela (o) enfermeira (o) Responsável Técnica (o) dos Serviços de Enfermagem.

2. Protocolo cujo tema de atuação é multiprofissional e as ações de enfermagem estão amparadas na Lei n 7.498/86 que regulamenta o Exercício Profissional de Enfermagem. Nesse caso, a responsabilidade pela elaboração, implementação e aprovação é dos grupos profissionais envolvidos, e devem ser aprovados pelos responsáveis técnicos de cada profissão e pelo dirigente máximo da instituição. Exemplo disso são os protocolos de Atenção Básica à Saúde, regulamentados pelas Portarias do Ministério da Saúde, descritas abaixo. As Portarias Ministeriais nº 2.488 e no 1.625 que, respectivamente, aprova a Política Nacional de Atenção Básica e altera as atribuições dos profissionais das Equipes de Saúde da Família, definem atribuições específicas dos profissionais enfermeiros, dentre elas, a realização de consultas de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e, “conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços”.

Embora alvo de incompreensão e debates, essas Portarias estão em acordo com a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem e de seu Decreto Regulamentador no 94.406/87, que prevê, entre as atribuições privativas do enfermeiro, a “prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde”.

Portanto, há desde 1986, previsão legal pela Lei no 7.498/86 para que os enfermeiros desenvolvam as atividades previstas pelas Portarias Ministeriais nº 2.488 e no 1.625, mas essas ações só começaram a ser amplamente executadas pelos enfermeiros e conhecidas pela sociedade a partir dessas Portarias Ministeriais.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

3. Protocolo que se baseia na possibilidade, também prevista no artigo 11 da Lei do Exercício Profissional de Enfermagem de, "... prescrição de medicamentos. em rotina aprovada pela instituição de saúde" tem sido pouco utilizada pelos profissionais, mas pode representar oportunidade para a construção de protocolos que melhorem a assistência de enfermagem, por exemplo, nas situações de controle de sintomas. Nas instituições de saúde onde houver a proposição de protocolos que utilizem esse atributo legal, a construção e aprovação desses devem ser de responsabilidade de todos os profissionais envolvidos e de seus responsáveis técnicos dos serviços, com aquiescência do dirigente da instituição. O protocolo deve conter o nome dos enfermeiros aptos a utilizá-lo, após treinamento prévio. Com essas ações visa-se obter segurança no cuidado e resguardo legal para o profissional executante e para o Responsável Técnico.

4. Protocolos que prevejam ações específicas de enfermagem ou multiprofissionais que, embora não infrinjam claramente os limites da LEP, de seu decreto regulamentador e do CEPE, não estejam explicitados como de atuação do profissional, merecem atenção cuidadosa. Nesse caso, o Enfermeiro

Responsável Técnico do Serviço de Enfermagem da instituição, deve enviar o Protocolo para consulta ao Conselho Regional de Enfermagem informando as ações a serem desenvolvidas e solicitando parecer sobre as mesmas. Visa-se obter resguardo legal para o profissional executante e para o Enfermeiro Responsável Técnico do Serviço de Enfermagem da instituição. Enquanto não houver manifestação do Conselho Regional os procedimentos protocolares devem ser utilizados até parecer final.

Protocolos que prevejam ações da equipe de enfermagem não contempladas pela LEP e seu decreto regulamentador e do CEPE não podem ser implementados, mesmo que sejam ordem do Gestor Federal, Estadual, Municipal, da instituição empregadora, desejados por outros profissionais e/ou desejados pelos profissionais de enfermagem. Nesse caso, antes de desenvolver e implementar o protocolo, tem-se que consultar/denunciar ao Conselho Regional de Enfermagem.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Apesar dos cuidados que os profissionais devem ter na preparação e implementação de protocolos, cabe ressaltar que a ampliação dos papéis dos enfermeiros, decorrente dos avanços da ciência e da profissão, pressupõe a incorporação de novos fazeres, talvez ainda não previstos em Lei. Nesses casos, profissionais, instituições de ensino e Conselhos Profissionais devem ser sensíveis e articulados e visionários, identificando oportunidades, estratégias de capacitação e regulamentação que possibilitem o avanço da profissão de modo seguro, ético e legal.

PRINCIPAIS NORMATIVAS

O Conselho Federal de Enfermagem instituiu Resoluções, abaixo sintetizadas, que amparam a atuação dos profissionais. Recomenda-se que as atribuições dos profissionais de enfermagem sejam descritas em todos os protocolos assistenciais instituídos, visando à garantia do seguimento das legislações vigentes e à organização do processo de trabalho da equipe de enfermagem.

Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem, naquilo que diz respeito a ser integrante da equipe de Saúde, na participação, na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde e no Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que a regulamenta. A lei determina como ação privativa do Enfermeiro a realização da Consulta de Enfermagem e, neste contexto, a prescrição da assistência de enfermagem visando à garantia da integralidade do cuidado.

Resolução COFEN-159/93 que dispõe sobre a Consulta de Enfermagem como atividade privativa do Enfermeiro. Esta resolução prevê no artigo 1º que a consulta de enfermagem deverá ser desenvolvida durante a assistência de enfermagem em todos os níveis de assistência à saúde, em instituição pública ou privada, visando à promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. O objetivo da Consulta de Enfermagem é a identificação de necessidades de saúde e cuidado, planejamento e implementação de assistência, sendo essas ações embasadas nas melhores evidências científicas disponíveis, descrita em Protocolos e Normativas institucionais.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Resolução COFEN-195/97 que dispõe sobre a solicitação de exames de rotinas e complementares por Enfermeiros. Esta resolução complementa a Resolução COFEN - 159/93 estabelecendo que "para a prescrição de medicamentos em programa de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde, o Enfermeiro necessita solicitar exame de rotina e complementares para uma efetiva assistência ao paciente sem risco para o mesmo; e que a não solicitação de exames de rotina e complementares quando necessários para a prescrição de medicamentos é agir de forma omissa, negligente e imprudente, colocando em risco seu cliente (paciente)".

Resolução COFEN no 358/2009 que estabelece no artigo 1º "O Processo de Enfermagem deve ser realizado de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem", e no artigo 3º que "O Processo de Enfermagem deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados". Essa resolução amplia os conceitos de Consulta e da Sistematização da Assistência de Enfermagem considerados forma de organização do trabalho profissional. A Sistematização da Assistência de Enfermagem pressupõe a organização de protocolos, procedimentos e rotinas, cuja organização deve pautar-se no uso das melhores evidências em saúde.

Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado, prevendo a elaboração de protocolos e procedimentos entre outros, pelas instituições.

Lei nº 12.401 de 28 de abril de 2011 que altera a Lei nº 8.080/1990, e dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS. Em seu artigo 19-O, inciso II, adota a seguinte definição para protocolo clínico e diretriz terapêutica "documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos". Embora essa lei refira-se a

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

protocolo clínico de modo restrito ao diagnóstico e tratamento medicamentoso da doença, sob a ótica médica, é preciso ampliá-la, pois o uso de protocolos deve embasar o trabalho de todos os profissionais da saúde, entre eles, os de enfermagem.

CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO

Os treinamentos continuados para colaboradores do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre protocolos assistenciais são fundamentais para garantir a qualidade do atendimento e a atualização dos profissionais de saúde.

Pontos importantes sobre esses treinamentos:

OBJETIVOS DOS TREINAMENTOS

- Atualização de Conhecimentos: Manter os profissionais informados sobre as melhores práticas, novas diretrizes e avanços na área da saúde.
- Padronização de Atendimento: Garantir que todos os colaboradores sigam os mesmos protocolos, promovendo um atendimento uniforme e de qualidade.
- - Melhoria da Qualidade do Atendimento: Capacitar os profissionais para que possam oferecer um atendimento mais eficaz e seguro aos pacientes.

CONTEÚDOS ABORDADOS

- - Protocolos Assistenciais: Treinamentos específicos sobre protocolos para condições como hipertensão, diabetes, saúde mental, traumas, entre outros.
- - Habilidades Práticas: Simulações e práticas que permitem aos colaboradores aplicar os protocolos em situações reais.
- - Comunicação e Trabalho em Equipe: Desenvolvimento de habilidades interpessoais e de trabalho em equipe, essenciais para um atendimento integrado, observando os executores dos protocolos.

PROCEDIMENTOS/ROTINAS

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

São descrições minuciosas da execução de um cuidado de enfermagem direto (assistencial) ou indireto. Detalham os passos a serem executados e os materiais a serem utilizados. Devem ser elaborados dentro dos princípios da prática baseada em evidências.

METODOLOGIAS DE ENSINO

- Aulas Teóricas: Apresentações e discussões sobre os protocolos e suas aplicações.
- Workshops e Simulações: Atividades práticas que permitem a vivência de situações dos protocolos em atendimento.
- E-learning: Plataformas online que oferecem cursos e materiais de apoio, permitindo que os colaboradores aprendam no seu próprio ritmo, que possam tirar dúvidas sobre os protocolos utilizados, entre outros.

AVALIAÇÃO E FEEDBACK

- - Avaliações Periódicas: Testes e avaliações para medir a compreensão dos protocolos e a aplicação prática dos conhecimentos.
- - Feedback Contínuo: Discussões regulares sobre o desempenho dos colaboradores e sugestões de melhorias nos protocolos após implantados e verificado a necessidade de alteração.

IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO CONTINUADA

- - Adaptação às Mudanças: O setor de saúde está em constante evolução, e a educação continuada ajuda os profissionais a se adaptarem a novas realidades e desafios, principalmente no que se refere aos protocolos que necessitam de constantes alterações.
- - Promoção da Segurança do Paciente: Profissionais bem treinados são mais capazes de identificar riscos e agir de forma a garantir a segurança dos pacientes, colocando os protocolos de segurança ao paciente em prática, os erros praticamente zeram.

GESTÃO E MONITORAMENTO

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Indicadores de desempenho: Definir indicadores que permitam avaliar a eficácia dos protocolos assistenciais.
- Revisão periódica: Realizar revisões regulares dos protocolos para atualizá-los conforme novas evidências e diretrizes.
- Feedback: Criar canais de comunicação para que os colaboradores possam fornecer feedback sobre os protocolos, e sugestões.

CONCLUSÃO

A implementação de protocolos assistenciais e operacionais é fundamental para a gestão eficaz dos serviços de saúde. Este manual deve ser utilizado como uma ferramenta de apoio para garantir que todos os colaboradores estejam alinhados e comprometidos com a qualidade do atendimento prestado à população.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Protocolos Gerais de Atendimento – Upa 24 Horas

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO EM UPA 24 HORAS -ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (ACR).

1. OBJETIVO

Implantar e padronizar o processo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACR) na UPA 24 horas, assegurando que o atendimento aos usuários seja realizado com base na gravidade clínica, risco potencial, sofrimento e vulnerabilidades, e não apenas na ordem de chegada. Promover o cuidado qualificado, humanizado, seguro e eficiente, conforme diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) e protocolos clínicos de urgência e emergência.

2. PÚBLICO-ALVO

Usuários que procuram atendimento espontâneo na UPA 24h, com quadros clínicos variados (urgência, emergência ou não urgência), independentemente da idade, sexo, origem ou condição socioeconômica.

3. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E NORMATIVA

- Política Nacional de Humanização (PNH) – MS, 2004
- Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002 – Regulamento Técnico da Rede de Urgência e Emergência
- Portaria GM/MS nº 1.600, de 7 de julho de 2011 – Redefine diretrizes das UPA 24h
- Manual de Acolhimento com Classificação de Risco – Ministério da Saúde, 2009
- Protocolo de Manchester – Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (GBCR)
- Resoluções COFEN/COREN sobre competências da enfermagem
- RDC ANVISA nº 50/2002 – Requisitos físicos e funcionais de unidades assistenciais

4. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Fichas de acolhimento (ou sistema informatizado de prontuário)

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Termômetro digital ou infravermelho
- Esfigmomanômetro e estetoscópio
- Oxímetro de pulso
- Glicosímetro com tiras reagentes
- Escalas de dor (visual analógica, numérica ou facial)
- Cartazes informativos para o público
- Impressora (se necessário)
- EPIs (luvas, máscaras, avental, protetores faciais)
- Álcool 70% e itens de higienização
- Cadeiras e mobiliário adequado
- Totem ou painel de senhas (opcional)

5. RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO

Enfermeiro com capacitação específica em Classificação de Risco, respaldado por legislação profissional e normativa do Ministério da Saúde. Técnicos de enfermagem podem dar suporte ao processo de triagem, desde que sob supervisão direta.

6. PROCEDIMENTOS

6.1 Recepção e Registro Inicial

- Usuário chega à recepção da UPA.
- Recepcionista coleta dados básicos (nome, idade, sexo, documento de identificação, contato).
- Emissão de ficha física ou eletrônica.

6.2 Encaminhamento ao Enfermeiro Classificador

- O paciente é chamado ao box de acolhimento/classificação de risco, exceto se em situação de emergência evidente (ex: PCR, convulsão), que deve ser encaminhado diretamente à sala de emergência.

6.3 Escuta Qualificada

- O enfermeiro realiza entrevista clínica breve e objetiva:
  - Queixa principal
  - Início e evolução dos sintomas
  - Condições clínicas associadas (ex: comorbidades)
  - História medicamentosa

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Situação social/vulnerabilidades
- Grau de sofrimento ou dor

6.4 Avaliação de Sinais Vitais

- Temperatura
- Pressão arterial
- Frequência cardíaca
- Frequência respiratória
- Saturação de oxigênio
- Glicemia capilar (quando indicado)

6.5 Aplicação do Protocolo de Manchester

- Utilização de algoritmos (fluxogramas) organizados por apresentação clínica:
  - Dor torácica
  - Dificuldade respiratória
  - Desmaio/síncope
  - Vômito/diarreia
  - Sangramento
  - Trauma, etc.
- Cada algoritmo conduz à definição de índice discriminador, que define o nível de prioridade, com as seguintes cores:

Cor	Prioridade	Tempo máximo de espera
Vermelho	Atendimento Imediato	0 minutos – emergência absoluta
Laranja	Muito Urgente	10 minutos
Amarelo	Urgente	60 minutos
Verde	Pouco Urgente	120 minutos
Azul	Não Urgente	240 minutos

6.6 Classificação Final e Registro

- A cor é atribuída e registrada na ficha/sistema.
- A prioridade é sinalizada ao paciente, com explicações sobre o tempo estimado e fluxo.
- Orientações são fornecidas com empatia e clareza.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

6.7 Encaminhamento

- **Vermelho e Laranja:** Encaminhamento imediato à emergência.
- **Amarelo:** Encaminhamento ao consultório ou sala de medicação conforme complexidade.
- **Verde e Azul:** Aguardar na sala de espera ou receber orientação sobre UBS, se necessário.

6.8 Reclassificação

- Pacientes aguardando por mais de 30 a 60 minutos devem ser reavaliados.
- Caso o quadro piore, o enfermeiro poderá reclassificar.

7 FLUXOGRAMA RESUMIDO

- A[Chegada do usuário na UPA] --> B[Cadastro na recepção]
- B --> C[Encaminhamento para classificação]
- C --> D[Escuta ativa e sinais vitais]
- D --> E[Aplicação do protocolo de Manchester]
- E --> F{Classificação de Risco}
- F --> G1[Vermelho - Atendimento Imediato]
- F --> G2[Laranja - Atendimento até 10 min]
- F --> G3[Amarelo - Atendimento até 60 min]
- F --> G4[Verde - Atendimento até 120 min]
- F --> G5[Azul - Atendimento até 240 min]
- G1 & G2 --> H[Encaminhamento direto para emergência]
- G3 & G4 & G5 --> I[Orientação / Espera / Reclassificação]

8. CONDUTAS ESPECIAIS POR GRUPOS VULNERÁVEIS

- **Gestantes:** Risco obstétrico avaliado prioritariamente.
- **Idosos com sintomas inespecíficos:** Avaliação cuidadosa do quadro.
- **Pessoas com deficiência ou barreiras de comunicação:** Atendimento adaptado e com acompanhante.
- **Crianças:** Utilização de protocolo pediátrico específico (versão adaptada do Manchester ou Pediatric Early Warning Score).

9. INDICADORES PARA MONITORAMENTO DA QUALIDADE

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Percentual de usuários classificados em até 10 minutos
- Tempo médio entre chegada e atendimento médico
- Taxa de reclassificações por agravamento clínico
- Número de usuários evadidos sem atendimento
- Adesão à proporção esperada entre categorias de risco

10. BIBLIOGRAFIA E REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: Acolhimento e Classificação de Risco em Serviços de Urgência. Brasília: MS, 2009.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048/GM, de 05 de novembro de 2002.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600/GM, de 07 de julho de 2011.
4. Grupo Brasileiro de Classificação de Risco – Manual do Protocolo de Manchester. 2ª edição.
5. Conselho Federal de Enfermagem – Resolução COFEN nº 564/2017.
6. ANVISA – RDC nº 50/2002 – Regulamento técnico para planejamento físico de estabelecimentos assistenciais de saúde.

11. OBSERVAÇÕES FINAIS

- O ACR deve ser continuamente aperfeiçoado com educação permanente da equipe.
- O protocolo pode ser adaptado conforme a realidade local, desde que respeitadas as diretrizes nacionais.
- A experiência do usuário deve ser continuamente avaliada e valorizada.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO PACIENTE PRIORITÁRIO – UPA 24H -Gestantes, Idosos, Pessoas com Deficiência e Crianças.

1. OBJETIVO

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Padronizar o acolhimento, classificação de risco, atendimento clínico e fluxo assistencial aos pacientes prioritários, assegurando equidade, respeito à vulnerabilidade individual e integralidade da atenção, conforme os princípios do SUS e diretrizes do Ministério da Saúde.

2. PÚBLICO-ALVO

Usuários da UPA 24h que se enquadrem como **prioritários**, incluindo:

- **Gestantes**, em qualquer idade gestacional;
- **Idosos**, a partir de 60 anos;
- **Pessoas com deficiência** (intelectual, física, sensorial ou múltipla);
- **Crianças**, especialmente menores de 5 anos.

3. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Fichas de atendimento padronizadas com identificação de prioridade;
- Formulários de Classificação de Risco com critério de vulnerabilidade (ex: Protocolo de Manchester);
- Pulseiras ou etiquetas identificadoras de prioridade (cor/vermelho, laranja, etc.);
- Equipamentos básicos de avaliação: esfigmomanômetro, termômetro digital, oxímetro, estetoscópio, balança infantil, estadiômetro e cardiotocógrafo (para gestantes, se disponível);
- Macas, cadeiras de rodas, berços e suporte ergonômico adequado à faixa etária e condição do paciente;
- Materiais para atendimento clínico emergencial (oxigênio, sondas, ambu, acesso venoso, medicamentos de urgência);
- Sala de acolhimento e classificação com acessibilidade e ambiente adequado para crianças e gestantes.

4. PROCEDIMENTOS

4.1. Acolhimento com Classificação de Risco

- Realizar acolhimento humanizado e escuta qualificada à chegada do paciente prioritário.
- Garantir a prioridade de atendimento, conforme a Lei Federal nº 10.048/2000 e os princípios da humanização.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Aplicar protocolos de Classificação de Risco (ex: Manchester, ACR, ou protocolo institucional), priorizando não apenas o quadro clínico, mas também a vulnerabilidade.
- Garantir identificação visual (pulseira ou etiqueta) do grupo prioritário para toda a equipe.

4.2. Atendimento clínico inicial

- **Gestantes**: avaliar idade gestacional, queixas obstétricas, presença de dor, sangramentos, contrações, sinais de pré-eclâmpsia, movimentação fetal. Realizar ausculta fetal e, se possível, cardiotocografia.
- **Idosos**: atentar para sintomas atípicos de infarto, sepse, infecção urinária, desidratação. Priorizar comunicação clara e respeitosa, e considerar polifarmácia.
- **Pessoas com deficiência**: garantir comunicação acessível (intérprete de Libras, acompanhante), ambiente adequado e observação das limitações sensoriais ou físicas.
- **Crianças**: utilizar protocolos pediátricos (ex: FeverPAIN, ALERT-Paeds), com atenção especial ao comportamento, sinais de alarme, imunização e crescimento.

4.3. Acompanhamento e exames complementares

- Realizar exames laboratoriais e de imagem conforme a queixa principal e o grupo prioritário.
- Garantir acompanhamento contínuo durante o tempo de permanência na unidade.
- Promover conforto e segurança durante a espera por resultados, com acesso à hidratação, higiene e espaço adequado (ex: lactantes ou crianças pequenas).

4.4. Medidas de apoio e comunicação com familiares

- Autorizar presença de acompanhante para crianças, gestantes e pessoas com deficiência, conforme legislação (Lei nº 8.069/90 - ECA, e Lei nº 13.146/2015 – Estatuto da Pessoa com Deficiência).
- Garantir comunicação clara com paciente e familiares sobre conduta, tempo estimado de atendimento e medidas de segurança.
- Identificar riscos sociais, de abandono, violência doméstica ou negligência, com acionamento do Serviço Social.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

4.5. Encaminhamentos e alta

- Encaminhar pacientes prioritários com necessidade de internação para hospital de referência, com regulação adequada e transporte seguro.
- Fornecer orientações em linguagem acessível e reforçar sinais de alarme que exijam retorno imediato.
- Acionar Serviços da Atenção Básica ou CAPS para continuidade do cuidado (via contrarreferência), com entrega de encaminhamento formal.

4.6. Registro e notificação

- Registrar todos os atendimentos no prontuário físico e/ou eletrônico.
- Notificar casos de violência, negligência ou abandono (crianças, gestantes, idosos e PCDs) conforme legislação.
- Integrar informações com a rede de atenção à saúde e à proteção social.

5. FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO A PACIENTES PRIORITÁRIOS – UPA 24H

A[Chegada do paciente prioritário à UPA] --> B[Acolhimento humanizado pela recepção]

B --> C[Classificação de risco e identificação da prioridade]

C --> D{Grupo prioritário?}

D -- Criança --> E[Aplicar protocolo pediátrico e priorizar sala de atendimento infantil]

D -- Gestante --> F[Avaliação obstétrica inicial + escuta fetal]

D -- Idoso --> G[Verificar comorbidades, sinais atípicos e risco social]

D -- PCD --> H[Garantir acessibilidade e comunicação adequada]

E --> I[Atendimento clínico direcionado]

F --> I

G --> I

H --> I

I --> J[Realizar exames e estabilização, se necessário]

J --> K{Alta ou Encaminhamento?}

K -- Alta --> L[Orientações + Contrarreferência]

K -- Encaminhamento --> M[Regulação e transporte]

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

6. BIBLIOGRAFIA / REFERÊNCIAS NORMATIVAS

- **Ministério da Saúde.** Manual de Acolhimento com Classificação de Risco – 2023.
- **Ministério da Saúde.** HumanizaSUS – Política Nacional de Humanização (PNH).
- **Lei Federal nº 10.048/2000.** Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica.
- **Lei nº 13.146/2015.** Estatuto da Pessoa com Deficiência.
- **Lei nº 8.069/1990.** Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).
- **Rede Cegonha.** Diretrizes para atenção obstétrica e neonatal – MS, 2022.
- **Protocolo de Manchester.** Sistema de Classificação de Risco em Urgência e Emergência.
- **Organização Mundial da Saúde.** WHO Global Strategy on People-Centred and Integrated Health Services, 2019.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO EM UPA 24 HORAS

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO DE PACIENTE PSIQUIÁTRICO

1. OBJETIVO

Padronizar o atendimento, acolhimento e encaminhamento de pacientes com transtornos mentais ou em crise psiquiátrica nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h), assegurando o cuidado humanizado, ético, seguro e integral, respeitando os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), bem como a dignidade e os direitos da pessoa com sofrimento psíquico.

2. PÚBLICO-ALVO

Usuários que apresentem transtornos mentais identificados ou suspeitos, episódios de crise psicótica, agitação psicomotora, tentativas de suicídio, ideação suicida, uso abusivo de substâncias psicoativas, transtornos de comportamento ou outros quadros psiquiátricos agudos ou crônicos em descompensação.

3. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E NORMATIVA

- Lei nº 10.216/2001 – Lei da Reforma Psiquiátrica

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Portaria GM/MS nº 3.088/2011 – Institui a RAPS
- Portaria GM/MS nº 2.048/2002 – Rede de Urgência e Emergência
- Política Nacional de Humanização (PNH/MS)
- RDC ANVISA nº 50/2002
- Código de Ética Médica e de Enfermagem
- Nota Técnica MS/SAES/SAS – Diretrizes para o Atendimento de Urgência em Saúde Mental
- Portaria GM/MS nº 336/2002 – CAPS e portas de entrada da RAPS
- Protocolo de Manejo do Comportamento Agitado (MS e literatura clínica)

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Termômetro, esfigmomanômetro, oxímetro
- Prontuário eletrônico ou ficha física
- Formulário de risco de suicídio (ex: Escala de Columbia ou C-SSRS)
- EPIs (luvas, máscaras, óculos, aventais)
- Material para contenção física, quando necessário (restrito e justificado)
- Medicamentos de urgência (haloperidol, diazepam, midazolam, prometazina etc.)
- Maca, cadeira de rodas e leito de observação
- Material de sutura (em casos de autoagressão)
- Sala de observação segura e ambiente sem estímulos excessivos
- Apoio de segurança institucional (não armada), se necessário
- Contatos de referência de CAPS, SAMU, hospitais psiquiátricos e serviços da RAPS

5. RESPONSÁVEIS PELO ATENDIMENTO

- Enfermeiro e técnico de enfermagem
- Médico clínico e/ou psiquiatra (se disponível)
- Psicólogo (quando disponível)
- Assistente social (para mediação familiar e social)
- Equipe de apoio (porteiros, recepção, segurança treinada)

6. PROCEDIMENTOS

6.1. Chegada e Acolhimento Inicial

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Realizar abordagem acolhedora, com escuta ativa, respeitando o momento de crise e o nível de consciência do paciente.
- Garantir segurança do paciente, equipe e demais usuários.
- Identificar sinais de risco: agressividade, ideação suicida, confusão mental, fuga de ideias, agitação intensa, silêncio absoluto, discurso desconexo.

6.2. Classificação de Risco Psiquiátrico

Aplicar Classificação de Risco com base nos seguintes critérios:

Cor	Descrição	Conduta
Vermelho	Tentativa de suicídio ativa, risco à vida, agressividade incontrolável	Atendimento imediato; contenção e medicação de urgência
Laranja	Agitação psicomotora moderada, discurso suicida, risco à integridade	Atendimento em até 10 min
Amarelo	Transtorno mental compensado, uso recente de substâncias, sofrimento psíquico agudo	Atendimento em até 60 min
Verde	Queixa leve, paciente orientado, solicita medicação de manutenção ou apoio	Atendimento conforme fluxo clínico
Azul	Acompanhamento, dúvidas ou questões sociais, sem risco iminente	Orientação e encaminhamento programado

. **6.3. Avaliação Clínica**

- Sinais vitais
- Nível de consciência
- Escala de risco de suicídio (C-SSRS ou similar)
- Identificação de uso de substâncias psicoativas
- Registro de histórico psiquiátrico e medicamentos em uso
- Entrevista com acompanhante (quando houver)

6.4. Condutas Terapêuticas e Medicamentosas

- Em casos de agitação, administrar medicação conforme protocolo institucional (ex: haloperidol + prometazina IM).
- Estabelecer contenção somente em último caso, após esgotadas outras alternativas, com registro justificado e por tempo mínimo necessário.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Garantir monitoramento em sala de observação com iluminação reduzida e supervisão constante.

6.5. Encaminhamentos

- Acionar CAPS ou SAMU para encaminhamentos à unidade especializada.
- Comunicar familiar/responsável, exceto em situações de risco imediato.
- Em caso de tentativa de suicídio ou autoagressão grave, manter paciente sob observação e conduzir encaminhamento a hospital psiquiátrico ou emergência de referência.
- Acionar a Assistência Social para orientação de rede de suporte (abrigo, centro de apoio, CAPS, etc.).

6.6. Alta e Orientações

- Garantir a entrega de orientações de continuidade do cuidado, com endereço e contatos dos serviços da RAPS.
- Preencher termo de ciência e responsabilidade quando houver alta contra orientação médica.
- Registrar detalhadamente no prontuário todas as condutas, inclusive ausência de acompanhante ou impossibilidade de contato familiar.

7. FLUXOGRAMA – ATENDIMENTO PSIQUIÁTRICO EM UPA 24H

A[Paciente chega com queixa psiquiátrica ou comportamento alterado] --> B[Abordagem segura e acolhimento]

B --> C[Classificação de Risco com base no quadro clínico]

C --> D{Classificação}

D --> E1[Vermelho - Atendimento Imediato]

D --> E2[Laranja - Atendimento até 10 min]

D --> E3[Amarelo - Atendimento até 60 min]

D --> E4[Verde/Azul - Atendimento conforme demanda]

E1 & E2 & E3 & E4 --> F[Avaliação Clínica e Risco de Suicídio]

F --> G[Conduta Terapêutica e/ou Medicamentosa]

G --> H{Necessidade de Encaminhamento Especializado?}

H -- Sim --> I[Encaminhar CAPS / SAMU / Hospital Psiquiátrico]

H -- Não --> J[Alta com Orientação e Encaminhamento Ambulatorial]

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

8. MONITORAMENTO E INDICADORES

- Número de atendimentos psiquiátricos/mês
- Tempo médio de atendimento por classificação
- Taxa de reencaminhamento para emergência psiquiátrica
- Uso de contenção física e farmacológica (frequência e justificativas)
- Registro de óbitos por suicídio após passagem pela UPA
- Número de notificações de violação de direitos (violência, abandono, etc.)

9. BIBLIOGRAFIA E REFERÊNCIAS

1. **BRASIL. Lei nº 10.216**, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais.
2. **BRASIL. Portaria GM/MS nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a RAPS.
3. **BRASIL. Portaria nº 2.048/GM/MS**, de 5 de novembro de 2002 – Rede de Urgência e Emergência.
4. **Ministério da Saúde.** Nota Técnica – Diretrizes de Atenção à Crise em Saúde Mental na Urgência e Emergência.
5. **Organização Mundial da Saúde (OMS).** Suporte psicológico em emergências.
6. **Escala de Risco de Suicídio Columbia (C-SSRS)**
7. **Política Nacional de Humanização – PNH/MS**
8. **RDC ANVISA nº 50/2002**

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO EM UPA 24 HORAS

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO DE VÍTIMA DE VIOLÊNCIA

1. OBJETIVO

Padronizar o acolhimento e atendimento às vítimas de violência (física, sexual, psicológica, institucional, doméstica, de gênero ou negligência), garantindo cuidado humanizado, integral, sigiloso e seguro, bem como a notificação compulsória, o devido registro e os encaminhamentos previstos na Rede de Atenção à Saúde e na Rede de Proteção Social.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

2. PÚBLICO-ALVO

Pessoas de todas as idades e identidades (crianças, adolescentes, adultos, idosos, pessoas com deficiência, LGBTQIA+) que tenham sido vítimas de qualquer forma de violência:

- Violência física
- Violência sexual
- Violência psicológica/emocional
- Violência institucional
- Violência doméstica e familiar
- Violência autoprovocada (tentativa de suicídio)
- Situações de abandono, negligência ou exploração

3. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E NORMATIVA

- Constituição Federal de 1988 – Direito à saúde e à dignidade da pessoa humana
- Lei nº 8.069/1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)
- Lei nº 10.741/2003 – Estatuto do Idoso
- Lei nº 11.340/2006 – Lei Maria da Penha
- Lei nº 12.845/2013 – Atendimento obrigatório e integral às vítimas de violência sexual
- Portaria GM/MS nº 1.508/2005 – Notificação compulsória de violência
- Portaria GM/MS nº 2.406/2005 – Atenção integral a pessoas em situação de violência sexual
- Política Nacional de Humanização (PNH/MS)
- RDC ANVISA nº 50/2002 – Ambiência e estrutura das unidades
- Rede de Atenção às Urgências e Rede de Proteção Social

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Fichas de atendimento e sistema informatizado
- Fichas de notificação de violência interpessoal/autoprovocada (SINAN)
- Kit de acolhimento à vítima de violência sexual (coleta de vestígios, medicação de emergência)
- Termômetro, oxímetro, esfigmomanômetro
- Instrumentos para avaliação física completa (luz focal, espéculo, lanterna, etc.)
- Preservativos, anticoncepção de emergência, antirretrovirais e antibióticos

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Materiais de higiene (lenços, toalhas, absorventes)
- EPIs (luvas, aventais, máscaras)
- Sala reservada com privacidade para escuta e exame
- Contatos atualizados de CRAS, CREAS, Conselho Tutelar, Delegacia da Mulher, rede hospitalar de referência

5. RESPONSÁVEIS PELO ATENDIMENTO

- Profissionais de enfermagem (técnicos e enfermeiros)
- Médico plantonista
- Assistente social (obrigatório nos casos de violência)
- Psicólogo (quando disponível)
- Equipe de apoio administrativo e segurança (treinados para atuação em casos de risco)

6. PROCEDIMENTOS

6.1. Acolhimento Inicial

- Garantir privacidade e sigilo desde o primeiro contato.
- Avaliar a necessidade de atendimento emergencial (hemostasia, analgesia, estabilização).
- O acolhimento deve ser sem julgamento, empático e respeitoso.

6.2. Escuta Qualificada

- Realizada por profissional capacitado.
- Escuta ativa, sem interrupções ou pressões.
- Nunca forçar revelações ou subestimar relatos.

6.3. Classificação de Risco

- Aplicar critérios clínicos conforme protocolo de ACR, considerando também risco social.
- Situações com risco iminente à vida (ex: hemorragia, tentativa de suicídio, estupro coletivo) são classificadas como prioridade vermelha ou laranja.

6.4. Avaliação Clínica e Exame Físico

- Realizar avaliação física com descrição detalhada das lesões (local, tipo, extensão, tempo).
- Fotografar apenas com autorização, respeitando normativas éticas e judiciais.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- No caso de violência sexual, realizar exame ginecológico/anorretal completo e seguir protocolo clínico (profilaxia de ISTs, anticoncepção de emergência, suporte emocional).

6.5. Registro e Notificação

- Preencher prontuário com informações clínicas, comportamentais e relatos.
- Notificação compulsória no SINAN deve ser realizada (inclusive em casos suspeitos).
- Informar que não se trata de boletim de ocorrência policial.

6.6. Encaminhamentos e Rede de Apoio

- Acionar Assistência Social da unidade.
- Notificar o Conselho Tutelar (em caso de crianças e adolescentes).
- Encaminhar para CAPS, CRAS/CREAS, Casa Abrigo, Delegacia da Mulher, hospitais de referência, etc.
- Garantir que a vítima não retorne ao agressor ou ambiente de risco.
- Em caso de risco iminente, acionar a autoridade policial e garantir proteção.

6.7. Prescrição e Condutas Clínicas

- Em casos de violência sexual, iniciar imediatamente:
    - Anticoncepção de emergência (até 5 dias após)
    - Profilaxia para HIV (PEP)
    - Antibióticos para ISTs
    - Vacina para Hepatite B e tétano
- Fornecer receitas, orientações e agendamento para seguimento.

6.8. Acompanhamento e Alta

- Entregar orientações impressas e verbalizadas.
- Garantir que a vítima tenha conhecimento dos seus direitos.
- Agendar retorno para reavaliação clínica ou encaminhar para seguimento na rede.
- Garantir encaminhamento à atenção psicossocial, se necessário.

7. FLUXOGRAMA – ATENDIMENTO À VÍTIMA DE VIOLÊNCIA EM UPA 24H

A[Chegada do usuário à UPA] --> B[Acolhimento com escuta qualificada e privacidade]

B --> C[Classificação de Risco]

C --> D{Situação clínica de urgência?}

D -- Sim --> E[Atendimento médico imediato]

D -- Não --> F[Encaminhamento à enfermagem / assistência social]

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

E & F --> G[Avaliação clínica + exame físico com registro de lesões]

G --> H[Preenchimento de prontuário e Notificação no SINAN]

H --> I[Encaminhamento para Rede de Proteção: CRAS, Conselho Tutelar, CAPS, etc.]

I --> J[Prescrição médica e orientações]

J --> K[Alta com segurança ou encaminhamento para abrigo/autoridade policial]

8. INDICADORES DE MONITORAMENTO

- Nº de atendimentos a vítimas de violência/mês
- Nº de notificações registradas no SINAN
- Tempo médio de espera para atendimento
- Nº de encaminhamentos à rede de proteção
- Nº de atendimentos com prescrição de profilaxias pós-violência sexual
- Nº de casos de retorno com nova situação de violência

9. BIBLIOGRAFIA E REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Lei nº 12.845/2013 – Atendimento obrigatório a vítimas de violência sexual.
2. BRASIL. Lei nº 11.340/2006 – Lei Maria da Penha
3. BRASIL. Portaria GM/MS nº 1.508/2005 – Notificação compulsória
4. BRASIL. Portaria GM/MS nº 2.406/2005 – Atenção integral às vítimas de violência sexual
5. BRASIL. Manual de Atenção à Pessoa em Situação de Violência Sexual – Ministério da Saúde, 2011
6. BRASIL. Cadernos HumanizaSUS – Acolhimento nas urgências
7. BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei nº 8.069/1990
8. BRASIL. Estatuto do Idoso – Lei nº 10.741/2003
9. SINAN/MS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
10. ANVISA. RDC nº 50/2002

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO EM UPA 24 HORAS

ATENDIMENTO MÉDICO E ENFERMAGEM – CONDIÇÕES AGUDAS

1. OBJETIVO

Padronizar as ações da equipe médica e de enfermagem no atendimento inicial e acompanhamento de pacientes com condições agudas clínicas, cirúrgicas, psiquiátricas e traumáticas, assegurando agilidade, segurança, qualidade e integralidade na atenção prestada em Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h), conforme as diretrizes do Ministério da Saúde.

2. PÚBLICO-ALVO

Usuários de todas as faixas etárias com queixas de início súbito ou agravamento recente de condições clínicas, cirúrgicas, traumáticas, infecciosas ou outras, incluindo:

- Dor torácica aguda
- Dispneia
- Crises convulsivas
- Cefaleias intensas
- Hiperglicemia/hipoglicemia
- Sinais infecciosos com febre alta
- Vômitos e diarreia com risco de desidratação
- Crises asmáticas ou de DPOC
- Traumas leves e moderados
- Hipertensão arterial grave
- Cólica renal aguda
- Condições psiquiátricas agudas

3. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E NORMATIVA

- Constituição Federal de 1988, artigos 6º e 196
- Lei nº 8.080/1990 – Lei Orgânica da Saúde
- Portaria GM/MS nº 2.048/2002 – Regulamento Técnico dos Serviços de Urgência e Emergência

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Portaria GM/MS nº 1.600/2011 – Reestruturação da Rede de Atenção às Urgências (RAU)
- Política Nacional de Humanização (PNH)
- Protocolo de Classificação de Risco e Acolhimento nas Urgências (ACR)
- Portaria GM/MS nº 1.020/2009 – Diretrizes para as UPA 24h
- Resoluções COFEN e CFM sobre atos profissionais

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Prontuário físico ou sistema eletrônico
- Esfigmomanômetro, estetoscópio, oxímetro, termômetro
- Monitor multiparamétrico, desfibrilador, DEA
- Glicosímetro e tiras reagentes
- Materiais para punção venosa e coleta de exames
- Materiais para oxigenoterapia (cateter nasal, máscara facial, ambu)
- Medicamentos de urgência/emergência (adrenalina, furosemida, dipirona, tramal, diazepam etc.)
- EPIs para a equipe
- Macas, cadeiras de rodas, leitos de observação
- Material para curativos, sutura e pequenas cirurgias
- Fluxograma e protocolos clínicos disponíveis em cada setor

5. RESPONSÁVEIS PELO ATENDIMENTO

- Profissionais de Enfermagem (técnicos e enfermeiros)
- Médico plantonista clínico ou cirurgião geral
- Apoio eventual de especialistas (pediatra, psiquiatra, ortopedista)
- Equipe de apoio administrativo, segurança e limpeza
- Assistente social (quando necessário)

6. PROCEDIMENTOS

6.1. Acolhimento com Classificação de Risco

- Realizado preferencialmente por enfermeiro treinado, baseado no Protocolo Manchester ou ACR/MS.
- Avaliação rápida dos sinais vitais e sintomas principais.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Atribuição de cor conforme gravidade e prioridade clínica (vermelho, laranja, amarelo, verde, azul).

6.2. Atendimento Inicial de Enfermagem

- Verificação e monitoramento de sinais vitais
- Coleta de exames laboratoriais ou imagem, se solicitado
- Instalação de acesso venoso, administração de medicação prescrita
- Preparo para procedimentos e apoio ao atendimento médico
- Cuidados com oxigenoterapia, controle de dor e reidratação
- Registro completo em prontuário (evolução de enfermagem)

6.3. Atendimento Médico Imediato

- Avaliação clínica completa: anamnese, exame físico, hipóteses diagnósticas
- Solicitação de exames laboratoriais e de imagem (quando necessário)
- Prescrição de medicamentos e condutas terapêuticas imediatas
- Indicação de permanência em observação, alta, ou encaminhamento hospitalar
- Comunicação clara ao paciente e à equipe multiprofissional

6.4. Condutas Terapêuticas Padronizadas

A depender do quadro agudo identificado, seguir protocolos específicos. Exemplos:

- Dor torácica: ECG em até 10 minutos + monitorização contínua
- Dispneia aguda: O2, broncodilatadores, suporte ventilatório
- Cólica renal: analgesia forte + hidratação venosa
- Crise convulsiva: diazepam EV/retal + controle da causa
- Cefaleia intensa: avaliação de sinais de alarme + analgesia
- Quadros infecciosos com febre: antipiréticos + avaliação da origem
- Crises hipertensivas: anti-hipertensivos EV + avaliação de lesão-alvo
- Hiperglicemia/hipoglicemia: correção com insulina ou glicose EV

6.5. Acompanhamento e Reavaliação

- Reavaliação periódica em observação clínica (até 24h, conforme caso)
- Acompanhamento de exames e evolução clínica
- Atualização de prescrição e comunicação com o paciente

6.6. Alta, Orientações e Encaminhamentos

- Alta com orientação verbal e por escrito
- Encaminhamento à atenção primária ou hospital (regulação via CROSS/SISREG, se necessário)

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Fornecimento de receitas, atestados e encaminhamentos
- Comunicação com familiares e orientações sobre sinais de alerta

1. FLUXOGRAMA – ATENDIMENTO DE CONDIÇÕES AGUDAS NA UPA 24H

2. A[Usuário chega à UPA com condição aguda] --> B[Acolhimento com Classificação de Risco]
3. B --> C{Cor de risco atribuída}
4. C --> D1[Vermelho/Laranja - Atendimento Imediato]
5. C --> D2[Amarelo - Atendimento em até 60 minutos]
6. C --> D3[Verde/Azul - Atendimento por ordem de chegada]
7. D1 & D2 & D3 --> E[Atendimento de Enfermagem e Coleta de dados]
8. E --> F[Atendimento Médico – Avaliação Clínica]
9. F --> G{Conduta}
10. G --> H1[Alta com orientação]
11. G --> H2[Observação clínica]
12. G --> H3[Encaminhamento hospitalar ou SAMU]

8. INDICADORES DE MONITORAMENTO

- Tempo médio de espera por classificação de risco
- Tempo entre chegada e atendimento médico
- Taxa de retorno precoce (<72h)
- Nº de encaminhamentos hospitalares
- Nº de altas clínicas após estabilização
- Registro completo de evolução médica e de enfermagem

9. BIBLIOGRAFIA E REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.048/2002 – Regulamento Técnico da Rede de Urgência
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.600/2011 – Reestruturação da RAU
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH)
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Acolhimento com Classificação de Risco
5. COFEN. Resoluções sobre atuação da enfermagem na urgência e emergência

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

6. CFM. Resolução nº 2.056/2013 – Normas éticas para atuação médica em serviços de urgência
7. Sociedade Brasileira de Clínica Médica. Protocolos de condutas em condições agudas
8. Sociedade Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE). Diretrizes clínicas

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM)

Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h

1. OBJETIVO

Estabelecer diretrizes para o atendimento imediato, seguro e resolutivo de pacientes com suspeita ou diagnóstico confirmado de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) na UPA 24h, priorizando a redução de tempo até o início do tratamento e diminuição da mortalidade.

2. PÚBLICO-ALVO

Pacientes adultos (≥18 anos) com dor torácica suspeita de síndrome coronariana aguda (SCA), com ou sem elevação do segmento ST.

3. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Monitor multiparamétrico

Desfibrilador com marcapasso externo

ECG de 12 derivações

Aspirina (AAS), Clopidogrel

Nitrato sublingual

Morfina (se necessário)

Oxigênio medicinal com máscara

Acesso venoso periférico

Kit para coleta de troponina

Medicações trombolíticas (se disponíveis e protocoladas)

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Sistema de regulação e transporte SAMU/Cross

4. PROCEDIMENTOS

4.1. TRIAGEM E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Dor torácica: prioridade IMEDIATA ou MUITO URGENTE

Levar o paciente diretamente à sala de emergência ou consultório médico

4.2. AVALIAÇÃO CLÍNICA IMEDIATA

Sinais vitais, dor (localização, duração, irradiação)

Fatores de risco: tabagismo, hipertensão, diabetes, dislipidemia, história familiar

Saturação de $O_2 \geq 94\%$ (administrar se < 90%)

4.3. ELETROCARDIOGRAMA (ECG)

Realizar e interpretar em até 10 minutos da chegada

ECG sugestivo de IAM com supradesnivelamento do ST (STEMI): iniciar protocolo de reperfusão

ECG sem supra-ST, mas com dor típica: iniciar protocolo para SCA sem supra-ST

4.4. CONDUTA MEDICAMENTOSA INICIAL

AAS 160-300 mg VO mastigável

Clopidogrel 300-600 mg VO (se sem contraindicações)

Nitrato sublingual (se PAS > 90 mmHg)

Morfina 2-5 mg EV em bolus (se dor intensa e sem hipotensão)

Oxigenoterapia (se $SatO_2 < 90\%$)

4.5. ENCAMINHAMENTO E REGULAÇÃO

Pacientes com STEMI: acionar imediatamente a Central de Regulação para transferência a serviço com hemodinâmica

Se não houver acesso a hemodinâmica em até 120 minutos, considerar fibrinólise (após avaliação de contraindicações)

Iniciar checklist de transferência e monitorização contínua

Encaminhar com cópia do ECG, ficha clínica e relatório médico

5. CONTRAINDICAÇÕES À FIBRINÓLISE (seleção)

Hemorragia ativa ou AVC hemorrágico prévio

AVC isquêmico nos últimos 3 meses

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Traumatismo craniano recente

Hipertensão arterial grave não controlada (>180x110 mmHg)

6. REGISTRO EM PRONTUÁRIO

Horário de início dos sintomas

Horário da chegada à UPA

Horário do ECG e interpretação

Medicações administradas e horários

Conduta médica, avaliação de contraindicações

Regulação e transferência

7. FLUXOGRAMA RESUMIDO

A[Usuário com dor torácica] --> B[Triagem – Classificação de Risco]

B --> C[Consulta médica imediata]

C --> D[ECG em até 10 min]

D --> E{ECG com Supra-ST?}

E -- Sim --> F[Início do protocolo STEMI]

E -- Não --> G[Protocolo SCA sem supra]

F --> H[Medicamentos iniciais]

H --> I{Hemodinâmica disponível < 120 min?}

I -- Sim --> J[Transferência regulada]

I -- Não --> K[Iniciar fibrinólise (se indicado)]

G --> L[Conduta clínica e avaliação contínua]

8. BASES NORMATIVAS

Ministério da Saúde – Diretrizes para SCA (Caderno de Atenção Domiciliar nº 13)

Portaria GM/MS nº 1.028/2022 – Política Nacional de Atenção às Urgências

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) – Síndrome Coronariana Aguda

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA (ICA)

Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h

1. OBJETIVO

Estabelecer condutas padronizadas e seguras para o atendimento de pacientes com insuficiência cardíaca aguda (ICA) ou descompensada, visando alívio dos sintomas, estabilização clínica e encaminhamento adequado.

2. PÚBLICO-ALVO

Pacientes com histórico de insuficiência cardíaca ou que apresentem quadro agudo de congestão pulmonar, dispneia súbita, ortopneia, crepitações pulmonares, taquicardia, hipotensão ou sinais de baixo débito.

3. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Monitor multiparamétrico

Oximetria de pulso

ECG de 12 derivações

Raio-X de tórax (se disponível)

Oxigênio medicinal

Acesso venoso periférico calibroso

Diuréticos EV (Furosemida)

Nitratos EV (Nitroglicerina, se disponível)

Morfina (se indicada)

Soluções cristaloides (uso cauteloso)

Medicamentos para suporte inotrópico (se protocolo permitir)

Sistema de regulação (SAMU/CROSS)

4. PROCEDIMENTO PADRÃO

4.1 TRIAGEM E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Paciente com dispneia e sinais de congestão = prioridade imediata

Encaminhar diretamente à sala de emergência

4.2 AVALIAÇÃO CLÍNICA IMEDIATA

História clínica: IC prévia, comorbidades, medicações em uso

Sinais de hipoperfusão: palidez, extremidades frias, rebaixamento

Sinais de congestão pulmonar: estertores, ortopneia, edema periférico

Pressão arterial, frequência respiratória, $SatO_2$

4.3 MONITORAMENTO E EXAMES

ECG (avaliar arritmias, isquemia)

Gasometria arterial (se disponível)

Radiografia de tórax (se disponível): congestão, cardiomegalia

Exames laboratoriais: creatinina, eletrólitos, troponina, BNP (se disponível)

4.4 CONDUTA INICIAL

Oxigênio suplementar ($SatO_2$ < 92%)

Furosemida 20–40 mg EV (titular conforme resposta)

Nitrato sublingual ou EV (se PAS > 100 mmHg)

Morfina 2–4 mg EV se dor e ansiedade acentuadas

Evitar infusão de volume, salvo em casos de hipotensão e hipovolemia comprovada

Suporte inotrópico apenas em casos refratários e com monitoramento

4.5 ENCAMINHAMENTO E REGULAÇÃO

Acionar Central de Regulação para internação hospitalar

Monitorar continuamente até a transferência

Encaminhar com prontuário, exames, conduta e evolução clínica

5. CONTRAINDICAÇÕES A MEDIDAS INICIAIS

Uso de nitratos em pacientes com PAS < 90 mmHg

Uso de morfina em pacientes com rebaixamento sensório

Hidratação venosa indiscriminada

Inotrópicos sem necessidade e sem monitorização

6. REGISTROS EM PRONTUÁRIO

Tempo de início dos sintomas

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Sinais vitais de chegada

Medicações administradas e horários

Resultados de exames

Justificativa para transferência ou alta

7. FLUXOGRAMA RESUMIDO

A[Paciente com dispneia súbita e sinais de congestão] --> B[Triagem imediata e encaminhamento à emergência]

B --> C[Avaliação médica + ECG + Oximetria]

C --> D{Congestão pulmonar confirmada?}

D -- Sim --> E[O2, Furosemida, Nitratos (se PAS > 100), Morfina]

E --> F{Instabilidade hemodinâmica?}

F -- Sim --> G[Suporte vasopressor e regulação urgente]

F -- Não --> H[Monitorar e regular para hospital]

D -- Não --> I[Investigar outras causas de dispneia]

8. BASES NORMATIVAS E REFERÊNCIAS

Ministério da Saúde – Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Insuficiência Cardíaca (PCDT/MS)

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC)

Portaria GM/MS nº 1.028/2022 – Política Nacional de Atenção às Urgências

Manual de Normas da Rede de Atenção às Urgências – MS

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP)

Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h

1. OBJETIVO

Estabelecer diretrizes clínicas e operacionais para o reconhecimento precoce, estratificação de risco, manejo e encaminhamento seguro de pacientes com suspeita ou confirmação de tromboembolismo pulmonar agudo.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

2. PÚBLICO-ALVO

Pacientes adultos com sinais e sintomas sugestivos de TEP, como dispneia súbita, dor torácica pleurítica, hemoptise, síncope ou taquicardia inexplicada.

3. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Monitor multiparamétrico

Oximetria de pulso

ECG de 12 derivações

Heparina não fracionada ou enoxaparina

Oxigênio medicinal

Soluções cristaloides

Acesso venoso periférico

Medicação para suporte inotrópico (casos graves)

Recurso de regulação médica (SAMU/CROSS)

Laboratório para coleta de D-dímero (se disponível)

Gasometria arterial (se disponível)

Radiografia de tórax (se disponível)

4. PROCEDIMENTO PADRÃO

4.1. TRIAGEM E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Dispneia súbita, dor torácica, taquicardia: prioridade MUITO URGENTE ou IMEDIATA

Encaminhar à sala de emergência

4.2. AVALIAÇÃO CLÍNICA INICIAL

História clínica: cirurgia recente, imobilização, câncer, trombose venosa profunda (TVP) prévia

Sinais vitais, saturação de oxigênio, ausculta pulmonar

Aplicar escore de Wells modificado:

Probabilidade baixa (< 2), moderada (2–6), alta (> 6)

Se escore baixo e D-dímero disponível: coletar

Se escore moderado/alto ou instabilidade: iniciar conduta como TEP provável

4.3. MEDIDAS INICIAIS

Oxigenoterapia para manter $SatO_2$ > 92%

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Monitorização cardíaca contínua

Acesso venoso periférico calibroso

Heparinização:

Enoxaparina 1 mg/kg SC 12/12h ou

Heparina não fracionada conforme protocolo institucional

Volume com cristaloides se PAS < 90 mmHg

Avaliar necessidade de suporte vasopressor (casos de choque)

4.4. ENCAMINHAMENTO

Pacientes com instabilidade hemodinâmica: urgência na regulação hospitalar para serviço com suporte de UTI e imagem

Pacientes estáveis: observar e regular com prioridade

Encaminhar com prontuário completo, ECG, resultados laboratoriais (se houver), ficha de regulação e evolução médica

5. CONTRAINDICAÇÕES RELATIVAS À ANTICOAGULAÇÃO

Sangramento ativo ou risco elevado

AVC hemorrágico prévio

Distúrbios graves de coagulação

6. REGISTROS OBRIGATÓRIOS NO PRONTUÁRIO

Escore de Wells aplicado

Sinais e sintomas observados

Medicamentos administrados (dose e horário)

Exames solicitados e resultados

Conduta e justificativa para transferência

7. FLUXOGRAMA RESUMIDO

A[Paciente com dispneia súbita, dor torácica ou taquicardia] --> B[Classificação de risco urgente]

B --> C[Consulta médica e Escore de Wells]

C --> D{Probabilidade alta ou instável?}

D -- Sim --> E[Oxigênio + Heparina + Regulação para hospital com UTI]

D -- Não --> F{D-dímero disponível?}

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

F -- Sim --> G[D-dímero alterado?]

G -- Sim --> E

G -- Não --> H[Descarta TEP e avalia outras causas]

F -- Não --> I[Conduta clínica conforme avaliação médica]

8. BASES NORMATIVAS E REFERÊNCIAS

Ministério da Saúde – Protocolos Clínicos de Urgência

Diretriz Brasileira de Embolia Pulmonar – Sociedade Brasileira de Cardiologia (2020)

Guidelines ESC 2019 – European Society of Cardiology

Portaria GM/MS nº 1.028/2022 – Rede de Atenção às Urgências

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO EDEMA AGUDO DE PULMÃO (EAP)

Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h

1. OBJETIVO

Padronizar a abordagem imediata e segura do paciente com suspeita ou confirmação de Edema Agudo de Pulmão, com foco em alívio sintomático, estabilização hemodinâmica e encaminhamento hospitalar adequado.

2. PÚBLICO-ALVO

Pacientes adultos com sinais e sintomas compatíveis com insuficiência cardíaca descompensada grave e congestão pulmonar aguda: dispneia súbita, ortopneia, taquipneia, estertores crepitantes difusos, hipoxemia e/ou expectoração rosada e espumosa.

3. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Monitor multiparamétrico (FC, PA, SpO_2, FR)

ECG de 12 derivações

Acesso venoso calibroso

Oxigênio com máscara de alto fluxo ou VNI (se disponível)

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Furosemida (EV)

Nitratos (sublingual ou EV, conforme PAS)

Morfina (se necessário)

Suporte ventilatório (ambu, aspirador, VNI ou intubação se necessário)

Exames laboratoriais: gasometria, eletrólitos, função renal (se disponíveis)

Raio-X de tórax (se disponível)

Regulação para leito hospitalar

4. PROCEDIMENTOS

4.1. TRIAGEM E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Classificação IMEDIATA para pacientes com dispneia grave, taquipneia, rebaixamento do nível de consciência ou hipoxemia.

4.2. AVALIAÇÃO CLÍNICA RÁPIDA

Identificar sinais de congestão pulmonar

Avaliar PA, frequência respiratória, estado mental

Observar sinais de baixo débito (extremidades frias, hipotensão)

4.3. TRATAMENTO IMEDIATO

Oxigenoterapia: máscara de alto fluxo (10–15 L/min) ou VNI se disponível e sem contraindicação

Furosemida: 20 a 40 mg EV em bolus inicial (ajustar conforme diurese e função renal)

Nitrato:

Sublingual (0,4 mg) se PAS > 100 mmHg

EV se PAS > 110 mmHg, iniciar com 10–20 mcg/min

Morfina: 2–4 mg EV se ansiedade ou desconforto respiratório severo, monitorando nível de consciência e respiração

Posição elevada do dorso (posição de Fowler) para aliviar dispneia

4.4. CONDUTA EM CASOS DE INSTABILIDADE GRAVE

Hipotensão ou choque: considerar suporte vasopressor (se protocolo institucional permitir)

Se rebaixamento importante ou falência respiratória: preparar para intubação orotraqueal

4.5. ACOMPANHAMENTO E REGULAÇÃO

Monitoramento contínuo

Reavaliações clínicas e ajuste de medicação

Acionar Central de Regulação para transferência para unidade com suporte intensivo

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Encaminhar com prontuário completo, ECG, ficha de regulação, relatório clínico

5. CONTRAINDICAÇÕES IMPORTANTES

Uso de nitrato em pacientes com hipotensão (PAS < 90 mmHg)

Uso de morfina em pacientes com rebaixamento do nível de consciência

VNI em pacientes com vômitos ativos ou rebaixamento de consciência sem via aérea protegida

6. REGISTROS OBRIGATÓRIOS EM PRONTUÁRIO

Hora do início dos sintomas

Parâmetros vitais e avaliação inicial

Medicamentos administrados e respostas clínicas

Decisões de conduta, necessidade de intubação ou VNI

Horário e justificativa da solicitação de regulação

7. FLUXOGRAMA RESUMIDO

A[Paciente com dispneia súbita, estertores, taquipneia] --> B[Triagem urgente e avaliação clínica]

B --> C[Oxigênio + posição elevada + ECG]

C --> D{Sinais de congestão pulmonar?}

D -- Sim --> E[Furosemida EV + Nitrato se PAS > 100 mmHg + Morfina se indicado]

E --> F{Instabilidade hemodinâmica?}

F -- Sim --> G[Considerar suporte vasopressor e intubação]

F -- Não --> H[Monitorar + Regular para hospital com leito de suporte]

8. BASES NORMATIVAS E REFERÊNCIAS

Ministério da Saúde – Protocolo de Insuficiência Cardíaca Aguda

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2021

Portaria GM/MS nº 1.028/2022 – Política Nacional de Atenção às Urgências

Protocolo Clínico da Rede de Urgência e Emergência – MS

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO E ATENDIMENTO A CASOS DE MAUS-TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h

1. OBJETIVO

Estabelecer diretrizes para identificação, atendimento, registro e notificação de casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos contra crianças e adolescentes no contexto da UPA 24h, conforme legislações federais e orientações do Ministério da Saúde.

2. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei nº 8.069/1990

Lei nº 13.431/2017 – Escuta protegida

Portaria MS nº 1.271/2014 – Notificação de violência interpessoal/autoprovocada

Decreto nº 5.085/2004 – Convenção sobre os Direitos da Criança (ONU)

3. DEFINIÇÕES

Maus-tratos incluem qualquer ação ou omissão que resulte em sofrimento físico, sexual, psicológico ou negligência, praticada por pais, responsáveis ou terceiros, incluindo violência institucional.

4. CONDUTAS OPERACIONAIS

4.1. IDENTIFICAÇÃO DOS SINAIS DE ALERTA

Profissionais da UPA devem estar atentos aos seguintes indicadores:

Lesões incompatíveis com a história relatada

Marcas de mordidas, queimaduras, fraturas antigas

Agressividade, apatia ou retraimento comportamental

Presença frequente e injustificada na UPA

Sinais de negligência, como desnutrição ou falta de cuidados médicos

4.2. CONDUTA CLÍNICA IMEDIATA

Garantir atendimento integral à criança/adolescente

Acolher com sigilo, ética e escuta qualificada

Preservar a integridade física e emocional da vítima

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Evitar revitimização: não repetir interrogatórios

4.3. ENVOLVIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL E ENFERMAGEM

Acionar imediatamente o profissional do Serviço Social e da Enfermagem

Registrar a ocorrência no prontuário de forma descritiva, clara e objetiva

Preencher ficha de notificação de violência interpessoal (SINAN)

4.4. NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA

Toda suspeita ou confirmação deve ser notificada compulsoriamente às autoridades competentes (Conselho Tutelar, Ministério Público, Delegacia de Proteção à Criança e Adolescente)

Encaminhar ficha ao setor de vigilância em saúde municipal em até 24 horas

A notificação não depende de confirmação diagnóstica

4.5. ENCAMINHAMENTO E ACOMPANHAMENTO

Avaliar a necessidade de hospitalização ou transferência

Informar a situação à Central de Regulação (se necessário)

Documentar minuciosamente todas as ações realizadas

Manter acompanhamento institucional com registro de reincidência

5. SIGILO, ÉTICA E PROTEÇÃO LEGAL

O sigilo deve ser garantido a todos os envolvidos, sendo resguardado o dever legal da notificação. A proteção da vítima deve sempre prevalecer sobre vínculos familiares ou interesses institucionais.

6. FLUXO DE ATENDIMENTO RESUMIDO

A[Identificação de sinais de maus-tratos] --> B[Atendimento médico com acolhimento e escuta qualificada]

B --> C[Acionamento do Serviço Social e Enfermagem]

C --> D[Registro completo no prontuário e ficha do SINAN]

D --> E[Notificação ao Conselho Tutelar e rede de proteção]

E --> F[Encaminhamento clínico e/ou institucional conforme necessidade]

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (TCE)

Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h

1. OBJETIVO

Estabelecer conduta clínica padronizada para o atendimento ao paciente com traumatismo cranioencefálico (TCE) leve, moderado ou grave, garantindo acolhimento imediato, classificação de risco, estabilização e encaminhamento conforme a gravidade.

2. PÚBLICO-ALVO

Pacientes com histórico de trauma craniano por acidente, queda, agressão ou outro mecanismo, com ou sem alteração do nível de consciência.

3. CLASSIFICAÇÃO DO TCE (Escala de Coma de Glasgow – ECG)

Leve: ECG 13 a 15

Moderado: ECG 9 a 12

Grave: ECG ≤ 8

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Monitor multiparamétrico

Dispositivos de oxigenoterapia

Ambu com máscara facial

Colar cervical

Prancha rígida (ou imobilizador espinhal)

Acesso venoso periférico calibroso

Soluções cristaloides (soro fisiológico, Ringer lactato)

ECG

Exames laboratoriais (hemograma, eletrólitos, coagulograma, glicemia)

Radiografia ou tomografia (se disponível)

Documentação para regulação/transferência

5. PROCEDIMENTO PADRÃO

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

5.1. TRIAGEM E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Todo TCE com alteração de consciência, vômito, amnésia, convulsão ou sangramento = prioridade IMEDIATA

Imobilização cervical e avaliação primária

5.2. AVALIAÇÃO INICIAL (ABCDE do trauma)

A: Via aérea com proteção cervical

B: Respiração e ventilação

C: Circulação e controle de hemorragias

D: Déficit neurológico (Escala de Glasgow)

E: Exposição e controle térmico

5.3. CONDUTA CONFORME GRAVIDADE

TCE Leve (Glasgow 13–15)

Observar 6h, repetir exame neurológico

Encaminhar para TC de crânio se houver sinais de alarme: cefaleia intensa, vômitos repetidos, alteração de comportamento, sinais de fratura

Alta com orientações e acompanhante

TCE Moderado a Grave (Glasgow ≤ 12)

Suporte ventilatório conforme necessidade

Monitorização contínua

Oxigênio suplementar

Acesso venoso calibroso + hidratação com cristaloides

Encaminhar com urgência para unidade com neurocirurgia via Central de Regulação

Evitar hiperventilação e manter PAS ≥ 100 mmHg

5.4. USO DE MEDICAMENTOS

Analgesia se necessário (paracetamol ou dipirona EV)

Anticonvulsivantes se convulsão presente (diazepam, fenitoína)

Manitol ou solução hipertônica: somente se prescrito e com suporte especializado

6. REGISTROS OBRIGATÓRIOS EM PRONTUÁRIO

Glasgow inicial e após 1h

Descrição da dinâmica do trauma

Exames solicitados e condutas adotadas

Nome e contato do acompanhante

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Encaminhamentos e tempo de regulação

7. FLUXOGRAMA RESUMIDO

A[Paciente com suspeita de TCE] --> B[Imobilização cervical e ABCDE]

B --> C[Aplicar escala de Glasgow]

C --> D{Glasgow ≥ 13?}

D -- Sim --> E[Observar, avaliar sinais de alerta, considerar TC]

D -- Não --> F[Estabilização + Oxigênio + Acesso venoso + Regulação]

F --> G[Transferência para hospital com neurocirurgia]

8. BASES NORMATIVAS E REFERÊNCIAS

Ministério da Saúde – Diretrizes de Atenção ao Paciente Politraumatizado

Diretriz Brasileira para Atendimento ao TCE – Sociedade Brasileira de Neurocirurgia

ATLS – Advanced Trauma Life Support (American College of Surgeons)

Portaria GM/MS nº 1.028/2022 – Política Nacional de Atenção às Urgências

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA – UPA 24 HORAS

1. OBJETIVO

Garantir o atendimento precoce, seguro e eficaz dos pacientes com insuficiência respiratória aguda (IRA), com foco em estabilização clínica, suporte ventilatório adequado e encaminhamento oportuno, reduzindo morbimortalidade e complicações associadas.

2. DEFINIÇÃO

Insuficiência respiratória é a incapacidade do sistema respiratório de manter trocas gasosas adequadas, caracterizada por:

Hipoxemia: $PaO_2 < 60$ mmHg com ou sem hipercapnia;

Hipercapnia: $PaCO_2 > 45$ mmHg;

Com ou sem pH < 7,35.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

3. CLASSIFICAÇÃO

Tipo I (hipoxêmica): PaO_2 < 60 mmHg com $PaCO_2$ normal ou baixa;

Tipo II (hipercápnica): $PaCO_2$ > 45 mmHg com PaO_2 < 60 mmHg;

Aguda ou crônica agudizada, conforme o tempo de evolução e presença de doença de base.

4. PÚBLICO-ALVO

Pacientes atendidos na UPA 24h com sinais de desconforto respiratório, hipoxemia ou hipercapnia, independente da etiologia (asma, DPOC, pneumonia, edema agudo dos pulmões, TEP, sepse, entre outros).

5. SINAIS CLÍNICOS DE ALERTA

Taquipneia (FR > 24 irpm)

Dispneia ou uso de musculatura acessória

Tiragem intercostal/supraclavicular

Cianose

Alteração de nível de consciência (agitação, confusão ou sonolência)

$SatO_2$ < 90% em ar ambiente

PaO_2 < 60 mmHg ou $PaCO_2$ > 45 mmHg

6. EQUIPE ENVOLVIDA

Médico plantonista

Enfermeiro

Técnico de enfermagem

Fisioterapeuta respiratório (se disponível)

Equipe de apoio laboratorial e radiológico

7. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Oxímetro de pulso

Estetoscópio

Ambu com máscara e reservatório

Fonte de oxigênio

Máscara de Venturi, máscara com reservatório (não reinalante), cateter nasal

Aspirador e sondas de aspiração

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Monitor multiparamétrico

Gases arteriais (coleta)

Dispositivos para ventilação não invasiva (VNI) – BIPAP/CPAP

Ventilador mecânico (se disponível)

Medicações de suporte (broncodilatadores, corticoides, antibióticos, sedativos, analgésicos)

8. CONDUTA GERAL

8.1 Avaliação Inicial (Primeiros 5 minutos)

Avaliação rápida: ABCDE

Identificar causa provável

Verificar sinais vitais e padrão respiratório

Oxímetro de pulso e monitor cardíaco

Colher gasometria arterial, lactato e exames laboratoriais

Iniciar oxigenioterapia conforme necessidade:

Cateter nasal (1-5 L/min)

Máscara com reservatório (10-15 L/min) se $SatO_2 < 90\%$

Posicionar o paciente em semifowler ou Fowler completo

8.2 Classificação de Gravidade

Leve a moderada: FR < 30, $SatO_2 > 90\%$ com O_2, sem rebaixamento de consciência → tratamento clínico

Grave: FR > 30, $SatO_2$ persistente < 90%, rebaixamento de consciência, instabilidade hemodinâmica → suporte avançado e possível intubação

9. TRATAMENTO ESPECÍFICO (conforme etiologia presumida)

9.1 Asma/DPOC

Nebulização com broncodilatadores (salbutamol + brometo de ipratrópio)

Corticoide sistêmico (hidrocortisona 100 mg IV ou prednisona VO)

Considerar VNI (CPAP/BIPAP) se falha da oxigenioterapia

9.2 Edema Agudo dos Pulmões

Furosemida IV (20-40 mg)

Nitrato (vasodilatador) se PA permitir

CPAP/BIPAP precocemente

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

9.3 Pneumonia

Oxigenioterapia

Antibiótico empírico precoce conforme protocolo local

Suporte ventilatório conforme gravidade

9.4 Tromboembolismo Pulmonar

Oxigenioterapia

Suporte hemodinâmico (volume, vasopressor)

Anticoagulação conforme protocolo

9.5 Sepse com Disfunção Respiratória

Antibioticoterapia empírica precoce

Reposição volêmica

Monitoramento intensivo

Considerar intubação precoce se rebaixamento do nível de consciência

10. INDICAÇÕES PARA VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA (VNI)

Dispneia moderada a grave

FR > 25 irpm

$SatO_2$ < 90% mesmo com O_2

$PaCO_2$ > 45 mmHg (DPOC, hipoventilação)

pH < 7,35

Ausência de contra-indicação: vômitos ativos, rebaixamento de consciência sem proteção de vias aéreas, instabilidade hemodinâmica

11. INDICAÇÕES PARA INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL E VENTILAÇÃO MECÂNICA

Rebaixamento do nível de consciência (GCS < 8)

Hipoxemia refratária

$PaCO_2$ > 60 mmHg com acidose grave (pH < 7,25)

Falência da VNI

Instabilidade hemodinâmica

Apneia ou parada respiratória iminente

12. FLUXOGRAMA RESUMIDO

A[Paciente com dispneia] --> B{Sinais de gravidade?}

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

B -->|Não| C[Oxigenoterapia + Investigação]

B -->|Sim| D[Iniciar O_2 + Monitoramento + Gasometria]

D --> E{VNI disponível e indicado?}

E -->|Sim| F[Iniciar VNI e monitorar resposta]

E -->|Não| G[Considerar IOT]

F --> H{Melhora?}

H -->|Sim| I[Manter conduta + Tratamento específico]

H -->|Não| G

G --> J[Intubação + Suporte avançado + Encaminhamento]

13. CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO AO HOSPITAL DE REFERÊNCIA

Necessidade de ventilação invasiva prolongada

Choque refratário

Sepse grave

Falência de múltiplos órgãos

Diagnóstico cirúrgico (ex: tromboembolia maciça)

Instabilidade clínica persistente após estabilização inicial

14. RESPONSABILIDADES

Profissional	Responsabilidades
Médico plantonista	Avaliação, conduta clínica, decisão sobre suporte ventilatório e encaminhamento
Enfermeiro	Monitoramento clínico, administração de medicamentos, apoio à estabilização
Técnico de enfermagem	Aferição de sinais vitais, instalação de O_2, assistência direta
Fisioterapeuta (se houver)	Início e ajuste de VNI, apoio à VMI, manobras de higiene brônquica
Equipe de apoio	Realização de exames laboratoriais e de imagem, suporte logístico

15. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ministério da Saúde. Diretrizes para organização do cuidado às condições crônicas.

SBPT – Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Diretrizes de Ventilação Mecânica.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

AHA Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care, 2020.

UpToDate: Acute respiratory failure in adults.

Manual de Condutas Médicas em Urgência e Emergência. Ministério da Saúde.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À PNEUMONIA – UPA 24 HORAS

1. OBJETIVO

Garantir o diagnóstico precoce, tratamento adequado e monitoramento dos pacientes com pneumonia atendidos na UPA 24 horas, visando reduzir complicações, internações desnecessárias e mortalidade.

2. DEFINIÇÃO

Pneumonia é uma infecção aguda do parênquima pulmonar, geralmente causada por bactérias, vírus ou agentes atípicos, caracterizada por inflamação dos alvéolos e manifestações clínicas como tosse, febre, dor torácica e dificuldade respiratória.

3. CLASSIFICAÇÃO

Quanto ao local de aquisição:

Pneumonia adquirida na comunidade (PAC)

Pneumonia nosocomial (não aplicável em UPA)

Quanto à gravidade:

Leve a moderada (tratamento ambulatorial possível)

Grave (necessita internação e cuidados intensivos)

Quanto ao agente etiológico (presumido):

Bacteriana (Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, etc.)

Viral (Influenza, SARS-CoV-2, etc.)

Atípica (Mycoplasma pneumoniae, Chlamydophila pneumoniae)

4. PÚBLICO-ALVO

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Pacientes de qualquer idade atendidos na UPA com suspeita clínica de pneumonia.

5. SINAIS E SINTOMAS DE SUSPEITA

Febre ou hipotermia

Tosse produtiva ou seca

Dor torácica pleurítica

Dispneia e taquipneia

Estertores crepitantes ou sibilos à ausculta pulmonar

Mal-estar, fadiga

Confusão mental (em idosos)

6. AVALIAÇÃO CLÍNICA

História clínica detalhada: tempo de evolução, comorbidades, uso prévio de antibióticos, sinais de gravidade

Exame físico geral e respiratório

Sinais vitais (FR, FC, PA, $SatO_2$, temperatura)

Avaliação do estado mental

7. EXAMES COMPLEMENTARES

Radiografia de tórax (se disponível)

Oxímetro de pulso

Gasometria arterial (em casos graves)

Hemograma completo

PCR e/ou outros marcadores inflamatórios (se disponíveis)

Cultura de escarro (se possível)

Testes rápidos para Influenza, COVID-19 (conforme protocolo local)

Outros exames conforme suspeita clínica

8. CRITÉRIOS DE GRAVIDADE E INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Saturação de oxigênio < 90% em ar ambiente

FR > 30 irpm

Pressão arterial sistólica < 90 mmHg

Confusão mental ou rebaixamento do nível de consciência

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Comorbidades graves (insuficiência cardíaca, renal, imunossupressão)

Idade avançada (> 65 anos)

Presença de derrame pleural, cavitação ou outras complicações radiológicas

9. CONDUTA TERAPÊUTICA

9.1 Medidas gerais

Posicionar o paciente em decúbito semi-Fowler

Hidratação adequada (evitar sobrecarga hídrica)

Controle da febre e dor (paracetamol, dipirona)

Repouso relativo, mobilização precoce

9.2 Oxigenoterapia

Iniciar se $SatO_2 < 92\%$

Cateter nasal (1-5 L/min)

Máscara com reservatório (10-15 L/min) em casos graves

9.3 Antibioticoterapia empírica

Pacientes sem comorbidades e sem uso prévio de antibióticos:

Amoxicilina com clavulanato VO (500/125 mg a 875/125 mg, 8/8h)

Alternativa: Macrolídeos (azitromicina 500 mg no 1º dia + 250 mg 2º a 5º dia)

Pacientes com comorbidades (DPOC, diabetes, imunossupressão) ou uso recente de antibióticos:

Amoxicilina com clavulanato + macrolídeo

Ou quinolonas respiratórias (levofloxacino 500 mg/dia)

Em caso de suspeita viral (Influenza):

Considerar uso de oseltamivir nos primeiros 48h

9.4 Monitoramento

Reavaliação clínica em 48-72 horas

Monitorar sinais vitais e resposta à antibioticoterapia

Avaliar necessidade de transferência para hospital em casos de piora

10. INDICAÇÕES DE ENCAMINHAMENTO PARA HOSPITAL DE REFERÊNCIA

Falha terapêutica após 48 horas

Necessidade de suporte ventilatório

Complicações: empiema, abscesso pulmonar, insuficiência respiratória

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Instabilidade hemodinâmica

Condições clínicas graves associadas

11. PREVENÇÃO E EDUCAÇÃO

Orientar vacinação contra Influenza e Pneumococo para grupos de risco

Incentivar cessação do tabagismo

Higienização das mãos

Cuidados domiciliares e sinais de alerta para retorno imediato

12. RESPONSABILIDADES DA EQUIPE

Profissional	Responsabilidade
Médico	Avaliação, prescrição, decisão sobre encaminhamento
Enfermeiro	Monitoramento, administração de medicamentos, orientação
Técnico de enfermagem	Coleta de exames, suporte direto
Equipe de apoio	Realização de exames e logística

13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT) para pneumonia adquirida na comunidade.

Ministério da Saúde – Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

Manual de Condutas Clínicas em Urgência e Emergência.

UpToDate – Community-acquired pneumonia in adults.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À SEPSE/SEPTICEMIA– UPA 24 HORAS

1. OBJETIVO

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Garantir o reconhecimento precoce, tratamento imediato e encaminhamento seguro de pacientes com sepse e choque séptico, reduzindo a mortalidade e as complicações graves associadas.

2. DEFINIÇÃO

A sepse é uma disfunção orgânica potencialmente fatal causada por uma resposta desregulada do organismo a uma infecção.

Quando há hipotensão refratária à reposição volêmica e necessidade de vasopressor, é definida como choque séptico.

3. CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DE SUSPEITA DE SEPSE (Ministério da Saúde)

Suspeita clínica de infecção + ≥2 critérios abaixo:

Temperatura > 38,3°C ou < 36°C

FC > 90 bpm

FR > 22 irpm

PA sistólica < 100 mmHg

Saturação de O_2 < 92%

Alteração do nível de consciência (confusão, sonolência)

Diurese < 0,5 mL/kg/h

Lactato sérico > 2 mmol/L (se disponível)

Importante: qualquer paciente com infecção suspeita + disfunção orgânica = suspeita de sepse.

4. PÚBLICO-ALVO

Todos os pacientes atendidos na UPA com suspeita ou confirmação de infecção sistêmica e sinais de disfunção orgânica.

5. AÇÕES IMEDIATAS (Primeira hora – “Golden Hour”)

5.1 Avaliação inicial:

Aplicar protocolo de triagem rápida: “Protocolo de Sepse”

Avaliar sinais vitais imediatamente

Comunicar urgência à equipe médica

Iniciar monitoramento cardiorrespiratório

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Acesso venoso calibroso periférico (ou dois acessos periféricos)

Início do bundle de sepse (conjunto de medidas nas primeiras 60 minutos)

6. BUNDLE DE SEPSE – PRIMEIRA HORA

Ação	Observações
1. Medir lactato sérico (se disponível)	Repetir se > 2 mmol/L
2. Coletar culturas antes do antibiótico	Hemocultura + culturas de outros sítios possíveis (urina, secreção, etc.)
3. Iniciar antibiótico empírico de amplo espectro EV	Em até 1 hora após suspeita; ajuste posterior conforme cultura
4. Reposição volêmica rápida	30 mL/kg de cristalóide se hipotenso ou lactato ≥ 4 mmol/L
5. Avaliar necessidade de vasopressor	Se PAM < 65 mmHg após volume → iniciar noradrenalina (se disponível)

7. ANTIBIOTICOTERAPIA EMPÍRICA

Deve ser iniciada o mais precocemente possível (idealmente até 60 minutos).

Esquema sugerido para adultos (exemplos):

Infecção de origem pulmonar: Ceftriaxona + Azitromicina

Infecção urinária complicada/sepse urinária: Ceftriaxona ou Piperacilina/Tazobactam

Infecção abdominal: Ceftriaxona + Metronidazol

Pielonefrite grave: Ceftriaxona ou Ciprofloxacino EV

Infecção de pele e partes moles: Oxacilina + Clindamicina (ou Vancomicina se MRSA)

Sempre avaliar risco de resistência, alergias e disponibilidade local.

8. MONITORAMENTO CONTÍNUO

Sinais vitais a cada 15 min na primeira hora

Diurese horária

Nível de consciência (Glasgow)

Sinais de perfusão periférica

Saturação de O_2 e FR

Repetir gasometria e lactato conforme resposta

9. SUPORTE ADICIONAL

Oxigenoterapia:

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Iniciar com cateter nasal ou máscara com reservatório (conforme $SatO_2$)

Meta: $SatO_2 \geq 94\%$

Reposição volêmica:

Soro fisiológico 0,9% ou Ringer lactato

Avaliar resposta: PA, frequência cardíaca, débito urinário, perfusão

Vasopressores:

Se após reposição volêmica, PAM < 65 mmHg → iniciar vasopressor (ex.: noradrenalina)

Manter monitoramento em tempo integral (necessidade de transferência hospitalar)

10. CRITÉRIOS PARA TRANSFERÊNCIA URGENTE AO HOSPITAL DE REFERÊNCIA

Choque séptico persistente

Necessidade de ventilação mecânica

Lactato > 4 mmol/L sem resposta

Falência de múltiplos órgãos

Imunossuprimidos

Complicações específicas (abcesso, obstrução, peritonite, etc.)

11. FLUXOGRAMA RESUMIDO

A[Paciente com suspeita de infecção] --> B{Sinais de disfunção orgânica?}

B -->|Sim| C[Iniciar Protocolo de Sepse]

C --> D[Monitorização + Acesso venoso]

D --> E[Coletar culturas]

E --> F[Iniciar antibiótico EV em até 1 hora]

F --> G[Reposição volêmica rápida: 30mL/kg]

G --> H{PAM < 65 mmHg após volume?}

H -->|Sim| I[Iniciar vasopressor + Transferência hospitalar]

H -->|Não| J[Monitorar resposta + Estabilizar]

13. ORIENTAÇÕES AO PACIENTE E FAMILIARES

Explicar gravidade da condição e necessidade de intervenção imediata

Informar sobre critérios para possível transferência

Reforçar a importância da adesão ao plano terapêutico

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Instituto Latino-Americano de Sepse (ILAS). Protocolo de Sepse – 2024.

Ministério da Saúde. Linha de Cuidado para o Atendimento à Sepse – 2022.

Surviving Sepsis Campaign – 2021 Guidelines.

UpToDate – Management of Sepsis in adults.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO DIABETES MELLITUS DESCOMPENSADO – UPA 24 HORAS

1. OBJETIVO

Estabelecer diretrizes para o reconhecimento, manejo clínico e estabilização de pacientes com descompensação aguda do diabetes mellitus (DM) na UPA, assegurando tratamento imediato e encaminhamento apropriado quando necessário.

2. DEFINIÇÃO

Considera-se diabetes mellitus descompensado todo quadro clínico em que há elevação grave da glicemia, associada ou não a distúrbios hidroeletrolíticos, acidose metabólica e/ou comprometimento do estado geral do paciente.

As principais formas são:

Cetoacidose diabética (CAD) – mais comum em DM tipo 1

Síndrome hiperosmolar hiperglicêmica (SHH) – mais comum em DM tipo 2

Hiperglicemia simples sintomática (sem cetoacidose ou osmolaridade aumentada)

3. PÚBLICO-ALVO

Pacientes com diagnóstico prévio ou suspeita de diabetes, apresentando hiperglicemia ≥ 250 mg/dL associada a sintomas como:

Poliúria, polidipsia, perda de peso

Náuseas, vômitos, dor abdominal

Respiração de Kussmaul

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Desidratação

Sonolência/confusão

Glicemia capilar > 250 mg/dL

4. QUADROS CLÍNICOS E DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Característica	CAD	SHH
Glicemia	> 250 mg/dL	> 600 mg/dL
pH arterial	< 7,3	> 7,3
Bicarbonato sérico	< 18 mEq/L	> 18 mEq/L
Corpos cetônicos	Positivos	Ausentes ou leves
Osmolaridade plasmática	Levemente aumentada	> 320 mOsm/L
Estado mental	Alerta ou levemente rebaixado	Confusão até coma

5. AVALIAÇÃO INICIAL

5.1 Anamnese e exame físico:

Tempo de sintomas

Uso de insulina ou antidiabéticos orais

Fatores precipitantes: infecções, omissão de medicamentos, infarto, AVC

Sinais de desidratação

Nível de consciência (Glasgow)

5.2 Exames complementares:

Glicemia capilar e venosa

Gasometria arterial

Balanço hidroeletrolítico (Na, K, Cl, bicarbonato)

Ureia, creatinina

Cetonemia e/ou cetonúria

Osmolaridade plasmática

Hemograma, PCR

ECG, radiografia de tórax (se suspeita de infecção/infarto)

6. CONDUTA TERAPÊUTICA GERAL

6.1 Acesso venoso calibroso

Iniciar hidratação imediatamente

6.2 Hidratação vigorosa com SF 0,9%

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Situação inicial Conduta de hidratação

Sem choque / Na normal ou alto SF 0,9% 1L/h por 1-2 horas

Hiponatremia grave SF 0,9% 500-1000 mL/h

Após estabilização inicial Reduzir para 250-500 mL/h

Importante: Em idosos, cardiopatas ou nefropatas → monitorar sinais de congestão

6.3 Insulinoterapia endovenosa (EV)

Após hidratação inicial (1-2 horas), iniciar:

Insulina Regular EV: BIC (bomba de infusão contínua) ou bolus EV inicial de 0,1 U/kg → seguida por infusão contínua de 0,1 U/kg/h

Exemplo: paciente 70 kg → bolus 7 UI EV + BIC de 7 UI/h

Meta de redução: glicemia ↓ 50-70 mg/dL por hora

6.4 Correção do potássio

K+ inicial (mEq/L) Conduta

> 5,5 Não repor; monitorar

3,5 a 5,5 Repor 20–40 mEq/h EV

< 3,5 Repor antes de iniciar insulina

6.5 Correção da acidose (CAD)

Bicarbonato de sódio só se pH < 6,9 ou choque refratário

Usar com cautela

6.6 Introdução de glicose na infusão

Quando glicemia atingir 200-250 mg/dL, iniciar solução de glicose (SG 5% ou 10%) com insulina para evitar hipoglicemia

7. MONITORAMENTO

Glicemia capilar: a cada 1 hora

Gasometria e eletrólitos: a cada 2-4h

PA, FC, FR, $SatO_2$: contínuos

Estado neurológico e débito urinário: monitoramento frequente

8. CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO HOSPITALAR

Necessidade de insulina EV contínua

Rebaixamento do nível de consciência

Hipocalemia grave ou instável

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Instabilidade hemodinâmica

Sepse associada

Complicações (insuficiência renal aguda, AVC, IAM)

Idade avançada com comorbidades

9. FLUXOGRAMA RESUMIDO

A[Paciente com glicemia > 250 mg/dL + sintomas] --> B{Sinais de gravidade?}

B -->|Sim| C[Coletar exames + Iniciar SF 0,9%]

C --> D[Monitorar K+ e iniciar Insulina Regular EV]

D --> E{Glicemia < 250 mg/dL?}

E -->|Não| D

E -->|Sim| F[Iniciar SG 5% + ajustar insulina]

F --> G{Melhora clínica e laboratorial?}

G -->|Sim| H[Alta com orientação ou regulação]

G -->|Não| I[Encaminhar hospital de referência]

10. RESPONSABILIDADES DA EQUIPE

Profissional	Responsabilidades
Médico	Diagnóstico, prescrição, condução do caso, contato com regulação
Enfermeiro	Monitoramento contínuo, administração de medicamentos, hidratação
Técnico de enfermagem	Glicemia capilar, sinais vitais, assistência direta
Laboratório e apoio	Coleta e liberação rápida de exames

11. ORIENTAÇÃO AO PACIENTE E FAMILIARES

Explicar a gravidade da descompensação

Reforçar a importância do uso correto de insulina e medicações

Estimular retorno com endocrinologista

Incentivar monitoramento glicêmico regular

Informar sinais de alerta para nova procura à UPA

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) – Diretrizes 2024

American Diabetes Association (ADA) Guidelines – 2023

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Ministério da Saúde – Linha de cuidado do diabetes

UpToDate – Diabetic ketoacidosis and hyperosmolar hyperglycemic state

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À CETOACIDOSE DIABÉTICA – UPA 24 HORAS

1. OBJETIVO

Garantir o diagnóstico precoce, manejo eficaz e encaminhamento seguro dos pacientes com cetoacidose diabética (CAD) atendidos na UPA, com foco em redução da mortalidade e das complicações.

2. DEFINIÇÃO

Cetoacidose diabética é uma emergência clínica causada pela deficiência de insulina, geralmente em pacientes com DM tipo 1, e caracterizada por:

Hiperglicemia (glicemia > 250 mg/dL)

Cetonemia ou cetonúria positiva

Acidose metabólica (pH < 7,3 e bicarbonato < 18 mEq/L)

3. PÚBLICO-ALVO

Pacientes com diabetes tipo 1 (ou tipo 2 insulinodependente), especialmente jovens, que apresentem sinais/sintomas de descompensação metabólica grave.

4. SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Poliúria, polidipsia, perda de peso recente

Náuseas, vômitos, dor abdominal

Fraqueza, sonolência, letargia

Taquipneia ou respiração de Kussmaul

Hálito cetônico (frutado)

Hipotensão, desidratação

Rebaixamento do nível de consciência (em casos graves)

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

5. FATORES DESENCADEANTES COMUNS

Infecções (mais comum)

Omissão de insulina

Estresse agudo (infarto, AVC, trauma)

Uso de medicamentos (corticoides, diuréticos, antipsicóticos)

Erros alimentares (excesso de carboidratos ou jejum prolongado)

6. AVALIAÇÃO INICIAL

6.1 Exame físico e sinais vitais

Avaliar nível de consciência

Sinais de desidratação

FC, FR, PA, temperatura, $SatO_2$

6.2 Exames laboratoriais iniciais

Glicemia capilar e venosa

Gasometria arterial

Sódio, potássio, cloro

Bicarbonato sérico

Cetonúria e/ou cetonemia

Ureia e creatinina

Hemograma e PCR

ECG e radiografia de tórax (se febre ou suspeita de infecção)

7. CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DE CAD

Parâmetro	Valor típico na CAD
Glicemia	> 250 mg/dL
pH arterial	< 7,3
Bicarbonato sérico	< 18 mEq/L
Cetonúria/cetonemia	Positiva
Anion gap	> 10-12
Estado mental	Variável

8. TRATAMENTO NA UPA

8.1 Acesso venoso periférico calibroso

Iniciar hidratação imediatamente

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

8.2 Hidratação vigorosa com SF 0,9%

Situação clínica	Conduta inicial
Hipotensão/sinais de choque	SF 0,9% 1 L em 1 hora
Sem hipotensão	SF 0,9% 500–1000 mL/h por 2–4h

Após estabilização inicial, reduzir a velocidade conforme a clínica

8.3 Insulinoterapia EV

Insulina Regular EV

Bolus inicial: 0,1 UI/kg EV

Infusão contínua: 0,1 UI/kg/h (ex: 7 UI/h para 70 kg)

Meta: redução da glicemia em 50–70 mg/dL por hora

Se glicemia não cair ≥ 10% na primeira hora, repetir bolus

8.4 Reposição de potássio

Antes de iniciar insulina, avaliar potássio sérico:

K+ sérico	Conduta
< 3,5 mEq/L	Repor imediatamente (20–40 mEq/h) antes da insulina
3,5–5,5 mEq/L	Repor 20–40 mEq/L em SF 0,9%
> 5,5 mEq/L	Não repor, monitorar

8.5 Introdução de glicose na infusão

Quando glicemia atingir 200–250 mg/dL, iniciar:

SG 5% ou SG 10% + manutenção da insulina contínua

8.6 Tratamento do fator desencadeante

Infecções: iniciar antibióticos empíricos conforme o foco

Verificar uso incorreto de insulina, falha de adesão, entre outros

9. MONITORAMENTO CLÍNICO

Parâmetro	Frequência
Glicemia capilar	Cada 1 hora
Potássio e eletrólitos	Cada 2–4 horas
Gasometria arterial	Cada 2–4 horas
Sinais vitais	Monitoramento contínuo
Diurese e consciência	A cada 1–2 horas

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

10. CRITÉRIOS DE ESTABILIZAÇÃO

Glicemia < 200 mg/dL

pH > 7,3

Bicarbonato > 18 mEq/L

Anion gap normalizado

Estado mental recuperado

Hidratação adequada

Quando estabilizado e sem necessidade de insulina contínua, considerar passagem para insulina SC e alta programada OU regulação para hospital.

11. CRITÉRIOS PARA REGULAÇÃO/TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR

Necessidade de ventilação mecânica

Choque refratário

Rebaixamento grave de consciência

Insuficiência renal aguda

Impossibilidade de monitoramento intensivo na UPA

Falha de resposta inicial ao tratamento

12. FLUXOGRAMA RESUMIDO

A[Paciente com suspeita de CAD] --> B[Coleta de exames + Acesso venoso]

B --> C[Iniciar SF 0,9% 1L/h + Monitoramento]

C --> D[Avaliar K+]

D --> E[Reposição conforme valor]

E --> F[Iniciar Insulina EV contínua]

F --> G{Glicemia < 250 mg/dL?}

G -->|Sim| H[Iniciar SG 5% + Continuar insulina]

H --> I{Estabilizado?}

I -->|Sim| J[Alta ou transferência hospitalar]

I -->|Não| K[Manter monitoramento intensivo]

13. RESPONSABILIDADES POR PROFISSIONAL

Profissional	Responsabilidades
Médico	Avaliação, prescrição, decisão sobre regulação
Enfermeiro	Infusão, controle glicêmico, administração de eletrólitos

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Técnico de enfermagem	Glicemia, sinais vitais, auxílio na assistência
Apoio laboratorial	Coleta e liberação de exames

14. ORIENTAÇÃO AO PACIENTE E FAMÍLIA (NA ALTA)

Reforçar importância do uso correto da insulina

Orientar sobre alimentação e hidratação

Marcar reavaliação médica/endocrinológica

Informar sinais de alerta para retorno imediato (náuseas, vômitos, glicemia > 300 mg/dL persistente, cansaço extremo)

15. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) – Diretrizes 2024

American Diabetes Association – ADA Standards of Medical Care in Diabetes, 2024

Ministério da Saúde – Linha de Cuidado para o Diabetes

UpToDate – Diabetic ketoacidosis in adults

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO CHOQUE HIPOVOLÊMICO – UPA 24 HORAS

1. OBJETIVO

Estabelecer o manejo adequado, rápido e sistemático de pacientes em choque hipovolêmico, visando estabilização hemodinâmica, identificação da causa, correção da volemia e encaminhamento seguro para unidade hospitalar de referência.

2. DEFINIÇÃO

Choque hipovolêmico é um estado clínico de hipoperfusão tecidual generalizada, causado pela redução crítica do volume intravascular efetivo. Pode ser originado por perda de sangue, plasma ou água, com risco iminente à vida se não tratado rapidamente.

3. ETIOLOGIAS MAIS COMUNS

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Hemorrágicas:

Traumas com sangramento externo/interno

Hemorragia digestiva (alta ou baixa)

Gravidez ectópica rota

Pós-operatório recente

Ruptura de aneurisma

Não hemorrágicas:

Vômitos e diarreias intensos

Queimaduras extensas

Desidratação grave

Pancreatite aguda

4. PÚBLICO-ALVO

Todos os pacientes com sinais de hipoperfusão, histórico sugestivo de perda de volume e/ou quadro clínico compatível com choque circulatório.

5. CLASSIFICAÇÃO DO CHOQUE HIPOVOLÊMICO (ATLS)

Classe	Perda estimada de volume	FC (bpm)	PA	FR (irpm)	Diurese (mL/h)	Estado mental
I	< 750 mL (< 15%)	Normal	Normal	14–20	> 30	Alerta
II	750–1500 mL (15–30%)	> 100	Normal	20–30	20–30	Levemente ansioso
III	1500–2000 mL (30–40%)	> 120	↓	30–40	5–15	Confuso
IV	> 2000 mL (> 40%)	> 140	↓↓↓	> 40	Anúria	Letárgico/comatoso

6. AVALIAÇÃO CLÍNICA INICIAL

ABC da vida (vias aéreas, respiração, circulação)

Sinais vitais: PA, FC, FR, $SatO_2$, temperatura

Avaliar presença de sangramentos externos

Avaliar turgor da pele, enchimento capilar, mucosas

Estado mental (confusão, rebaixamento)

História clínica detalhada (trauma, vômitos, diarreia, comorbidades)

7. CONDUTA IMEDIATA NA UPA

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

7.1 Monitorização e acesso venoso

Acesso venoso periférico calibroso (duplo, se possível – 14 ou 16G)

Monitor cardíaco, oximetria contínua, PA não invasiva

Monitorar diurese com sonda vesical se possível

7.2 Reposição volêmica inicial

Soro fisiológico 0,9% ou Ringer lactato:

Iniciar com 1.000–2.000 mL em 15–30 minutos

Avaliar resposta (PA, FC, perfusão, diurese)

Meta inicial: manter PAM ≥ 65 mmHg, FC < 100 bpm, diurese ≥ 0,5 mL/kg/h

7.3 Transfusão de sangue (se disponível e necessário)

Indicação imediata se:

Hemorragia evidente e instabilidade persistente

Queda de hemoglobina documentada

Choque classe III ou IV

Considerar hemoderivados conforme necessidade

7.4 Controle da causa da perda

Compressão e hemostasia de feridas

Tratamento da diarreia/vômitos

Uso de antifibrinolíticos (ex.: ácido tranexâmico, se indicado)

Lavagem gástrica com sonda nasogástrica em HDA suspeita

Avaliação obstétrica em mulheres em idade fértil

8. EXAMES COMPLEMENTARES

Hemograma completo (Hb/Ht)

Gasometria arterial

Eletrólitos (Na, K, Cl, bicarbonato)

Ureia e creatinina

Lactato sérico (indicador de hipoperfusão)

ECG (em idosos ou suspeita de isquemia secundária)

Radiografia de tórax e abdome (se necessário)

Ultrassonografia à beira-leito (se disponível)

Tipagem sanguínea e prova cruzada

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

9. CRITÉRIOS DE RESPOSTA À REANIMAÇÃO VOLÊMICA

Tipo de resposta	Sinais clínicos
Responsivo	PA e FC normalizam; diurese melhora
Responsivo transitório	Melhora inicial, mas retorno da instabilidade
Não responsivo	Instabilidade mantida → requer vasopressores ou cirurgia urgente

10. INDICAÇÕES DE TRANSFERÊNCIA IMEDIATA

Persistência da instabilidade hemodinâmica após reposição volêmica

Necessidade de transfusão ou cirurgia de urgência

Trauma grave com sangramento oculto

Gravidez ectópica rota ou aborto com sangramento profuso

Hemorragia digestiva grave

Queimaduras extensas

Acionar imediatamente a regulação!

11. FLUXOGRAMA RESUMIDO

A[Paciente com suspeita de Choque Hipovolêmico] --> B[Monitorar sinais vitais + Acesso venoso]

B --> C[Iniciar reposição com SF 0,9% ou RL 1–2L]

C --> D{Melhora clínica?}

D -->|Sim| E[Investigar e tratar causa]

D -->|Não| F[Iniciar 2º ciclo de hidratação + avaliar sangue]

F --> G{Instável?}

G -->|Sim| H[Acionar regulação para hospital]

G -->|Não| I[Manter observação e tratar causa primária]

13. RESPONSABILIDADES POR PROFISSIONAL

Profissional	Responsabilidades
Médico	Diagnóstico, prescrição, condução e regulação
Enfermeiro	Monitoramento, controle da infusão, suporte
Técnico de enfermagem	Coleta de sinais vitais, instalação de acesso
Laboratório/imagem	Liberação de exames de urgência

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

3. ORIENTAÇÕES NA ALTA (CASOS LEVES/COMPENSADOS)

Reforçar hidratação oral

Medidas para prevenção de novas perdas (ex.: reidratação em gastroenterites)

Encaminhamento ambulatorial para investigação da causa

Prescrição de medicação oral conforme necessidade clínica

Orientação para retorno imediato em caso de reaparecimento dos sintomas

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Advanced Trauma Life Support – ATLS, 10ª edição

Ministério da Saúde – Protocolo de Atendimento às Urgências Clínicas

Sociedade Brasileira de Clínica Médica – Emergências Clínicas

UpToDate – Hypovolemic Shock: Pathophysiology and Management

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA AGUDA – UPA 24 HORAS

1. OBJETIVO

Padronizar a conduta para o atendimento de pacientes com insuficiência hepática aguda (IHA), com foco no reconhecimento precoce, suporte clínico imediato e encaminhamento seguro ao serviço hospitalar especializado.

2. DEFINIÇÃO

Insuficiência hepática aguda (IHA) é a rápida deterioração da função hepática, caracterizada por:

Elevação importante de enzimas hepáticas (AST/ALT)

Coagulopatia (INR ≥ 1,5)

Icterícia

Encefalopatia hepática de instalação recente

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Ausência de doença hepática crônica conhecida prévia

Geralmente ocorre em pacientes sem cirrose pré-existente.

3. PRINCIPAIS ETIOLOGIAS

Hepatites virais (A, B, E)

Intoxicação por medicamentos (ex.: paracetamol, anti-TB, fitoterápicos)

Hepatite autoimune

Trombose venosa hepática

Doença de Wilson

Síndrome de Reye

Isquemia hepática (choque)

Hepatite alcoólica aguda grave

4. PÚBLICO-ALVO

Pacientes com queixas sugestivas de disfunção hepática recente, como:

Icterícia progressiva

Sonolência, confusão mental, agitação

Hemorragias inexplicáveis

Náuseas, vômitos, dor abdominal alta

Urina escura, fezes claras

Sinais de sangramento (epistaxe, hematêmese, petéquias)

5. AVALIAÇÃO CLÍNICA INICIAL

5.1 Anamnese dirigida:

Uso recente de medicamentos hepatotóxicos (paracetamol, isoniazida, amoxicilina-clavulanato, etc.)

Uso de álcool

Consumo de plantas ou chás medicinais

Sintomas virais recentes

Contato com casos de hepatite

História de transfusões, doenças autoimunes

5.2 Exame físico:

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Avaliação do nível de consciência (Glasgow, confusão)

Sinais de encefalopatia (asterixis, sonolência, coma)

Presença de icterícia, ascite, edema, sangramentos

Sinais vitais: PA, FC, FR, $SatO_2$, temperatura

6. EXAMES COMPLEMENTARES NA UPA (SE DISPONÍVEIS)

TGO (AST), TGP (ALT), FA, GGT, bilirrubinas

Tempo de protrombina (INR), TAP

Glicemia (hipoglicemia é frequente)

Eletrólitos (Na, K, Cl), ureia e creatinina

Amônia (se disponível)

Hemograma

Tipagem sanguínea

Gasometria arterial

ECG (risco de arritmia em encefalopatia grave)

Obs.: ultrassonografia pode auxiliar se houver suspeita de obstrução ou trombose hepática.

7. CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DE IHA

INR ≥ 1,5

Icterícia

Encefalopatia hepática

Ausência de doença hepática crônica anterior

Curso clínico agudo (< 26 semanas de evolução)

8. CONDUTA CLÍNICA NA UPA

8.1 Monitorização e suporte clínico

Instalar monitor multiparamétrico

Oxigenoterapia se $SatO_2$ < 94%

Acesso venoso calibroso periférico

Jejum até avaliação da consciência e vômitos

Avaliar necessidade de glicose EV (casos de hipoglicemia)

Avaliar risco de sangramento

8.2 Encefalopatia hepática

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Classificar grau (I a IV):

I: Inversão do ciclo sono-vigília

II: Sonolência, confusão

III: Estupor, resposta ao estímulo

IV: Coma

Conduta:

Lactulose 30–50 mL via sonda nasogástrica (se nível de consciência permitir)

Proteção de vias aéreas se Glasgow < 8

Tratar fatores precipitantes (infecção, hipocalemia, constipação, hemorragia digestiva)

8.3 Hipoglicemia

Administração de glicose EV:

SG 50% (20–40 mL em bolus), seguida por SG 10% contínuo

8.4 Suporte para coagulopatia e sangramentos

Evitar punções desnecessárias

Se sangramento ativo ou procedimentos invasivos:

Plasma fresco congelado 10–15 mL/kg (se disponível)

Vitamina K 10 mg EV (uso empírico)

Tipagem sanguínea e preparo transfusional

8.5 Tratamento específico se etiologia suspeita:

Situação	Conduta
Suspeita de hepatite B aguda	Aciclovir (se disponível) + regulação
Suspeita de intoxicação por paracetamol	N-acetilcisteína EV (se disponível)
Hepatite alcoólica	Suporte clínico, abstinência, regulação
Hepatite viral	Suporte + isolamento entérico

9. CRITÉRIOS DE GRAVIDADE E REGULAÇÃO URGENTE

Encaminhar imediatamente se:

Encefalopatia grau III ou IV

INR > 2,5

Amônia sérica elevada (se disponível)

Hipoglicemia persistente

Creatinina > 2 mg/dL

Sinais de hipertensão intracraniana

Hemorragia digestiva ou sistêmica

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Instabilidade hemodinâmica

Necessidade de ventilação ou UTI

10. FLUXOGRAMA RESUMIDO

A[Paciente com icterícia ou alteração neurológica aguda] --> B[Coletar exames hepáticos + Monitorar]

B --> C{INR ≥ 1,5 + Icterícia + Encefalopatia?}

C -->|Sim| D[Diagnóstico de IHA]

D --> E[Jejum + Acesso venoso + Glicose se necessário]

E --> F[Avaliar grau da encefalopatia]

F --> G[Lactulose se consciente ou proteger VA se inconsciente]

G --> H{Critérios de gravidade?}

H -->|Sim| I[Encaminhar via Regulação]

H -->|Não| J[Observação e controle sintomático]

11. RESPONSABILIDADES DOS PROFISSIONAIS

Profissional	Atribuições
Médico	Avaliação diagnóstica, prescrição, contato com regulação
Enfermeiro	Monitoramento, administração de medicamentos, SNG se indicada
Técnico de enfermagem	Aferição de sinais vitais, instalação de acesso, glicemia capilar
Apoio laboratorial	Coletas urgentes, liberação rápida de exames
Assistência social	Apoio à família e ao processo de transferência (se aplicável)

12. ORIENTAÇÕES AO PACIENTE/FAMILIARES

Informar a gravidade do quadro

Explicar o processo de transferência hospitalar

Estimular a identificação da causa (uso de medicamentos, chás, bebidas alcoólicas, etc.)

Explicar que a UPA realiza estabilização inicial, mas o tratamento definitivo é hospitalar

13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Sociedade Brasileira de Hepatologia – Diretrizes Clínicas de Hepatites e IHA (2022)

Ministério da Saúde – Protocolo de Atendimento a Hepatopatias Agudas (2023)

EASL Clinical Practice Guidelines – Acute Liver Failure (2022)

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

American Association for the Study of Liver Diseases – AASLD Guidelines (2023)

UpToDate – Acute Liver Failure in Adults

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A FERIMENTOS POR ARMA DE FOGO (FAF) – UPA 24 HORAS

1. OBJETIVO

Estabelecer diretrizes técnicas para o atendimento de urgência e emergência a vítimas de ferimento por arma de fogo, com ênfase em suporte à vida, controle de danos, e encaminhamento célere para centros cirúrgicos hospitalares.

2. DEFINIÇÃO

Ferimentos por arma de fogo (FAF) são lesões perfurocontundentes causadas por projéteis balísticos que podem afetar estruturas superficiais e profundas, com risco iminente de hemorragia, choque, lesão visceral, neurológica ou osteoarticular.

3. CLASSIFICAÇÃO POR MECANISMO E LOCALIZAÇÃO

Tipo de FAF	Características principais
Tórax	Risco de pneumotórax, hemotórax, tamponamento cardíaco
Abdome	Potencial para lesão visceral (fígado, baço, intestinos)
Membros	Lesão muscular, óssea ou vascular
Cabeça / crânio	Trauma cranioencefálico penetrante
Coluna vertebral	Risco de lesão medular
Pescoço	Grandes vasos, traqueia, esôfago

4. AVALIAÇÃO INICIAL – SEGUINDO O ABCDE DO ATLS

A – Vias Aéreas com controle da coluna cervical

Garantir via aérea pérvia

Intubar se necessário (Glasgow ≤ 8 ou rebaixamento de consciência)

Colar cervical se trauma compatível

B – Respiração e ventilação

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Oxigenoterapia por máscara de alto fluxo

Avaliar expansibilidade torácica, murmúrios vesiculares

Descompressão imediata se pneumotórax hipertensivo (agulha ou dreno)

C – Circulação com controle de hemorragias

Avaliar pulso central, tempo de enchimento capilar, coloração da pele

Controlar hemorragias externas (compressão direta, torniquete se necessário)

Acesso venoso calibroso (2 periféricos, 14 ou 16G)

Iniciar infusão de SF 0,9% ou Ringer Lactato

D – Avaliação neurológica

Escala de Coma de Glasgow

Pupilas, resposta motora

Investigar trauma crânio-encefálico (TCE)

E – Exposição e controle térmico

Retirar roupas com cuidado (não movimentar projétil)

Cobrir o paciente para evitar hipotermia

Documentar todas as lesões com localização anatômica precisa

5. CONDUTA GERAL NA UPA

Conduta	Observação
Acesso venoso periférico duplo	Prioridade em pacientes instáveis
Infusão rápida de cristalóides	1000 mL SF 0,9% ou RL → avaliar resposta hemodinâmica
Oxigenoterapia suplementar	Máscara com reservatório se $SatO_2 < 94\%$
Controle de hemorragia externa	Compressão direta ou curativo compressivo; torniquete em extremidades
Imobilização de fraturas visíveis	Tala ou imobilizador provisório
Antibióticos profiláticos	Lesões abdominais ou com contaminação evidente: ceftriaxona + metronidazol
Antitetânica (se indicado)	Conforme protocolo de imunização
Avaliação de feridas de entrada/saída	Não sondar; apenas limpar e cobrir com curativo estéril

6. EXAMES COMPLEMENTARES (SE DISPONÍVEL)

Hemograma completo

Tipo sanguíneo e prova cruzada

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Gasometria arterial (se instável)

Lactato (indicador de hipoperfusão)

ECG (se trauma torácico ou idosos)

RX de tórax, abdome ou membros

FAST ultrassonográfico à beira-leito (se capacitação disponível)

7. MEDIDAS DE SUPORTE EM SITUAÇÕES ESPECÍFICAS

7.1 Pneumotórax hipertensivo

Descompressão torácica imediata com agulha 14G no 2º espaço intercostal, linha hemiclavicular → drenagem torácica (se possível)

7.2 Hemotórax maciço

Drenagem com sonda calibrosa (32–36 Fr) → monitorar débito (>1500 mL inicial ou >200 mL/h: indicar toracotomia)

7.3 Trauma abdominal com instabilidade

Contraindicado sonda nasogástrica ou vesical antes de descartar lesão de base de crânio/pelve

Transferência urgente para laparotomia exploradora

7.4 Lesões em extremidades com isquemia

Pulsos ausentes, palidez, parestesia → priorizar controle hemorrágico e regulação vascular urgente

8. REGULAÇÃO IMEDIATA – CRITÉRIOS

Encaminhar imediatamente à referência hospitalar se:

Instabilidade hemodinâmica persistente

Trauma penetrante em tórax, abdome, crânio ou pescoço

Ferimentos múltiplos ou politraumatismo

Trauma vascular com risco de amputação

Glasgow ≤ 8

Sangramento ativo não controlado

Necessidade de cirurgia de urgência

Encaminhar sempre com o mínimo de suporte: acesso venoso, hidratação, controle de sangramento e monitoramento.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

9. FLUXOGRAMA RESUMIDO

A[Vítima de Ferimento por Arma de Fogo chega à UPA] --> B[ABCDE do Trauma]

B --> C[Estabilização clínica: vias aéreas, circulação, oxigênio]

C --> D[Controle de hemorragias + curativos]

D --> E[Exames laboratoriais e RX (se possível)]

E --> F{Paciente estável?}

F -->|Não| G[Regulação imediata para hospital de referência]

F -->|Sim| H[Observação breve e encaminhamento com menor prioridade]

10. RESPONSABILIDADES DOS PROFISSIONAIS

Profissional	Responsabilidades
Médico	Avaliação clínica, estabilização inicial, prescrição, regulação
Enfermeiro	Monitoramento contínuo, administração de fluidos, controle de curativos
Técnico de enfermagem	Sinais vitais, glicemia capilar, coleta de exames
Apoio administrativo	Acionar regulação, apoio à família, registro em sistema
Assistente social	Acompanhamento de familiares e notificação de caso violento

11. CONDUTAS LEGAIS E NOTIFICAÇÃO

Comunicar obrigatoriamente a Polícia Militar e a autoridade de saúde

Registro do ferimento com descrição anatômica, sem julgamento ou reconstituição

Preencher ficha de notificação de violência interpessoal (SINAN)

Garantir sigilo e proteção da vítima

12. ORIENTAÇÕES À FAMÍLIA/PACIENTE (SE CONSCIENTE)

Explicar os riscos do quadro e a necessidade de transferência urgente

Evitar mobilização do paciente até estabilização

Preservar objetos pessoais para avaliação pericial, se aplicável

13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Advanced Trauma Life Support (ATLS) – 10ª edição

Ministério da Saúde – Manual de Atendimento às Urgências – 2023

Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Trauma (SBAIT)

UpToDate – Gunshot wounds: Initial evaluation and management

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A FERIMENTOS POR ARMA BRANCA – UPA 24 HORAS

1. OBJETIVO

Estabelecer um padrão técnico-assistencial seguro, rápido e eficaz para o atendimento inicial a vítimas de ferimentos por arma branca, priorizando a estabilização hemodinâmica, o controle de danos e a regulação para centro cirúrgico de referência, quando necessário.

2. DEFINIÇÃO

Ferimentos por arma branca (FAB) são lesões perfurocortantes ou penetrantes provocadas por instrumentos como facas, canivetes, estiletes, punhais ou objetos similares, podendo atingir estruturas superficiais e profundas com risco de sangramento, choque, infecções, lesões viscerais ou neurológicas.

3. TIPOS DE FERIMENTOS E RISCOS ASSOCIADOS

Localização do ferimento	**Riscos principais**
Tórax	Pneumotórax, hemotórax, tamponamento cardíaco
Abdome	Lesão de vísceras ocas/sólidas, sangramento interno
Pescoço	Lesão de grandes vasos, traqueia, esôfago
Membros	Lesões vasculares, nervosas e musculares
Crânio e face	TCE penetrante, fraturas faciais, sangramento

4. AVALIAÇÃO INICIAL – ABCDE (ATLS)

A – Via aérea com proteção da coluna cervical

Garantir perviedade da via aérea

Intubação se rebaixamento de consciência (Glasgow ≤ 8)

Colar cervical se trauma compatível

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

B – Respiração

Avaliar padrão respiratório e murmúrios

Detectar pneumotórax, hemotórax (desvio de traqueia, macicez, ausência de murmúrio)

Oxigenoterapia com máscara reservatório se $SatO_2 < 94\%$

C – Circulação

Avaliação de pulso central, enchimento capilar, PA

Controle de hemorragias externas (compressão, curativo compressivo)

Acesso venoso periférico calibroso (duplo, 14-16G)

Infusão inicial de 1 a 2 L de SF 0,9% ou Ringer Lactato

Sonda vesical se necessário (exceto com sangramento uretral ou fratura pélvica)

D – Déficit neurológico

Escala de Coma de Glasgow

Resposta pupilar

Avaliar nível de consciência e lateralização

E – Exposição e controle térmico

Expor completamente o paciente com cuidado

Proteger contra hipotermia com cobertores e ambiente aquecido

5. CONDUTAS GERAIS NA UPA

Conduta	Observações
Curativo estéril sobre ferimentos	Não explorar feridas penetrantes, não remover objetos cravados

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Estabilização de objetos penetrantes	Imobilizar no local, proteger com gazes até regulação
Controle rigoroso de hemorragias	Compressão direta; torniquete em extremidades, se necessário
Infusão venosa vigorosa	Iniciar reposição volêmica até estabilização ou regulação
Antibioticoterapia profilática	Lesões de alto risco de contaminação (abdome, articulações)
Antitetânica	Conforme status vacinal e tipo de ferimento

6. EXAMES COMPLEMENTARES (SE DISPONÍVEIS)

Hemograma completo

Tipo sanguíneo e prova cruzada

Gasometria arterial (se instável)

Urina 1 e BHCG em mulheres em idade fértil

RX de tórax e abdome (se trauma torácico ou abdominal)

Ultrassom FAST (se capacitação e aparelho disponível)

ECG (em idosos ou trauma torácico)

7. SITUAÇÕES ESPECIAIS

7.1 Ferimento torácico penetrante

Suspeita de hemotórax/pneumotórax → drenagem torácica com sonda 32–36 Fr

Não remover faca/cravo → estabilizar objeto e regular imediatamente

7.2 Ferimento abdominal com evisceração

Não recolocar vísceras

Cobrir com compressa úmida estéril

Regulação imediata para laparotomia

7.3 Ferimento cervical

Observar respiração, sangramento, hematoma pulsátil

Não sondar; encaminhar urgente se sinais de lesão vascular ou de vias aéreas

7.4 Ferimentos em membros

Avaliar pulsos, perfusão e função motora

Torniquete se sangramento arterial ativo não controlável

8. REGULAÇÃO E CRITÉRIOS DE TRANSFERÊNCIA

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Encaminhar IMEDIATAMENTE em caso de:

Instabilidade hemodinâmica

Ferimento penetrante torácico ou abdominal

Lesão vascular evidente

Ferimento cervical com hematoma, disfonia ou hemorragia

Presença de evisceração ou perfuração intestinal

Déficit neurológico agudo

Objeto cravado in situ

Lesão múltipla ou politrauma

Caso não possua os exames de diagnóstico na Unidade

9. FLUXOGRAMA RESUMIDO

A[Paciente com ferimento por arma branca] --> B[Avaliação ABCDE]

B --> C[Curativo estéril + estabilização do objeto (se presente)]

C --> D[Reposição volêmica + monitorização]

D --> E[Solicitação de exames (se disponíveis)]

E --> F{Instável ou ferimento crítico?}

F -->|Sim| G[Regulação imediata para hospital de referência]

F -->|Não| H[Observação, curativo e encaminhamento ambulatorial]

10. RESPONSABILIDADES POR PROFISSIONAL

Profissional	Responsabilidades
Médico	Avaliação clínica, prescrição, contato com regulação
Enfermeiro	Monitorização, controle de feridas, administração de medicamentos
Técnico de enfermagem	Sinais vitais, instalação de acesso, curativos
Equipe de apoio	Encaminhamento, notificação obrigatória
Assistência Social	Apoio à família, notificação de violência (SINAN)

11. CONDUTA LEGAL

Notificação obrigatória à autoridade policial e à vigilância epidemiológica (violência interpessoal)

Preencher ficha do SINAN

Evitar manipulação de feridas com finalidade pericial

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Preservar pertences e roupas do paciente

12. ORIENTAÇÃO À VÍTIMA E FAMILIARES

Explicar a gravidade do quadro

Reforçar a necessidade de regulação hospitalar

Garantir respeito, sigilo e proteção da vítima

Acolhimento humanizado, especialmente em casos de violência interpessoal

13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Advanced Trauma Life Support – ATLS (10ª edição)

Ministério da Saúde – Protocolo de Atendimento às Urgências Traumáticas (2023)

Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Trauma – SBAIT

UpToDate – Stab wounds: Emergency evaluation and management

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À INTOXICAÇÃO EXÓGENA – UPA 24 HORAS

1. OBJETIVO

Estabelecer condutas padronizadas para a identificação, atendimento, estabilização e encaminhamento de pacientes com suspeita ou confirmação de intoxicação exógena aguda ou crônica, com foco na segurança do paciente, redução de complicações e notificação obrigatória.

2. DEFINIÇÃO

Intoxicação exógena é toda agressão ao organismo causada por substâncias químicas externas, como medicamentos, drogas, agrotóxicos, produtos de limpeza, cosméticos, alimentos contaminados ou gases tóxicos, podendo causar desde manifestações leves até risco iminente de morte.

3. AGENTES MAIS COMUNS

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Medicamentos (paracetamol, benzodiazepínicos, antidepressivos tricíclicos, anticonvulsivantes)

Drogas de abuso (álcool, cocaína, crack, maconha, LSD, ecstasy)

Produtos domissanitários (água sanitária, detergentes, desinfetantes)

Agrotóxicos e pesticidas

Metais pesados (chumbo, mercúrio)

Gases tóxicos (monóxido de carbono, fumaça de incêndio)

Alimentos e bebidas contaminadas

4. PÚBLICO-ALVO

Crianças com ingestão acidental

Adolescentes ou adultos com tentativa de suicídio

Vítimas de acidentes ocupacionais

Vítimas de violência química (substâncias lançadas ou forçadas)

Intoxicações ambientais ou coletivas

5. AVALIAÇÃO INICIAL – SUPORTE BÁSICO DE VIDA (ABCDE)

A – Vias aéreas com proteção cervical

Avaliar necessidade de aspiração ou intubação

B – Respiração

Oxigenoterapia com máscara se $SatO_2 < 94\%$

Monitorar FR e padrão respiratório

C – Circulação

Monitorar PA, pulso e enchimento capilar

Acesso venoso periférico e infusão de SF 0,9% se instável

D – Estado neurológico

Escala de Coma de Glasgow

Sinais de agitação, convulsões, coma

E – Exposição

Observar lesões de pele, queimaduras, odor corporal

Avaliar cor da pele, presença de vômitos, evacuações

6. CONDUTA CLÍNICA NA UPA

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Ação	Observações
Retirada da substância (se em contato)	Remover roupas contaminadas, irrigar pele ou olhos
Lavagem gástrica (se indicada)	Somente até 1 hora após ingestão, paciente consciente ou intubado
Carvão ativado 1g/kg (via oral ou SNG)	Preferencial até 1 hora após ingestão de substâncias adsorvíveis
Hidratação venosa	SF 0,9% para manter diurese > 0,5 mL/kg/h
Suporte ventilatório	Se rebaixamento do nível de consciência
Controle de temperatura	Tratar hipertermia/hipotermia conforme quadro clínico

6.2 Antídotos específicos (se disponíveis)

Substância / Grupo	Antídoto
Paracetamol	**N-acetilcisteína** EV/oral
Benzodiazepínicos	**Flumazenil** (uso restrito)
Opiáceos	**Naloxona** EV
Metanol/etilenoglicol	**Etanol 10% ou Fomepizol**
Inibidores de colinesterase	**Atropina + Pralidoxima**
Metemoglobinemia (nitratos)	**Azul de metileno**
Intoxicação por CO	**Oxigênio a 100% + suporte clínico**

A maioria das UPAs não possui antídotos completos – regulação imediata é essencial quando indicado.

6.3 Avaliação complementar (conforme disponibilidade):

Glicemia capilar (hipoglicemia pode simular intoxicação)

Eletrocardiograma (ECG) (risco de arritmias)

Gasometria arterial (acidose metabólica, hipoxemia)

Eletrólitos (Na, K, Mg, Ca), ureia e creatinina

Enzimas hepáticas e função renal (em caso de lesão hepática/renal)

Toxicologia (se disponível) – geralmente não imediata

7. INDICAÇÕES DE REGULAÇÃO IMEDIATA

Encaminhar ao hospital de referência se:

Glasgow ≤ 12 ou coma

Convulsões

Arritmias cardíacas ou instabilidade hemodinâmica

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Insuficiência respiratória

Sinais de hepatotoxicidade ou nefrotoxicidade

Tentativa de suicídio com múltiplas drogas

Falta de antídoto específico na unidade

8. FLUXOGRAMA RESUMIDO

A[Paciente com suspeita de intoxicação exógena] --> B[Avaliação ABCDE + Monitorização]

B --> C[Identificar agente tóxico e via de exposição]

C --> D{Menos de 1 hora?}

D -->|Sim| E[Lavagem gástrica e carvão ativado (se indicado)]

D -->|Não| F[Hidratação venosa + suporte]

E --> G{Antídoto disponível?}

F --> G

G -->|Sim| H[Administração do antídoto]

G -->|Não| I[Regulação hospitalar imediata]

H --> J[Observação e reavaliação contínua]

I --> J

9. RESPONSABILIDADES DOS PROFISSIONAIS

Profissional	Responsabilidades
Médico	Diagnóstico clínico, prescrição, regulação
Enfermeiro	Monitoramento, preparo/administração de medicações e antídotos
Técnico de enfermagem	Sinais vitais, instalação de acesso venoso, cuidados com higiene
Apoio laboratorial	Coleta de exames urgentes (se disponível)
Assistência Social	Apoio à família e notificação (violência, tentativa de suicídio)

10. NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA

Intoxicação exógena é agravo de notificação compulsória.

Preencher a ficha de notificação do SINAN.

Informar o CIATox local para orientação e registro.

Notificar casos de tentativa de suicídio, violência ou intoxicação ocupacional à vigilância.

11. ORIENTAÇÕES AO PACIENTE E ACOMPANHANTES

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Orientar sobre riscos da substância envolvida

Esclarecer conduta adotada na UPA e necessidade de observação hospitalar

Encaminhar para avaliação psicológica/psiquiátrica se tentativa de autoextermínio

Encaminhar para rede de saúde mental ou CAPS

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ministério da Saúde – Manual de Vigilância Epidemiológica de Intoxicações Exógenas

ANVISA – Guia de Atendimento a Intoxicações Agudas

CIATox Campinas/SP e CIATox-RJ – Protocolos clínicos

UpToDate – Management of the poisoned patient

SBAIT – Protocolos de Emergências Clínicas e Toxicológicas

13. CONTATOS ÚTEIS

Disque-Intoxicação CIATox Nacional – 0800 722 6001

Atendimento 24h para profissionais da saúde com orientações específicas de manejo toxicológico.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À HEMORRAGIA DIGESTIVA – UPA 24 HORAS

1. OBJETIVO

Padronizar o atendimento inicial à hemorragia digestiva (HD), promovendo condutas clínicas eficazes para estabilização hemodinâmica, prevenção de complicações, e regulação rápida ao hospital com suporte endoscópico e cirúrgico.

2. DEFINIÇÃO

Hemorragia digestiva (HD) é a perda de sangue proveniente de qualquer segmento do trato gastrointestinal, podendo ser:

Alta: proximal ao ligamento de Treitz (esôfago, estômago, duodeno)

Baixa: distal ao ligamento de Treitz (intestino delgado, cólon, reto, ânus)

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

3. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Tipo de sangramento	Principais sinais
Hemorragia digestiva alta	Hematêmese (vômito com sangue), melena (fezes enegrecidas), hipotensão, palidez
Hemorragia digestiva baixa	Hematoquezia (sangue vivo nas fezes), dor abdominal, diarreia com sangue, anemia

4. ETIOLOGIAS COMUNS

Alta

Úlcera péptica

Varizes esofágicas

Esofagite erosiva

Síndrome de Mallory-Weiss

Gastrite/duodenite

Baixa

Doença diverticular

Angiodisplasia

Neoplasias

Doença inflamatória intestinal

Hemorroidas e fissuras anais

5. CLASSIFICAÇÃO DA GRAVIDADE – ESCALA DE SHOCK

Classe	Perda estimada	FC	PA	Estado mental	Diurese/h
I	< 750 mL	Normal	Normal	Lúcido	> 30 mL/h
II	750–1500 mL	↑	Normal	Leve ansiedade	20–30 mL/h
III	1500–2000 mL	↑↑	↓	Confuso	5–15 mL/h
IV	> 2000 mL	↑↑↑	↓↓	Letárgico	< 5 mL/h

6. AVALIAÇÃO INICIAL – ABCDE DO TRAUMA

A – Vias aéreas

Garantir via aérea pérvia

Intubação se hematêmese maciça com rebaixamento de consciência

B – Respiração

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Monitorar FR, SpO_2

Oximetria contínua e oxigenoterapia com máscara reservatório se $SatO_2 < 94\%$

C – Circulação

Acesso venoso periférico calibroso (duplo – 14G ou 16G)

Coletar sangue para: tipagem, prova cruzada, hemograma, ureia, creatinina, eletrólitos

Infundir SF 0,9% ou Ringer Lactato 1000 mL em 15–20 min

Transfusão conforme necessidade e disponibilidade

Avaliar necessidade de SNG ou sonda vesical (não utilizar SNG se suspeita de varizes esofágicas)

D – Déficit neurológico

Avaliação do nível de consciência (Glasgow)

Rebaixamento sugere hipoperfusão cerebral

E – Exposição

Verificar sinais de sangramento em cavidades ou região anal

7. CONDUTAS ESPECÍFICAS NA UPA

Conduta	Detalhes
Monitorização contínua	FC, PA, $SatO_2$, diurese
Oxigenoterapia	Máscara com reservatório 10–15 L/min
Volume expansor inicial	1 a 2 L de SF 0,9% ou Ringer Lactato
Transfusão de hemocomponentes	Se Hb < 7 g/dL (ou < 9 g/dL em pacientes com doença cardíaca)
Inibidor de bomba de prótons (IBP)	Omeprazol 40 mg EV, a cada 12h
Octreotida (se varizes suspeitas)	50 mcg EV em bolus, seguido por 25–50 mcg/h em bomba (se disponível)
Profilaxia antibiótica (em varizes)	Ceftriaxona 1g EV/dia
Sonda vesical de demora	Avaliar débito urinário (> 0,5 mL/kg/h)

8. REGULAÇÃO E CRITÉRIOS DE TRANSFERÊNCIA

Encaminhar imediatamente à unidade de referência com suporte endoscópico ou cirúrgico se:

Hematêmese ou hematoquezia volumosa

Hipotensão persistente apesar da reposição

Sangramento ativo contínuo

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Rebaixamento do nível de consciência

Hemoglobina < 7 g/dL com sinais de instabilidade

Uso de anticoagulantes/antiplaquetários

Comorbidades graves associadas

Realizar regulação com prioridade máxima.

9. FLUXOGRAMA RESUMIDO

A[Paciente com suspeita de Hemorragia Digestiva] --> B[Avaliação ABCDE]

B --> C[Estabilização hemodinâmica: acesso, hidratação, O_2]

C --> D[Coletar exames + iniciar IBP EV]

D --> E{Estável após medidas?}

E -->|Sim| F[Observação e regulação clínica]

E -->|Não| G[Regulação imediata – prioridade vermelha]

10. RESPONSABILIDADES POR PROFISSIONAL

Profissional	Atribuições
Médico	Avaliação inicial, prescrição, regulação
Enfermeiro	Monitoramento, controle de sangramentos, infusão de volume
Técnico de enfermagem	Verificação de sinais vitais, coleta de exames, cuidados com acesso venoso
Apoio administrativo	Contato com regulação, atualização da família
Assistente social	Apoio à família e registro de caso grave

11. ORIENTAÇÕES AO PACIENTE/FAMÍLIA

Esclarecer a gravidade do quadro

Informar sobre risco de nova hemorragia e necessidade de endoscopia

Explicar o motivo da transferência hospitalar urgente

Instruir jejum absoluto enquanto aguarda avaliação especializada

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ministério da Saúde – Manual de Atendimento às Urgências

Associação Brasileira de Gastroenterologia – Diretrizes de Hemorragia Digestiva (2022)

American College of Gastroenterology – ACG Guidelines (2021)

ATLS – Trauma Protocol (2023)

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A DENGUE E DEMAIS DOENÇAS ENDÊMICAS E DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA – UPA 24 HORAS

1. OBJETIVO

Padronizar o atendimento clínico, condutas de vigilância e notificação compulsória de casos suspeitos ou confirmados de dengue e outras doenças endêmicas, garantindo resposta assistencial rápida, segura e integrada à rede de saúde e à vigilância epidemiológica.

2. ABRANGÊNCIA

Este protocolo aplica-se ao atendimento de pacientes com suspeita ou confirmação de:

Dengue (clássica, com sinais de alarme ou grave)

Chikungunya

Zika vírus

Leptospirose

Hepatites virais (A, B, C)

Tuberculose

Sífilis adquirida, gestacional e congênita

HIV/AIDS

Febre amarela

COVID-19

Influenza (SRAG/SG)

Esquistossomose, leishmanioses, hanseníase, malária, entre outras

3. CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA – DENGUE (EXEMPLO-REFERÊNCIA)

Classificação	Critérios principais
Dengue sem sinais de alarme	Febre, mialgia, exantema, cefaleia, dor retroorbitária, náuseas
Dengue com sinais de alarme	Dor abdominal intensa, vômitos persistentes, hipotensão postural, derrames cavitários, hematócrito ↑
Dengue grave	Choque, sangramento grave, comprometimento de órgãos (fígado, coração, SNC), extravasamento importante de plasma

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

4. AVALIAÇÃO INICIAL – CONDUTA ABCDE

A – Avaliar via aérea (paciente em bom nível de consciência)

B – $SatO_2$ e FR → avaliar desconforto respiratório (em SRAG ou casos graves)

C – PA, pulso, enchimento capilar, sinais de sangramento

D – Estado neurológico (Glasgow), sinais de confusão ou agitação

E – Temperatura, exantemas, sinais de desidratação ou hemorragia

5. CONDUTAS GERAIS NA UPA (DENGUE COMO EXEMPLO)

Conduta	Observação
Classificação de risco (Protocolo MS)	Verde (leve), Amarelo (sinais de alarme), Vermelho (grave)
Hidratação oral ou EV	60–100 mL/kg/dia ou SF 0,9% EV em casos moderados/graves
Antitérmicos seguros	Dipirona ou paracetamol. **Nunca usar AAS ou anti-inflamatórios.**
Coleta de exames	Hemograma, sorologia, NS1, função hepática (TGO/TGP), eletrólitos
Monitoramento contínuo	PA, pulso, diurese, sinais de sangramento, hematócrito se possível
Encaminhamento hospitalar (UPA não resolve)	Casos graves, choque, sangramento ativo ou complicações orgânicas

6. CONDUTAS ESPECÍFICAS POR DOENÇA (EXEMPLOS)

Chikungunya

Sintomas: Febre + artralgia/artrite intensa

Conduta: Hidratação, analgesia (paracetamol/dipirona), anti-inflamatórios somente após fase febril

Notificação: Sim

Zika

Sintomas: Febre baixa, exantema, conjuntivite não purulenta

Risco: Gestantes – risco de microcefalia fetal

Conduta: Sintomáticos leves, hidratação

Notificação: Casos suspeitos em gestantes, neurológicos e gestantes com filhos com microcefalia

Leptospirose

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Sintomas: Febre, dor muscular (panturrilhas), icterícia, vômitos

Conduta: Hidratação, antibióticos (doxiciclina ou penicilina cristalina), avaliação laboratorial

Notificação: Todos os casos

COVID-19

Sintomas: Febre, tosse, dispneia, perda de olfato/gosto

Conduta: Isolamento, suporte sintomático, teste rápido ou RT-PCR, avaliação do quadro respiratório

Notificação: Casos confirmados ou suspeitos

Sífilis / HIV / Hepatites

Rastreamento: Testes rápidos (preferencialmente)

Notificação: Todos os casos positivos (inclusive gestacional e congênita)

Encaminhamento: Rede de referência

7. CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO/TRANSFERÊNCIA

Instabilidade hemodinâmica

Choque ou sangramento ativo

Vômitos persistentes e desidratação grave

Alterações neurológicas

Icterícia intensa, sinais de insuficiência renal ou hepática

Alterações hematológicas importantes (Plaquetas < 50.000 com sangramento)

Pacientes de grupos vulneráveis: gestantes, crianças, idosos com comorbidades

Regulação imediata com ficha clínica completa e notificação preenchida.

8. NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA – OBRIGATÓRIA NA UPA

Doenças de notificação imediata (em até 24h):

Dengue (com sinais de alarme ou grave)

Leptospirose

Febre amarela

COVID-19

Sarampo

Meningites

Raiva

Influenza (SRAG)

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Acidente por animal peçonhento

Intoxicação exógena

Eventos adversos pós-vacinação

Deve-se utilizar a Ficha de Notificação Individual (SINAN) ou sistema e-SUS Notifica.

9. FLUXOGRAMA RESUMIDO – DENGUE (EXEMPLO)

A[Paciente com sintomas sugestivos de arbovirose] --> B[Classificação clínica e sinais de alarme]

B --> C{Sinais de alarme presentes?}

C -->|Não| D[Tratamento sintomático + hidratação oral + orientação]

C -->|Sim| E[Hidratação venosa + exames laboratoriais + notificação imediata]

E --> F{Paciente instável?}

F -->|Sim| G[Regulação imediata]

F -->|Não| H[Observação na UPA + seguimento ambulatorial]

10. RESPONSABILIDADES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Profissional	Atribuições
Médico	Avaliação clínica, prescrição, estratificação de risco, regulação
Enfermeiro	Classificação de risco, coleta de testes rápidos, vigilância e notificação
Técnico de enfermagem	Coleta de exames, sinais vitais, acompanhamento da hidratação
Assistente Social	Encaminhamento de casos sociais e gestantes com agravos notificados
Apoio administrativo	Lançamento de notificação e encaminhamento documental à Vigilância

11. ORIENTAÇÕES AO PACIENTE E ACOMPANHANTE

Sinais de alerta que exigem retorno imediato: vômitos persistentes, sangramentos, dor abdominal forte, sonolência excessiva

Importância do repouso e hidratação

Não utilizar AAS ou anti-inflamatórios em caso de suspeita de dengue

Cumprimento das orientações de isolamento (ex. COVID, sarampo)

Acompanhamento na Unidade Básica de Saúde (UBS) para seguimento dos casos leves

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ministério da Saúde – Guia de Vigilância em Saúde 2023

Protocolo de Manejo Clínico da Dengue – MS 2023

Fichas de Notificação do SINAN

CDC – Arboviral Diseases Guidelines

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) – Protocolos Regionais

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA (SAA) – UPA 24 HORAS

1. OBJETIVO

Padronizar as condutas clínicas para identificação, classificação, manejo farmacológico e encaminhamento de pacientes com síndrome de abstinência alcoólica, prevenindo complicações como delirium tremens, convulsões e morte.

2. DEFINIÇÃO

Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA) é o conjunto de sinais e sintomas que ocorre em indivíduos com uso crônico de álcool que interrompem ou reduzem bruscamente o consumo. Manifesta-se em geral dentro de 6 a 24 horas após a última ingestão e pode durar de 2 a 7 dias.

3. CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA (DSM-5)

Grau	Manifestações principais
Leve	Tremores, insônia, sudorese, taquicardia, ansiedade, náusea
Moderada	Hipertensão, febre baixa, confusão leve, alucinações táteis ou visuais
Grave *(Delirium Tremens)*	Desorientação, alucinações, agitação grave, convulsões, febre alta, instabilidade autonômica

4. AVALIAÇÃO INICIAL – ABCDE

Item	Conduta
A/B – Vias aéreas e respiração	Avaliar necessidade de oxigênio ou via aérea protegida

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

C – Circulação	Monitorar PA, pulso, perfusão periférica
D – Estado neurológico	Aplicar **Escala CIWA-Ar** (Clinical Institute Withdrawal Assessment) para estimar gravidade
E – Exposição e histórico	Observar sinais físicos e histórico de abstinência, internações prévias ou convulsões

5. ESCALA CIWA-Ar (Resumo)

Sinais avaliados	Pontuação (0 a 7) por item
Náuseas/vômitos, tremores, sudorese	0 (ausente) a 7 (grave)
Agitação, ansiedade, distúrbio do sono	0 a 7
Alucinações, cefaleia, desorientação	0 a 7

Total:

0–8: abstinência leve

9–15: moderada

≥16: grave (risco de DT ou convulsão)

6. CONDUTAS CLÍNICAS NA UPA

6.1 Medidas Gerais

Conduta	Observações
Acolhimento e ambiente calmo	Reduzir estímulos, manter ambiente seguro
Jejum inicial em casos graves	Avaliar risco de broncoaspiração
Hidratação EV	SF 0,9% 500–1000 mL nas primeiras 2h
Monitorização	PA, FC, $SatO_2$, nível de consciência
Dieta conforme tolerância	Após estabilização

6.2 Medicação

Benzodiazepínicos (medicação de primeira linha)

Diazepam

10–20 mg EV ou VO a cada 4–6h, conforme gravidade (CIWA ≥10)

Pode repetir a cada 30 min até controle dos sintomas

Doses maiores para pacientes com uso crônico e tolerância

Alternativas: Lorazepam, Clonazepam (onde disponíveis)

Tiamina (prevenção de Wernicke-Korsakoff)

100 mg EV antes de glicose, 1x/dia por 3 a 5 dias

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Associar a multivitamínico EV

Glicose (se hipoglicemia ou desnutrição)

SG 50% 20 mL EV + SG 5% contínuo

Haloperidol 2–5 mg IM/EV

Apenas se alucinações ou agitação extrema

Usar com cautela: risco de abaulamento QT e convulsões

6.3 Suporte e medidas adicionais

Oxigenoterapia se $SatO_2 < 92\%$

Profilaxia de aspiração: cabeceira elevada e vigilância contínua

Controle térmico: avaliar febre (infecção associada?)

7. CRITÉRIOS DE REGULAÇÃO / TRANSFERÊNCIA IMEDIATA

CIWA-Ar ≥ 16 (grave)

Instabilidade hemodinâmica

Convulsões

Delirium tremens

Falência hepática ou insuficiência renal associada

Agitação psicomotora grave com risco ao paciente/equipe

Comorbidades psiquiátricas graves sem suporte na UPA

Encaminhar para hospital geral com clínica médica e suporte intensivo ou hospital psiquiátrico de retaguarda com internação clínica.

8. FLUXOGRAMA RESUMIDO

A[Paciente com sinais de abstinência alcoólica] --> B[Avaliação ABCDE + Escala CIWA-Ar]

B --> C{CIWA < 9?}

C -->|Sim| D[Conduta ambulatorial + orientação + tiamina IM/VO]

C -->|Não| E[Hidratação + Diazepam + tiamina EV + monitorização]

E --> F{CIWA ≥ 16 ou agitação grave?}

F -->|Sim| G[Regulação hospitalar imediata]

F -->|Não| H[Observação e tratamento na UPA]

9. ORIENTAÇÕES AO PACIENTE E FAMILIARES

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Explicar o risco de interrupção abrupta do álcool

Alertar sobre sintomas de agravamento

Encaminhar para rede de saúde mental ou CAPS AD após estabilização

Fornecer número da rede de apoio (AA, grupos comunitários, CRAS)

Esclarecer que o tratamento da dependência deve continuar após a UPA

10. RESPONSABILIDADES DA EQUIPE

Profissional	Atribuições
Médico	Diagnóstico, prescrição, CIWA-Ar, regulação
Enfermeiro	Avaliação inicial, administração de benzodiazepínicos, monitoramento
Técnico de enfermagem	Aferição de sinais vitais, cuidados gerais
Assistente social	Encaminhamentos sociais, CAPS, rede de apoio
Psicólogo (se houver)	Escuta qualificada e suporte breve

11. NOTIFICAÇÃO E REGISTRO

A SAA não é de notificação compulsória, mas:

Em casos de autoagressão, violência ou tentativa de suicídio, deve-se notificar ao SINAN

Documentar detalhadamente a evolução clínica e conduta

Solicitar apoio da rede de saúde mental

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ministério da Saúde – Manual de Urgência e Emergência em Saúde Mental

ABP – Diretrizes para o Manejo da Abstinência Alcoólica (2022)

DSM-5 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

CIWA-Ar: Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol

UpToDate – Management of Alcohol Withdrawal Syndrome

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO EM UPA 24 HORAS

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À DOR TORÁCICA

. **1. OBJETIVO**

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Padronizar as condutas da equipe médica e de enfermagem no atendimento a pacientes com dor torácica, garantindo diagnóstico precoce, intervenção segura e eficaz, e encaminhamento apropriado, priorizando causas potencialmente fatais como síndrome coronariana aguda, dissecção de aorta, embolia pulmonar, pneumotórax e outras.

2. PÚBLICO-ALVO

Usuários de qualquer faixa etária que apresentem dor torácica de instalação súbita ou progressiva, contínua ou intermitente, associada ou não a outros sintomas (dispneia, sudorese, náuseas, síncope, palidez, palpitações, irradiação, etc.).

3. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E NORMATIVA

- **Portaria GM/MS nº 2.048/2002** – Regulamento Técnico dos Serviços de Urgência
- **Portaria GM/MS nº 1.600/2011** – Rede de Atenção às Urgências (RAU)
- **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC)**
- **Protocolo Brasileiro de Dor Torácica na Urgência (SBC/Ministério da Saúde)**
- **Política Nacional de Humanização (PNH)**
- **Resoluções CFM/COFEN sobre urgência e emergência**

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Monitor multiparamétrico
- Esfigmomanômetro, oxímetro, termômetro, glicosímetro
- Aparelho de eletrocardiograma (ECG) com capacidade de impressão imediata
- Materiais para punção venosa periférica
- Oxigênio, cateter nasal, máscara de O2, ambu
- Material para coleta de sangue (CK-MB, troponina, hemograma, etc.)
- Aspirina, nitrato sublingual, morfina, clopidogrel, heparina (conforme prescrição)
- DEA/desfibrilador manual
- Prontuário eletrônico ou físico
- EPIs para equipe

5. RESPONSÁVEIS PELO ATENDIMENTO

- Enfermeiro (classificação de risco, monitoramento, administração de medicação)
- Técnico de enfermagem (apoio aos procedimentos e coleta de sinais vitais)

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Médico clínico ou emergencista (anamnese, conduta, prescrição, ECG, encaminhamentos)
- Equipe de apoio e regulação para transferência, se necessário

6. PROCEDIMENTOS

6.1. Acolhimento com Classificação de Risco

- Realizado por enfermeiro capacitado, com base nos protocolos Manchester ou ACR/MS.
- Cor vermelha ou laranja para dor torácica com sinais de gravidade (dispneia, sudorese, palidez, alteração do nível de consciência, instabilidade hemodinâmica).
- Atendimento IMEDIATO ao paciente com suspeita de síndrome coronariana aguda.

6.2. Avaliação Inicial (Enfermagem)

- Sinais vitais completos
- Instalação de oxímetro e monitor cardíaco
- ECG em até 10 minutos da chegada
- Instalação de acesso venoso periférico com SF 0,9%
- Coleta de exames laboratoriais, se disponível (troponina, CK-MB, D-dímero)
- Aplicação de escala de dor (0 a 10)

6.3. Avaliação Médica e Anamnese Dirigida

- Início súbito ou gradual da dor
- Localização, irradiação, tipo da dor (pressão, queimação, facada)
- Fatores de risco: hipertensão, diabetes, tabagismo, dislipidemia, história familiar
- Medicamentos em uso
- Sinais associados: náuseas, palidez, síncope, febre, tosse, dispneia

6.4. Intervenções Imediatas (conforme hipótese diagnóstica)

Situação clínica	Conduta inicial padrão
Suspeita de SCA (IAM/angina instável)	ECG + AAS 300 mg VO + nitrato SL + oxigênio (se SatO2 < 94%) + clopidogrel (se indicado)
Suspeita de tromboembolismo pulmonar	Suporte O2 + D-dímero + encaminhamento a imagem, avaliação hemodinâmica
Dor muscoesquelética	Analgesia simples (dipirona, paracetamol), reavaliação

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Pneumotórax suspeito ou confirmado	Avaliação clínica + suporte ventilatório + encaminhamento
Dissecção de aorta	Tridil ou betabloqueador, suporte imediato e regulação
Condições não graves (gastrite, ansiedade)	Medicação sintomática + observação + reavaliação

Em todos os casos graves ou suspeitos de IAM/STEMI, comunicar imediatamente regulação/SAMU e iniciar protocolo de dor torácica com transferência preferencial via vaga zero.

6.5. Observação Clínica

- Monitoramento contínuo (PA, FC, SatO2, dor)
- Repetição do ECG após 30 minutos, se necessário
- Administração de medicações EV conforme prescrição médica
- Nova dosagem de marcadores cardíacos se quadro for indeterminado

6.6. Alta ou Encaminhamento

- Alta com orientações para causas benignas e prescrição
- Encaminhamento hospitalar regulado (vaga zero, SAMU, CROSS) para casos de SCA, TEV, dissecção, etc.
- Preenchimento de documentos: resumo de atendimento, receita, ficha de regulação

7. FLUXOGRAMA – ATENDIMENTO À DOR TORÁCICA NA UPA 24H

A[Paciente chega com dor torácica] --> B[Classificação de risco – priorização]

B --> C[Monitorização imediata + ECG em até 10 minutos]

C --> D[Anamnese médica + exame físico dirigido]

D --> E{Suspeita de emergência cardíaca?}

E -- Sim --> F[Início do Protocolo de SCA – AAS + nitrato + acesso venoso]

F --> G[Solicitação de exames + transferência via vaga zero]

E -- Não --> H[Conduta sintomática + observação]

H --> I{Melhora clínica?}

I -- Sim --> J[Alta com orientação]

I -- Não --> G

8. INDICADORES DE MONITORAMENTO

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- % de ECGs realizados em até 10 min da chegada
- Nº de casos com suspeita de IAM encaminhados em até 30 min
- % de pacientes com dor torácica que evoluíram para hospitalização
- Tempo médio de atendimento desde chegada até início de conduta
- Uso correto da Classificação de Risco

9. BIBLIOGRAFIA E REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.048/2002 – Rede de Urgência
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Clínicas para Atenção Integral às Pessoas com Dor Torácica
3. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz de Síndrome Coronariana Aguda sem Supradesnivelamento do Segmento ST – 2021
4. Sociedade Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE) – Protocolos de Dor Torácica
5. American Heart Association (AHA) – Guidelines for Early Management of ACS
6. COFEN/CFM – Atuação em urgência e emergência
7. BRASIL. Política Nacional de Humanização – MS

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO EM UPA 24 HORAS

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

1. OBJETIVO

Padronizar as ações da equipe multiprofissional no reconhecimento precoce, estabilização, manejo inicial e regulação do paciente com suspeita de AVC (isquêmico ou hemorrágico**)**, visando minimizar sequelas, reduzir a mortalidade e garantir encaminhamento célere para terapia especializada (trombólise/trombectomia), dentro da janela terapêutica.

2. PÚBLICO-ALVO

Pacientes de todas as faixas etárias (adultos e idosos, prioritariamente) que apresentem sinais ou sintomas sugestivos de AVC, como:

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Déficit motor súbito (fraqueza em face, braço ou perna)
- Alteração súbita da fala (disartria, afasia)
- Perda visual súbita
- Tontura, desequilíbrio, vertigem com dificuldade para andar
- Dor de cabeça intensa e súbita, diferente das habituais
- Rebaixamento do nível de consciência

3. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E NORMATIVA

- **Portaria GM/MS nº 665/2022** – Política Nacional de Atenção ao AVC
- **Portaria GM/MS nº 1.600/2011** – Rede de Atenção às Urgências
- **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do AVC – MS/SAS nº 1, de 2012**
- **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares (SBDCV/SBAVC)**
- **Resoluções do COFEN e CFM para atendimento em urgência e emergência**
- **PNH – Política Nacional de Humanização**

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Monitor multiparamétrico
- Oxímetro, esfigmomanômetro, glicosímetro
- Acesso venoso periférico calibroso (gelco 18 ou maior)
- Aparelho de ECG
- Prontuário eletrônico/físico
- EPIs
- Ambulância com suporte avançado para transferência
- Kit de medicamentos de urgência (antihipertensivos, anticonvulsivantes, soro glicosado 50%, etc.)
- Fichas para escala de Cincinnati, NIHSS e checklist de regulação
- Telefone de contato direto com a regulação regional e hospital de referência

5. RESPONSÁVEIS PELO ATENDIMENTO

- Enfermeiro (acolhimento, classificação de risco, primeiros cuidados)
- Técnico de enfermagem (verificação de sinais vitais, punção venosa)
- Médico plantonista (anamnese, diagnóstico, prescrição, regulação)

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Assistente social (em casos com barreiras sociais, acompanhantes frágeis ou necessidade de abrigamento)
- Equipe de regulação e transporte inter-hospitalar

6. PROCEDIMENTOS

6.1. Acolhimento e Classificação de Risco

- Aplicar Escala de Cincinnati durante a triagem:
  - Face caída?
  - Braço fraco?
  - Fala arrastada?

  → *Se qualquer resposta for "sim", considerar AVC provável e iniciar protocolo imediatamente.*
- Classificar como vermelho ou laranja (risco iminente).
- Garantir acesso imediato à equipe médica.

6.2. Avaliação Inicial (Enfermagem)

- Verificar sinais vitais, glicemia capilar e oximetria
- Instalar oxigenoterapia, se $SatO_2 < 94\%$
- Garantir acesso venoso calibroso com SF 0,9%
- Monitorar PA rigorosamente (não baixar se PAS < 220 mmHg, exceto indicação médica)

6.3. Avaliação Médica

- Anamnese breve: tempo de início dos sintomas, comorbidades, uso de anticoagulantes
- Aplicar Escala NIHSS para gravidade do AVC
- Solicitar ECG e exames laboratoriais básicos, se disponíveis
- Verificar tempo de início dos sintomas (< 4h30 → elegível para trombólise)

6.4. Diagnóstico Diferencial

- Hipoglicemia
- Crises convulsivas pós-ictal
- Enxaqueca com aura
- Tumor cerebral
- Intoxicações

→ *Confirmar glicemia capilar sempre antes de considerar AVC.*

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

6.5. Medidas Clínicas Imediatas

- Manter cabeceira elevada a 30º
- Monitorização contínua
- Controle da PA (não baixar rapidamente a não ser que PAS > 220 mmHg ou PAD > 120 mmHg)
- Tratar hipoglicemia, hipertermia, convulsões se presentes
- Não administrar AAS antes da tomografia ou avaliação neurológica especializada

6.6. Regulação e Encaminhamento

- Pacientes com sintomas compatíveis com AVC agudo e dentro da janela terapêutica de 4h30 devem ser imediatamente regulados via sistema de regulação regional (CROSS ou SISREG) para hospital com unidade AVC ou protocolo de trombólise.
- Enviar com:
    - Prontuário com horário de início dos sintomas
    - Escala NIHSS preenchida
    - Glicemia capilar
    - Dados de contato do acompanhante
    - Registro de todos os procedimentos realizados

7. FLUXOGRAMA – ATENDIMENTO AO AVC NA UPA 24H

graph TD

A[Paciente com suspeita de AVC chega à UPA] --> B[Classificação de Risco – Escala de Cincinnati]

B --> C[Monitorização, glicemia, sinais vitais, acesso venoso]

C --> D[Anamnese + aplicação da escala NIHSS]

D --> E{Tempo de início < 4h30?}

E -- Sim --> F[Regulação imediata para hospital com trombólise]

E -- Não --> G[Conduta de suporte e avaliação especializada]

F & G --> H[Controle clínico e estabilização hemodinâmica]

H --> I[Encaminhamento com documentação e acompanhante]

8. INDICADORES DE MONITORAMENTO

- % de pacientes com AVC suspeito identificados na triagem
- Tempo entre chegada e início do protocolo

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Tempo até regulação e transferência
- Nº de casos trombolisados (em hospital de referência)
- Nº de pacientes com glicemia alterada como diagnóstico diferencial
- Percentual de pacientes com escala NIHSS preenchida corretamente

9. BIBLIOGRAFIA E REFERÊNCIAS

1. **BRASIL. Ministério da Saúde.** Portaria GM/MS nº 665/2022 – Política Nacional de Atenção ao AVC
2. **BRASIL. Ministério da Saúde.** Diretrizes do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do AVC – 2012
3. **Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares / SBAVC.** Manual de condutas no AVC
4. **BRASIL. Portaria GM/MS nº 1.600/2011** – Rede de Atenção às Urgências
5. **American Stroke Association – AHA Guidelines 2023**
6. **COFEN. Resolução nº 564/2017** – Enfermagem em serviços de urgência e emergência
7. **CFM. Resolução nº 2.077/2014** – Atuação médica em situações de urgência

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO EM UPA 24 HORAS

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À DISPNEIA / CRISE ASMÁTICA

. **1. OBJETIVO**

Estabelecer critérios padronizados para identificação, classificação de risco, manejo inicial, tratamento e acompanhamento de pacientes com quadro de dispneia ou crise asmática aguda, com o objetivo de reduzir complicações, internações e mortalidade, assegurando um atendimento seguro, oportuno e humanizado.

2. PÚBLICO-ALVO

Pacientes de todas as faixas etárias, especialmente crianças, adolescentes e adultos jovens, com:

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Diagnóstico prévio de asma, DPOC ou bronquite asmática
- Queixa aguda de dispneia, chiado, tosse, aperto torácico
- Sinais de insuficiência respiratória aguda

3. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E NORMATIVA

- **Portaria GM/MS nº 2.048/2002** – Regulamento Técnico dos Serviços de Urgência
- **Portaria GM/MS nº 1.600/2011** – Organização da Rede de Atenção às Urgências
- **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Asma – MS/SAS nº 1, 2013**
- **Manual de Atenção às Condições Crônicas – Volume 2: Asma (MS, 2013)**
- **Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT)** – Diretrizes para o manejo da asma
- **Política Nacional de Humanização (PNH)**

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Estetoscópio, oxímetro de pulso, esfigmomanômetro
- Nebulizador, inaladores dosimetrados (com espaçador)
- Cilindros ou rede de oxigênio, máscaras, cateteres
- Bombas de infusão e materiais de punção venosa
- Medicamentos:
    - Salbutamol (spray e solução para nebulização)
    - Brometo de ipratrópio (solução para nebulização)
    - Hidrocortisona ou prednisolona EV/VO
    - Adrenalina (para crise grave ou anafilaxia)
    - Oxigênio medicinal
- EPIs para equipe
- Prontuário eletrônico ou ficha física
- Fluxograma clínico de manejo

5. RESPONSÁVEIS PELO ATENDIMENTO

- Técnico de enfermagem (coleta de sinais vitais, preparo para nebulização)
- Enfermeiro (classificação de risco, administração medicamentosa, monitoramento)
- Médico plantonista (avaliação clínica, prescrição, conduta terapêutica)
- Regulação e transporte, se necessário

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

6. PROCEDIMENTOS

6.1. Acolhimento com Classificação de Risco

- Realizado por enfermeiro capacitado, com base em sinais de gravidade:

Sinais de Alerta (Risco elevado)
Fala entrecortada, taquipneia acentuada (>30 irpm)
Uso de musculatura acessória
Cianose, sudorese, agitação ou sonolência
$SatO_2$ < 92% em ar ambiente
Frequência cardíaca > 120 bpm
História prévia de internação em UTI ou intubação por asma

-
- Cor vermelha ou laranja: atendimento IMEDIATO

6.2. Avaliação Inicial (Enfermagem e Médico)

- Verificar sinais vitais (PA, FC, FR, $SatO_2$, temperatura)
- Realizar oximetria contínua
- Avaliação da gravidade (leve, moderada ou grave) com base nos parâmetros clínicos
- Instalar oxigenoterapia se $SatO_2$ < 94%
- Garantir acesso venoso periférico calibroso
- Registro completo em prontuário
- 6.3. Classificação da Gravidade da Crise

Leve	Moderada	Grave / Eminente parada respiratória
Fala normal	Fala entrecortada	Incapacidade de falar, confusão mental
$SatO_2$ > 95%	$SatO_2$ 92–95%	$SatO_2$ < 92%
FC < 100 bpm	FC 100–120 bpm	FC > 120 bpm ou bradicardia
FR < 20 irpm	FR 20–30 irpm	FR > 30 irpm ou muito reduzida
Leve sibilância	Sibilância difusa	Ausência de murmúrio vesicular

6.4. Conduta Terapêutica Inicial

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Leve a Moderada
Salbutamol 2,5 mg + Ipratrópio 0,5 mg em SF 3-5 mL, nebulização a cada 20 min (3x)
Prednisolona VO 1-2 mg/kg (máx. 60 mg) ou Hidrocortisona EV 100-200 mg
Monitorar $SatO_2$, FC e melhora clínica após cada nebulização

- Leve a Moderada
- Salbutamol 2,5 mg + Ipratrópio 0,5 mg em SF 3-5 mL, nebulização a cada 20 min (3x)
- Prednisolona VO 1-2 mg/kg (máx. 60 mg) ou Hidrocortisona EV 100-200 mg
- Monitorar $SatO_2$, FC e melhora clínica após cada nebulização
- Grave ou iminente PCR
- Nebulização com Salbutamol + Ipratrópio contínua
- Hidrocortisona 200 mg EV + Adrenalina 0,3 a 0,5 mL IM (caso de sinais de anafilaxia)
- Oximetria contínua + monitor cardíaco
- Considerar suporte ventilatório (ambu + máscara) até transferência
- Regulação imediata para unidade com UTI/ventilação mecânica
-

6.5. Observação Clínica

- Após resposta clínica favorável, manter o paciente em observação por no mínimo 2h
- Repetir sinais vitais, $SatO_2$, ausculta pulmonar e avaliação médica
- Avaliar necessidade de repetir nebulizações ou nova dose de corticoide
- Oferecer educação em saúde e revisão do plano de cuidados
-

6.6. Alta ou Encaminhamento

- Alta com melhora clínica e orientações sobre:
- Uso de broncodilatador em casa (bombinha)
- Sinais de alerta para retorno
- Encaminhamento à Atenção Básica/Pneumologista
- Encaminhamento hospitalar em caso de não resposta à terapêutica inicial ou agravamento clínico:
- Preencher ficha de regulação e contactar central (CROSS ou regional)

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Transferência via SAMU ou ambulância local
-

7. FLUXOGRAMA – ATENDIMENTO À CRISE ASMÁTICA / DISPNEIA

- A[Paciente chega com dispneia] --> B[Classificação de risco pelo enfermeiro]
- B --> C{Gravidade}
- C -->|Leve/Moderada| D[Oxigênio + nebulização com salbutamol/ipratrópio]
- C -->|Grave| E[Adrenalina IM + O2 + Nebulização contínua + Corticoide EV]
- D --> F[Observação por 2h + nova avaliação]
- E --> G[Regulação para hospital com suporte avançado]
- F --> H{Melhora clínica?}
- H -->|Sim| I[Alta com orientações e plano terapêutico]
- H -->|Não| G
- 8. INDICADORES DE MONITORAMENTO
- Tempo entre chegada e 1ª nebulização
- % de pacientes com $SatO_2$ < 92% na chegada
- Taxa de encaminhamento hospitalar
- Nº de pacientes em retorno precoce (em até 72h)
- Proporção de pacientes orientados sobre plano terapêutico
-

9. BIBLIOGRAFIA E REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. PCDT da Asma (Portaria SAS/MS nº 1, de 2013)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.048/2002 – Serviços de Urgência
- SBPT. Diretrizes para o Manejo da Asma – 2020
- BRASIL. Manual de Atenção às Condições Crônicas – Asma (MS, 2013)
- Global Initiative for Asthma (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention – 2024
- CFM e COFEN. Normas sobre atuação profissional em serviços de emergência

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO EM UPA 24 HORAS

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À CRISE HIPERTENSIVA

1. OBJETIVO

Estabelecer um padrão assistencial para identificação, classificação, conduta e encaminhamento de pacientes com crise hipertensiva (urgência ou emergência), visando à redução de complicações agudas, como AVC, IAM, dissecção de aorta e insuficiência renal, por meio de atendimento precoce, seguro e eficaz.

2. PÚBLICO-ALVO

Todos os pacientes maiores de 18 anos com pressão arterial sistólica ≥ 180 mmHg e/ou diastólica ≥ 120 mmHg, com ou sem sintomas associados.

3. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E NORMATIVA

- Portaria GM/MS nº 2.048/2002 – Regulamento Técnico dos Serviços de Urgência
- Portaria GM/MS nº 1.600/2011 – Rede de Atenção às Urgências
- Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (SBC, 2020)
- Protocolo Clínico de Hipertensão – Ministério da Saúde, 2013
- PNH – Política Nacional de Humanização
- Resoluções COFEN/CFM sobre atuação em urgência/emergência

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Esfigmomanômetro calibrado (manual e automático)
- Estetoscópio
- Oxímetro, glicosímetro, termômetro
- Monitor multiparamétrico
- Acesso venoso periférico
- Aparelho de ECG
- Materiais para exames laboratoriais
- Medicamentos EV e VO:

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Captopril VO, Clonidina VO, Hidralazina EV, Furosemida EV, Labetalol EV, Nitroprussiato de sódio EV (em hospital)

- Suporte para regulação (telefone, sistema CROSS, SAMU)
- EPIs
- Prontuário físico ou eletrônico

5. RESPONSÁVEIS PELO ATENDIMENTO

- Técnico de enfermagem (verificação de sinais vitais, preparo de medicações)
- Enfermeiro (classificação de risco, monitoramento clínico)
- Médico plantonista (avaliação, diagnóstico, prescrição, regulação)
- Equipe de regulação (CROSS ou regional)

6. PROCEDIMENTOS

6.1. Acolhimento com Classificação de Risco

Classificação inicial
PAS ≥ 180 e/ou PAD ≥ 120 mmHg
→ Aferir pressão em ambos os braços com repouso de 5 minutos
→ Repetir 2ª aferição antes de confirmar quadro

- Se sintomas graves presentes → Classificação LARANJA/VERMELHA (emergência hipertensiva)
- Se assintomático ou sintomas leves → Classificação AMARELA (urgência hipertensiva)

6.2. Diferenciação Clínica

EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA	URGÊNCIA HIPERTENSIVA
PA ≥ 180x120 mmHg com lesão aguda de órgão-alvo	PA ≥ 180x120 mmHg sem lesão aguda de órgão-alvo
Sintomas: cefaleia intensa, torpor, AVC, dissecção de aorta, EAP, IAM	Sintomas leves: cefaleia leve, tontura, ansiedade, epistaxe, mal-estar
Redução da PA em minutos a horas	Redução da PA em 24–48 horas

6.3. Avaliação Clínica Inicial

- Sinais vitais completos e repetidos
- Avaliação neurológica: Glasgow, pupilas, força motora

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- ECG imediato
- Glicemia capilar
- Exame físico dirigido: pulmões, ausculta cardíaca, extremidades
- Investigação de sinais de lesão de órgão-alvo:
    - Rebaixamento de consciência, convulsão, déficit motor → AVC
    - Dor torácica → IAM/dissecção
    - Dispneia intensa → Edema agudo de pulmão

6.4. Conduta Terapêutica

A. Urgência Hipertensiva (sem LOA)

- Acomodar o paciente em ambiente calmo
- Captopril VO 25 mg (dose única, repetir se necessário em 30 min)
- Clonidina VO 0,1–0,2 mg se indicado
- Reavaliação da PA a cada 15–30 min
- Observação por pelo menos 2h
- Alta com prescrição e encaminhamento para Unidade Básica de Saúde

B. Emergência Hipertensiva (com LOA)

- Hidralazina EV 5–10 mg em bolus lento
- Furosemida EV 20–40 mg em casos de edema agudo de pulmão
- Oxigenoterapia se $SatO_2 < 94\%$
- ECG + monitoramento contínuo
- Iniciar regulação para unidade com suporte intensivo
- Em caso de AVC suspeito, seguir Protocolo de AVC
- Em casos de IAM, seguir Protocolo de Dor Torácica

6.5. Regulação e Encaminhamento

- Contatar CROSS, SAMU ou central de regulação conforme protocolo regional
- Enviar paciente com:
    - Sinais vitais, ECG, exames realizados
    - Histórico clínico, medicamentos administrados
    - Escala de Glasgow ou NIHSS se indicado
    - Contato de familiar/acompanhante
- Transferência com suporte (ambulância básica ou avançada)

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

6.6. Alta e Orientações

- Alta apenas em casos de urgência hipertensiva com melhora clínica
- Fornecer prescrição de anti-hipertensivos e agendar reavaliação em até 72h na UBS
- Orientar quanto a sinais de alerta e necessidade de retorno imediato

7. FLUXOGRAMA – ATENDIMENTO À CRISE HIPERTENSIVA

A[Paciente com PA ≥ 180x120 mmHg] --> B[Repetir PA após 5 min de repouso]

B --> C{Presença de sintomas graves?}

C -- Sim --> D[Emergência Hipertensiva]

C -- Não --> E[Urgência Hipertensiva]

D --> F[Administração EV (Hidralazina/Furosemida) + Monitorização]

F --> G[Regulação para hospital com UTI]

E --> H[Captopril ou Clonidina VO + Observação 2h]

H --> I{Melhora clínica?}

I -- Sim --> J[Alta + orientação e encaminhamento]

I -- Não --> G

8. INDICADORES DE MONITORAMENTO

- Tempo entre admissão e aferição da 2ª PA
- Percentual de pacientes com ECG realizado em até 15 min
- Percentual de casos com LOA regulados em até 30 min
- Taxa de retorno em até 72h por hipertensão
- Proporção de pacientes com prescrição adequada na alta

9. BIBLIOGRAFIA E REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Hipertensão Arterial Sistêmica. 2013.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.048/2002 – Serviços de Urgência
3. SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes de HAS – 2020
4. BRASIL. Portaria nº 1.600/2011. Institui a Rede de Atenção às Urgências
5. American Heart Association – Hypertensive Crisis Guidelines

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO EM UPA 24 HORAS

PROTOCOLO DE HIPOGLICEMIA E HIPERGLICEMIA

1. OBJETIVO

Padronizar as ações da equipe multiprofissional da UPA 24h para identificação, manejo clínico e encaminhamento adequado de pacientes em crise hipoglicêmica ou hiperglicêmica, prevenindo complicações metabólicas agudas como coma, cetoacidose, hiperosmolaridade e morte.

2. PÚBLICO-ALVO

- Hipoglicemia: pacientes com glicemia < 70 mg/dL, sintomáticos ou não, principalmente diabéticos em uso de insulina e hipoglicemiantes orais.
- Hiperglicemia: pacientes com glicemia > 250 mg/dL, com ou sem sinais clínicos de descompensação aguda (cetoacidose diabética ou estado hiperosmolar hiperglicêmico).

3. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E NORMATIVA

- Portaria GM/MS nº 2.048/2002 – Regulamento Técnico dos Serviços de Urgência
- Portaria GM/MS nº 1.600/2011 – Rede de Atenção às Urgências
- Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Diabetes Mellitus – Ministério da Saúde
- Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) – 2022–2023
- Política Nacional de Humanização (PNH)
- Resoluções COFEN e CFM sobre urgência/emergência

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Glicosímetro com tiras reagentes
- Seringas e frascos de glicose hipertônica (G50% e G25%)
- Soro fisiológico 0,9% e solução glicosada 5%
- Insulina regular

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Glicosímetro e seringas de insulina
- Monitor multiparamétrico
- Bomba de infusão (se disponível)
- EPIs
- Prontuário eletrônico ou ficha física
- Medicamentos de urgência (glucagon IM/EV, antitérmicos, antieméticos, etc.)

5. RESPONSÁVEIS PELO ATENDIMENTO

- Técnico de enfermagem: verificação da glicemia, preparo e administração medicamentosa
- Enfermeiro: triagem, classificação de risco, prescrição de enfermagem, monitoramento
- Médico: diagnóstico, prescrição médica, solicitação de exames, regulação
- Equipe de regulação/suporte SAMU, se necessário

6. PROCEDIMENTOS

6.1. Acolhimento e Classificação de Risco

Glicemia Capilar (mg/dL)	Conduta Inicial
< 70	Iniciar protocolo de **hipoglicemia**
> 250	Iniciar protocolo de **hiperglicemia**
< 50 ou > 600	**Classificação de risco Laranja ou Vermelha**

PROTOCOLO DE HIPOGLICEMIA

6.2.1. Avaliação Clínica

- Sintomas: sudorese, palidez, tremores, confusão, convulsões, perda de consciência
- Glicemia < 70 mg/dL → iniciar conduta imediatamente

6.2.2. Conduta Terapêutica – HIPOGLICEMIA

Estado do Paciente	Conduta
Consciente e colaborativo	Oferecer 15g de carboidrato de absorção rápida: 1 copo de suco ou 1 sachê de glicose ou 1 colher de sopa de açúcar diluído em água

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

→ Reavaliar glicemia após 15 min	
→ Repetir até normalização > 100 mg/dL	
Inconsciente ou com rebaixamento	Administrar Glicose 50% (50 mL) em bolus EV lento → Monitorar → Manter com SG 5% contínuo
Se sem acesso venoso: Glucagon 1 mg IM	
→ Após resposta, alimentar paciente, evitar nova queda	

6.2.3. Investigação Complementar

- Identificar causas: atraso de alimentação, dose excessiva de insulina/hipoglicemiante, etilismo
- Avaliar necessidade de ajuste da prescrição habitual
- Verificar presença de doenças intercorrentes

6.2.4. Alta ou Encaminhamento

Critérios de Alta
Glicemia > 100 mg/dL mantida por 2h
Recuperação do nível de consciência
Orientação ao paciente/família + Encaminhamento à UBS
Encaminhar para hospital se:
Hipoglicemia persistente
Paciente com rebaixamento sem melhora
Hipoglicemia refratária
Associada a infecções graves, coma, convulsão

PROTOCOLO DE HIPERGLICEMIA

6.3.1. Avaliação Clínica

- Sintomas: poliúria, polidipsia, náuseas, vômitos, fraqueza, taquipneia, hálito cetônico
- Glicemia > 250 mg/dL

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Suspeita de:
  - Cetoacidose diabética (CAD) – mais comum em DM tipo 1
  - Estado Hiperosmolar Hiperglicêmico (EHH) – mais comum em DM tipo 2 idosos

6.3.2. Conduta Terapêutica – HIPERGLICEMIA

Estado do Paciente	Conduta
Sem sinais graves (PA normal, orientado, sem náuseas)	Hidratação VO + avaliação da adesão ao tratamento
Encaminhamento à UBS para ajuste	
Com sinais graves (taquipneia, desidratação, PA baixa, rebaixamento)	

- Acesso venoso periférico imediato
- Iniciar reposição com SF 0,9% 500–1000 mL/h
- Insulina regular: bolus EV 0,1 U/kg (ex: 10 U) + iniciar infusão contínua (0,1 U/kg/h) se possível
- Solicitar exames: eletrólitos, pH, urina (cetona)
- Monitorar sinais vitais e diurese
- Regulação para hospital com UTI

6.3.3. Critérios de Gravidade

Indicadores de Gravidade	Situação
Glicemia > 600 mg/dL	Crítico
pH < 7,3 / HCO_3 < 18	Cetoacidose
Rebaixamento de consciência	Emergência
Hiperpotassemia ou hipocalemia	Risco de parada cardíaca
Desidratação grave	Urgência regulada

6.3.4. Alta ou Encaminhamento

- Alta apenas se paciente estável, sem sinais de descompensação, com glicemia < 300 mg/dL e adesão ao tratamento

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Encaminhamento obrigatório nos casos de:
    - Cetoacidose, EHH, distúrbios hidroeletrolíticos
    - Pacientes com rebaixamento ou vômitos persistentes
    - Gestantes com hiperglicemia grave

7. FLUXOGRAMA – ATENDIMENTO A HIPO/HIPERGLICEMIA

A[Paciente com sintomas metabólicos] --> B[Glicemia capilar]

B --> C{Glicemia < 70 mg/dL?}

C -- Sim --> D[Protocolo de Hipoglicemia]

C -- Não --> E{Glicemia > 250 mg/dL?}

E -- Sim --> F[Protocolo de Hiperglicemia]

E -- Não --> G[Conduta habitual, investigar outras causas]

D --> H{Consciente?}

H -- Sim --> I[15g de carboidrato VO + Reavaliar]

H -- Não --> J[Glicose 50% EV ou Glucagon IM]

F --> K{Sinais de gravidade?}

K -- Sim --> L[Hidratação EV + Insulina + Regulação]

K -- Não --> M[Orientações + Encaminhar à UB**S]**

I & J & L & M --> N[Alta ou Encaminhamento conforme avaliação]

8. INDICADORES DE MONITORAMENTO

- Tempo entre acolhimento e 1ª verificação de glicemia
- Tempo até administração de Glicose 50% em hipoglicemia grave
- Proporção de pacientes com glicemia > 600 mg/dL regulados
- Taxa de retorno em 72h por descompensação metabólica
- Registro em prontuário do tratamento e orientações

9. BIBLIOGRAFIA E REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Diabetes Mellitus Tipo 1 e Tipo 2 – 2022
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048/2002 – Serviços de Urgência
3. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Diretrizes 2022–2023

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

4. American Diabetes Association. Standards of Care in Diabetes – 2024
5. COFEN. Resolução nº 564/2017. Enfermagem em Urgência
6. Política Nacional de Humanização (PNH)

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO EM UPA 24 HORAS

PROTOCOLO DE CRISE CONVULSIVA

1. OBJETIVO

Estabelecer diretrizes padronizadas para a identificação, acolhimento, manejo clínico imediato e encaminhamento adequado dos pacientes em episódio de crise convulsiva ou estado de mal epiléptico, assegurando segurança ao paciente e à equipe, minimizando complicações neurológicas e reduzindo mortalidade.

2. PÚBLICO-ALVO

Pacientes de todas as idades, com episódio convulsivo recente ou em curso, incluindo:

- Crises epilépticas isoladas ou recorrentes
- Estado de mal epiléptico
- Convulsão febril
- Crises agudas em pacientes sem diagnóstico prévio de epilepsia
- Crises em gestantes (eclâmpsia) ou usuários de substâncias

3. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E NORMATIVA

- Portaria GM/MS nº 2.048/2002 – Regulamento Técnico dos Serviços de Urgência
- Portaria GM/MS nº 1.600/2011 – Rede de Atenção às Urgências
- Sociedade Brasileira de Clínica Médica e de Neurologia – Diretrizes de Epilepsia e Status Epiléptico
- Ministério da Saúde. Protocolo de Atenção às Condições Agudas em Urgência e Emergência
- PNH – Política Nacional de Humanização
- COFEN e CFM – Resoluções sobre urgência/emergência e sedação

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Maca fixa e suporte com grades laterais
- Seringas, equipos, frascos de SF 0,9%
- Acesso venoso periférico (jelco 18–22G)
- Bomba de infusão (preferencial)
- Aspirador de secreção com sondas
- Oxímetro de pulso, monitor multiparamétrico, oxigênio medicinal
- Ambu com máscara facial
- Medicamentos:
    - Diazepam EV/retal, Midazolam EV/IM/NASAL, Fenitoína EV, Fenobarbital EV
    - Dipirona, Paracetamol, Ácido valpróico, Hidantal
- Termômetro, luvas, EPIs

5. RESPONSÁVEIS PELO ATENDIMENTO

- Técnico de Enfermagem: sinais vitais, punção venosa, administração de medicamentos sob prescrição
- Enfermeiro: classificação de risco, monitoramento, controle de vias aéreas, prescrição de enfermagem
- Médico plantonista: avaliação clínica, diagnóstico, conduta, encaminhamento hospitalar
- Regulação (CROSS/SAMU): apoio à transferência em casos graves

6. PROCEDIMENTOS

6.1. Acolhimento e Classificação de Risco

Situação	Conduta
Paciente em crise convulsiva ativa	Atendimento imediato – Classificação VERMELHA
Crise recente, consciente, sem sinais neurológicos	Classificação AMARELA
Crise prolongada, recorrente, febril ou rebaixamento de consciência	Classificação LARANJA

6.2. Avaliação Inicial

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- ABC da vida: vias aéreas, respiração, circulação
- Colocar o paciente em decúbito lateral de segurança
- Proteger a cabeça e evitar quedas ou aspiração
- NÃO conter movimentos ou colocar objetos na boca
- Verificar nível de consciência (Escala de Glasgow)
- Aferir sinais vitais completos
- Instalar oxímetro e acesso venoso periférico
- Administrar oxigênio sob máscara, se $SatO_2 < 94\%$

6.3. Manejo Medicamentoso Imediato

A. Crise convulsiva em curso (tempo > 5 minutos)

1. Midazolam 0,1–0,2 mg/kg IM ou EV

   ou

   Diazepam 10 mg EV lento (adulto) ou 0,2–0,3 mg/kg (criança)
2. Aguardar 5 a 10 min. Se não cessar:
   - Repetir dose de benzodiazepínico
   - Iniciar Fenitoína 15–20 mg/kg em infusão lenta (max 50 mg/min)
   - Avaliar necessidade de Fenobarbital 10–20 mg/kg se refratário

B. Estado de mal epiléptico (crise > 30 minutos ou crises seguidas sem recuperação de consciência)

- Suporte ventilatório (ambu, O_2)
- Intubação orotraqueal se necessário
- Midazolam em bomba contínua ou Fenobarbital + sedação
- Encaminhar via regulação para UTI ou hospital terciário

6.4. Investigação Complementar

- Anamnese detalhada: epilepsia prévia? uso de anticonvulsivantes? febre? trauma?
- Exames laboratoriais: glicemia, eletrólitos, ureia, creatinina, hemograma, PCR
- ECG, se houver instabilidade
- Exame toxicológico (se suspeita de uso de drogas ou intoxicação)
- Exame de urina (em convulsões febris pediátricas)

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Situação	Conduta Específica
Hipoglicemia concomitante	Glicose 50% EV antes do anticonvulsivante
Febre (convulsão febril)	Antitérmico + observação + orientar família
Eclâmpsia	Sulfato de magnésio 4 g EV em 20 min → Manutenção com 1 g/h
TCE com convulsão	Neuroimagem (se disponível) + regulação hospitalar urgente

6.6. Observação e Encaminhamento

- Após cessação da crise: manter observação por pelo menos 2h
- Monitorar sinais vitais e nível de consciência
- Avaliar necessidade de prescrição de anticonvulsivantes para continuidade
- Encaminhar à atenção especializada (neurologia) se primeira crise

6.7. Critérios de Encaminhamento Hospitalar

- Estado de mal epiléptico
- Rebaixamento de consciência prolongado
- Crises repetidas (> 2 em 24h)
- Sinais neurológicos focais
- Crise com TCE, febre persistente, gravidez, intoxicação

7. FLUXOGRAMA – ATENDIMENTO À CRISE CONVULSIVA

A[Paciente chega em crise convulsiva] --> B[Avaliar ABC / Proteger vias aéreas]

B --> C[Midazolam IM/EV ou Diazepam EV]

C --> D{Cessou a crise em 5-10 min?}

D -- Sim --> E[Observação clínica 2h + Investigação]

D -- Não --> F[Fenitoína EV + O_2 + Regulação]

F --> G{Cessou após 2ª droga?}

G -- Sim --> H[Encaminhar para observação hospitalar]

G -- Não --> I[Iniciar sedação contínua + Intubação]

I --> J[Encaminhar UTI via SAMU/CROSS]

. **8. INDICADORES DE MONITORAMENTO**

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Tempo entre chegada e administração do 1º anticonvulsivante
- Proporção de pacientes com controle da crise em até 15 min
- Taxa de transferência para hospital terciário
- Proporção de pacientes com retorno em até 72h
- Registro em prontuário de sinais vitais e nível de consciência

9. BIBLIOGRAFIA E REFERÊNCIAS

1. **BRASIL. Ministério da Saúde.** Portaria nº 2.048/2002 – Serviços de Urgência
2. **SBCM / SBN.** Diretrizes Brasileiras de Manejo da Epilepsia no Atendimento de Urgência
3. **ILAE.** International League Against Epilepsy – Guidelines 2021
4. **Sociedade Brasileira de Pediatria.** Manejo de convulsão febril simples e complexa
5. **UpToDate®.** Emergency management of status epilepticus
6. **COFEN/CFM.** Normas assistenciais para sedação e uso de benzodiazepínicos
7. **Manual de Urgência e Emergência – MS/SAMU**

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO EM UPA 24 HORAS

PROTOCOLO DE CEFALEIA AGUDA

1. OBJETIVO

Estabelecer diretrizes padronizadas para o acolhimento, classificação de risco, avaliação clínica, conduta terapêutica e encaminhamento de pacientes com cefaleia aguda, visando ao manejo adequado, ao alívio dos sintomas e à identificação precoce de sinais de gravidade.

2. PÚBLICO-ALVO

Pacientes a partir de 12 anos que procuram a UPA 24h com queixa de dor de cabeça aguda (início súbito ou recente – < 72 horas), com ou sem histórico prévio de cefaleia, com sintomas associados ou isolados.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

3. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E NORMATIVA

- Portaria GM/MS nº 2.048/2002 – Regulamento Técnico dos Serviços de Urgência
- Portaria GM/MS nº 1.600/2011 – Rede de Atenção às Urgências
- Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cefaleia (SBCe)
- Diretrizes da Sociedade Brasileira de Clínica Médica (SBCM)
- Política Nacional de Humanização (PNH)
- Resoluções COFEN e CFM sobre atendimento em urgência/emergência

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Esfigmomanômetro e estetoscópio
- Termômetro, oxímetro de pulso
- Glicosímetro (descartar hipoglicemia)
- Lanterna clínica (avaliação pupilar)
- Prontuário físico ou eletrônico
- Medicamentos:
    - Dipirona, Paracetamol, Cetoprofeno, Diclofenaco
    - Clorpromazina, Metoclopramida
    - Dexametasona, Prednisona
    - Triptanos (se disponíveis)
    - Anti-hipertensivos (em casos de associação com PA elevada)

5. RESPONSÁVEIS PELO ATENDIMENTO

- Técnico de enfermagem: sinais vitais, preparo de medicações
- Enfermeiro: acolhimento, classificação de risco, evolução de enfermagem
- Médico plantonista: anamnese, exame físico, diagnóstico diferencial, conduta terapêutica e encaminhamento
- Serviço social/psicologia: apoio, se houver fatores emocionais envolvidos

6. PROCEDIMENTOS

6.1. Acolhimento e Classificação de Risco

Situação	Classificação
Cefaleia súbita de forte intensidade ("pior dor da vida")	**VERMELHA**

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Cefaleia com vômitos em jato, rigidez de nuca, febre alta, déficit neurológico	**LARANJA**
Cefaleia moderada, sem sinais neurológicos ou sistêmicos	**AMARELA**
Cefaleia leve, com melhora espontânea e histórico conhecido	**VERDE**

6.2. Avaliação Clínica

- História da dor: início súbito ou gradual, localização, intensidade, duração
- Fatores associados: febre, vômitos, fotofobia, rigidez de nuca, crises anteriores
- Histórico pessoal/familiar: epilepsia, hipertensão, enxaqueca, uso de medicações
- Uso de substâncias: álcool, drogas ilícitas, cafeína em excesso
- Exame físico neurológico breve:
    - Nível de consciência (Escala de Glasgow)
    - Pupilas, motricidade, reflexos, sinais meníngeos
    - Verificar pressão arterial e temperatura

6.3. Diagnóstico Diferencial

Tipo de Cefaleia	Características
Enxaqueca	Pulsátil, unilateral, fotofobia, fonofobia, náuseas
Tensional	Bilateral, compressiva, sem vômitos ou aura
Cefaleia secundária (grave)	Início súbito, "em trovão", alteração neurológica, febre, TCE recente, rigidez de nuca
Hipertensiva	Dor occipital, geralmente com PA elevada
Infecção SNC (meningite)	Febre, vômitos, rigidez de nuca, confusão mental

6.4. Conduta Terapêutica

A. Sem sinais de alarme (cefaleia primária)

1. Dipirona 1g IV ou IM ouParacetamol 750–1000 mg VO
2. Se refratária:
    - Clorpromazina 25 mg IM ou EV (com SF 0,9% 100 mL)
    - Metoclopramida 10 mg IV
3. Ambiente tranquilo e escuro
4. Avaliação após 30–60 minutos → manter observação por até 2h
5. Se melhora → alta com orientação e encaminhamento à atenção básica

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

B. Com sinais de alarme (cefaleia secundária)

- Solicitar exames: hemograma, glicemia, eletrólitos, neuroimagem (se disponível)
- Hidratação venosa com SF 0,9%
- Antibiótico empírico se suspeita de infecção do SNC (ex. Ceftriaxona + Ampicilina)
- Controle de dor com medicações EV
- Avaliação neurológica urgente
- Regulação hospitalar via CROSS/SAMU

6.5. Encaminhamento

Encaminhar para hospital se:
Cefaleia súbita intensa e diferente da habitual
Déficit neurológico focal
Crise convulsiva associada
Alteração de nível de consciência
Febre persistente + sinais meníngeos
Falha de resposta terapêutica após 2h

7. FLUXOGRAMA – ATENDIMENTO À CEFALEIA AGUDA

A[Paciente com queixa de cefaleia aguda] --> B[Acolhimento e sinais vitais]

B --> C[Avaliação clínica e neurológica]

C --> D{Sinais de alarme presentes?}

D -- Sim --> E[Classificação Laranja/Vermelha]

E --> F[Investigação + Medicação + Regulação]

D -- Não --> G[Classificação Amarela/Verde]

G --> H[Medicação sintomática + Observação]

H --> I{Melhora após 2h?}

I -- Sim --> J[Alta + orientação]

I -- Não --> F

8. INDICADORES DE MONITORAMENTO

- Tempo de início do atendimento após triagem
- Proporção de pacientes com cefaleia que receberam analgesia até 30 minutos

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Proporção de cefaleias secundárias corretamente identificadas
- Taxa de retorno em até 72h
- Proporção de registros com exame neurológico documentado

9. BIBLIOGRAFIA E REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.048/2002

Sociedade Brasileira de Cefaleia (SBCe). Diretrizes de Diagnóstico e Tratamento das Cefaleias. 2021

Sociedade Brasileira de Clínica Médica. Protocolos de Urgência e Emergência – 2020

UpToDate®. Evaluation of acute headache in adults – 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de Atenção às Condições Agudas em Urgência e Emergência

PNH – Política Nacional de Humanização

COFEN/CFM. Normas assistenciais para sedação e analgesia em urgência

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO EM UPA 24 HORAS

PROTOCOLO DE VÔMITOS E DIARREIAS

1. OBJETIVO

Estabelecer um fluxo padronizado para acolhimento, avaliação clínica, estratificação de risco, manejo terapêutico e encaminhamento de pacientes com quadros agudos de vômitos e/ou diarreia, com foco na reposição hídrica, prevenção de desidratação e investigação de sinais de alarme.

2. PÚBLICO-ALVO

- Pacientes de todas as idades com queixas de:
  - Vômitos agudos
  - Diarreia aguda (duração < 14 dias)
  - Sinais e sintomas associados (febre, dor abdominal, sangramentos, desidratação)

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

3. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E NORMATIVA

- Portaria GM/MS nº 2.048/2002 – Regulamento Técnico dos Serviços de Urgência
- Portaria GM/MS nº 1.600/2011 – Rede de Atenção às Urgências
- Manual de Condutas para Diarreias Agudas – Ministério da Saúde, 2012
- Caderno de Atenção Básica nº 19 – Controle das Doenças Diarreicas Agudas
- Diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da OPAS
- Política Nacional de Humanização (PNH)
- COFEN/CFM – Condutas em enfermagem e urgência/emergência

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Termômetro, oxímetro de pulso, esfigmomanômetro
- Balde ou recipiente para vômito e fezes
- Glicosímetro
- SF 0,9%, Soro Glicosado 5%, Ringer Lactato
- Solução de Reidratação Oral (SRO)
- Equipo, cateter venoso periférico, seringa, bomba de infusão
- Medicamentos:
    - Antieméticos: ondansetrona, metoclopramida, dimenidrinato
    - Antitérmicos: dipirona, paracetamol
    - Antibióticos (se indicado): ciprofloxacina, azitromicina, metronidazol
    - Antiespasmódicos, se necessário
    - Zinco oral (crianças)
- EPI (luvas, aventais, máscaras)

5. RESPONSÁVEIS PELO ATENDIMENTO

- Técnico de Enfermagem: sinais vitais, aferição de glicemia, administração de medicamentos sob prescrição
- Enfermeiro: acolhimento com classificação de risco, prescrição de enfermagem, observação clínica
- Médico: diagnóstico, prescrição, solicitação de exames, regulação para internação (se necessário)
- Equipe de apoio social/psicossocial: orientação ao paciente e família

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

6. PROCEDIMENTOS

6.1. Acolhimento e Classificação de Risco

Situação	Classificação
Diarreia/vômito com rebaixamento de consciência ou desidratação grave	VERMELHA
Sinais de alarme: sangue nas fezes, febre alta, letargia, vômitos persistentes	LARANJA
Sinais de desidratação leve a moderada	AMARELA
Quadro leve, hidratado, sem febre	VERDE

6.2. Avaliação Clínica

- Frequência e consistência das evacuações
- Frequência dos vômitos
- Presença de sangue, muco ou odor fétido nas fezes
- Dor abdominal, febre, prostração
- Avaliação de desidratação:
    - Sinais clínicos: olhos fundos, mucosas secas, letargia, taquicardia, enchimento capilar lento
- Sinais de gravidade:
    - Incapacidade de ingerir líquidos
    - Vômitos incoercíveis
    - Diarreia com sangue
    - Desidratação moderada/grave

6.3. Diagnóstico Diferencial

- Infecciosa (viral, bacteriana ou parasitária)
- Alimentar (intoxicação alimentar)
- Medicamentosa
- Doenças inflamatórias intestinais
- Crises psicogênicas ou de ansiedade

6.4. Conduta Terapêutica

A. Casos Leves – Sem sinais de desidratação

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Reposição com SRO (75 mL/kg/dia – fracionado)
- Antiemético VO se necessário (ondansetrona 4 mg VO)
- Dieta leve, fracionada, sem lactose ou alimentos gordurosos
- Observação por até 1h → Alta com orientação domiciliar

B**. Casos Moderados – Desidratação leve/moderada ou persistência de sintomas**

- Acesso venoso periférico
- SF 0,9% 20–30 mL/kg nas primeiras 2h
- Manter hidratação com SG 5% e/ou Ringer
- Ondansetrona ou metoclopramida IV
- Zinco oral (em crianças)
- Dieta somente após controle dos sintomas
- Observação por 4–6h → avaliar reidratação → alta ou encaminhamento

C**. Casos Graves – Desidratação grave, vômitos incoercíveis, febre alta, sangramento**

- Hidratação venosa rápida com SF 0,9% ou Ringer (20 mL/kg em 1h)
- Oxigenação, monitorização contínua
- Coleta de exames: hemograma, ureia, creatinina, eletrólitos, glicemia, coprocultura
- Antibiótico empírico (se diarreia invasiva):
  - Ciprofloxacina 500 mg VO/EV 2x/dia ou
  - Azitromicina 500 mg/dia VO por 3 dias
- Antiparasitários (se indicação epidemiológica): Albendazol ou Metronidazol
- Regulação hospitalar se falha de hidratação ou deterioração clínica

6.5. Encaminhamento e Alta

Critérios de Alta
Ausência de vômitos nas últimas 2h
Reidratação oral bem tolerada
Estado geral preservado
Orientações dadas ao paciente/cuidador
Encaminhar para hospital:
Rebaixamento de consciência
Sinais de choque ou desidratação grave
Diarreia com sangue persistente

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Suspeita de sepse, toxina ou infecção grave

7. FLUXOGRAMA – VÔMITOS E DIARREIAS

A[Paciente com vômitos ou diarreia] --> B[Classificação de Risco]

B --> C{Sinais de alarme?}

C -- Sim --> D[Hidratação EV + exames + medicação + Regulação]

C -- Não --> E{Desidratação moderada?}

E -- Sim --> F[Hidratação EV + medicação + observação]

E -- Não --> G[Reposição oral + sintomáticos VO]

F --> H{Melhora após 4-6h?}

G --> I{Melhora após 1h?}

H -- Sim --> J[Alta + orientações]

H -- Não --> D

I -- Sim --> J

I -- Não --> F

8**. INDICADORES DE MONITORAMENTO**

- Tempo entre acolhimento e início da hidratação
- Proporção de pacientes com vômitos tratados com antiemético
- Casos de desidratação grave referenciados com êxito
- Taxa de retorno por persistência de sintomas em até 72h
- Registro de sinais de desidratação no prontuário

9. BIBLIOGRAFIA E REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Condutas para Diarreias Agudas – 2012
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048/2002 – Serviços de Urgência
3. Sociedade Brasileira de Pediatria. Manejo de diarreias agudas – 2022
4. Sociedade Brasileira de Infectologia. Condutas em diarreias infecciosas
5. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Guia prático de desidratação e reidratação oral
6. UpToDate®. Approach to acute diarrhea in adults – 2023
7. PNH – Política Nacional de Humanização

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO EM UPA 24 HORAS

PROTOCOLO DE DOR ABDOMINAL AGUDA

. **1. OBJETIVO**

Padronizar o acolhimento, avaliação, estratificação de risco, manejo clínico e conduta terapêutica para pacientes com dor abdominal aguda, com foco na identificação de causas cirúrgicas e clínicas, na analgesia segura e no encaminhamento oportuno para unidade de referência, quando necessário.

2. PÚBLICO-ALVO

- Adultos, adolescentes, idosos e crianças (> 2 anos) com dor abdominal de início súbito ou recente (menos de 7 dias), com ou sem sintomas associados.

3. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E NORMATIVA

- Portaria GM/MS nº 2.048/2002 – Regulamento Técnico dos Serviços de Urgência
- Portaria GM/MS nº 1.600/2011 – Rede de Atenção às Urgências
- Protocolos Clínicos do Ministério da Saúde – Atenção às Condições Agudas
- Caderno de Urgência nº 5 – Dor Abdominal Aguda – MS
- Diretrizes da Sociedade Brasileira de Clínica Médica (SBCM)
- Política Nacional de Humanização (PNH)
- Resoluções COFEN/CFM sobre atendimento emergencial

4**. MATERIAIS NECESSÁRIOS**

- Estetoscópio, esfigmomanômetro, oxímetro, termômetro
- Luvas, máscaras, aventais descartáveis
- Equipamentos de venóclise, SF 0,9%, Soro Glicosado 5%
- Glicosímetro
- Medicamentos:
    - Analgésicos: Dipirona, Paracetamol, Tramadol
    - Antiespasmódicos: Butilescopolamina, Hioscina

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Antieméticos: Metoclopramida, Ondansetrona
- Antibióticos (em casos de infecção abdominal): Ceftriaxona, Metronidazol
- Antibióticos para infecção urinária, se necessário

- Oxigênio e ambu (se instabilidade)
- Acesso ao sistema de regulação (CROSS/SAMU)
- Prontuário eletrônico ou físico

5. RESPONSÁVEIS PELO ATENDIMENTO

- Técnico de Enfermagem: sinais vitais, punção venosa, preparo de medicação
- Enfermeiro: acolhimento, classificação de risco, anamnese inicial, evolução e prescrição de enfermagem
- Médico plantonista: avaliação clínica, solicitação de exames, definição da conduta e encaminhamentos
- Assistente social (quando indicado): apoio familiar, regulação, situações de vulnerabilidade

6. PROCEDIMENTOS

6.1. Acolhimento e Classificação de Risco

Situação	Classificação
Dor abdominal com hipotensão, rigidez abdominal, febre alta, vômitos persistentes	VERMELHA
Dor abdominal intensa, com febre, distensão, diarreia ou vômitos	LARANJA
Dor moderada, sem sinais sistêmicos	AMARELA
Dor leve, sem sinais de alarme, com história prévia semelhante	VERDE

6.2. Avaliação Clínica Inicial

- Início, localização, irradiação, intensidade e tipo da dor
- Fatores associados: náuseas, vômitos, constipação, diarreia, febre, distensão abdominal, sangramentos
- Antecedentes: cirurgias abdominais, doenças ginecológicas, cálculo renal, uso de medicamentos

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Exame físico abdominal completo: inspeção, palpação, percussão, ausculta
- Exame ginecológico, se indicado
- Sinais vitais: PA, FC, FR, temperatura, saturação
- Avaliar presença de sinais de irritação peritoneal (Blumberg, Rovsing, etc.)
- Toque retal se indicado

6.3. Diagnóstico Diferencial – Principais Causas

Clínicas	Cirúrgicas
Gastroenterite, infecção urinária, cólica renal, pancreatite, hepatite, constipação	Apendicite, colecistite, obstrução intestinal, perfuração, gravidez ectópica, hérnia estrangulada

6.4. Conduta Terapêutica

A. Casos Clínicos Leves a Moderados

- Dipirona 1g EV + Butilescopolamina 20 mg EV
- Metoclopramida 10 mg EV, se náusea
- Hidratação oral ou EV (SF 0,9% 500 mL)
- Glicemia capilar → se < 70 mg/dL, iniciar SG 50%
- Observação por 2–4h
- Investigação com exames laboratoriais e imagem (se disponíveis)

B. Casos Cirúrgicos Suspeitos ou Graves

- Acesso venoso periférico calibroso
- Hidratação com SF 0,9% (20 mL/kg)
- Jejum absoluto
- Analgesia com tramadol EV ou morfina (quando indicado)
- Antibiótico empírico:
    - Ceftriaxona 1g + Metronidazol 500 mg EV
- Exames laboratoriais urgentes: hemograma, PCR, ureia, creatinina, transaminases, amilase, lipase, beta-HCG (mulheres em idade fértil), EAS
- Exames de imagem (se possível): USG abdominal ou TC
- Contato com a regulação hospitalar via CROSS ou SAMU para encaminhamento a hospital com suporte cirúrgico

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

6.5. Encaminhamento e Alta

Encaminhar para hospital se:
Dor intensa com rigidez abdominal
Suspeita de abdome agudo cirúrgico
Vômitos persistentes / distensão importante
Quadro séptico com febre alta e leucocitose
Ausência de resposta à analgesia ou piora clínica
Alta com orientação:
Dor leve, sem sinais sistêmicos
Sintomático com melhora após analgesia
Orientado a retornar se piora ou novos sintomas
Encaminhado para avaliação na APS (atenção básica)

7. FLUXOGRAMA – DOR ABDOMINAL AGUDA

A[Paciente com dor abdominal aguda] --> B[Classificação de risco]

B --> C{Sinais de alarme?}

C -- Sim --> D[Hidratação EV + analgesia + exames + regulação]

C -- Não --> E[Anamnese + analgesia + observação]

E --> F{Melhora após 2-4h?}

F -- Sim --> G[Alta com orientação]

F -- Não --> D

8. INDICADORES DE MONITORAMENTO

- Tempo entre acolhimento e início da analgesia
- Taxa de internação hospitalar por dor abdominal
- Proporção de casos cirúrgicos corretamente referenciados
- Taxa de retorno em até 72h
- Registro completo do exame físico abdominal

9. BIBLIOGRAFIA E REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048/2002 – Serviços de Urgência

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de Dor Abdominal Aguda – Caderno de Urgência nº 5

Sociedade Brasileira de Clínica Médica. Manual de Urgência e Emergência – 2021

Sociedade Brasileira de Cirurgia Geral. Diretrizes de Abdome Agudo

UpToDate®. Evaluation of acute abdominal pain in adults – 2023

PNH – Política Nacional de Humanização

OPAS/OMS. Regras para atendimento inicial de emergência em dor abdominal aguda

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À RETENÇÃO URINÁRIA

Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA)

. **1. Objetivo**

Garantir a identificação precoce, avaliação adequada, tratamento seguro e eficaz da retenção urinária aguda em pacientes que procuram a UPA 24 horas, prevenindo complicações, promovendo alívio da obstrução urinária e orientando o seguimento adequado.

2. Público-alvo

Pacientes de todas as idades, do sexo masculino ou feminino, que apresentam quadro clínico compatível com retenção urinária aguda (incapacidade total ou parcial de esvaziar a bexiga), com ou sem dor abdominal, procurando atendimento na UPA.

3. Materiais necessários

- Equipamento para aferição de sinais vitais (esfigmomanômetro, termômetro, oxímetro, estetoscópio)
- Equipamento para exame físico (luvas estéreis, avental, álcool 70%)
- Sonda vesical (cateter Foley) de calibres variados (12Fr, 14Fr, 16Fr para adultos; calibres menores para pediatria)
- Bolsa coletora de urina estéril
- Lubrificante estéril para cateterização
- Seringa para insuflar balão da sonda (10 ml)
- Material para higiene local (compressas, solução antisséptica)

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Ficha de registro do procedimento
- Equipamentos de proteção individual (EPI): luvas, máscara, avental, proteção ocular
- Materiais para coleta de urina (se indicado para exame laboratorial)
- Equipamento para ultrassonografia (se disponível para avaliação da bexiga pós-cateterização)

4. Procedimentos

4.1. Recepção e triagem

- Avaliar sinais vitais e estado geral do paciente.
- Identificar sintomas associados: dor suprapúbica, distensão abdominal, desconforto, presença ou ausência de micção.
- Registrar histórico clínico: início dos sintomas, presença de doenças preexistentes (hipertrofia prostática, doenças neurológicas, uso de medicamentos, cirurgias anteriores).

4.2. Avaliação clínica e exame físico

- Inspeção e palpação do abdômen para identificar distensão vesical (bexiga palpável).
- Exame geniturinário: avaliar sinais de infecção, obstrução ou lesões.
- Avaliação neurológica se suspeita de retenção urinária neurogênica.

4.3. Diagnóstico

- Confirmar retenção urinária aguda pela dificuldade ou impossibilidade de micção e presença de bexiga distendida.
- Confirmar diagnóstico pela sondagem vesical e volume urinário obtido (normalmente >300 ml).
- Utilizar ultrassonografia, se disponível, para medir volume residual pós-micção ou confirmar distensão vesical.

4.4. Cateterização vesical (sondagem urinária)

- Explicar o procedimento ao paciente, obter consentimento.
- Higienizar as mãos e utilizar equipamentos de proteção individual.
- Preparar material e local para o procedimento.
- Proceder à assepsia da região genitourinária conforme sexo:
    - Masculino: limpar glande e prepúcio com solução antisséptica.
    - Feminino: limpeza dos pequenos lábios e uretra com solução antisséptica, com técnica adequada para evitar contaminação.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Lubrificar o cateter para facilitar a inserção.
- Introduzir cuidadosamente a sonda até o escoamento da urina.
- Insuflar o balão com quantidade adequada de soro (geralmente 10 ml).
- Fixar a sonda para evitar deslocamentos.
- Conectar a bolsa coletora e posicioná-la abaixo do nível da bexiga para evitar refluxo.
- Registrar o volume urinário drenado e observar características da urina (cor, aspecto, odor).

4.5. Cuidados pós-cateterização

- Monitorar sinais vitais e sintomas.
- Avaliar possível desconforto ou dor.
- Orientar paciente quanto à manutenção da sonda, higiene e sinais de complicações.
- Realizar exames laboratoriais de urina, se indicado (urocultura, EAS).
- Encaminhar para avaliação urológica ou especialista conforme necessidade.

4.6. Complicações e manejo

- Observar sinais de infecção urinária (febre, dor lombar, calafrios).
- Verificar obstrução da sonda, desconforto ou sangramento.
- Trocar a sonda conforme protocolos locais (geralmente a cada 7-14 dias).
- Em caso de retenção urinária recorrente, investigar causas e encaminhar para tratamento especializado.

4.7. Registro e notificação

- Documentar todo o procedimento na ficha do paciente e prontuário eletrônico.
- Notificar quaisquer eventos adversos relacionados ao procedimento.

5. Fluxograma do Atendimento à Retenção Urinária

A[Paciente com suspeita de retenção urinária] --> B[Triagem e avaliação clínica]

B --> C{Bexiga distendida palpável?}

C -- Sim --> D[Preparar para cateterização vesical]

C -- Não --> E[Avaliar outras causas de sintomas]

D --> F[Realizar sondagem vesical]

F --> G{Urina drenada?}

G -- Sim --> H[Monitorar paciente e avaliar sinais vitais]

H --> I{Complicações?}

I -- Sim --> J[Tratar complicações e encaminhar especialista]

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

I -- Não --> K[Orientar paciente e registrar procedimento]

G -- Não --> L[Reavaliar técnica e considerar alternativas]

E --> M[Realizar exames complementares e encaminhamentos]

6. Bibliografia / Referências

Ministério da Saúde. Protocolo de Atenção à Retenção Urinária Aguda. Brasília: MS; 2020.

Ministério da Saúde. Manual de Procedimentos para Sondagem Vesical. Brasília: MS; 2018.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 656/2021 – Diretrizes para cateterismo vesical.

Sociedade Brasileira de Urologia. Guia Clínico para Manejo da Retenção Urinária. 2022.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Safe Catheterization Practices: Guidelines. Geneva: WHO; 2019.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À FEBRE INESPECÍFICA

Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA)

. **1. Objetivo**

Garantir o atendimento rápido, seguro e eficaz dos pacientes que apresentam febre inespecífica, identificando causas prováveis, sinais de gravidade, orientando condutas clínicas apropriadas e realizando encaminhamentos adequados, conforme protocolos do Ministério da Saúde.

2. Público-alvo

Pacientes de todas as idades que procuram a UPA apresentando quadro clínico de febre inespecífica (febre sem foco evidente), sem sinais claros de infecção localizada, nos primeiros 7 dias do início dos sintomas.

3. Materiais necessários

- Equipamento para aferição de temperatura (termômetro digital ou infravermelho)
- Estetoscópio
- Esfigmomanômetro (aparelho de pressão arterial)

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Oxímetro de pulso
- Materiais para coleta de sangue (agulhas, seringas, tubos de coleta)
- Ficha clínica para registro de dados
- Cartilha informativa para paciente
- Equipamento para punção venosa
- Equipamentos para monitorização clínica (se necessário)
- Materiais de proteção individual (luvas, máscara, avental)

4. Procedimentos

4.1. Recepção e triagem

- Identificar paciente e verificar sinais vitais: temperatura, pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação de oxigênio.
- Avaliar gravidade segundo protocolo de triagem (ex: Manchester, Protocolo de Classificação de Risco).
- Registrar dados na ficha clínica e no sistema de informação da UPA.

4.2. Anamnese detalhada

- Duração da febre, características (intermitente, contínua).
- Sintomas associados: calafrios, sudorese, dor, tosse, dispneia, dor abdominal, diarreia, vômitos, dor articular, manchas na pele, entre outros.
- Histórico epidemiológico: contato com pessoas doentes, viagens recentes, exposição a vetores, ambiente social e domiciliar, uso de medicamentos, doenças prévias.

4.3. Exame físico completo

- Avaliação geral: estado geral, nível de consciência.
- Avaliação de sinais de alerta: rigidez de nuca, petéquias, sinais de desidratação, dificuldade respiratória, alteração do pulso, entre outros.
- Exame segmentar focado nas queixas e na suspeita clínica: pulmões, abdômen, pele, sistema nervoso, entre outros.

4.4. Exames complementares (conforme avaliação clínica)

- Hemograma completo
- Urina tipo 1
- Glicemia capilar
- Provas rápidas para dengue, zika, chikungunya (se disponível e conforme suspeita)
- Teste rápido para COVID-19 ou influenza (conforme época e protocolo local)

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Radiografia de tórax (se houver sintomas respiratórios)
- Outros exames específicos conforme avaliação médica.

4.5. Condutas clínicas

- **Febre sem sinais de gravidade e com bom estado geral:**
  - Orientação para uso de antitérmicos (paracetamol ou dipirona).
  - Hidratação oral adequada.
  - Orientação para observação domiciliar e retorno imediato em caso de agravamento.
  - Fornecimento de informações educativas sobre sinais de alerta.
  - Registro e encaminhamento conforme protocolo local (ex: encaminhamento para atenção primária ou seguimento ambulatorial).
- **Pacientes com sinais de alerta ou gravidade:**
  - Internação ou encaminhamento para hospital de referência.
  - Monitorização contínua dos sinais vitais.
  - Realização de exames complementares urgentes.
  - Administração de terapias específicas conforme diagnóstico (antibióticos, antivirais, hidratação endovenosa).

4.6. Registro e notificação

- Preencher ficha de atendimento completo.
- Registrar no sistema de informação do Ministério da Saúde (e-SUS, SINAN, etc.) os casos suspeitos ou confirmados de doenças notificáveis.
- Realizar notificação compulsória conforme legislação vigente (ex: dengue, febre tifóide, meningite, etc.)

4.7. Orientações para alta

- Explicar sinais de agravamento e quando retornar imediatamente à UPA.
- Indicar uso correto da medicação prescrita.
- Informar sobre cuidados domiciliares (hidratação, repouso).
- Agendar retorno em serviço de atenção primária, se indicado.

5. Fluxograma do Atendimento à Febre Inespecífica

A[Paciente com Febre Inespecífica chega à UPA] --> B[Triagem e avaliação de sinais vitais]

B --> C{Sinais de gravidade?}

C -- Sim --> D[Encaminhamento para avaliação médica imediata]

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

D --> E[Realizar exames complementares e monitorização]

E --> F[Internação ou transferência para hospital de referência]

C -- Não --> G[Avaliação médica e anamnese detalhada]

G --> H[Exame físico completo]

H --> I{Suspeita clínica específica?}

I -- Sim --> J[Solicitar exames complementares específicos]

I -- Não --> K[Conduta expectante e orientações]

J --> L[Prescrição terapêutica conforme diagnóstico]

K --> M[Orientações para tratamento domiciliar e sinais de alerta]

L --> N[Registro e notificação conforme necessário]

M --> N

N --> O[Alta com orientações e encaminhamento]

6. Bibliografia / Referências

Ministério da Saúde. Protocolo de Atendimento às Síndromes Febris Agudas. Brasília: MS; 2020.

Ministério da Saúde. Manual de Protocolos da Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Brasília: MS; 2019.

Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN. Manual de Notificação e Investigação.

Sociedade Brasileira de Infectologia. Diretrizes para o manejo clínico das febres agudas inespecíficas. 2021.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Guidelines for the management of febrile illnesses. Geneva: WHO; 2018.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO ÀS REAÇÕES ALÉRGICAS E ANAFILAXIA

Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA)

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

. **1. Objetivo**

Estabelecer condutas padronizadas para o reconhecimento precoce, manejo imediato e seguro das reações alérgicas, especialmente anafilaxia, garantindo tratamento eficaz, redução de complicações e melhora do prognóstico dos pacientes atendidos na UPA 24 horas.

2. Público-alvo

Pacientes de qualquer faixa etária que apresentem quadro clínico compatível com reação alérgica, incluindo reações cutâneas, respiratórias, cardiovasculares e anafiláticas, que busquem atendimento na UPA.

3. Materiais necessários

- Equipamento para monitorização dos sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, saturação de oxigênio, frequência respiratória)
- Oxímetro de pulso
- Oxigênio suplementar com máscara facial e cateter nasal
- Adrenalina (epinefrina) injetável 1 mg/mL (1:1000) e dispositivos para administração intramuscular e intravenosa
- Antihistamínicos (ex: difenidramina, hidroxizina)
- Corticosteroides (ex: hidrocortisona, dexametasona)
- Equipamento para via venosa (seringa, agulhas, cateter)
- Equipamentos para suporte ventilatório (ambú, máscara, tubo orofaríngeo)
- Materiais para punção e administração endovenosa
- Luvas descartáveis, máscara, avental e outros EPIs
- Ficha para registro do atendimento e prontuário eletrônico
- Medicamentos para suporte hemodinâmico (fluido endovenoso: soro fisiológico ou Ringer lactato)
- Desfibrilador (disponível na UPA para casos graves)

4. Procedimentos

4.1. Recepção e triagem rápida

- Avaliar sinais vitais imediatamente (PA, FC, FR, saturação) e nível de consciência.
- Identificar sinais de gravidade (edema de glote, estridor, hipotensão, confusão, dispneia intensa).

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Priorizar atendimento emergencial para suspeita de anafilaxia.

4.2. Avaliação clínica

- Obter histórico breve sobre início dos sintomas, exposição a alérgenos conhecidos, uso recente de medicamentos, alimentos, picadas de insetos.
- Sintomas mais comuns: urticária, angioedema, prurido, dispneia, sibilos, tontura, hipotensão, perda de consciência.
- Exame físico: avaliação da pele (urticária, edema), vias aéreas superiores (edema de língua, lábios, orofaringe), ausculta pulmonar, estado circulatório.

4.3. Conduta imediata em caso de anafilaxia

- **Adrenalina IM imediata:** aplicar dose de 0,01 mg/kg (máximo 0,5 mg) na face anterolateral da coxa, repetir a cada 5-15 minutos conforme necessidade e resposta clínica.
- **Oxigênio suplementar** a 10-15 L/min.
- **Posição:** paciente em decúbito dorsal com elevação das pernas, salvo contraindicações.
- Acesso venoso e início de reposição volêmica com soro fisiológico rápido (20 mL/kg em crianças; 500-1000 mL em adultos).
- Monitorização contínua dos sinais vitais.
- Administração de anti-histamínicos e corticosteroides para controle da reação tardia (não substituem adrenalina).
- Preparar suporte avançado de vida, se necessário.

4.4. Tratamento de reações alérgicas leves a moderadas

- Antihistamínicos via oral ou endovenosa.
- Corticosteroides, se indicado.
- Observação do paciente por 4 a 6 horas para evolução clínica.
- Orientação quanto à necessidade de evitar alérgenos e retorno imediato em caso de piora.

4.5. Monitoramento e alta

- Pacientes com anafilaxia devem permanecer em observação por pelo menos 6 horas após melhora clínica.
- Avaliar necessidade de encaminhamento para alergologia/imunologia.
- Fornecer orientações escritas sobre prevenção, uso de adrenalina autoinjetável (se disponível) e plano de ação para emergências futuras.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

4.6. Registro e notificação

- Documentar todo o atendimento no prontuário.
- Notificar reações graves conforme normativas municipais e nacionais (ex: Sistema de Notificação de Eventos Adversos).

5. Fluxograma do Atendimento à Reação Alérgica e Anafilaxia

A[Paciente com suspeita de reação alérgica] --> B[Triagem rápida e avaliação de sinais vitais]

B --> C{Sinais de anafilaxia?}

C -- Sim --> D[Administração imediata de adrenalina IM]

D --> E[Oxigênio suplementar e acesso venoso]

E --> F[Reposição volêmica e monitoramento]

F --> G{Resposta clínica adequada?}

G -- Sim --> H[Observação e tratamento complementar]

G -- Não --> I[Suporte avançado de vida e transferência hospitalar]

C -- Não --> J[Tratamento para reação alérgica leve/moderada]

J --> K[Observação e alta com orientações]

6. Bibliografia / Referências

Ministério da Saúde. Protocolo de Atendimento à Anafilaxia e Reações Alérgicas Graves. Brasília: MS; 2021.

Ministério da Saúde. Manual de Urgências e Emergências. Brasília: MS; 2020.

Sociedade Brasileira de Imunologia. Diretrizes para manejo da anafilaxia. 2022.

World Allergy Organization. WAO Guidelines for the Assessment and Management of Anaphylaxis. 2020.

Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.160/2017 – Atendimento de urgência e emergência.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A INTOXICAÇÕES EXÓGENAS

Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA)

. **1. Objetivo**

Padronizar o atendimento clínico imediato e seguro dos pacientes com intoxicações exógenas, garantindo diagnóstico rápido, estabilização do quadro, suporte adequado, prevenção de complicações e encaminhamento conforme protocolos do Ministério da Saúde.

2. Público-alvo

Pacientes de todas as idades que apresentem quadro clínico sugestivo de intoxicação aguda por substâncias químicas, medicamentosas, plantas, animais peçonhentos, álcool, drogas ilícitas ou outras substâncias tóxicas.

3. Materiais necessários

- Equipamentos para avaliação e monitorização de sinais vitais (esfigmomanômetro, oxímetro, termômetro, estetoscópio)
- Equipamentos para suporte avançado de vida (Ambu, máscara, tubo endotraqueal, desfibrilador)
- Material para acesso venoso (agulhas, cateteres, seringas)
- Equipamentos para coleta de sangue e material para exames laboratoriais (gasometria, eletrólitos, glicemia, função renal, toxicológico)
- Antídotos específicos disponíveis conforme protocolo local (ex: naloxona, carvão ativado, atropina, flumazenil)
- Materiais para lavagem gástrica (sonda nasogástrica, equipamento de aspiração)
- Carvão ativado (dose pediátrica e adulta)
- Luvas descartáveis, avental, máscara e outros EPIs
- Ficha clínica e prontuário eletrônico para registro do atendimento
- Medicações de suporte (benzodiazepínicos, vasopressores, anti-hipertensivos)
- Material para coleta e descarte correto de resíduos e materiais contaminados

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

4. Procedimentos

4.1. Triagem inicial e avaliação clínica

- Avaliar sinais vitais e estado geral do paciente imediatamente.
- Identificar sintomas: confusão mental, sonolência, convulsões, vômitos, dor abdominal, dificuldade respiratória, palidez, sudorese, alterações cardiovasculares.
- Obter histórico com familiares ou acompanhantes, sempre que possível: substância ingerida/expôs, quantidade, tempo de exposição, via de exposição, intenção (acidental, suicídio).

4.2. Estabilização inicial

- Garantir via aérea pérvia; proteger e manter oxigenação adequada.
- Iniciar suporte ventilatório se necessário.
- Acesso venoso e início de reposição hídrica.
- Monitorização contínua dos sinais vitais.
- Controlar convulsões com medicações apropriadas.

4.3. Diagnóstico e avaliação complementar

- Solicitar exames laboratoriais: glicemia, eletrólitos, função renal, gasometria arterial, exames toxicológicos (se disponíveis).
- Radiografia ou outros exames conforme suspeita clínica.
- Avaliar necessidade de lavagem gástrica ou administração de carvão ativado, respeitando janela terapêutica (geralmente até 1-2 horas da ingestão).

4.4. Tratamento específico

- Aplicar antídotos específicos quando indicados (ex: naloxona para intoxicação por opioides, atropina para organofosforados).
- Realizar lavagem gástrica somente com indicação médica e protocolo rigoroso.
- Administrar carvão ativado em dose única ou múltipla, conforme indicação e substância envolvida.
- Manter suporte clínico para insuficiência orgânica, arritmias, hipotensão, convulsões, acidose, etc.

4.5. Encaminhamento e monitoramento

- Internação em unidade de terapia intensiva, se necessário.
- Monitorar sinais vitais, estado neurológico e evolução clínica.
- Avaliar necessidade de hemodiálise, carvão ativado em múltiplas doses ou outros tratamentos especializados.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Encaminhar para serviço especializado conforme protocolo local (Centro de Toxicologia, Serviço de Emergência).

4.6. Registro e notificação

- Documentar detalhadamente todos os dados, procedimentos e evolução.
- Notificar casos de intoxicação por substâncias perigosas conforme legislação vigente.
- Comunicar vigilância sanitária ou ambiental, se aplicável.

5. Fluxograma do Atendimento à Intoxicação Exógena

flowchart TD

A[Paciente com suspeita de intoxicação exógena] --> B[Triagem e avaliação clínica rápida]

B --> C{Paciente estável?}

C -- Não --> D[Estabilização: via aérea, ventilação, circulação]

D --> E[Acesso venoso e monitorização contínua]

E --> F[Diagnóstico clínico e laboratorial]

F --> G{Antídoto disponível e indicado?}

G -- Sim --> H[Administração de antídoto]

G -- Não --> I[Suporte clínico e sintomático]

H --> J[Considerar lavagem gástrica e carvão ativado]

I --> J

J --> K[Monitoramento e observação]

K --> L{Complicações ou piora?}

L -- Sim --> M[Internação ou transferência para terapia intensiva]

L -- Não --> N[Alta com orientações e acompanhamento]

6. Bibliografia / Referências

Ministério da Saúde. Protocolo de Atendimento a Intoxicações Exógenas. Brasília: MS; 2020.

Ministério da Saúde. Manual de Urgências e Emergências Clínicas. Brasília: MS; 2019.

Centro de Informação e Assistência Toxicológica (CIATox). Guia Prático de Intoxicações. 2021.

Sociedade Brasileira de Toxicologia. Manejo Clínico das Intoxicações Agudas. 2022.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Guidelines for Poisoning Management. Geneva: WHO; 2018.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À PESSOA COM TENTATIVA DE SUICÍDIO

Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA)

. **1. Objetivo**

Estabelecer diretrizes para o atendimento humanizado, seguro e eficaz da pessoa que apresenta tentativa de suicídio, visando estabilização clínica, prevenção de novos eventos, avaliação do risco e encaminhamento para acompanhamento psicossocial e psiquiátrico, conforme normativas do Ministério da Saúde.

2. Público-alvo

Pessoas de qualquer idade que apresentem tentativa de suicídio ou comportamentos autolesivos, que busquem atendimento na UPA, ou que sejam encaminhadas por terceiros ou serviços de urgência.

3. Materiais necessários

- Equipamentos para avaliação clínica e monitorização (esfigmomanômetro, oxímetro, termômetro)
- Equipamentos para suporte básico de vida (Ambu, desfibrilador, oxigênio)
- Material para exame físico e coleta laboratorial (se necessário)
- Ficha clínica, formulários de avaliação de risco suicida e prontuário eletrônico
- Materiais para contenção física (quando estritamente necessário e conforme protocolo ético)
- Espaço reservado para atendimento reservado e seguro (sala calma)
- Protocolos de segurança para prevenção de automutilação no ambiente hospitalar
- Lista de contatos de serviços de saúde mental e redes de apoio
- Equipamentos de proteção individual para a equipe (luvas, máscara)

4. Procedimentos

4.1. Recepção e avaliação inicial

- Avaliar rapidamente sinais vitais e estado clínico geral (verificar possíveis intoxicações, traumas ou condições clínicas associadas).

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Priorizar a segurança do paciente e da equipe, evitando exposição a objetos que possam ser usados para autoagressão.
- Realizar acolhimento humanizado, escuta ativa e demonstração de empatia.

4.2. Avaliação de risco e investigação

- Avaliar o grau de risco suicida utilizando instrumentos validados (ex: Escala de Columbia-Suicide Severity Rating Scale - C-SSRS).
- Identificar fatores desencadeantes, história pregressa de tentativas, suporte social, uso de substâncias, comorbidades psiquiátricas.
- Investigar possível intoxicação ou lesões associadas, solicitando exames laboratoriais e de imagem se indicado.

4.3. Estabilização clínica e manejo das complicações

- Tratar emergências clínicas decorrentes da tentativa (ex: intoxicação, trauma, hemorragias).
- Garantir suporte ventilatório e hemodinâmico, conforme necessidade.
- Realizar procedimentos de urgência com monitorização contínua.

4.4. Acompanhamento psicossocial

- Promover entrevista psicossocial para identificação das necessidades e fortalecimento do vínculo terapêutico.
- Evitar julgamentos e garantir confidencialidade.
- Avaliar necessidade de internação psiquiátrica conforme gravidade e risco.

4.5. Encaminhamento e continuidade do cuidado

- Encaminhar para serviço de saúde mental especializado (CAPS, ambulatório de saúde mental, hospital-dia, ou internação psiquiátrica).
- Orientar familiares e cuidadores quanto ao manejo do paciente e sinais de alerta.
- Registrar em sistema de informação (e-SUS, SINAN, etc.) e notificar conforme legislação vigente.

4.6. Segurança do ambiente e equipe

- Garantir ambiente seguro e acolhedor, livre de riscos físicos.
- Adotar medidas para prevenção de automutilação no ambiente da UPA.
- Capacitar equipe para manejo e contenção não violenta.

5. Fluxograma do Atendimento à Pessoa com Tentativa de Suicídio

A[Paciente com tentativa de suicídio chega à UPA] --> B[Avaliação clínica e estabilização]

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

B --> C{Emergência clínica presente?}

C -- Sim --> D[Tratamento imediato da emergência]

C -- Não --> E[Acolhimento e avaliação psicossocial]

E --> F[Avaliação do risco suicida]

F --> G{Risco alto?}

G -- Sim --> H[Encaminhamento para internação psiquiátrica]

G -- Não --> I[Encaminhamento para acompanhamento ambulatorial]

D --> J[Monitoramento e suporte]

H --> J

I --> K[Orientação e alta segura]

6. Bibliografia / Referências

Ministério da Saúde. Protocolo de Atenção à Pessoa com Tentativa de Suicídio. Brasília: MS; 2022.

Ministério da Saúde. Linha Guia para Manejo do Suicídio e Tentativas de Suicídio no SUS. Brasília: MS; 2021.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Preventing suicide: A global imperative. Geneva: WHO; 2014.

Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.156/2016 – Atendimento em Saúde Mental.

Associação Brasileira de Psiquiatria. Manual de Urgências Psiquiátricas. 2020.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A VÍTIMAS DE MORDEDURA DE ANIMAL PEÇONHENTO OU RAIVOSO

Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24h

. **1. OBJETIVO**

Estabelecer condutas padronizadas e seguras para o atendimento clínico imediato, a profilaxia e o encaminhamento de pacientes vítimas de mordeduras ou acidentes por animais

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

peçonhentos ou potencialmente transmissores da raiva, de acordo com os protocolos e normas do Ministério da Saúde.

2. PÚBLICO-ALVO

Indivíduos de todas as faixas etárias que tenham sido vítimas de:

- Mordedura de cães, gatos, morcegos ou outros mamíferos com risco de transmissão da raiva;
- Picadas ou acidentes por escorpiões, serpentes, aranhas, ou outros animais peçonhentos.

3. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Gerais:

- Luvas, máscaras e aventais descartáveis (EPIs);
- Soro fisiológico 0,9% para irrigação de feridas;
- Gaze estéril, campo cirúrgico, pinças, tesouras, compressas;
- Soluções antissépticas (PVPI, clorexidina);
- Sistema de monitorização: termômetro, oxímetro, esfigmomanômetro;
- Material para punção venosa e acesso periférico;
- Medicamentos sintomáticos: analgésicos, antieméticos, anti-histamínicos;
- Material para sutura (se necessário, conforme avaliação médica).

Específicos:

- **Soros antivenenos** (antibotrópico, anticrotálico, antiescorpiônico, antielapídico, antiaracnídico), conforme região e acidente;
- **Soro antirrábico humano (SARH)** e **vacina antirrábica (VAR)**;
- Kit de notificação de acidente por animal peçonhento e raivoso (SINAN);
- Material para coleta de exames laboratoriais e observação clínica.

4. PROCEDIMENTOS

4.1. Triagem e acolhimento

- Avaliação rápida dos sinais vitais e da gravidade do acidente.
- Identificação do animal agressor, tempo do acidente e características da lesão.

4.2. Avaliação clínica

a) Mordedura de animal possivelmente raivoso (cão, gato, morcego ou outro mamífero):

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Avaliar local da mordedura, profundidade, número de lesões e região corporal.
- Verificar histórico vacinal do animal (se conhecido).
- Classificar a exposição conforme o **Manual de Profilaxia da Raiva Humana**:
    - **Categoria I**: Contato indireto ou lambedura em pele íntegra (não requer profilaxia).
    - **Categoria II**: Arranhadura leve, sem sangramento – iniciar vacinação (VAR).
    - **Categoria III**: Mordedura profunda, lambedura de mucosa ou pele lesionada – iniciar vacinação + SARH.

b) Acidente com animal peçonhento:

- **Serpentes (botrópico, crotálico, elapídico):** avaliar sinais de hemorragia, necrose, neurotoxicidade, insuficiência renal.
- **Escorpiões:** avaliar dor local, sudorese, vômitos, hipertensão, sintomas sistêmicos.
- **Aranhas:** necrose local (Loxosceles), sintomas neurológicos (Phoneutria).
- Classificar o acidente como **leve, moderado ou grave** segundo gravidade clínica, idade da vítima e evolução.

4.3. Conduta terapêutica

a) Raiva:

- **Categoria II:** iniciar esquema de vacinação com VAR (0, 3, 7, 14 dias – 4 doses IM).
- **Categoria III:** iniciar esquema com VAR + SARH (dose única de 40 UI/kg IM, dividida em 2 locais diferentes da vacina).
- **Observação do animal** por 10 dias se for cão/gato domiciliado.
- Interromper esquema se o animal permanecer saudável durante observação.
- Caso o animal fuja ou morra, completar o esquema.

b) Acidentes peçonhentos:

- Limpeza da ferida com soro fisiológico e antisséptico (não fazer torniquetes, cortes ou sucção).
- Não suturar feridas antes da administração do soro.
- Realizar soroterapia conforme tipo e gravidade:
    - **Escorpião (moderado a grave):** 1 a 3 ampolas de soro antiescorpiônico IV.
    - **Serpentes botrópicas:** 4 a 12 ampolas de soro antibotrópico IV.
    - **Serpentes crotálicas:** 5 a 10 ampolas de soro anticrotálico IV.
    - **Aranhas (Loxosceles ou Phoneutria):** conforme indicação.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Monitorar anafilaxia e reações ao soro (pré-medicação com anti-histamínicos se indicado).
- Monitorar sinais vitais e evolução clínica por no mínimo 12h.
- Encaminhar para hospital referência se necessário.

4.4. Registro e notificação

- Registrar detalhadamente o atendimento no prontuário e ficha de notificação (SINAN).
- Notificar imediatamente os casos graves de acidente por animal peçonhento ou mordedura de animal raivoso.

4.5. Encaminhamento

- Alta com orientações se estável, sem sinais sistêmicos e com tratamento completo.
- Encaminhar à Vigilância em Saúde ou Centro de Referência em Zoonoses.
- Encaminhar casos graves ou com complicações para hospital de maior complexidade.

5. FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO À VÍTIMA DE MORDEDURA DE ANIMAL PEÇONHENTO OU RAIVOSO

A[Paciente vítima de mordedura ou picada] --> B[Avaliação clínica inicial]

B --> C{Tipo de animal?}

C -- Cão/Gato/Morcego --> D[Avaliar categoria da exposição]

D --> E{Categoria III?}

E -- Sim --> F[Iniciar VAR + SARH]

E -- Não --> G[Iniciar somente VAR]

C -- Serpente/Escorpião/Aranha --> H[Classificar gravidade do acidente]

H --> I{Moderado/Grave?}

I -- Sim --> J[Realizar soroterapia específica]

I -- Não --> K[Tratamento sintomático e observação]

F --> L[Notificação no SINAN]

J --> L

G --> L

K --> L

L --> M[Alta ou Encaminhamento Hospitalar]

6. BIBLIOGRAFIA / REFERÊNCIAS NORMATIVAS

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde: volume único. Brasília: MS; 2023.

Ministério da Saúde. Manual de Conduta em Acidentes por Animais Peçonhentos. 2ª ed. Brasília: MS; 2021.

Ministério da Saúde. Manual de profilaxia da raiva humana. 2014.

DATASUS/SINAN. Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Ficha de Notificação de Acidentes por Animais Peçonhentos.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Rabies vaccines: WHO position paper – 2018.

Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. Boletim sobre acidentes ofídicos e escorpiônicos no Brasil.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A POLITRAUMATIZADOS

Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA)

. 1**. OBJETIVO**

Padronizar o atendimento inicial ao paciente politraumatizado na UPA 24h, assegurando estabilização rápida, priorização dos riscos à vida, manejo conforme prioridades (ABCDE do trauma), organização dos fluxos de atendimento e encaminhamento seguro ao serviço de referência.

2. PÚBLICO-ALVO

Pacientes de qualquer faixa etária, vítimas de trauma grave ou múltiplos traumas, oriundos de acidentes automobilísticos, quedas de grandes alturas, traumas penetrantes, esmagamentos, ou outros mecanismos de alta energia.

3. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Maca rígida com prancha longa e colar cervical

Kit de vias aéreas (cânulas orofaríngeas, tubo endotraqueal, laringoscópio, ambu, aspirador)

Oxímetro de pulso, monitor cardíaco, esfigmomanômetro, termômetro

Acesso venoso calibroso (2 periféricos nº 14-18)

Soro fisiológico, Ringer lactato e aquecedor de fluidos

Medicamentos de suporte: analgésicos, sedativos, anticonvulsivantes, vasopressores

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Dispositivo para controle de hemorragias externas (curativos compressivos, torniquete)

Imobilizadores de membros, talas moldáveis, cintos pélvicos

Material para sondagem (vesical e nasogástrica)

Material para punção intraóssea (se necessário)

EPI completo para equipe

Kit de imobilização de fraturas

Radiografia portátil (se disponível), ultrassom FAST (opcional)

4**. PROCEDIMENTOS**

4.1. Acolhimento e comunicação

Receber o paciente em ambiente estruturado para emergência.

Avisar prontamente a equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, técnico, radiologia, administrativo).

Utilizar Protocolo de Comunicação em Situações Críticas (SBAR).

4.2. Avaliação inicial – Protocolo ABCDE do Trauma (conforme ATLS®)

A - Via aérea com proteção da coluna cervical:

Avaliar consciência, obstruções, ruídos.

Administrar oxigênio 15 L/min via máscara com reservatório.

Estabilizar cervical com colar e blocos laterais.

Intubar se Glasgow ≤ 8 ou via aérea instável.

B - Respiração e ventilação:

Avaliar expansibilidade torácica, murmúrio vesicular, perfusões, crepitações.

Tratar pneumotórax hipertensivo com punção descompressiva imediata.

Instalar drenagem torácica se necessário.

C - Circulação com controle de hemorragias:

Verificar pulso, perfusão periférica, hemorragias externas.

Acesso venoso periférico rápido.

Iniciar infusão de solução cristaloide aquecida.

Reposição volêmica conforme necessidade.

Controlar hemorragias com compressão direta ou torniquetes.

D - Déficit neurológico:

Avaliar pupilas, escala de coma de Glasgow (ECG).

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Observar sinais de trauma cranioencefálico ou lesão medular.

E - Exposição e controle do ambiente:

Remover roupas do paciente.

Examinar corpo inteiro.

Prevenir hipotermia com cobertores, ambiente aquecido.

4**.3. Avaliação secundária**

Reavaliação sistemática da cabeça aos pés, com foco em lesões não detectadas inicialmente.

História breve (AMPLE): Alergias, Medicamentos, Passado médico, Última refeição, Evento relacionado.

Realização de exames complementares (Rx, ultrassonografia FAST, laboratório, glicemia, gasometria).

4.4. Condutas e encaminhamentos

Estabilizar paciente dentro da capacidade da UPA.

Acionar Serviço de Regulação para encaminhamento ao hospital de referência.

Garantir transporte em ambulância com suporte avançado, com laudo médico e relatório clínico.

Manter monitoramento contínuo até a transferência.

4.5. Registro e notificação

Registrar todas as ações e achados no prontuário eletrônico.

Notificar casos de violência (trânsito, agressão, arma de fogo) ao sistema de vigilância (SINAN) quando aplicável.

Comunicar a Polícia Militar ou SAMU quando envolver acidentes com múltiplas vítimas ou crimes.

5. FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO A POLITRAUMATIZADO – UPA 24H

flowchart TD

A[Chegada do politraumatizado à UPA] --> B[Acolhimento imediato e acionamento da equipe]

B --> C[Início do protocolo ABCDE]

C --> D[Estabilização hemodinâmica e respiratória]

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

D --> E[Avaliação secundária e exames complementares]

E --> F{Paciente estável para encaminhamento?}

F -- Sim --> G[Acionar regulação e preparar transporte]

F -- Não --> H[Intervenções de suporte avançado e nova reavaliação]

G --> I[Transferência para hospital de referência]

H --> I

6. BIBLIOGRAFIA / REFERÊNCIAS

Ministério da Saúde. Diretrizes de Atenção às Urgências – Atendimento ao politraumatizado. Brasília: MS; 2023.

Advanced Trauma Life Support – ATLS®. 10ª edição. American College of Surgeons; 2020.

Ministério da Saúde. Manual de Atendimento Pré-hospitalar Móvel – SAMU 192.

PORTARIA GM/MS Nº 2048/2002. Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.

OPAS/OMS. Manejo clínico de emergências traumáticas em unidades de saúde.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A FERIMENTOS CORTANTES E LACERAÇÕES

Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA)

. **1. OBJETIVO**

Estabelecer diretrizes técnicas para o atendimento a usuários com ferimentos cortantes, lacerações e lesões abertas, assegurando manejo correto, controle de infecções, alívio da dor, encaminhamento quando necessário e notificação de casos relacionados à violência ou acidentes de trabalho.

2. PÚBLICO-ALVO

Usuários atendidos na UPA 24h que apresentem:

Ferimentos cortantes superficiais ou profundos;

Lacerações traumáticas, por objetos perfurocortantes, acidentes domésticos, de trabalho, agressões ou quedas;

Lesões contaminadas, com corpos estranhos ou potencial de infecção.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

3. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Luvas estéreis e de procedimento, avental, máscara cirúrgica e óculos de proteção

Soro fisiológico 0,9% para irrigação da ferida

Antissépticos tópicos (PVPI, clorexidina)

Gaze estéril, campos cirúrgicos, pinças anatômicas e hemostáticas, tesoura, porta-agulhas

Agulhas, fios de sutura absorvíveis e não absorvíveis (nylon, catgut, vicryl)

Lidocaína 2% com/sem vasoconstritor

Seringas e agulhas para infiltração

Esparadrapo, fita micropore, bandagens, curativos prontos

Material para coleta de exames (se necessário)

Kit de sutura estéril e bisturi (lâmina e cabo)

Caixa de perfurocortantes

Antibióticos orais (amoxicilina, cefalexina, etc.) conforme protocolo

Vacina antitetânica e anti-rábica (se indicação)

4**. PROCEDIMENTOS**

4.1. Acolhimento e classificação de risco

Identificar sinais de hemorragia ativa, contaminação extensa ou comprometimento funcional.

Classificar como urgência imediata se houver sangramento abundante, lesões com exposição muscular, tendões, fraturas abertas ou perda de substância.

4.2. Avaliação clínica da ferida

Inspecionar local, extensão, profundidade, presença de corpos estranhos, sinais de infecção.

Avaliar sensibilidade e motricidade distal, além de pulsos periféricos no membro acometido.

Avaliar necessidade de sutura imediata, observando tempo desde o trauma (ideal até 6 horas).

4.3. Higiene e desinfecção da ferida

Lavar abundantemente com soro fisiológico sob pressão.

Realizar desbridamento de tecidos desvitalizados, se necessário.

Aplicar antisséptico tópico após limpeza.

4.4. Anestesia local e sutura

Infiltrar lidocaína 2% com agulha fina ao redor da lesão.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Utilizar técnica de sutura apropriada (pontos simples, contínuos, intradérmicos, etc.) conforme localização.

Suturar apenas feridas com baixo risco de infecção ou com menos de 6-8 horas de evolução.

Evitar fechar feridas muito contaminadas — preferir cicatrização por segunda intenção.

4.5. Cuidados pós-procedimento

Cobrir a ferida com curativo estéril.

Prescrever antibiótico profilático em casos de feridas profundas, contaminadas, mordidas ou localizadas em áreas de risco (mãos, face, genitais).

Atualizar o esquema vacinal contra tétano e administrar vacina ou imunoglobulina, conforme avaliação.

Avaliar necessidade de vacinação antirrábica, em casos de mordedura por cães ou gatos.

Orientar sobre sinais de infecção e data de retorno para retirada dos pontos (geralmente de 5 a 14 dias, conforme região corporal).

4.6. Notificação e encaminhamentos

Notificar feridas decorrentes de acidente de trabalho, violência interpessoal, tentativa de suicídio ou mordeduras no SINAN.

Encaminhar ao Serviço Social, CAPS ou CRAS** quando houver suspeita de violência doméstica ou situação de vulnerabilidade.

Em caso de lesão grave ou com necessidade cirúrgica, encaminhar ao hospital de referência.

6. FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO – FERIMENTOS CORTANTES E LACERAÇÕES

A[Usuário com ferimento cortante/laceração chega à UPA] --> B[Classificação de risco]

B --> C[Avaliação clínica: profundidade, sangramento, tempo de ferida]

C --> D{Ferida extensa ou contaminada?}

D -- Sim --> E[Lavagem + desbridamento + avaliação para não sutura]

D -- Não --> F[Lavagem + anestesia + sutura adequada]

E --> G[Curativo estéril + antibiótico + orientação]

F --> G

G --> H{Vacinação atualizada?}

H -- Não --> I[Atualizar antitetânica / iniciar VAR ou SARH se indicado]

H -- Sim --> J[Alta com orientações e retorno]

I --> J

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

6. BIBLIOGRAFIA / REFERÊNCIAS

Ministério da Saúde. Manual de Normas para Imunização – 2022.

Ministério da Saúde. Diretrizes de Atendimento nas Urgências – MS, 2020.

PORTARIA MS n.º 2.048/2002. Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.

CDC – Centers for Disease Control and Prevention. Wound Management Guidelines.

Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Traumatizado – SBAIT. Protocolos de Feridas e Lacerações, 2021.

OPAS/OMS. Recomendações sobre manejo de ferimentos traumáticos em serviços de urgência.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A FRATURAS

Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA)

. **1. OBJETIVO**

Estabelecer normas e rotinas para o atendimento seguro, humanizado e resolutivo de pacientes com suspeita ou confirmação de fraturas, garantindo o alívio da dor, imobilização adequada, diagnóstico precoce e encaminhamento para serviço de ortopedia quando necessário.

2. PÚBLICO-ALVO

Todos os pacientes que apresentem:

Queixa de dor óssea ou articular após trauma;

Edema, hematoma, deformidade, limitação de movimento ou crepitação óssea;

Lesões expostas com suspeita de fratura;

Acidentes domésticos, de trabalho ou automobilísticos com trauma ortopédico.

3. MATERIAIS NECESSÁRIOS

EPI (luvas, máscara, óculos de proteção, avental);

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Imobilizadores ortopédicos (talas de alumínio, tala gessada, tala de Schanz, tala de Kramer, tala acolchoada);

Ataduras, bandagens, gazes, algodão ortopédico, esparadrapo;

Soro fisiológico e antissépticos para limpeza de feridas;

Analgésicos e anti-inflamatórios (dipirona, paracetamol, cetoprofeno, tramadol, etc.);

Material para punção venosa e acesso periférico;

Aparelho de raios X ou encaminhamento para radiologia externa;

Maca rígida e prancha longa (em casos de trauma de coluna);

Gelo ou compressa fria.

4. PROCEDIMENTOS

4.1. Acolhimento e Classificação de Risco

Realizar triagem com ênfase no mecanismo do trauma, presença de dor intensa, deformidades e sinais de comprometimento neurovascular;

Priorizar atendimento em casos de fraturas expostas, fraturas em membros com perda de função, ou sinais de isquemia.

4.2. Avaliação Clínica Inicial

Verificar localização da dor, deformidades, instabilidade, crepitações ou edema;

Avaliar integridade da pele (fechada ou exposta), amplitude de movimento e presença de pulsos distais;

Avaliar sensibilidade e motricidade do membro acometido;

Classificar tipo de fratura (com base clínica e radiológica) em:

Fechada / Exposta

Comum / Cominutiva / Impactada / Transversa / Espiral / Obliqua

4.3. Condutas Imediatas

a) Fratura Fechada:

Imobilizar imediatamente o membro afetado na posição encontrada, com tala apropriada e acolchoamento;

Aplicar compressa fria para reduzir edema;

Administrar analgésico e anti-inflamatório conforme protocolo;

Encaminhar para radiografia do membro acometido;

Após confirmação radiológica, reforçar imobilização e definir necessidade de encaminhamento.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

b) Fratura Exposta:

Lavar ferida com soro fisiológico e antisséptico;

Cobrir com curativo estéril;

Iniciar antibioticoterapia conforme protocolo (ex: cefazolina + gentamicina);

Atualizar vacinação antitetânica;

Imobilizar o membro;

Encaminhar com urgência para ortopedia em hospital de referência.

c) Fratura com Comprometimento Neurovascular:

Imobilizar com cuidado sem tracionar;

Verificar perfusão distal, cor, temperatura e pulsos;

Se ausência de pulso ou sinais de isquemia, classificar como urgência e transferir imediatamente com regulação.

4.4. Encaminhamento e Seguimento

Pacientes com fraturas estáveis e sem necessidade de intervenção cirúrgica imediata:

Alta com imobilização, prescrição e encaminhamento ambulatorial (ortopedia);

Pacientes com fraturas instáveis, expostas, com sinais de complicação:

Encaminhamento via regulação para hospital com suporte cirúrgico ortopédico;

Documentar todo o atendimento no prontuário, incluindo: mecanismo do trauma, achados clínicos, imagem, conduta e orientações.

4**.5. Educação e Orientação ao Paciente**

Orientar quanto à necessidade de repouso, sinais de complicações (dor intensa, inchaço progressivo, formigamento, febre);

Marcar reavaliação médica ou retorno em caso de piora;

Entregar termo de encaminhamento ou contrarreferência quando necessário.

5. FLUXOGRAMA – ATENDIMENTO A FRATURAS EM UPA 24H

A[Paciente chega à UPA com suspeita de fratura] --> B[Avaliação clínica e triagem]

B --> C{Fratura exposta?}

C -- Sim --> D[Lavar, cobrir, antibioticoterapia, imobilizar]

C -- Não --> E[Imobilização inicial + analgesia]

D --> F[Radiografia ou TC se necessário]

E --> F

F --> G{Fratura grave ou instável?}

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

G -- Sim --> H[Encaminhamento hospitalar via regulação]

G -- Não --> I[Alta com prescrição, imobilização e orientação]

6. BIBLIOGRAFIA / REFERÊNCIAS

Ministério da Saúde. Diretrizes de Atenção às Urgências – Traumatologia, Brasília, 2022;

PORTARIA GM/MS Nº 2.048/2002. Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência;

ATLS – Advanced Trauma Life Support. American College of Surgeons, 10ª ed., 2020;

Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT). Manual de Condutas para Atendimento Inicial a Fraturas, 2021;

OPAS/OMS. Atendimento a vítimas de trauma musculoesquelético em serviços de urgência e emergência – 2020.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A QUEIMADURAS

Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA)

. 1. OBJETIVO

Estabelecer diretrizes padronizadas para o atendimento inicial, estabilização e encaminhamento de pacientes vítimas de queimaduras, assegurando uma abordagem rápida, segura e eficaz para minimizar complicações clínicas e funcionais.

2. PÚBLICO-ALVO

Usuários atendidos na UPA que apresentem:

Queimaduras térmicas (fogo, líquidos quentes, vapor);

Queimaduras elétricas, químicas ou por radiação;

Inalação de fumaça ou vapores tóxicos;

Lesões cutâneas ou mucosas causadas por agentes físicos ou químicos.

3. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Luvas estéreis e de procedimento, máscara cirúrgica, óculos de proteção e avental descartável;

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Soro fisiológico 0,9% (em abundância) para irrigação da lesão;

Analgésicos e sedativos (dipirona, morfina, cetamina);

Ataduras, gaze vaselinada, compressas estéreis não aderentes;

Pomadas tópicas (sulfadiazina de prata, colagenase, nitrato de cerium – se disponível);

Solução antisséptica (PVPI degermante ou clorexidina);

Material para acesso venoso periférico e infusão de volume;

Oxímetro de pulso, monitor cardíaco, termômetro, estetoscópio;

Máscara com reservatório de oxigênio 15 L/min;

Kit de via aérea e de suporte avançado de vida (ambu, tubo orotraqueal, aspirador);

Esquema de reidratação baseado na Fórmula de Parkland, se necessário;

Esquema vacinal antitetânico e imunoglobulina.

4. PROCEDIMENTOS

4.1. Acolhimento e Classificação de Risco

Priorizar atendimento de vítimas com queimaduras extensas (>10% SCQ), queimaduras faciais, em áreas nobres (face, mãos, períneo, pés), com suspeita de inalação ou comprometimento respiratório.

Realizar Classificação de Risco com base na gravidade da lesão e estado clínico do paciente.

4.2. Avaliação Inicial (ABCDE do Trauma)

A (Via aérea): Avaliar presença de fuligem, rouquidão, estridor, sinais de obstrução. Garantir oxigenação e via aérea pérvia.

B (Respiração): Monitorar saturação, esforço respiratório e sinais de lesão inalatória.

C (Circulação): Avaliar pulso, perfusão periférica e necessidade de acesso venoso.

D (Déficit neurológico): Verificar consciência, reação pupilar, sinais de intoxicação por CO.

E (Exposição): Remover roupas e objetos da vítima. Avaliar extensão e profundidade da queimadura.

4.3. Classificação da Queimadura

Por profundidade:

1º grau: eritema, dor, sem bolhas (ex: solar);

2º grau superficial: bolhas, dor intensa, úmida e avermelhada;

2º grau profunda: bolhas rotas, coloração branca, menos dolorosa;

3º grau: destruição completa da pele, aspecto seco, indolor, cor branca, marrom ou preta.

Por extensão (% de superfície corporal queimada – SCQ):

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Utilizar Regra dos 9 (em adultos) ou Tabela de Lund-Browder (em crianças).

4.4. Condutas Terapêuticas

a**) Controle da dor**

Administrar analgésicos IV conforme intensidade (dipirona, morfina, tramadol).

Sedação pode ser indicada em casos de desbridamento ou dor refratária.

b) **Reposição volêmica**

Indicar quando SCQ > 10% em crianças ou > 15% em adultos.

Utilizar a Fórmula de Parkland:

4 mL × peso (kg) × % SCQ = volume de cristaloide nas primeiras 24h

Metade nas primeiras 8 horas, o restante nas próximas 16h.

c**) Cuidados locais**

Lavar a lesão com soro fisiológico à temperatura ambiente.

Não usar gelo ou substâncias caseiras.

Realizar curativo com gaze estéril ou vaselinada, sem compressão excessiva.

Não romper bolhas intactas (exceto se muito grandes ou contaminadas).

Aplicar pomadas cicatrizantes conforme profundidade (sulfadiazina de prata, colagenase).

4.5. Encaminhamentos

Encaminhar para serviço especializado (Centro de Tratamento de Queimados ou Hospital de Referência) nos seguintes casos:

SCQ > 10% em crianças ou > 15% em adultos;

Queimaduras de 2º grau profundo ou 3º grau;

Queimaduras em face, mãos, pés, períneo ou articulações;

Suspeita de lesão por inalação ou queimadura elétrica;

Presença de comorbidades graves ou instabilidade clínica.

4**.6. Notificações e registros**

Notificar casos de queimaduras relacionadas a trabalho, violência doméstica ou autoprovocadas (tentativa de suicídio) no SINAN;

Registrar todas as condutas no prontuário, incluindo: SCQ, profundidade, analgesia, curativo, volume infundido, vacinação e orientações.

5. FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO A QUEIMADURAS – UPA 24H

A[Chegada do paciente com queimadura à UPA] --> B[Classificação de risco e ABCDE do trauma]

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

B --> C[Avaliar extensão e profundidade da lesão]

C --> D{SCQ > 10% ou queimadura grave?}

D -- Sim --> E[Iniciar analgesia + hidratação IV + curativo estéril]

D -- Não --> F[Analgesia + curativo local + alta com orientação]

E --> G[Acionar regulação e transferir para hospital de referência]

F --> H[Prescrever antibiótico tópico + verificar vacinação antitetânica]

G --> I[Registrar e comunicar vigilância epidemiológica se necessário]

H --> I

6. BIBLIOGRAFIA / REFERÊNCIAS

Ministério da Saúde. Diretrizes para Atenção às Vítimas de Queimaduras, 2023.

PORTARIA MS Nº 2048/2002. Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.

ATLS – Advanced Trauma Life Support. 10ª edição. American College of Surgeons, 2020.

OPAS/OMS. Recomendaciones para el manejo clínico de quemaduras, 2021.

SBQ – Sociedade Brasileira de Queimaduras. Manual de Atendimento ao Queimado, 2022.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A ACIDENTES DE TRÂNSITO

Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA)

. **1. OBJETIVO**

Estabelecer diretrizes técnicas padronizadas para o atendimento seguro e eficaz de vítimas de acidentes de trânsito na UPA 24h, garantindo triagem adequada, estabilização, investigação de lesões ocultas, notificação obrigatória e encaminhamento aos serviços de referência quando necessário.

2. PÚBLICO-ALVO

Todos os usuários atendidos na UPA 24h vítimas de acidentes envolvendo:

Automóveis, motocicletas, bicicletas ou pedestres;

Acidentes urbanos, rodoviários ou rurais;

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Acidentes com múltiplas vítimas ou trauma de alta energia.

3. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Maca rígida, prancha longa, colar cervical, coxins laterais

Kit de vias aéreas (ambus, cânulas, tubo orotraqueal, laringoscópio)

Oxímetro de pulso, monitor cardíaco, glicosímetro, termômetro

Aparelho de pressão, estetoscópio

Acesso venoso periférico calibroso, soroterapia (SF 0,9%, Ringer Lactato)

Material para curativos, talas, cintos pélvicos, colete imobilizador (se disponível)

Analgésicos, sedativos, anticonvulsivantes, medicamentos para suporte à vida

Radiografia, ultrassonografia FAST, gasometria (se disponível)

EPI completo para equipe

Documentação para notificação e encaminhamento

4. PROCEDIMENTOS

4.1. Acolhimento e Classificação de Risco

Receber a vítima em ambiente de emergência estruturado, com aviso imediato à equipe multiprofissional;

Aplicar Protocolo de Triagem e Classificação de Risco (Manchester ou Adaptado);

Priorizar vítimas com instabilidade hemodinâmica, alterações neurológicas, dor torácica ou abdominal, fraturas expostas, sangramentos ativos ou rebaixamento de consciência.

4.2. Avaliação Inicial – Protocolo ABCDE do Trauma (ATLS)

A - Via Aérea com controle da coluna cervical

Proteger coluna cervical com colar e imobilização manual

Avaliar resposta verbal, presença de obstruções, secreções ou trauma facial

Proceder à intubação orotraqueal se rebaixamento do nível de consciência (ECG ≤ 8)

B - Respiração e Ventilação

Avaliar mecânica respiratória, murmúrio vesicular, expansibilidade, saturação

Tratar pneumotórax hipertensivo ou instabilidade ventilatória com toracocentese ou drenagem

C - Circulação com controle de hemorragia

Avaliar perfusão periférica, pulso, sangramentos externos

Garantir acesso venoso periférico (2 calibrosos) e iniciar reposição volêmica

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Controlar hemorragias externas com compressão, curativos e torniquetes

D - Déficit neurológico

Avaliar pupilas, ECG, sinais focais neurológicos

Aplicar escala de coma de Glasgow

E - Exposição e controle ambiental

Retirar roupas para avaliação completa do corpo

Prevenir hipotermia com cobertores, aquecimento do ambiente

4.3. Avaliação Secundária e Diagnóstico

Avaliação completa da cabeça aos pés

Levantar histórico da ocorrência (AMPLE)

Realizar exames complementares conforme suspeita clínica:

Radiografias (coluna cervical, bacia, membros)

Ultrassonografia FAST

Gasometria arterial

Glicemia capilar

Eletrocardiograma (se trauma torácico)

4.4. Condutas Terapêuticas

Controlar dor com analgesia sistêmica;

Imobilizar fraturas com talas ou cintas específicas;

Curativos estéreis em feridas e queimaduras;

Administração de oxigênio suplementar 10–15 L/min;

Atualizar vacinação antitetânica e aplicar antibiótico se ferida exposta;

Acompanhamento contínuo dos sinais vitais, reavaliações frequentes.

4.5. Encaminhamentos

Encaminhar ao hospital de referência nas seguintes condições:

Trauma cranioencefálico grave ou instável

Fraturas múltiplas ou expostas

Hemorragias internas ou instabilidade hemodinâmica

Necessidade de cirurgia de urgência

Lesões de coluna ou suspeita de lesão medular

Queimaduras extensas associadas ao acidente

O transporte deve ser feito em ambulância com suporte avançado (Samu ou contratada), com relatório médico completo e acompanhamento de profissional de saúde.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

4.**6. Notificações e Registros**

Notificar acidente de transporte terrestre no SINAN, especialmente em casos de vítimas com lesões, óbitos ou hospitalização;

Notificar também suspeita de violência (acidente proposital, tentativa de suicídio);

Preencher Ficha de Atendimento de Urgência, com laudo clínico, CID, conduta, encaminhamentos e contatos;

Comunicar familiares e, se necessário, órgãos policiais e periciais.

5. FLUXOGRAMA – ATENDIMENTO A VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

A[Chegada do acidentado à UPA] --> B[Classificação de risco e ABCDE]

B --> C{Instável ou lesões graves?}

C -- Sim --> D[Estabilização: via aérea, hemodinâmica, imobilização]

C -- Não --> E[Realizar exames e tratamento ambulatorial]

D --> F[Encaminhar com regulação ao hospital de referência]

E --> G[Alta com orientações, prescrição e encaminhamento para ortopedia ou reavaliação]

F --> H[Notificar no SINAN + preencher documentação]

G --> H

6. BIBLIOGRAFIA / REFERÊNCIAS

Ministério da Saúde. Diretrizes de Atenção às Urgências – Atendimento ao politraumatizado. Brasília: MS; 2022.

Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.

PORTARIA MS Nº 2.048/2002. Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.

Advanced Trauma Life Support – ATLS®. American College of Surgeons, 10ª edição, 2020.

DATASUS/SINAN. Instruções de Preenchimento e Codificação de Notificações de Acidentes de Transporte Terrestre.

Se desejar, posso complementar com:

Modelos de fichas de atendimento a acidentados

Checklists para triagem e avaliação secundária

Planilha para monitoramento de sinais vitais e evolução

Cartazes de fluxo para fixação em sala vermelha ou emergência

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

PROTOCOLO DE IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS

Unidade de Pronto Atendimento 24h (UPA)

. **1. OBJETIVO**

Padronizar a conduta de imobilização de membros superiores e inferiores em pacientes com suspeita ou confirmação de fraturas, luxações, entorses, traumas contusos ou lesões ligamentares, visando prevenir o agravamento do quadro, aliviar a dor, preservar a função e garantir segurança no transporte e encaminhamento.

2. PÚBLICO-ALVO

Usuários da UPA 24h com:

Fraturas fechadas ou expostas;

Entorses e luxações articulares;

Contusões com limitação funcional ou dor importante;

Pós-reduções ortopédicas;

Necessidade de imobilização para transporte ou controle da dor.

3. MATERIAIS NECESSÁRIOS

EPIs: luvas, máscara, avental, óculos;

Talas: gessadas, de alumínio, tala de Schanz, tala moldável (splint), tala de Kramer, tala longa rígida;

Material de acolchoamento: algodão ortopédico, rolo de espuma, gazes;

Ataduras elásticas e de crepe;

Esparadrapo ou fita adesiva médica;

Gesso ortopédico (em serviços com moldagem);

Imobilizadores comerciais (tipo Velpeau, tipo Sling, tipo Robert Jones, tala posterior de tornozelo etc.);

Tesoura, pinças, termômetro de contato (se necessário).

4**. PROCEDIMENTOS**

4.1. Avaliação Inicial

Avaliar local da dor, edema, deformidade ou limitação funcional;

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Inspecionar integridade da pele, presença de fratura exposta, hematomas ou sangramentos;

Verificar pulsos distais, perfusão, sensibilidade e motricidade antes da imobilização;

Solicitar exames de imagem (Rx) se necessário antes da imobilização definitiva.

4**.2. Princípios Gerais da Imobilização**

Imobilizar na posição em que o membro foi encontrado, principalmente em fraturas;

A imobilização deve abranger a articulação acima e abaixo da lesão;

Utilizar acolchoamento adequado para evitar lesões por pressão;

Reavaliar circulação, motricidade e sensibilidade distal após a imobilização;

Documentar hora da imobilização e condições do membro antes e depois do procedimento.

4.3. Técnica de Imobilização por Região

a) Membro Superior

Punho e mão: tala gessada volar ou tala de alumínio acolchoada, com articulação em posição funcional.

Antebraço: tala gessada posterior ou tala de alumínio, com cotovelo em 90°.

Cotovelo e braço: tipo Velpeau ou tala longa braquial, cotovelo a 90° com apoio.

Ombro: tipo Sling ou tipo Velpeau.

b) Membro Inferior

Tornozelo e pé: tala gessada posterior tipo botinha, com tornozelo a 90°.

Perna (tíbia/fíbula): tala posterior longa da coxa ao calcanhar, mantendo o joelho levemente fletido.

Joelho: imobilizador comercial ou tala rígida anterior/posterior.

Fêmur: preferencialmente imobilização pélvica temporária (colete pélvico) até transporte para serviço com ortopedia.

4.4. Situações Especiais

Fratura exposta: realizar curativo estéril, NÃO tracionar ou movimentar o membro, imobilizar como está e encaminhar.

Fratura com sinais de síndrome compartimental (dor desproporcional, parestesia, rigidez, ausência de pulso): EVITAR imobilizações compressivas e acionar ortopedia urgente.

Luxações: imobilizar e encaminhar, evitar redução na UPA, salvo articulações periféricas (ex: dedo ou ombro com experiência e sem contraindicações).

4**.5. Orientações Pós-Imobilização**

Manter membro elevado (se possível);

Alertar para sinais de alerta: aumento de dor, formigamento, coloração roxa, dormência;

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Orientar sobre retorno em até 24h para ortopedia ou unidade de referência;

Garantir documento de referência e ficha de avaliação preenchida.

5. FLUXOGRAMA – IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS

A[Paciente com trauma em membro chega à UPA] --> B[Exame físico + avaliação neurovascular]

B --> C{Fratura, luxação ou entorse?}

C -- Sim --> D[Solicitar raio-X se necessário]

D --> E[Escolher tipo de imobilização adequada]

E --> F[Realizar acolchoamento e fixação]

F --> G[Reavaliar pulsos, sensibilidade e motricidade]

G --> H{Necessita ortopedia hospitalar?}

H -- Sim --> I[Encaminhar via regulação]

H -- Não --> J[Alta com prescrição e reavaliação ambulatorial]

6. BIBLIOGRAFIA / REFERÊNCIAS

Ministério da Saúde. Diretrizes de Atenção às Urgências – Brasília, 2022.

PORTARIA MS Nº 2.048/2002. Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.

Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia – SBOT. Manual de Urgências Ortopédicas, 2021.

ATLS – Advanced Trauma Life Support. American College of Surgeons, 10ª edição.

OPAS/OMS. Protocolos de Urgência no Trauma Músculo-Esquelético – 2020.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À VÍTIMA DE AGRESSÃO FÍSICA

Unidade de Pronto Atendimento 24h (UPA)

. **1. OBJETIVO**

Estabelecer diretrizes padronizadas para o atendimento humanizado, seguro e qualificado de pessoas vítimas de agressão física, garantindo abordagem multiprofissional, manejo clínico

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

adequado, notificação compulsória e, quando necessário, encaminhamentos para proteção social, psicológica e jurídica.

2. PÚBLICO-ALVO

Indivíduos de qualquer faixa etária e sexo atendidos na UPA 24h com:

Lesões corporais resultantes de agressão interpessoal (doméstica, urbana, institucional ou por desconhecido);

Situações de violência física autoprovocada ou por terceiros, incluindo violência doméstica e comunitária;

Indícios de maus-tratos, violência contra a mulher, o idoso, crianças, adolescentes ou pessoas com deficiência.

3. MATERIAIS NECESSÁRIOS

EPI (luvas, máscara, avental, óculos de proteção);

Soro fisiológico, antissépticos, curativos esterilizados;

Gaze, ataduras, esparadrapo, talas, colares cervicais;

Analgésicos, anti-inflamatórios, sedativos;

Material de sutura (fios, agulhas, pinças, lidocaína);

Acesso venoso e medicação injetável, se necessário;

Radiologia (RX), ultrassonografia ou TC (se disponível);

Ficha de Notificação Compulsória (SINAN);

Encaminhamentos formais (CREAS, Conselho Tutelar, MP, DEAM etc.).

4. PROCEDIMENTOS

4.1. Acolhimento e Classificação de Risco

Receber com postura acolhedora e sigilosa, sem julgamentos;

Priorizar pacientes com lesões em áreas vitais, sangramentos ativos, fraturas, alterações neurológicas, ou outras condições clínicas urgentes;

Garantir ambiente reservado para escuta protegida, principalmente em casos de violência doméstica, contra criança, idoso ou mulher.

4.2. Avaliação Clínica

Avaliar e registrar tipo, localização e características das lesões (equimoses, hematomas, fraturas, cortes, lesões em face, pescoço, tórax, abdome ou genitália);

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Investigar sinais de violência crônica ou reincidente, como cicatrizes, fraturas antigas, medo do agressor, silêncio prolongado, relato confuso;

Solicitar exames complementares (RX, exames laboratoriais, TC) conforme suspeita;

Aplicar escalas de dor, trauma e Glasgow (se necessário).

4**.3. Condutas Clínicas**

Realizar curativos, suturas, imobilizações, analgesia e suporte à vida conforme necessidade;

Garantir estabilização clínica e proteção da vítima;

Ofertar, se aplicável, vacina antitetânica e prescrição de antibióticos profiláticos;

Orientar quanto à necessidade de retorno, reavaliação e encaminhamentos especializados.

4.4. Notificação e Encaminhamentos Legais

Obrigatória a Notificação Compulsória (SINAN) nas seguintes situações:

Suspeita ou confirmação de violência física, doméstica ou institucional;

Vítimas menores de 18 anos, maiores de 60 anos, mulheres em situação de violência, pessoas com deficiência;

Situações com risco de morte, recorrência ou agressor convivente.

Encaminhamentos possíveis:

CREAS ou CRAS;

Conselho Tutelar (violência infantil);

Delegacia da Mulher (DEAM) ou Polícia Civil;

Ministério Público ou Defensoria Pública;

Serviço Social da própria UPA ou rede de apoio psicossocial.

É obrigatório garantir o sigilo, mesmo em casos notificados, respeitando a autonomia e segurança da vítima, especialmente em violências domésticas.

4.5. Documentação

Preencher prontuário com descrição detalhada das lesões, relatando a anamnese conforme relato da vítima (entre aspas);

Registrar a conduta clínica adotada, exames solicitados, parecer de especialidades e plano terapêutico;

Preencher e encaminhar a Ficha de Notificação Compulsória (violência interpessoal/autoprovocada) no sistema de vigilância epidemiológica (SINAN).

4.6. Encaminhamento e Alta

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Encaminhar ao hospital de referência, se necessário, por fraturas instáveis, risco à vida ou trauma cranioencefálico;

Garantir documento de referência/contrarreferência com descrição clínica e orientações terapêuticas;

Em casos graves ou de risco à integridade da vítima (ex: violência doméstica), acionar a rede de proteção e serviços especializados com comunicação formal.

5. FLUXOGRAMA – ATENDIMENTO À VÍTIMA DE AGRESSÃO FÍSICA

A[Paciente vítima de agressão chega à UPA] --> B[Classificação de risco e estabilização clínica]

B --> C{Lesão grave ou risco à vida?}

C -- Sim --> D[Atendimento emergencial + exames + regulação hospitalar]

C -- Não --> E[Avaliação clínica e tratamento ambulatorial]

E --> F[Registro das lesões e anamnese sigilosa]

F --> G{Vulnerável (mulher, criança, idoso)?}

G -- Sim --> H[Notificação compulsória + Serviço Social + rede de proteção]

G -- Não --> I[Alta com orientação e encaminhamentos ambulatoriais]

D --> H

H --> J[Registro final no prontuário + SINAN]

I --> J

6. BIBLIOGRAFIA / REFERÊNCIAS

Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais para Prevenção da Violência e Atenção às Pessoas em Situação de Violência. Brasília: MS, 2022.

PORTARIA MS Nº 2.048/2002. Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.

Lei 10.778/2003. Notificação compulsória de violência contra a mulher.

Lei 13.431/2017. Sistema de Garantia de Direitos de Crianças e Adolescentes vítimas ou testemunhas de violência.

Ficha de Notificação Compulsória - SINAN. Violência Interpessoal/Autoprovocada, MS, 2023.

OPAS/OMS. Violência: um problema de saúde pública. 2020.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

PROTOCOLO DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS INJETÁVEIS

Unidade de Pronto Atendimento 24h (UPA)

1. OBJETIVO

Padronizar a técnica, os cuidados e as responsabilidades envolvidas na administração segura de medicamentos injetáveis (IM, EV, SC e ID) em pacientes atendidos na UPA 24h, com foco na prevenção de eventos adversos e promoção da efetividade terapêutica.

2. PÚBLICO-ALVO

- Profissionais da equipe de enfermagem habilitados legalmente para administrar medicamentos;
- Pacientes atendidos na UPA 24h com prescrição médica de administração de medicamentos por via injetável.

3. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Prescrição médica legível e validada;
- Paramentação do profissional: luvas, máscara, avental, touca (conforme risco);
- Bandeja individual com:
    - Seringas (1 ml, 3 ml, 5 ml, 10 ml, 20 ml);
    - Agulhas de diferentes calibres (13x4, 25x7, 30x7 etc.);
    - Algodão, gaze, álcool 70%;
    - Ampolas, frascos-ampola ou medicamentos liofilizados;
    - Solventes (SF 0,9%, AD 5%);
    - Material de descarte: caixa de perfurocortantes, saco infectante;
    - Etiquetas (se necessário);
    - Registro de enfermagem.

4. PROCEDIMENTOS PADRÃO

4.1. Conferência Segura

- 5 certos da administração:

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Paciente certo
- Medicamento certo
- Dose certa
- Via certa
- Horário certo

- Conferência do rótulo, validade, integridade da ampola ou frasco;
- Higienização das mãos antes e após o procedimento.

4.2. Preparo do Medicamento

- Realizar aspiração da medicação com técnica asséptica, utilizando seringas e agulhas adequadas;
- Identificar e homogeneizar medicamentos liofilizados;
- Não reutilizar seringas ou agulhas;
- Acondicionar medicamento preparado na bandeja identificada (com nome e leito, se aplicável);
- Medicação de uso imediato: aplicar logo após preparo (exceto em condições de estabilidade com prescrição institucional).

4.3. Técnicas por Via de Administração

A) Via Intramuscular (IM)

- Local: deltoide, vasto lateral da coxa, ventroglútea, dorsoglútea (preferência por ventroglútea);
- Agulha: 30x7 mm ou 25x7 mm;
- Volume máximo por aplicação:
  - Deltoide: até 2 ml
  - Vasto lateral/ventroglútea: até 5 ml
- Técnica: Z-track (deslocamento da pele lateralmente), inserir perpendicular, aspirar (opcional), aplicar devagar, comprimir local após.

B) Via Intravenosa Direta (EV bolus)

- Acesso venoso pérvio com retorno sanguíneo positivo;
- Higienizar o equipo com álcool 70%;
- Administrar lentamente conforme o tipo de medicamento;
- Lavagem com SF antes e depois (flush de 10 ml);

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Observar reações adversas imediatas.

C) Via Subcutânea (SC)

- Local: face posterior do braço, abdômen, coxa;
- Agulha: 13x4 ou insulina (curta);
- Volume máximo: até 2 ml;
- Inserção em ângulo de 45º ou 90º, dependendo do panículo adiposo;
- Não massagear o local.

D) Via Intradérmica (ID)

- Local: face anterior do antebraço;
- Agulha: 13x4 ou 10x3;
- Volume máximo: 0,1 ml;
- Inserção em ângulo de 10 a 15º, formando uma pápula visível;
- Utilizada para testes e PPD.

4.4. Condutas Após a Administração

- Avaliar local de aplicação quanto a dor, hematoma, infiltração ou reação;
- Acompanhar paciente em observação se necessário (ex: uso de medicamentos com risco de reação alérgica);
- Registrar imediatamente no prontuário:
    - Nome do medicamento, dose, via, horário, profissional que administrou e resposta clínica.

5. FLUXOGRAMA – ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO INJETÁVEL

A[Recebimento da prescrição médica] --> B[Conferência dos 5 certos]

B --> C[Higienização das mãos e preparo do material]

C --> D[Preparo do medicamento na bandeja]

D --> E[Identificação do paciente e confirmação dos dados]

E --> F[Administração conforme via prescrita]

F --> G[Observação pós-administração e avaliação do local]

G --> H[Registro completo no prontuário e descarte do material]

6. CUIDADOS DE SEGURANÇA E EVENTOS ADVERSOS

- Observar sinais de anafilaxia, infiltração, necrose, flebite ou extravasamento;

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Manter carrinho de emergência disponível;
- Em caso de erro de medicação, seguir protocolo de notificação interna e comunicação ao Núcleo de Segurança do Paciente.

7. REFERÊNCIAS / BIBLIOGRAFIA

- Ministério da Saúde. Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos – Brasília: MS, 2013.
- RDC ANVISA nº 36/2013 – Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde.
- RDC ANVISA nº 220/2004 – Requisitos para o funcionamento de farmácias hospitalares.
- RDC ANVISA nº 471/2021 – Boas Práticas de Preparo de Medicamentos em Serviços de Saúde.
- COREN-SP. Guia de Práticas Seguras na Administração de Medicamentos Injetáveis, 2022.
- Manual de Normas Técnicas de Enfermagem – Cofen, 2021.

PROTOCOLO DE RCP – REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR (ADULTO, PEDIÁTRICO E NEONATAL)

Unidade de Pronto Atendimento 24h (UPA)

1. OBJETIVO

Padronizar as condutas para a realização da Reanimação Cardiopulmonar (RCP) em situações de parada cardiorrespiratória (PCR), nos ciclos da vida (adulto, pediátrico e neonatal), garantindo assistência segura, eficaz e baseada em evidências, para redução da mortalidade.

2. PÚBLICO-ALVO

Pacientes atendidos na UPA 24h com parada cardiorrespiratória ou em iminência de PCR, nas seguintes faixas etárias:

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- **Adultos**: ≥ 8 anos
- **Pediátricos**: de 29 dias a 7 anos
- **Neonatos**: recém-nascidos até 28 dias de vida

3. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Carrinho de emergência completo (com registro atualizado e checagem diária);
- Desfibrilador externo automático (DEA) e/ou desfibrilador manual;
- Monitor cardíaco, oxímetro, capnógrafo (se disponível);
- Ambu (bolsa-valva-máscara) com reservatório e conexão a O_2;
- Máscaras de ventilação (RN, pediátrica e adulta);
- Tubos orotraqueais e laringoscópio com lâminas apropriadas;
- Cânulas orofaríngeas/nasofaríngeas;
- Seringas, agulhas, cateteres e acesso venoso periférico;
- Medicamentos para RCP (adrenalina, amiodarona, bicarbonato, atropina, etc.);
- Material para acesso intraósseo (em pediatria/neonatologia);
- Relógio ou cronômetro para ciclos de RCP.

4. CONDUTAS GERAIS

4.1. Reconhecimento da PCR

| Sinais principais | Ausência de responsividade, respiração anormal ou ausente, ausência de pulso central (carotídeo ou femoral) |

- Avaliar em no máximo 10 segundos
- Chamar ajuda imediatamente
- Iniciar RCP de alta qualidade sem atraso

4.2. Sequência CAB: Circulação → Via Aérea → Respiração

5. RCP – ADULTO (≥ 8 anos)

Compressões Torácicas

- Frequência: 100 a 120 compressões/minuto
- Profundidade: 5 a 6 cm
- Recuo torácico completo
- Alternar socorrista a cada 2 minutos

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Ventilações

- Relação compressão:ventilação → 30:2 (sem via aérea avançada)
- Após intubação: 10 ventilações/min, sem pausas nas compressões

Desfibrilação

- Ritmo chocável (FV/TV sem pulso): aplicar choque 200J bifásico
- Retomar RCP por 2 minutos após o choque

Medicamentos

- **Adrenalina 1mg IV/IO a cada 3–5 min**
- **Amiodarona 300 mg** IV (1ª dose) + 150 mg (2ª dose)
- Considerar bicarbonato, magnésio e outros conforme necessidade

6. RCP – PEDIÁTRICA (29 dias a 7 anos)

Compressões

- Técnica com 1 socorrista: 30:2
- Técnica com 2 socorristas: 15:2
- Frequência: 100 a 120/min
- Profundidade: 1/3 do diâmetro anteroposterior do tórax (~5 cm)

Ventilação

- Bolsa-válvula-máscara ou via aérea avançada
- Ventilar com 100% O_2
- Intubado: 1 ventilação a cada 6 segundos (10/min)

Medicamentos

- Adrenalina: 0,01 mg/kg IV/IO (0,1 ml/kg da solução 1:10.000)
- Amiodarona: 5 mg/kg IV (máx. 300 mg por dose)
- Desfibrilação: 1º choque = 2 J/kg / 2º = 4 J/kg / máx. 10 J/kg

7. RCP – NEONATAL (0–28 dias)

Indicações

- FC < 60 bpm após 30 seg. de ventilação com O_2 e suporte térmico
- Iniciar RCP com técnica de 2 polegares no esterno inferior

Compressões

- Frequência: 90 compressões/min
- Relação: 3 compressões : 1 ventilação (total 120 eventos/min)

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Profundidade: 1/3 do diâmetro torácico (~4 cm)

Ventilações

- Ventilar com pressão positiva (PPV) com oxigênio (FiO_2 21–100%);
- Monitorar FC, SpO_2 pré-ductal, movimento torácico

Medicamentos

- **Adrenalina 0,01 a 0,03 mg/kg IV/IO (1:10.000)**
- Considerar: volume expansor (SF 10 ml/kg), Naloxona (RN de mãe em uso de opioides)

8. CUIDADOS PÓS-RESSUSCITAÇÃO

- Manter $SpO_2 \geq 94\%$, normotermia, normocapnia ($ETCO_2$ 35–45 mmHg);
- Avaliar necessidade de suporte ventilatório e hemodinâmico contínuo;
- Solicitar exames (glicemia, eletrólitos, gasometria, ECG, enzimas);
- Encaminhar para unidade de internação conforme necessidade.

9. FLUXOGRAMA GERAL – RCP ADULTO/PEDIÁTRICO/NEONATAL

A[Reconhecimento da parada cardiorrespiratória] --> B[Início imediato da RCP]

B --> C{Idade do paciente?}

C -- Adulto --> D[30:2 compressões/ventilações]

C -- Pediátrico --> E[30:2 ou 15:2 / Adrenalina 0,01 mg/kg]

C -- Neonatal --> F[3:1 compressões:ventilações / O_2 / Adrenalina]

D --> G{Ritmo chocável?}

E --> G

G -- Sim --> H[Desfibrilação + RCP + drogas]

G -- Não --> I[RCP contínua + Adrenalina]

H --> J[ROSC?]

I --> J

J -- Sim --> K[Cuidados pós-ressuscitação + encaminhamento]

J -- Não --> B

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Heart Association (AHA). Guidelines for CPR and ECC – 2020

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências – Brasília, 2022
- PORTARIA MS nº 2.048/2002. Regulamento Técnico da Atenção às Urgências
- Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). Diretrizes de RCP e SAV – 2022
- ILCOR – International Liaison Committee on Resuscitation. Consensus on Science – 2020
- SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria. RCP em Pediatria e Neonatologia – 2021

Protocolo de Suporte Básico e Avançado de Vida (SBV e SAV) – UPA 24 Horas

1. Objetivo

Estabelecer as diretrizes e procedimentos para o atendimento imediato de pacientes em situação de parada cardiorrespiratória ou risco iminente, garantindo a prestação eficaz do Suporte Básico de Vida (SBV) e Suporte Avançado de Vida (SAV) na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas, conforme normas do Ministério da Saúde e protocolos internacionais.

2. Público-Alvo

- Pacientes de todas as faixas etárias (adultos, pediátricos e neonatais) atendidos na UPA que apresentem parada cardiorrespiratória, risco de parada ou situações que demandem suporte básico ou avançado de vida.
- Equipe multiprofissional da UPA (médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, equipe de atendimento pré-hospitalar, e demais profissionais capacitados em SBV e SAV).

3. Materiais Necessários

- Material para SBV:
    - Máscaras de ventilação manual (ambu) com válvula unidirecional (adulto, pediátrico e neonatal)

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Equipamento para compressão torácica (nada específico, mas ambiente adequado)
- Luvas de procedimento descartáveis
- Máscaras de proteção individual para profissionais
- Monitor cardíaco e desfibrilador externo automático (DEA) ou manual
- Oxímetro de pulso

- Material para SAV:
  - Desfibrilador externo automático e manual com função de monitorização
  - Equipamentos de via aérea avançada (laringoscópio, tubos endotraqueais, máscaras laríngeas)
  - Medicamentos para suporte avançado (adrenalina, amiodarona, atropina, bicarbonato, entre outros)
  - Equipamento de acesso venoso central e periférico
  - Equipamento para ventilação mecânica manual e monitorização contínua (capnografia, pressão arterial, ECG)
  - Kit de intubação e material para aspiração de vias aéreas

4. Procedimentos

4.1. Avaliação Inicial (ABCD)

- A – Via aérea: Verificar se a via aérea está pérvia, desobstruir se necessário.
- B – Respiração: Avaliar presença e qualidade da respiração; observar movimentos torácicos e auscultar.
- C – Circulação: Verificar pulso central (carótida em adultos e crianças, braquial em lactentes) por até 10 segundos.
- D – Déficit neurológico: Avaliar nível de consciência com escala AVPU (Alerta, responde a estímulos Verbais, responde a estímulos Dolorosos, Inconsciente).

4.2. Suporte Básico de Vida (SBV)

1. Confirmação de Parada Cardiorrespiratória:
   - Ausência de resposta, ausência de respiração efetiva e pulso ausente ou não palpável em até 10 segundos.
2. Acionar o sistema de emergência da UPA e solicitar ajuda imediatamente**.**
3. **Iniciar compressões torácicas:**

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Adultos: profundidade de 5 a 6 cm, frequência de 100 a 120 compressões por minuto, permitindo retorno completo do tórax.
- Crianças e lactentes: compressões com profundidade de aproximadamente 1/3 do diâmetro anteroposterior do tórax, frequência de 100 a 120 por minuto.

4. **Ventilação com bolsa-máscara:**
   - Proporção compressão:ventilação — 30:2 para um reanimador, 15:2 para dois reanimadores em crianças e lactentes.
5. **Uso do desfibrilador (DEA ou manual):**
   - Assim que disponível, avaliar ritmo cardíaco.
   - Desfibrilar se indicado (FV/TV sem pulso) com energia conforme protocolo.
6. **Continuar ciclo de compressões e ventilação até chegada da equipe de SAV ou retorno dos sinais vitais.**

4.3. Suporte Avançado de Vida (SAV)

1. Confirmação do diagnóstico e monitorização contínua:
   - ECG, oximetria, pressão arterial.
2. Estabelecimento de acesso venoso ou intraósseo rápido.
3. Medicação:
   - Adrenalina 1mg IV a cada 3-5 minutos em parada cardiorrespiratória.
   - Amiodarona 300mg após terceira desfibrilação, podendo repetir 150mg.
   - Atropina para bradicardia sintomática, conforme protocolo pediátrico/adulto.
4. **Controle da via aérea:**
   - Intubação orotraqueal com confirmação da posição por ausculta e capnografia.
5. Suporte ventilatório mecânico manual após intubação.
6. Reavaliação contínua do ritmo cardíaco e sinais vitais.
7. Identificação e tratamento das causas reversíveis (os 5H's e 5T's):
   - Hipovolemia, Hipóxia, Hidrogênio (acidose), Hipo/hipercalemia, Hipotermia.
   - Tensão no tórax (pneumotórax), Tamponamento cardíaco, Toxinas, Trombose coronariana, Trombose pulmonar.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

5. Registro

- Registrar prontamente todos os dados da reanimação: hora de início, procedimentos realizados, medicamentos administrados, respostas clínicas, desfibrilações, equipe envolvida.

6. Fluxograma do Atendimento SBV e SAV na UPA 24 horas

A[Paciente encontra-se em emergência] --> B[Avaliação inicial ABCD]

B --> C{Parada Cardiorrespiratória?}

C -- Não --> D[Atendimento conforme protocolo clínico]

C -- Sim --> E[Acionar equipe de emergência e iniciar SBV]

E --> F[Início de compressões torácicas e ventilação]

F --> G{Desfibrilador disponível?}

G -- Não --> F

G -- Sim --> H[Análise de ritmo e desfibrilação se indicada]

H --> I{Ritmo chocável?}

I -- Sim --> J[Aplicar choque, continuar SBV]

I -- Não --> K[Continuar compressões e ventilação]

J --> L{Retorno da circulação espontânea?}

K --> L

L -- Sim --> M[Suporte pós-parada e avaliação]

L -- Não --> N[Iniciar SAV com medicações e via aérea avançada]

N --> O[Reavaliar ritmo e sinais vitais continuamente]

O --> L

7. Bibliografia

- Ministério da Saúde. Protocolo de Reanimação Cardiopulmonar em Serviços de Urgência. Brasília: MS; 2013.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). Diretrizes Brasileiras de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência – 2020.
- American Heart Association (AHA). Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care (2020).
- Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução nº 1.942/2010 – Diretrizes para Suporte Avançado de Vida.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Manual de Procedimentos de Urgência e Emergência do Ministério da Saúde – 2019.

1. Objetivo

Estabelecer as diretrizes e procedimentos para o atendimento imediato de pacientes em situação de parada cardiorrespiratória ou risco iminente, garantindo a prestação eficaz do Suporte Básico de Vida (SBV) e Suporte Avançado de Vida (SAV) na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas, conforme normas do Ministério da Saúde e protocolos internacionais.

2. Público-Alvo

- Pacientes de todas as faixas etárias (adultos, pediátricos e neonatais) atendidos na UPA que apresentem parada cardiorrespiratória, risco de parada ou situações que demandem suporte básico ou avançado de vida.
- Equipe multiprofissional da UPA (médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, equipe de atendimento pré-hospitalar, e demais profissionais capacitados em SBV e SAV).

3. Materiais Necessários

- Material para SBV:
  - Máscaras de ventilação manual (ambu) com válvula unidirecional (adulto, pediátrico e neonatal)
  - Equipamento para compressão torácica (nada específico, mas ambiente adequado)
  - Luvas de procedimento descartáveis
  - Máscaras de proteção individual para profissionais
  - Monitor cardíaco e desfibrilador externo automático (DEA) ou manual
  - Oxímetro de pulso
- Material para SAV:
  - Desfibrilador externo automático e manual com função de monitorização
  - Equipamentos de via aérea avançada (laringoscópio, tubos endotraqueais, máscaras laríngeas)
  - Medicamentos para suporte avançado (adrenalina, amiodarona, atropina, bicarbonato, entre outros)
  - Equipamento de acesso venoso central e periférico

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Equipamento para ventilação mecânica manual e monitorização contínua (capnografia, pressão arterial, ECG)
- Kit de intubação e material para aspiração de vias aéreas

4. Procedimentos

4.1. Avaliação Inicial (ABCD)

- A – Via aérea: Verificar se a via aérea está pérvia, desobstruir se necessário.
- B – Respiração: Avaliar presença e qualidade da respiração; observar movimentos torácicos e auscultar.
- C – Circulação: Verificar pulso central (carótida em adultos e crianças, braquial em lactentes) por até 10 segundos.
- D – Déficit neurológico: Avaliar nível de consciência com escala AVPU (Alerta, responde a estímulos Verbais, responde a estímulos Dolorosos, Inconsciente).

4.2. Suporte Básico de Vida (SBV)

1. Confirmação de Parada Cardiorrespiratória:
   - Ausência de resposta, ausência de respiração efetiva e pulso ausente ou não palpável em até 10 segundos.
2. Acionar o sistema de emergência da UPA e solicitar ajuda imediatamente.
3. Iniciar compressões torácicas:
   - Adultos: profundidade de 5 a 6 cm, frequência de 100 a 120 compressões por minuto, permitindo retorno completo do tórax.
   - Crianças e lactentes: compressões com profundidade de aproximadamente 1/3 do diâmetro anteroposterior do tórax, frequência de 100 a 120 por minuto.
4. Ventilação com bolsa-máscara:
   - Proporção compressão:ventilação — 30:2 para um reanimador, 15:2 para dois reanimadores em crianças e lactentes.
5. Uso do desfibrilador (DEA ou manual):
   - Assim que disponível, avaliar ritmo cardíaco.
   - Desfibrilar se indicado (FV/TV sem pulso) com energia conforme protocolo.
6. Continuar ciclo de compressões e ventilação até chegada da equipe de SAV ou retorno dos sinais vitais.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

4.3. Suporte Avançado de Vida (SAV)

1. Confirmação do diagnóstico e monitorização contínua:
    - ECG, oximetria, pressão arterial.
2. Estabelecimento de acesso venoso ou intraósseo rápido.
3. Medicação:
    - Adrenalina 1mg IV a cada 3-5 minutos em parada cardiorrespiratória.
    - Amiodarona 300mg após terceira desfibrilação, podendo repetir 150mg.
    - Atropina para bradicardia sintomática, conforme protocolo pediátrico/adulto.
4. Controle da via aérea:
    - Intubação orotraqueal com confirmação da posição por ausculta e capnografia.
5. Suporte ventilatório mecânico manual após intubação.
6. Reavaliação contínua do ritmo cardíaco e sinais vitais.
7. Identificação e tratamento das causas reversíveis (os 5H's e 5T's):
    - Hipovolemia, Hipóxia, Hidrogênio (acidose), Hipo/hipercalemia, Hipotermia.
    - Tensão no tórax (pneumotórax), Tamponamento cardíaco, Toxinas, Trombose coronariana, Trombose pulmonar.

5. Registro

- Registrar prontamente todos os dados da reanimação: hora de início, procedimentos realizados, medicamentos administrados, respostas clínicas, desfibrilações, equipe envolvida.

6. Fluxograma do Atendimento SBV e SAV na UPA 24 horas

A[Paciente encontra-se em emergência] --> B[Avaliação inicial ABCD]

B --> C{Parada Cardiorrespiratória?}

C -- Não --> D[Atendimento conforme protocolo clínico]

C -- Sim --> E[Acionar equipe de emergência e iniciar SBV]

E --> F[Início de compressões torácicas e ventilação]

F --> G{Desfibrilador disponível?}

G -- Não --> F

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

G -- Sim --> H[Análise de ritmo e desfibrilação se indicada]

H --> I{Ritmo chocável?}

I -- Sim --> J[Aplicar choque, continuar SBV]

I -- Não --> K[Continuar compressões e ventilação]

J --> L{Retorno da circulação espontânea?}

K --> L

L -- Sim --> M[Suporte pós-parada e avaliação]

L -- Não --> N[Iniciar SAV com medicações e via aérea avançada]

N --> O[Reavaliar ritmo e sinais vitais continuamente]

O --> L

7. Bibliografia

- Ministério da Saúde. Protocolo de Reanimação Cardiopulmonar em Serviços de Urgência. Brasília: MS; 2013.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). Diretrizes Brasileiras de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência – 2020.
- American Heart Association (AHA). Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care (2020).
- Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução nº 1.942/2010 – Diretrizes para Suporte Avançado de Vida.
- Manual de Procedimentos de Urgência e Emergência do Ministério da Saúde – 2019.

Protocolo de Intubação Orotraqueal de Urgência – UPA 24 Horas

. **1. Objetivo**

Estabelecer diretrizes claras para a realização segura e eficaz da intubação orotraqueal de urgência em pacientes com insuficiência respiratória aguda, risco iminente de obstrução das vias aéreas ou parada respiratória, visando assegurar a permeabilidade das vias aéreas e suporte ventilatório adequado, minimizando riscos e complicações.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

2. Público-Alvo

- Pacientes atendidos na UPA que apresentem necessidade de controle definitivo da via aérea devido a:
    - Insuficiência respiratória grave
    - Parada respiratória
    - Risco de obstrução da via aérea (trauma, edema, intoxicação)
    - Necessidade de proteção das vias aéreas (coma, depressão do nível de consciência)
- Profissionais capacitados para realizar intubação orotraqueal de urgência: médicos plantonistas, intensivistas, anestesistas, equipe de emergência treinada.

3. Materiais Necessários

- Laringoscópio com lâminas adequadas (tamanhos adulto, pediátrico e neonatal)
- Tubo endotraqueal (ETT) com balonete, em vários tamanhos conforme idade/peso do paciente
- Cuff manômetro para aferição da pressão do balonete
- Seringa de 10 ml para inflar o balonete do tubo
- Estilete para facilitar a introdução do tubo
- Fonte de oxigênio e sistema para pré-oxigenação (máscara facial, bolsa-válvula-máscara)
- Aspirador de secreção com cânula rígida
- Fita ou dispositivo para fixação do tubo
- Monitor cardíaco e oxímetro de pulso
- Medicamentos para sedação e bloqueio neuromuscular conforme protocolo local (ex.: midazolam, etomidato, succinilcolina, rocurônio)
- Equipamento de ressuscitação e desfibrilação à mão
- Máscaras de proteção individual para a equipe

4. Procedimentos

4.1 Preparação do Paciente e da Equipe

- Confirmar indicação da intubação orotraqueal de urgência.
- Explicar o procedimento para a equipe e, se possível, para o paciente/família.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Posicionar o paciente na posição “sniffing” (pescoço em leve extensão e cabeça em ligeira flexão), se não houver contraindicação (trauma cervical).
- Monitorizar sinais vitais (ECG, oximetria, pressão arterial).
- Iniciar pré-oxigenação com 100% de oxigênio por 3 a 5 minutos via máscara facial ou bolsa-válvula-máscara.
- Preparar todo o material e medicamentos antes do procedimento.

4.2 Medicação (se aplicável)

- Sedação: administrar agente sedativo rápido e seguro conforme protocolo (ex: midazolam, etomidato).
- Bloqueio neuromuscular: administrar relaxante muscular de ação rápida (ex: succinilcolina ou rocurônio).

4.3 Execução da Intubação

1. Segurar o laringoscópio com a mão esquerda e abrir a boca do paciente com a mão direita.
2. Introduzir a lâmina do laringoscópio do lado direito da boca, empurrando suavemente a língua para a esquerda.
3. Visualizar a epiglote e a glote.
4. Passar cuidadosamente o tubo endotraqueal entre as pregas vocais, até posicionar o balonete logo abaixo das cordas vocais.
5. Remover o estilete com cuidado.
6. Inflar o balonete do tubo com a seringa, monitorando a pressão com o cuff manômetro para evitar lesões.
7. Conectar o tubo ao circuito de ventilação e iniciar ventilação mecânica manual.

4.4 Confirmação da Intubação

- Auscultar bilateralmente os campos pulmonares e o epigástrio para confirmar ventilação pulmonar correta e exclusão de intubação esofágica.
- Confirmar oxigenação adequada por oximetria de pulso.
- Utilizar capnografia contínua para confirmar posicionamento correto (presença de onda de CO2).
- Observar melhora da saturação e sinais vitais.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

4.5 Fixação e Manutenção

- Fixar o tubo com fita ou dispositivo específico para evitar deslocamentos.
- Registrar hora da intubação, tamanho do tubo, medicações utilizadas e condições clínicas.
- Manter monitorização contínua.
- Avaliar periodicamente necessidade de troca do tubo e cuidados com a via aérea.

4.6 Condutas Pós-Intubação

- Avaliar necessidade de sedação contínua.
- Monitorar sinais vitais e ventilação.
- Observar sinais de complicações (trauma, obstrução, deslocamento).
- Preparar para transferência ou internação conforme quadro clínico.

5. Contraindicações Relativas

- Trauma cervical sem estabilização adequada
- Obstrução completa da via aérea por corpo estranho não passível de remoção imediata

6. Registro

- Registrar todos os detalhes do procedimento, incluindo:
  - Indicação da intubação
  - Materiais e medicamentos utilizados
  - Tempo de procedimento
  - Confirmação da posição do tubo
  - Complicações

7. Fluxograma do Procedimento de Intubação Orotraqueal de Urgência

A[Paciente com indicação de intubação de urgência] --> B[Preparar paciente e equipe]

B --> C[Pré-oxigenação por 3-5 minutos]

C --> D{Administrar sedação e bloqueio neuromuscular?}

D -- Sim --> E[Administrar medicações]

D -- Não --> E

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

E --> F[Executar intubação orotraqueal]

F --> G[Confirmar posicionamento (ausculta + capnografia)]

G --> H{Posição correta?}

H -- Sim --> I[Fixar tubo e iniciar ventilação]

H -- Não --> J[Retirar tubo e repetir procedimento]

I --> K[Monitorar paciente e registrar procedimento]

8. Bibliografia

- Ministério da Saúde. Manual de Procedimentos em Emergência e Urgência. Brasília: MS; 2019.
- Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA). Diretrizes para manejo das vias aéreas.
- American Society of Anesthesiologists (ASA). Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway. 2022.
- Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução nº 2.134/2015.
- American Heart Association (AHA). Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. 2020.

PROTOCOLO DE CONTENÇÃO FÍSICA E FARMACOLÓGICA

1. Objetivo

Estabelecer normas e rotinas padronizadas para a realização segura, asséptica e eficaz dos procedimentos de inserção, manutenção e retirada de acessos venosos periféricos e centrais na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24h, visando garantir a administração de fluidos, medicamentos, hemoderivados e nutrição parenteral, além de coleta de exames, reduzindo riscos de infecções, complicações e falhas técnicas.

2. Público-Alvo

- Pacientes atendidos em situação de urgência e emergência na UPA 24h que necessitem de acesso venoso para:
    - Administração de medicamentos

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Hidratação venosa
- Coleta de exames
- Administração de drogas vasoativas
- Monitorização hemodinâmica

- Profissionais habilitados: enfermeiros (acesso periférico), médicos (acesso central), técnicos sob supervisão, equipe multidisciplinar treinada.

3. Materiais Necessários

3.1. Para Acesso Venoso Periférico

- Luvas de procedimento e estéreis
- Garrote ou esfigmomanômetro
- Antisséptico: clorexidina alcoólica 0,5% ou PVPI alcoólico
- Cateteres periféricos (18G, 20G, 22G, 24G)
- Equipo de infusão
- Seringa com soro fisiológico para flush
- Gaze estéril, fita adesiva, curativo estéril transparente
- Dispositivo de segurança (agulha com proteção)

3.2. Para Acesso Venoso Central (AVC)

- Campo cirúrgico estéril
- Luvas estéreis, máscara, gorro, avental estéril
- Antisséptico (clorexidina alcoólica 2%)
- Kit para punção venosa central (agulhas, fios-guia, dilatadores)
- Cateter venoso central (mono, bi ou trilumen)
- Seringas e agulhas para anestesia local (lidocaína 1%)
- Sutura (nylon 3.0 ou 4.0)
- Curativo estéril
- Material de reanimação à beira-leito
- Ultrassonografia (se disponível, para punções guiadas)

4. Procedimentos

4.1. Acesso Venoso Periférico (AVP)

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Indicações:

- Medicações EV rápidas, hidratação, antibióticos, coleta de exames.

Etapas:

1. Higienização das mãos com água e sabão ou preparação alcoólica.
2. Reunir materiais e explicar o procedimento ao paciente.
3. Colocar luvas de procedimento.
4. Escolher o local da punção: dorso da mão, antebraço, fossa antecubital.
5. Aplicar o garrote a 7-10 cm acima do local escolhido.
6. Realizar antissepsia com clorexidina alcoólica (friccionar por 30 segundos).
7. Introduzir o cateter venoso com técnica asséptica.
8. Após refluxo de sangue, avançar o cateter, retirar a agulha.
9. Conectar ao equipo ou tampão com válvula, lavar com soro fisiológico.
10. Fixar com curativo estéril e documentar o procedimento.

4.2. Acesso Venoso Central (AVC)

Indicações:

- Necessidade de acesso prolongado
- Drogas vasoativas
- Nutrição parenteral
- Falha de acessos periféricos

Locais de Inserção:

- Veia jugular interna
- Veia subclávia
- Veia femoral

Etapas:

1. Avaliar necessidade e riscos.
2. Explicar o procedimento ao paciente (ou acompanhante).
3. Higiene das mãos e paramentação com técnica cirúrgica.
4. Preparo do campo estéril e antissepsia ampla (clorexidina alcoólica 2%).
5. Infiltração local com anestésico.
6. Punção da veia com agulha adequada.
7. Avanço do fio-guia (técnica de Seldinger).
8. Dilatação do trajeto e introdução do cateter.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

9. Fixação com sutura estéril.
10. Curativo estéril oclusivo.
11. Confirmar posição por raio-x de tórax, exceto em acessos femorais.
12. Registrar data, hora, tipo e número de lumens, local de inserção.

5. Cuidados Pós-Procedimento

- Monitorar sinais vitais e integridade do acesso.
- Trocar curativo a cada 7 dias (se transparente) ou conforme necessidade.
- Avaliar diariamente a necessidade de manutenção do acesso.
- Realizar flushing com SF 0,9% entre medicamentos.
- Manter sistema fechado e livre de obstruções.
- Retirar o acesso assim que não for mais necessário.

6. Complicações Possíveis

Periférico:

- Infiltração
- Flebite
- Oclusão
- Infecção local

Central:

- Pneumotórax (subclávia)
- Hemotórax
- Infecção de corrente sanguínea
- Arritmias (durante inserção)
- Trombose venosa profunda

7. Fluxograma Resumido do Acesso Venoso (AVP/AVC)

A[Paciente com indicação de acesso venoso] --> B{Acesso periférico viável?}

B -- Sim --> C[Realizar AVP com técnica asséptica]

C --> D[Fixar, irrigar, rotular e monitorar]

B -- Não --> E[Indicar Acesso Venoso Central]

E --> F[Paramentar e montar campo estéril]

F --> G[Punção + Técnica de Seldinger]

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

G --> H[Fixar, curativo estéril e RX de controle]

H --> I[Documentar e monitorar complicações]

8. Bibliografia

- Ministério da Saúde. *Manual de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos*. 2020.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). *RDC nº 50/2002; RDC nº 7/2010; RDC nº 11/2012; RDC nº 11/2021*.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections*. 2017.
- Infusion Nurses Society (INS). *Infusion Therapy Standards of Practice*. 2021.
- Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB). *Diretrizes para Terapia Infusional e Cateteres Venosos Centrais*. 2019.

Protocolo de Controle de Hemoderivados – UPA 24 Horas

1. Objetivo

Estabelecer critérios e rotinas para o controle seguro, racional e eficaz da solicitação, recebimento, armazenamento, preparo, transporte, administração e registro de hemoderivados na Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h), visando garantir a segurança transfusional e a rastreabilidade dos componentes sanguíneos.

2. Público-Alvo

- Profissionais da UPA 24h responsáveis pelo manuseio de hemoderivados (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e responsáveis pela farmácia/almoxarifado).
- Pacientes atendidos na UPA que necessitam de transfusão de hemoderivados em caráter de urgência/emergência.

3. Hemoderivados Incluídos

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Concentrado de Hemácias (CH)
- Plasma Fresco Congelado (PFC)
- Concentrado de Plaquetas (CP)
- Crioprecipitado
- Albumina humana
- Imunoglobulinas
- Fatores de coagulação

4. Materiais Necessários

- Kit para administração venosa (sistema com filtro específico)
- Etiquetas para rastreabilidade
- Formulário de solicitação transfusional
- Termo de consentimento informado
- Termômetro calibrado e planilhas de controle de temperatura
- Equipos exclusivos para hemoderivados
- Formulário de registro de eventos adversos transfusionais

5. Procedimentos

5.1. Solicitação de Hemoderivados

1. Indicação médica documentada e fundamentada.
2. Preenchimento completo do formulário de solicitação transfusional (com dados do paciente, tipo sanguíneo, histórico transfusional e motivo da transfusão).
3. Coleta de amostra de sangue para testes pré-transfusionais, se necessário (tipagem, prova cruzada).
4. Encaminhamento da solicitação ao hemocentro ou banco de sangue de referência com garantia da cadeia de custódia.

5.2. Recebimento e Transporte

1. Hemoderivados devem ser recebidos diretamente do hemocentro em caixas isotérmicas apropriadas, com registro de temperatura.
2. Conferir:
    - Identificação do produto

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Nome do paciente
- Volume
- Lote
- Validade
- Integridade da bolsa

3. Registrar em livro ou sistema próprio (data, hora, responsável, condição da embalagem).

5.3. Armazenamento

- **Concentrado de hemácias**: entre 2°C e 6°C, até 35-42 dias conforme aditivo.
- **Plasma fresco congelado**: até −18°C (prazo de 1 ano).
- **Plaquetas**: entre 20°C e 24°C com agitação contínua (prazo até 5 dias).
- Hemoderivados **não devem ser recongelados** ou armazenados em refrigeradores comuns.
- Realizar controle de temperatura 3x ao dia (com registro documentado).

5.4. Administração de Hemoderivados

1. Confirmar a prescrição médica, tipo de produto e compatibilidade.
2. Verificar a identidade do paciente (nome completo, data de nascimento, número do prontuário, pulseira de identificação).
3. Obter consentimento informado, sempre que possível.
4. Realizar higiene das mãos e paramentação.
5. Utilizar equipe de infusão exclusiva com filtro próprio.
6. Iniciar a transfusão preferencialmente em até 30 minutos após retirada da bolsa da refrigeração.
7. Monitorar sinais vitais:
   - Antes da transfusão
   - A cada 15 minutos durante a primeira hora
   - Ao término
   - 1 hora após
8. Tempo total de infusão: até 4 horas, dependendo do tipo de hemoderivado.
9. Registrar: início, término, volume infundido, reações e intercorrências.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

5.5. Eventos Adversos Transfusionais

1. Em caso de febre, calafrios, urticária, dispneia ou dor lombar:
    - Interromper a transfusão imediatamente
    - Manter via venosa com SF 0,9%
    - Comunicar ao médico responsável
    - Registrar e preencher ficha de notificação
    - Encaminhar bolsa e equipo para análise pelo hemocentro
2. Todas as reações devem ser comunicadas ao Vigisan e Hemorrede Estadual.

5.6. Devolução de Hemoderivados

- Hemoderivados que não forem utilizados devem ser devolvidos ao hemocentro em até 30 minutos, desde que intactos e na temperatura adequada.

6. Controle e Rastreabilidade

- Manter planilha de controle de hemoderivados com:
    - Número do lote
    - Data de validade
    - Paciente receptor
    - Tipo de componente
    - Nome do profissional responsável
- Registros obrigatórios por 20 anos, conforme legislação.

7. Responsabilidades

Profissional	Responsabilidade
Médico	Indicação, prescrição, acompanhamento e avaliação de reações.
Enfermeiro	Supervisão da administração, checagem, preparo da equipe, controle e notificação.
Técnico de enfermagem	Transporte seguro da bolsa, instalação sob supervisão, monitoramento de sinais vitais.
Farmácia/Almoxarifado	Registro, armazenamento, transporte interno e rastreabilidade.

8. Fluxograma de Controle de Hemoderivados na UPA

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

A[Indicação médica de transfusão] --> B[Preenchimento de formulário e coleta para tipagem]

B --> C[Envio da solicitação ao hemocentro]

C --> D[Recebimento e conferência da bolsa]

D --> E{Bolsa íntegra e compatível?}

E -- Sim --> F[Armazenamento adequado ou administração]

E -- Não --> G[Devolver ao hemocentro]

F --> H[Administração com monitoramento]

H --> I{Reação adversa?}

I -- Não --> J[Registrar e descartar conforme norma]

I -- Sim --> K[Interromper, notificar e enviar material para análise]

9. Bibliografia

- Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 158, de 4 de fevereiro de 2016 – Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos.
- ANVISA. RDC nº 34/2014 – Boas Práticas no Ciclo do Sangue.
- ANVISA. Manual de Hemovigilância – 2020.
- Ministério da Saúde. Manual Técnico de Transfusão de Hemocomponentes – 2022.
- Ministério da Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Transfusionais – 2019.

PROTOCOLO DE USO DE OXIGENOTERAPIA E VENTILAÇÃO COM AMBU – UPA 24 HORAS

1. Objetivo

Estabelecer orientações técnicas padronizadas para o uso seguro e eficaz da oxigenoterapia e da ventilação manual com bolsa-valva-máscara (Ambu®) em pacientes com insuficiência respiratória ou apneia, visando garantir suporte ventilatório adequado e prevenir hipoxemia nas situações de urgência e emergência.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

2. Público-Alvo

- Pacientes atendidos na UPA 24h com:
  - Insuficiência respiratória aguda ou crônica descompensada
  - Apneia
  - Hipoxemia grave ($SatO_2$ < 90% com ar ambiente)
  - Pós-parada cardiorrespiratória
  - Pré-oxigenação para procedimentos (ex: intubação)
- Profissionais da UPA 24h: médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem capacitados para a aplicação de oxigenoterapia e ventilação manual.

3. Materiais Necessários

3.1. Oxigenoterapia

- Fonte de oxigênio com fluxômetro e umidificador (se aplicável)
- Dispositivos para oxigenoterapia:
  - Cateter nasal (óculos nasal)
  - Máscara simples
  - Máscara com reservatório (não reinalação)
  - Máscara de Venturi
- Umidificador estéril (uso prolongado)
- Circuitos, conexões e extensores
- Dispositivos de proteção individual (luvas, máscara, avental)

3.2. Ventilação com Ambu (Bolsa-Válvula-Máscara)

- Ambu com reservatório e válvula unidirecional
- Máscaras faciais de tamanhos adequados (neonatal, pediátrico, adulto)
- Fonte de oxigênio com conexão ao Ambu
- Oximetria de pulso e monitor cardíaco
- Cânulas orofaríngeas (Guedel) e nasofaríngeas (se necessário)
- Aspirador de secreções com sonda

4. Procedimentos

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

4.1. Oxigenoterapia

Indicações por dispositivo:

Dispositivo	Indicação	FiO_2 estimada	Fluxo
Cateter nasal	Hipoxemia leve	24–40%	1–5 L/min
Máscara simples	Hipoxemia moderada	40–60%	6–10 L/min
Máscara com reservatório	Hipoxemia grave	90–100%	10–15 L/min
Venturi	Indicações controladas (DPOC)	24–60%	Conforme dispositivo

Passo a passo:

1. Higienizar as mãos.
2. Avaliar saturação (SpO_2) e quadro respiratório.
3. Selecionar o dispositivo apropriado conforme necessidade clínica.
4. Explicar o procedimento ao paciente, quando possível.
5. Conectar o dispositivo à fonte de oxigênio e ajustar o fluxo conforme orientação.
6. Posicionar corretamente no paciente e monitorar a oxigenação.
7. Registrar data/hora de início, tipo de dispositivo, fluxo e resposta clínica.
8. Reavaliar periodicamente a necessidade de continuidade, troca ou ajuste da oxigenoterapia.

4.2. Ventilação com Ambu (Bolsa-Válvula-Máscara)

Indicações:

- Apneia
- Bradipneia grave com hipoxemia
- Parada cardiorrespiratória
- Pré-oxigenação antes de intubação
- Insuficiência respiratória antes de suporte avançado

Passo a passo:

1. Higienizar as mãos e utilizar EPI.
2. Posicionar o paciente em decúbito dorsal com a cabeça em posição “sniffing” (exceto em trauma cervical).

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

3. Selecionar máscara adequada ao tamanho do rosto do paciente.
4. Instalar o Ambu com reservatório à fonte de oxigênio (fluxo 10–15 L/min).
5. Verificar funcionamento da válvula unidirecional e integridade da bolsa.
6. Utilizar cânula orofaríngea se necessário para evitar obstrução da via aérea.
7. Aplicar a máscara sobre o rosto com vedação adequada ("técnica C-E" com a mão).
8. Comprimir a bolsa com frequência de:
    - **Adulto**: 10 a 12 ventilações por minuto
    - **Criança**: 12 a 20 ventilações por minuto
    - **Neonato**: 40 a 60 ventilações por minuto
9. Observar elevação torácica, auscultar campos pulmonares e verificar saturação.
10. Se ventilação ineficaz, ajustar a vedação, posicionamento da cabeça ou trocar máscara.
11. Manter vigilância contínua até estabilização ou intubação.

5. Cuidados e Precauções

- Monitorar constantemente sinais vitais e SpO_2.
- Evitar ventilação excessiva (hiperventilação) que pode causar barotrauma.
- Realizar aspiração de vias aéreas se necessário.
- Avaliar necessidade de via aérea avançada em caso de falha na ventilação manual.
- Trocar dispositivos conforme protocolo de reprocessamento ou descarte.

6. Fluxograma Resumido do Uso de Oxigenoterapia e Ambu

A[Paciente com desconforto respiratório ou apneia] --> B[Avaliar FR, SpO_2, nível de consciência]

B --> C{Hipoxemia leve a moderada?}

C -- Sim --> D[Iniciar oxigenoterapia com dispositivo adequado]

C -- Não --> E{Apneia ou esforço respiratório ausente?}

E -- Sim --> F[Iniciar ventilação com Ambu]

E -- Não --> G[Avaliar necessidade de suporte ventilatório avançado]

D --> H[Monitorar e ajustar conforme resposta]

F --> H

G --> I[Preparar para intubação ou transferência]

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

7. Registro em Prontuário

- Tipo de dispositivo utilizado
- Fluxo de oxigênio ou parâmetros ventilatórios manuais
- Saturação pré e pós-início
- Tempo de uso
- Reações ou intercorrências
- Responsável pela execução

8. Bibliografia

- Ministério da Saúde. *Diretrizes para o Atendimento de Urgência e Emergência – 2018*.
- ANVISA. *Segurança na Administração de Oxigênio Medicinal – 2021*.
- American Heart Association (AHA). *Guidelines for CPR and ECC – 2020*.
- Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT). *Recomendações para Suporte Ventilatório Não Invasivo – 2020*.
- OMS. *Clinical management of severe acute respiratory infection – 2023*.

PROTOCOLO DE MONITORIZAÇÃO DE SINAIS VITAIS CRÍTICOS – UPA 24 HORAS

1. Objetivo

Garantir a monitorização sistemática, segura e contínua dos sinais vitais críticos (frequência cardíaca, respiratória, pressão arterial, temperatura, oximetria e nível de consciência) de pacientes em situação de urgência e emergência, com o intuito de detectar precocemente deteriorações clínicas e intervir oportunamente.

2. Público-Alvo

- Pacientes críticos ou com instabilidade clínica aguda atendidos na UPA.
- Profissionais da equipe de enfermagem e equipe médica atuando nas salas de emergência, observação, classificação de risco e reanimação.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

3. Materiais Necessários

- Monitor multiparamétrico (ECG, FR, PA, SpO_2, temperatura)
- Oxímetro de pulso portátil
- Termômetro clínico digital
- Esfigmomanômetro e estetoscópio
- Escala de Glasgow ou AVPU
- Planilhas ou sistemas eletrônicos para registro

4. Parâmetros a Serem Monitorados

Sinal Vital	Valores de Alerta
FC	<50 bpm ou >120 bpm
FR	<10 rpm ou >30 rpm
PA Sistólica	<90 mmHg ou >180 mmHg
SpO_2	<90%
Temperatura	<35°C ou >38,5°C
Nível de Consciência	Rebaixado, Glasgow < 13

5. Procedimento

1. Higienizar as mãos e paramentar-se conforme o protocolo.
2. Verificar e registrar os seguintes sinais vitais:
    - Frequência cardíaca (FC): ausculta ou monitor.
    - Frequência respiratória (FR): contagem direta.
    - Pressão arterial (PA): braquial, com esfigmomanômetro.
    - Temperatura corporal: axilar com termômetro digital.
    - Saturação de oxigênio (SpO_2): com oxímetro.
    - Nível de consciência: escala de Glasgow ou AVPU.
3. Repetir a monitorização conforme gravidade:
    - Estável: a cada 4-6h
    - Potencialmente instável: a cada 1h
    - Instável/Crítico: monitoramento contínuo
4. Registrar imediatamente alterações críticas e comunicar ao médico.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

5. Manter registro em tempo real em planilha, prontuário físico ou eletrônico.

6. Fluxograma Resumido

mermaid

CopiarEditar

flowchart TD

A[Paciente em atendimento na UPA] --> B[Avaliação inicial de sinais vitais]

B --> C{Parâmetros críticos?}

C -- Não --> D[Monitoramento conforme rotina]

C -- Sim --> E[Acionar médico imediatamente]

E --> F[Intervenções clínicas e estabilização]

F --> G[Reavaliação contínua]

7. Bibliografia

- Ministério da Saúde. Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco – 2022
- American Heart Association. Guidelines for Early Warning Scores – 2020
- ANVISA. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – 2021

PROTOCOLO DE CONTENÇÃO FÍSICA E FARMACOLÓGICA – UPA 24 HORAS

. Estabelecer diretrizes para o uso criterioso, seguro e humanizado da contenção física e/ou farmacológica de pacientes agitados, agressivos ou em risco de auto/heteroagressão, resguardando a integridade física do paciente, da equipe e dos demais presentes na UPA.

2. Público-Alvo

- Pacientes com alteração aguda do estado mental, agitação psicomotora grave, surtos psicóticos, intoxicações ou condições clínicas que indiquem risco iminente de dano a si ou a terceiros.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Equipe multiprofissional da UPA (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, apoio e segurança institucional).

3. Materiais Necessários

Para contenção física:

- Faixas de contenção com velcro ou presilhas
- Luvas de proteção
- Avental, máscara e proteção ocular
- Colchonete ou cama com grades
- Ficha de consentimento (quando aplicável)

Para contenção farmacológica:

- Midazolam IM/IV
- Haloperidol IM/IV
- Diazepam, clonazepam, prometazina (conforme protocolo médico)
- Material de emergência (oxigênio, ambu, aspirador, acesso venoso)

4. Critérios para Contenção Física

Indicação:

- Imediato risco de autoagressão ou agressão a terceiros
- Tentativas de fuga em meio a delírios
- Recusa de tratamento em quadro de surto psicótico grave com perda de discernimento

Contraindicação relativa:

- Presença de trauma físico não estabilizado
- Doença neuromuscular grave

5. Procedimentos

5.1. Contenção Física

1. Indicação médica registrada no prontuário.
2. Avaliação clínica e psicológica breve, com abordagem verbal inicial.
3. Se falha da abordagem verbal, realizar contenção com no mínimo 4 profissionais, respeitando:
    - Contenção de 4 membros + cabeça (se necessário)

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Preferência por faixas anatômicas acolchoadas
- Monitorização de sinais vitais contínua

4. Registrar o motivo, hora, duração, equipe envolvida e reavaliações periódicas (mínimo a cada 2h).
5. Liberar o paciente assim que cessar o risco.

5.2. Contenção Farmacológica

1. Prescrição médica fundamentada, preferencialmente após tentativa de contenção verbal.
2. Opções:
   - Midazolam 5-10 mg IM/IV
   - Haloperidol 5 mg IM + Prometazina 25-50 mg IM
   - Diazepam 10 mg IM/IV (alternativo)
3. Monitorar o paciente quanto a efeitos adversos:
   - Depressão respiratória
   - Sedação profunda
   - Reações extrapiramidais
4. Garantir acesso venoso pérvio e materiais de suporte à vida disponíveis.
5. Registrar horário, droga utilizada, dose, via e resposta clínica.

6. Diretrizes Éticas e Legais

- A contenção não deve ser punitiva, mas sim terapêutica.
- Sempre registrar os eventos no prontuário.
- Comunicar família/responsáveis, se possível.
- Observar os princípios do Código de Ética Médica e de Enfermagem e a Resolução CFM nº 2.057/2013.

7. Fluxograma Resumido

A[Paciente agitado/agressivo] --> B[Abordagem verbal e avaliação clínica]

B --> C{Responde à verbalização?}

C -- Sim --> D[Conduta clínica e observação]

C -- Não --> E[Indicação médica de contenção física/farmacológica]

E --> F[Equipe realiza contenção com segurança]

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

F --> G[Monitorar sinais vitais e registrar conduta]

G --> H{Paciente estabilizado?}

H -- Sim --> I[Remover contenção e reavaliar]

H -- Não --> G

8. Bibliografia

- Ministério da Saúde. Manual de Atendimento às Crises Psiquiátricas – 2018
- Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.057/2013
- ANVISA. Notas Técnicas sobre contenção mecânica – 2021
- Associação Brasileira de Psiquiatria. Diretrizes de Manejo da Agitação Psicótica – 2020

PROTOCOLOS OPERACIONAIS – UPA 24h-Gestão De Atendimento E Acesso

PROTOCOLO DE ADMISSÃO DE PACIENTES (CLASSIFICAÇÃO, ACOLHIMENTO E PRONTUÁRIO)

1. Objetivo

Estabelecer os procedimentos padronizados para a admissão de pacientes na UPA 24h, desde o acolhimento com classificação de risco até o registro clínico inicial, promovendo atendimento qualificado, humanizado e seguro.

2. Público-Alvo

- Pacientes que chegam por demanda espontânea ou referenciada (ex: SAMU, UBS, hospitais).
- Equipe de recepção, enfermagem, acolhimento e triagem clínica.

3. Procedimentos

3.1. Recepção Inicial

1. Registro de entrada com nome completo, documento, data/hora, acompanhante (se houver) e motivo da consulta.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

2. Encaminhamento imediato à triagem, sem discriminação de origem.

3.2. Acolhimento com Classificação de Risco (ACR)

1. Triagem realizada por enfermeiro(a) capacitado, utilizando protocolo validado (ex: Manchester, SIVVA).
2. Avaliação clínica breve: queixa principal, sinais vitais, antecedentes relevantes.
3. Definição da **cor de risco**:

Cor	Prioridade	Tempo para atendimento
Vermelho	Emergência	Imediato
Laranja	Muito urgente	< 10 minutos
Amarelo	Urgente	< 60 minutos
Verde	Pouco urgente	< 120 minutos
Azul	Não urgente	< 240 minutos

4. Encaminhamento à área física correspondente (emergência, observação, consulta, medicação, etc.).

3.3. Abertura do Prontuário

1. Criação imediata de prontuário físico ou eletrônico.
2. Registro de:
   - Identificação completa
   - Queixa principal
   - Classificação de risco
   - Dados clínicos iniciais
   - Hora da admissão e nome dos profissionais
3. Etiquetagem com código de barras ou numeração padronizada.

4. Fluxograma Resumido

A[Paciente chega à UPA] --> B[Registro na recepção]

B --> C[Triagem com enfermeiro]

C --> D[Classificação de risco]

D --> E[Encaminhamento para setor apropriado]

E --> F[Abertura de prontuário e início da assistência]

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

5. Bibliografia

- Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048/2002 – Regulamento Técnico das Urgências
- Política Nacional de Humanização (PNH) – Acolhimento com Classificação de Risco
- Protocolo de Classificação de Risco – Manchester / Ministério da Saúde

PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO À REGULAÇÃO E TRANSFERÊNCIA VIA CENTRAL DE VAGAS

1. Objetivo

Normatizar o fluxo de encaminhamento dos pacientes da UPA 24h para serviços de maior complexidade, por meio da Regulação em Saúde e Central de Vagas, assegurando agilidade, segurança e integralidade no cuidado.

2. Público-Alvo

- Pacientes que demandam leito hospitalar, exames especializados, cirurgias ou cuidados intensivos.

3. Critérios para Encaminhamento

- Quadro clínico não resolutivo na UPA
- Necessidade de internação hospitalar ou cuidados especializados
- Inexistência de retaguarda no local

4. Procedimentos

1. Avaliação médica com justificativa clínica e exames complementares.
2. Contato com Central de Regulação Municipal/Estadual via sistema oficial (SISREG, CNES, telefone ou formulário digital).
3. Preenchimento completo da ficha de regulação:
    - Identificação do paciente

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Diagnóstico clínico
- Proposta terapêutica
- Estabilidade hemodinâmica
- Tipo de leito necessário (enfermaria, UTI)

4. Aguardar posicionamento da Central de Regulação e manter paciente estável na UPA.
5. Confirmada a vaga:
   - Registrar horário da solicitação e da liberação
   - Providenciar transporte (ambulância)
   - Realizar contrarreferência e cópia do prontuário para unidade de destino

5. Fluxograma Resumido

A[Paciente com necessidade de internação] --> B[Solicitação de vaga à Central de Regulação]

B --> C[Aguardar liberação mantendo cuidados na UPA]

C --> D{Vaga liberada?}

D -- Sim --> E[Providenciar transporte e envio de documentação]

D -- Não --> F[Reavaliar e atualizar quadro clínico]

6. Bibliografia

- Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.559/2008 – Regulação do Acesso
- Manual da Central Estadual de Regulação
- Rede de Urgência e Emergência (RUE)

PROTOCOLO DE ALTA E ORIENTAÇÕES AO USUÁRIO

1 Objetivo

Padronizar os procedimentos de alta clínica na UPA, garantindo segurança, continuidade do cuidado, e orientações claras ao paciente e/ou familiar.

2. Público-Alvo

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Pacientes em condições clínicas de retorno ao domicílio, com ou sem encaminhamento à atenção básica.

3. Procedimentos

1. **Avaliação final médica** com definição de alta.
2. Prescrição de medicamentos e exames (se necessário).
3. Emissão de relatório de atendimento com:
    - Diagnóstico
    - Conduta adotada
    - Medicações administradas
    - Orientações de cuidados domiciliares
    - Encaminhamentos
4. Enfermagem realiza orientações verbais:
    - Uso correto das medicações
    - Retorno ou sinais de alerta
    - Agendamento em UBS se indicado
5. Registro da alta no prontuário com nome do profissional responsável e horário.

4. Fluxograma Resumido

A[Paciente avaliado e estabilizado] --> B[Decisão de alta médica]

B --> C[Elaboração de relatório e prescrição]

C --> D[Orientações de enfermagem ao paciente/familiar]

D --> E[Assinatura e registro no prontuário]

E --> F[Encaminhamento à UBS (se necessário)]

5. Bibliografia

- Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Domiciliar
- Protocolo de Contrarreferência do SUS
- Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

PROTOCOLO DE COMUNICAÇÃO COM A REDE DE APOIO (SAMU, UBS, CAPS, HOSPITAIS)

. **1. Objetivo**

Organizar e padronizar o fluxo de comunicação entre a UPA e os serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS), fortalecendo a integração, continuidade do cuidado e resolubilidade do atendimento.

2. Serviços Envolvidos

- **SAMU 192** (encaminhamentos ou recebimentos de pacientes)
- **UBS/ESF** (contrarreferência)
- **CAPS/CERSAM** (atendimentos em saúde mental)
- **Hospitais de referência** (encaminhamentos via regulação)

3. Procedimentos de Comunicação

3.1. Entrada via SAMU

- Receber paciente com ficha do APH (atendimento pré-hospitalar).
- Avaliar e registrar o quadro clínico e conduta inicial.
- Integrar ficha do SAMU ao prontuário da UPA.

3.2. Comunicação com UBS e CAPS

- Em alta, preencher ficha de contrarreferência com diagnóstico e conduta.
- Encaminhar via sistema de informação ou protocolo físico para UBS/CAPS de referência.
- Quando necessário, realizar contato telefônico para alinhamento.

3.3. Comunicação com Hospitais/Regulação

- Registrar e formalizar pedido via sistema eletrônico.
- Anexar resumo clínico e exames disponíveis.
- Comunicar intercorrências relevantes ao hospital de destino.

4. Instrumentos de Comunicação Utilizados

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- SISREG (regulação)
- Prontuário eletrônico com interface de rede
- Fichas clínicas, formulários e resumos
- Linha telefônica institucional
- e-SUS, CNES, PEC e outros sistemas do SUS

5. Fluxograma Resumido

A[Paciente na UPA] --> B{Necessita comunicação com outro serviço?}

B -- SAMU --> C[Receber ficha APH e integrar ao atendimento]

B -- UBS/CAPS --> D[Preencher contrarreferência e encaminhar]

B -- Hospital --> E[Contato com Central de Regulação e encaminhamento]

6. Bibliografia

- Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436/2017 – PNAB
- Manual da Rede de Urgência e Emergência – RUE
- Ministério da Saúde. Diretrizes para Regulação em Saúde – 2020

PROTOCOLO DE PASSAGEM DE PLANTÃO – ENFERMAGEM NA UPA 24H

.

1. Objetivo

Garantir a continuidade, segurança e qualidade da assistência de enfermagem por meio de uma passagem de plantão estruturada, clara, objetiva e com foco em informações clínicas e administrativas essenciais.

2. Público-Alvo

- Equipe de enfermagem da UPA (enfermeiros, técnicos e auxiliares).

3. Materiais Necessários

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Planilhas de controle de plantão
- Prontuários (físico ou eletrônico)
- Relatórios e registros de evolução
- Equipamentos de comunicação (rádio, telefone, interfone)

4. Procedimentos

1. Reunir a equipe em local reservado, ao final do plantão.
2. O profissional responsável apresenta a relação dos pacientes, divididos por área (emergência, observação, medicação etc.).
3. Informações obrigatórias:
    - Nome, idade e leito
    - Diagnóstico e queixa principal
    - Procedimentos realizados
    - Evolução clínica
    - Medicamentos em uso
    - Pendências, exames, intercorrências e eventos adversos
4. Confirmar com a equipe entrante o entendimento das informações.
5. Registrar horário da passagem e nomes dos profissionais responsáveis (em folha de passagem ou sistema eletrônico).

5. Fluxograma Resumido

A[Fim do plantão] --> B[Organizar informações clínicas e operacionais]

B --> C[Reunir equipe e repassar casos]

C --> D[Esclarecer dúvidas e revisar pendências]

D --> E[Registrar passagem de plantão]

6. Bibliografia

- COFEN. Resolução nº 564/2017 – Código de Ética da Enfermagem
- ANVISA. Protocolo de Comunicação Segura – 2017
- Ministério da Saúde. Protocolo de Segurança do Paciente – 2013

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

PROTOCOLO DE EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM E ANOTAÇÕES SISTEMATIZADAS

. **1. Objetivo**

Padronizar as anotações e evoluções da equipe de enfermagem na UPA, com foco na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), garantindo registro adequado, ético e legível.

2. Público-Alvo

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

3. Estrutura da Anotação Sistematizada

Elemento	Descrição
Identificação	Nome, idade, leito
Sinais vitais	FC, FR, PA, SpO_2, temperatura
Condição geral	Nível de consciência, queixas
Procedimentos realizados	Curativos, medicações, exames, cuidados
Respostas do paciente	Mudanças clínicas, intercorrências
Plano de cuidados	Pendências e condutas programadas
Assinatura e registro do horário	Profissional responsável

4. Evolução de Enfermagem – Responsabilidade do Enfermeiro

- Registro diário e sempre que houver alteração significativa.
- Deve conter: avaliação, diagnósticos de enfermagem, intervenções e resposta do paciente.

5. Procedimentos

1. Realizar avaliação clínica à beira-leito.
2. Registrar informações no momento em que ocorrem (anotação em tempo real).
3. Manter linguagem técnica, objetiva, sem rasuras ou abreviações incomuns.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

4. Assinar com nome completo, categoria e COREN.

6. Fluxograma Resumido

A[Avaliação do paciente] --> B[Registro sistematizado no prontuário]

B --> C[Evolução de enfermagem diária]

C --> D[Revisão e planejamento dos cuidados]

D --> E[Assinatura e validação]

7. Bibliografia

- COFEN. Resolução nº 358/2009 – Sistematização da Assistência de Enfermagem
- Ministério da Saúde. Diretrizes da SAE
- COREN-SP. Manual de Registros de Enfermagem – 2020

PROTOCOLO DE COMUNICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS – ENFERMAGEM UPA 24H

. **1. Objetivo**

Padronizar a identificação, notificação e registro de eventos adversos ocorridos na assistência, contribuindo para a gestão de riscos e melhoria contínua da qualidade e segurança do paciente.

2. Definição

Evento Adverso: dano não intencional causado ao paciente durante a assistência (queda, erro de medicação, lesão por pressão, etc.).

3. Exemplos de Eventos Notificáveis

- Queda com ou sem lesão
- Erro de medicação
- Falha em equipamento de suporte à vida
- Lesão por pressão

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Extravasamento de medicação
- Retardo na assistência por falha de comunicação

4. Procedimentos

1. Identificar o evento imediatamente.
2. Garantir os cuidados ao paciente e comunicar à chefia de enfermagem.
3. Preencher o formulário de notificação de evento adverso, com:
    - Data, hora e local
    - Descrição do ocorrido
    - Conduta adotada
    - Profissional responsável
4. Encaminhar à Supervisão de Enfermagem e, se grave, ao Núcleo de Segurança do Paciente.
5. Registrar no prontuário sem juízo de valor.

5. Fluxograma Resumido

A[Evento adverso identificado] --> B[Atendimento imediato ao paciente]

B --> C[Comunicação à supervisão/enfermagem]

C --> D[Preenchimento de formulário de evento]

D --> E[Encaminhamento ao NSP ou coordenação]

E --> F[Discussão em reuniões de melhoria]

6. Bibliografia

- ANVISA. Protocolo de Segurança do Paciente – 2013
- Ministério da Saúde. Portaria nº 529/2013 – Núcleo de Segurança do Paciente
- COFEN. Código de Ética da Enfermagem

INSTITUTO ESPERANCA CNPJ: 10.779.749/0001-32
AV ITÁLIA, 928 15º ANDAR SALA 1508 JARDIM DAS NAÇÕES CEP: 12030-212 TAUBATÉ-SP.
TELEFONE: 12 3621-3844 / 12 3631-4372 SITE: www.iespe.org.br
E-MAIL: institutoesperanca@instituoiesp.org.br / institutoesperanca@institutoiesp.org.br

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

. **1. Objetivo**

Estabelecer critérios e rotinas para a supervisão de enfermagem nas áreas assistenciais e uso sistemático de checklists para garantir o funcionamento seguro das salas de atendimento (emergência, medicação, observação, curativos, etc.).

2. Responsável

- Enfermeiro supervisor, designado por turno, com atribuição de validar e orientar as ações da equipe de enfermagem.

3. Áreas de Atuação da Supervisão

- Conferência de escalas
- Verificação de materiais e equipamentos
- Acompanhamento da SAE e registros
- Orientação da equipe técnica
- Apoio nos procedimentos críticos

4. Checklists Diários

Deverão ser aplicados no início de cada plantão, incluindo:

Sala de Emergência:

- Desfibrilador testado e carregado
- Monitor multiparamétrico funcionando
- Ambu com máscara e O_2
- Medicamentos de urgência disponíveis
- Aspirador testado

Sala de Medicação:

- Estoque de medicações revisado
- Equipos e seringas disponíveis
- Organização de bandejas de medicação
- Identificação de seringas e ampolas

Sala de Curativos:

- Material estéril disponível
- Descarte correto de resíduos
- Higienização de superfícies

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

5. Procedimentos

1. Aplicar checklists de início de plantão.
2. Registrar no formulário de supervisão: conformidades, não conformidades e ações corretivas.
3. Realizar visita técnica nas salas, observar fluxos, higienização e segurança.
4. Acompanhar execução da SAE e orientar os profissionais conforme necessidade.

6. Fluxograma Resumido

A[Início do plantão] --> B[Aplicação de checklist nas salas]

B --> C[Verificação de materiais, medicamentos e equipamentos]

C --> D[Registro de não conformidades]

D --> E[Ações corretivas e orientação da equipe]

7. Bibliografia

- COFEN. Resolução nº 543/2017 – Atribuições do Enfermeiro
- ANVISA. RDC nº 63/2011 – Boas práticas de funcionamento de serviços de saúde
- Ministério da Saúde. Segurança do Paciente – Manual de Supervisão Clínica

LIMPEZA, CONTROLE DE INFECÇÃO E BIOSSEGURANÇA

PROTOCOLO DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS – UPA 24H

. **1. Objetivo**

Padronizar a higienização das mãos como medida fundamental de prevenção e controle de infecções, promovendo segurança do paciente e da equipe.

2. Público-Alvo

- Todos os profissionais da UPA (assistenciais, administrativos, serviços gerais).
- Estagiários, acompanhantes e visitantes autorizados.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

3. Materiais Necessários

- Sabonete líquido antisséptico
- Dispensadores com álcool gel 70%
- Papel toalha não reciclado
- Pias com acionamento não manual (preferencial)

4. Momentos da Higienização – OMS (5 Momentos)

1. Antes de tocar o paciente
2. Antes de realizar procedimento asséptico
3. Após risco de exposição a fluidos corporais
4. Após tocar o paciente
5. Após tocar superfícies próximas ao paciente

5. Procedimentos

5.1. Higienização com água e sabão (15–30 segundos)

1. Molhar as mãos e aplicar sabão
2. Friccionar palmas, dorsos, entre os dedos, polegares e unhas
3. Enxaguar com água corrente
4. Secar com papel toalha
5. Fechar torneira com papel toalha

5.2. Higienização com álcool 70% (quando mãos não visivelmente sujas)

1. Aplicar quantidade suficiente nas mãos secas
2. Friccionar conforme técnica por 20–30 segundos
3. Aguardar secagem espontânea

6. Fluxograma Resumido

mermaid

CopiarEditar

flowchart TD

A[Atividade com ou perto do paciente] --> B{Mãos visivelmente sujas?}

B -- Sim --> C[Higienizar com água e sabão]

B -- Não --> D[Higienizar com álcool 70%]

C & D --> E[Retomar atendimento com segurança]

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

7. Referências

- ANVISA. Guia de Higienização das Mãos – 2021
- OMS. WHO Guidelines on Hand Hygiene – 2009
- RDC nº 50/2002 – MS

PROTOCOLO DE USO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPIs) – UPA 24H

. **1. Objetivo**

Padronizar o uso correto dos EPIs pelos profissionais da UPA para proteção contra riscos biológicos, químicos e físicos, conforme a legislação vigente.

2. Público-Alvo

- Todos os profissionais da UPA em exercício de suas funções.
- Colaboradores terceirizados, estagiários e visitantes técnicos.

3. Tipos de EPIs e Indicações

EPI	Indicação
Luvas de procedimento	Contato com sangue, fluidos e mucosas
Luvas estéreis	Procedimentos invasivos
Máscara cirúrgica	Proteção de vias aéreas em procedimentos e isolamento
Máscara N95	Aerossóis e casos respiratórios graves
Óculos de proteção ou face shield	Risco de respingos
Avental descartável	Contato com secreções ou isolamento
Touca e propé	Ambientes controlados ou críticos

4. Procedimentos

4.1. Paramentação (ordem recomendada):

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

1. Higienizar as mãos
2. Vestir avental
3. Colocar máscara
4. Colocar óculos ou face shield
5. Calçar luvas

4.2. Remoção (desparamentação):

1. Retirar luvas
2. Retirar avental
3. Higienizar as mãos
4. Retirar óculos/face shield
5. Retirar máscara
6. Higienizar as mãos novamente

5. Armazenamento e Descarte

- EPIs descartáveis devem ser descartados em lixeira de resíduos infectantes (saco branco leitoso).
- Reutilizáveis (óculos, protetores) devem ser higienizados conforme protocolo da CCIH.

6. Referências

- NR-32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde
- ANVISA. Nota Técnica 04/2020 – Uso de EPIs
- Ministério da Saúde. Guia de Biossegurança em Serviços de Saúde

PROTOCOLO DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE ÁREAS CRÍTICAS, SEMICRÍTICAS E NÃO CRÍTICAS – UPA 24H

. **1. Objetivo**

Padronizar os procedimentos de limpeza e desinfecção das diferentes áreas da UPA, com foco na prevenção de infecções, garantindo ambientes seguros e salubres.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

2. Classificação das Áreas

Classificação	Exemplos	Frequência
Críticas	Sala de emergência, medicação, curativos	Limpeza concorrente e terminal
Semicríticas	Consultórios, salas administrativas clínicas	Limpeza diária
Não críticas	Áreas externas, recepção, corredor	Limpeza diária e sempre que sujas

3. Materiais Necessários

- Luvas, avental e máscara
- Detergente neutro
- Desinfetante hospitalar (hipoclorito 1%, QACs, peróxido de hidrogênio)
- Panos de microfibra (cor por setor)
- Baldes de uso exclusivo por área
- Rodos, mops e esponjas descartáveis

4. Procedimentos Gerais

4.1. Limpeza Concorrente

- Durante o uso da área, remover sujidades visíveis, trocar lixeiras, higienizar superfícies tocadas com frequência.

4.2. Limpeza Terminal

- Após alta, óbito ou final do turno. Inclui:
  - Limpeza de teto, paredes, piso
  - Equipamentos e mobiliário
  - Desinfecção de maçanetas, grades, monitores
  - Troca de cortinas, lençóis, etc.

5. Roteiro Padronizado

1. Higienizar sempre de **área limpa para suja**
2. Utilizar panos e baldes distintos por área
3. Lixeiras com saco branco leitoso, trocadas diariamente
4. Registrar data/hora da limpeza e nome do executor

6. Referências

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- ANVISA. Manual de Limpeza e Desinfecção de Superfícies – 2012
- RDC nº 222/2018 – Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde
- Portaria GM/MS nº 2616/1998 – Controle de Infecção Hospitalar

PROTOCOLO DE CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE (IRAS) – UPA 24H

. **1. Objetivo**

Implementar ações de vigilância, prevenção e controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) na UPA 24h, reduzindo riscos à segurança do paciente.

2. Público-Alvo

- Pacientes, acompanhantes, profissionais da UPA e terceirizados.

3. Principais IRAS em UPA

- Infecção de corrente sanguínea associada a acesso venoso
- Infecção respiratória associada à ventilação
- Infecção de sítio cirúrgico (procedimentos ambulatoriais)
- Infecção urinária associada a sondagem

4. Estratégias de Prevenção

- Higienização das mãos (protocolo específico)
- Uso racional de antibióticos
- Acesso venoso e dispositivos invasivos com técnica asséptica
- Limpeza e desinfecção ambiental rigorosa
- Vigilância ativa e notificações à CCIH

5. Vigilância Epidemiológica

1. Registrar e monitorar casos suspeitos de IRAS.
2. Preencher ficha de notificação interna da CCIH.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

3. Encaminhar para investigação laboratorial, se aplicável.
4. Apresentar indicadores mensais à coordenação.

6. Comunicação de Casos

- A equipe deve comunicar imediatamente à enfermagem supervisora e à CCIH institucional.
- Casos devem ser reportados ao e-SUS Notifica (quando aplicável).

7. Referências

- ANVISA. Manual de Vigilância das IRAS – 2022
- RDC 11/2023 – Boas práticas em serviços de saúde
- Programa Nacional de Prevenção e Controle de IRAS – MS

PROTOCOLO DE ISOLAMENTO DE PACIENTES COM AGRAVOS TRANSMISSÍVEIS – UPA 24 HORAS

. **1. OBJETIVO**

Estabelecer medidas de precaução e isolamento de pacientes com suspeita ou confirmação de agravos transmissíveis, a fim de prevenir a disseminação de microrganismos entre usuários, profissionais de saúde e visitantes da UPA.

2. PÚBLICO-ALVO

- Profissionais de saúde da UPA (assistenciais e operacionais)
- Pacientes com suspeita ou confirmação de doenças infecciosas
- Acompanhantes e visitantes autorizados

3. CLASSIFICAÇÃO DAS PRECAUÇÕES

As precauções são baseadas no tipo de transmissão do agente infeccioso:

Tipo de Precaução	Modo de Transmissão	Exemplos
Padrão	Todos os pacientes	Higienização de mãos, EPI conforme risco

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Contato	Contato direto/indireto	Diarreia, escabiose, MRSA
Gotículas	Gotículas respiratórias (>5µm)	Influenza, COVID-19, Coqueluche
Aerossóis	Núcleos de gotículas (<5µm)	Tuberculose, sarampo, varicela

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Máscaras cirúrgicas e N95/PFF2
- Aventais descartáveis
- Luvas de procedimento
- Óculos de proteção ou face shield
- Cartazes de sinalização de isolamento
- Solução alcoólica 70% e pia para higienização das mãos
- Termômetro, oxímetro e estetoscópio de uso exclusivo

5. PROCEDIMENTOS PADRÃO

5.1. Identificação e Sinalização

1. Paciente suspeito ou confirmado deve ser avaliado na triagem com prioridade.
2. Aplicar precauções conforme suspeita clínica.
3. Acomoda-lo em sala de isolamento ou área separada com sinalização visível.

5.2. Precauções Específicas

Contato

- Luvas e avental obrigatórios
- Equipamentos dedicados ou desinfecção rigorosa
- Higiene rigorosa das mãos

Gotículas

- Máscara cirúrgica para o profissional e para o paciente
- Distanciamento mínimo de 1 metro
- Sala com porta fechada

Aerossóis

- Máscara N95/PFF2 obrigatória
- Sala com ventilação adequada ou com exaustão (preferencialmente com pressão negativa)
- Limitar número de pessoas na sala

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

5.3. Cuidados com Visitantes

- Orientar sobre o uso correto de EPI
- Limitar o tempo de permanência
- Manter lista de visitantes (nome, CPF, contato)

5.4. Higienização Ambiental

- Aumentar frequência de limpeza da área de isolamento
- Uso de desinfetantes hospitalares de alto nível
- Descarte adequado de resíduos como infectantes (saco branco leitoso)

5.5. Desparamentação

Seguir **ordem segura para evitar contaminação cruzada**:

1. Remover luvas
2. Higienizar mãos
3. Remover avental
4. Higienizar mãos
5. Retirar máscara/óculos
6. Higienizar mãos novamente

6. FLUXOGRAMA RESUMIDO

A[Triagem na UPA] --> B{Suspeita de agravo transmissível?}

B -- Sim --> C[Aplicar precauções e sinalizar isolamento]

C --> D[Usar EPIs conforme tipo de transmissão]

D --> E[Registrar conduta e comunicar CCIH]

E --> F[Manter paciente isolado até alta ou transferência]

B -- Não --> G[Encaminhar para fluxo assistencial padrão]

7. REGISTRO E COMUNICAÇÃO

- Todos os casos devem ser registrados em prontuário com data e medidas adotadas.
- Suspeitas de agravos de notificação compulsória (ex: tuberculose, COVID-19, sarampo) devem ser notificadas via e-SUS Notifica ou SINAN em até 24h.
- Comunicar o caso à CCIH ou setor responsável pela vigilância interna.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

8. REFERÊNCIAS NORMATIVAS

- ANVISA – Guia para Prevenção e Controle de IRAS em Serviços de Saúde (2022)
- Ministério da Saúde – Portaria GM/MS nº 2.616/1998 – Programa de Controle de Infecções
- RDC nº 11/2023 – Boas Práticas para Serviços de Saúde
- OMS – Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected (2020)

9. ANEXOS SUGERIDOS

- Anexo I – Quadro resumo com tipo de agravo e medida de isolamento
- Anexo II – Modelo de ficha de isolamento
- Anexo III – Cartaz de porta "ISOLAMENTO RESPIRATÓRIO / CONTATO"
- Anexo IV – Procedimento ilustrado de paramentação e desparamentação

LABORATÓRIO E APOIO DIAGNÓSTICO

PROTOCOLO DE COLETA DE SANGUE E EXAMES LABORATORIAIS DE URGÊNCIA – UPA 24H

1. Objetivo

Padronizar a coleta de sangue e exames laboratoriais de urgência, garantindo segurança, precisão diagnóstica e qualidade das amostras biológicas.

2. Público-Alvo

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem da UPA
- Pacientes com indicação médica de exames de urgência

3. Materiais Necessários

- Luvas de procedimento
- Algodão estéril e álcool 70%

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Garrote
- Tubos de coleta (EDTA, citrato, soro, heparina, etc.)
- Seringa ou sistema a vácuo (vacutainer)
- Etiquetas de identificação
- Caixa para perfurocortantes
- Bolsa térmica ou estufa para transporte (se necessário)

4. Procedimentos

1. Identificar o paciente verbalmente e com pulseira ou documento.
2. Higienizar as mãos e paramentar-se conforme precauções padrão.
3. Selecionar material adequado, segundo tipo de exame:
    - Hemograma: tubo EDTA
    - Glicemia: tubo fluoreto de sódio
    - Provas inflamatórias: tubo citrato
    - Bioquímica: tubo com gel separador ou seco
4. Realizar a punção venosa com técnica asséptica.
5. Homogeneizar os tubos, sem agitar vigorosamente.
6. Identificar os tubos com nome, data, horário da coleta e tipo de exame.
7. Encaminhar amostras imediatamente ao setor laboratorial ou para transporte.

5. Fluxograma Resumido

A[Solicitação médica de exames urgentes] --> B[Identificação do paciente]

B --> C[Preparação e separação de materiais]

C --> D[Coleta venosa com técnica asséptica]

D --> E[Homogeneização e identificação dos tubos]

E --> F[Envio imediato para o laboratório ou acondicionamento]

6. Referências

- ANVISA. RDC nº 786/2023 – Boas Práticas em Serviços de Apoio Diagnóstico
- Manual de Coleta – Ministério da Saúde / DCCI
- Portaria nº 344/2022 – MS

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

PROTOCOLO DE TRANSPORTE E ARMAZENAMENTO DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS – UPA 24H

1. Objetivo

Garantir o correto acondicionamento e transporte de amostras biológicas, preservando sua integridade, estabilidade e segurança até o processamento laboratorial.

2. Público-Alvo

- Profissionais de enfermagem e responsáveis pela coleta e transporte de amostras
- Serviços de apoio laboratorial terceirizados

3. Materiais Necessários

- Recipientes térmicos (gelox ou refrigerados)
- Suportes para tubos e frascos
- Etiquetas de identificação
- Fichas de solicitação de exames
- Equipamento de proteção individual (EPI)
- Bolsa de transporte de amostras com simbologia biológica

4. Procedimentos

1. Após a coleta, identificar corretamente todas as amostras com nome, data e hora da coleta.
2. Verificar condições de armazenamento exigidas por tipo de exame:

Tipo de Amostra	Temperatura	Tempo Máximo
Sangue total	4–8°C	até 2h
Soro/plasma	Congelado ou refrigerado	até 4h
Secreções	Refrigerado	até 2h
RT-PCR	Refrigerado (4–8°C)	até 24h

3. Acondicionar as amostras em compartimentos seguros e separados por tipo.
4. Preencher a ficha de controle de transporte.
5. Realizar o transporte até o laboratório em menos de 1 hora, preferencialmente.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

5. Fluxograma Resumido

A[Coleta de amostras] --> B[Identificação e separação por tipo]

B --> C[Acondicionamento seguro e temperatura adequada]

C --> D[Preenchimento da ficha de transporte]

D --> E[Envio ao laboratório com rastreabilidade]

6. Referências

- ANVISA. RDC nº 786/2023
- Manual de Transporte de Material Biológico – MS
- OMS. Guidelines on Safe Transport of Infectious Substances (2020)

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À EXIGÊNCIA DE TESTES RÁPIDOS (COVID-19, HIV, SÍFILIS) – UPA 24H

. **1. Objetivo**

Garantir a realização segura, ética e padronizada dos testes rápidos para condições de agravo imediato ou notificação compulsória, com foco em HIV, sífilis e COVID-19.

2. Público-Alvo

- Pacientes com indicação médica ou sintomáticos compatíveis
- Gestantes, acidentados com exposição biológica, síndromes gripais, etc.

3. Materiais Necessários

- Kits de testes rápidos (COVID-19 antígeno, HIV 1/2, sífilis – conforme lote autorizado)
- Lancetas, álcool 70%, algodão
- Pipetas, diluentes e cassete do teste
- Termômetro digital para conservação dos testes
- Ficha de consentimento (quando aplicável)
- EPI completo para o profissional executor

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

4. Procedimentos

4.1. Triagem e Justificativa

- Verificar indicação médica ou protocolo vigente
- Avaliar histórico clínico e coletar consentimento verbal/documentado

4.2. Execução do Teste

1. Higienizar as mãos e calçar EPI
2. Realizar punção digital (HIV/sífilis) ou nasal (COVID-19)
3. Aplicar amostra no dispositivo, adicionar reagente/diluente
4. Aguardar o tempo recomendado (10–20 min)
5. Ler resultado conforme bula (positivo, negativo, inválido)

4.3. Conduta Após Resultado

Resultado	Conduta
Positivo (HIV/Sífilis)	Encaminhar para reteste confirmatório e acompanhamento
Positivo COVID-19	Isolamento imediato, notificação e orientações
Negativo	Orientações gerais e acompanhamento, se necessário
Inválido	Repetir teste com novo kit

5. Registro e Notificação

- Todos os testes devem ser registrados no prontuário
- Resultados positivos de HIV, sífilis e COVID-19 são de notificação compulsória via e-SUS Notifica ou SINAN
- Testes devem ser realizados em sala própria ou espaço reservado

6. Fluxograma Resumido

A[Paciente com indicação clínica/testagem rápida] --> B[Preparo e coleta da amostra]

B --> C[Aplicação do teste e leitura do resultado]

C --> D{Resultado?}

D -- Positivo --> E[Isolamento ou encaminhamento para confirmação]

D -- Negativo --> F[Orientação e liberação]

D -- Inválido --> G[Repetir teste com novo kit]

7. Referências Normativas

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Ministério da Saúde. Manual Técnico para Testes Rápidos – HIV, Sífilis, Hepatites
- ANVISA. RDC nº 786/2023 – Serviços de Apoio Diagnóstico
- Nota Técnica nº 7/2023 – DCCI/SVS/MS
- Guia Orientador para COVID-19 – UPA e Unidades de Saúde – 2022

PROTOCOLO DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA URGÊNCIA – UPA 24H

1. Objetivo

Garantir a dispensação segura, racional e rápida de medicamentos durante o atendimento de urgência e emergência, promovendo a eficácia terapêutica e segurança do paciente.

2. Público-Alvo

- Profissionais da farmácia, enfermagem e médicos da UPA
- Pacientes em atendimento emergencial ou em observação

3. Materiais Necessários

- Prescrição médica (manual ou digital)
- Sistema de registro (SIS, prontuário eletrônico ou livro de controle)
- Medicamentos padronizados na REMUME
- Bandejas ou kits de urgência organizados
- Etiquetas, caixas, seringas, EPIs

4. Procedimentos

1. Receber prescrição médica legível e completa.
2. Conferir paciente, leito, dose, via, horário e medicamento.
3. Separar o medicamento conforme a prescrição e conferir 5 certos:
    - Certo paciente
    - Certo medicamento
    - Certa dose

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Certa via de administração
- Certo horário

4. Dispensar o medicamento identificado, com etiqueta (se fracionado).
5. Registrar a dispensação no sistema ou planilha.
6. Comunicar a equipe de enfermagem e realizar orientação breve, se necessário.

5. Fluxograma

A[Receber prescrição médica] --> B[Conferir 5 certos da dispensação]

B --> C[Separar e identificar o medicamento]

C --> D[Registrar dispensação]

D --> E[Entregar à enfermagem ou administração direta]

6. Referências

- ANVISA. RDC nº 471/2021 – Boas Práticas de Dispensação
- RDC nº 786/2023 – Boas Práticas em Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
- Ministério da Saúde. Protocolo de Segurança do Paciente – Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos

PROTOCOLO DE CONTROLE DE ESTOQUE DE MEDICAMENTOS CRÍTICOS – UPA 24H

. **1. Objetivo**

Assegurar o abastecimento contínuo e controle rigoroso dos medicamentos críticos e de alto risco, evitando rupturas de estoque e garantindo agilidade no atendimento.

2. Público-Alvo

- Farmacêuticos, técnicos de farmácia e equipe de apoio logístico da UPA

3. Materiais Necessários

- Planilhas ou sistema informatizado de controle (SIGAF, Hórus ou similar)

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Lista de medicamentos críticos (baseada na REMUME)
- Termômetros, geladeiras, armários trancados
- Ficha de controle de entrada e saída

4. Procedimentos

1. Manter lista atualizada dos medicamentos críticos, como:
    - Adrenalina
    - Noradrenalina
    - Amiodarona
    - Diazepam
    - Fentanil
    - Midazolam
    - Insulina
    - Alteplase (quando aplicável)
    - Soluções de grande volume
2. Realizar controle diário de estoque físico e no sistema.
3. Registrar entrada e saída com data, lote, validade e responsável.
4. Garantir estoque mínimo de segurança (estoque de reposição para 3 dias, no mínimo).
5. Comunicar à coordenação qualquer desabastecimento ou risco de ruptura.

5. Fluxograma

A[Atualizar lista de medicamentos críticos] --> B[Controle diário de estoque]

B --> C[Registro de entrada e saída]

C --> D[Monitorar validade e ruptura]

D --> E[Reposição ou redistribuição imediata]

6. Referências

- ANVISA. Guia de Gestão de Risco para Medicamentos Críticos – 2021
- RDC nº 786/2023 – Farmácias em Serviços de Saúde
- Farmacopeia Brasileira 6ª ed.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

PROTOCOLO DE ARMAZENAMENTO E FRACIONAMENTO SEGURO DE MEDICAMENTOS – UPA 24H

. **1. Objetivo**

Normatizar as práticas de armazenamento e fracionamento de medicamentos na UPA, assegurando integridade, rastreabilidade e segurança na utilização.

2. Público-Alvo

- Farmacêuticos, técnicos de farmácia e responsáveis pelo estoque e distribuição

3. Materiais Necessários

- Armários organizados e etiquetados
- Geladeiras com termômetro digital (2°C a 8°C)
- Etiquetas de fracionamento com data, lote e validade
- Bandejas, caixas acrílicas, copos dosadores
- EPIs (luvas, avental, touca, máscara)

4. Procedimentos

4.1. Armazenamento

- Separar por forma farmacêutica, via de administração e controle especial.
- Manter medicamentos com controle térmico em geladeira monitorada.
- Produtos vencidos ou com embalagem violada devem ser descartados conforme protocolo.

4.2. Fracionamento

1. Higienizar o ambiente e os materiais.
2. Verificar nome, lote e validade do produto.
3. Realizar fracionamento em área restrita, sob responsabilidade do farmacêutico.
4. Etiquetar o produto com nome comercial ou genérico, concentração, lote, validade, forma de uso e identificação do responsável.
5. Registrar lote fracionado e sua rastreabilidade.

5. Fluxograma

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

A[Medicamento em estoque] --> B[Verificar necessidade de fracionamento]

B --> C[Realizar em área controlada]

C --> D[Etiquetar com lote, validade e concentração]

D --> E[Registrar no controle de fracionamento]

6. Referências

- ANVISA. RDC nº 786/2023 – Boas Práticas Farmacêuticas
- Farmacopeia Brasileira
- Ministério da Saúde. Guia de Segurança na Farmácia Hospitalar

PROTOCOLO DE NOTIFICAÇÃO DE REAÇÕES ADVERSAS A MEDICAMENTOS (RAM) – UPA 24H

. **1. Objetivo**

Padronizar a identificação, registro e notificação de Reações Adversas a Medicamentos (RAM), contribuindo para a farmacovigilância e segurança do paciente.

2. Público-Alvo

- Médicos, farmacêuticos e profissionais de enfermagem da UPA

3. Definição de RAM

Qualquer resposta nociva ou indesejada não intencional a um medicamento utilizado em doses normalmente recomendadas.

4. Exemplos de RAM Comuns

- Reações alérgicas (urticária, broncoespasmo)
- Náuseas, vômitos, cefaleia
- Hipotensão após uso de anti-hipertensivos
- Exantema ou prurido
- Anafilaxia

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

5. Procedimentos

1. Identificar sinais ou sintomas de RAM durante ou após a administração.
2. Comunicar imediatamente à equipe médica e farmacêutica.
3. Registrar em prontuário: nome do fármaco, dose, tempo de administração, sinais e medidas adotadas.
4. Preencher Formulário de Notificação de RAM.
5. Enviar para o setor de farmacovigilância da unidade ou notificar diretamente no Sistema VigiMed da ANVISA.

6. Quando Notificar

- RAM grave (óbito, risco de vida, internação)
- RAM inesperada (não descrita na bula)
- Falha terapêutica relevante
- Uso off-label com efeitos adversos

7. Fluxograma

A[Paciente apresenta reação suspeita após medicamento] --> B[Registrar e comunicar equipe]

B --> C[Preencher ficha de RAM]

C --> D[Encaminhar ao farmacêutico/farmacovigilância]

D --> E[Notificar ao VigiMed (ANVISA)]

8. Referências

- ANVISA. Sistema VigiMed – Guia de Notificação de RAM (2021)
- OMS. Manual de Farmacovigilância
- RDC nº 406/2020 – Farmacovigilância de medicamentos

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

PROTOCOLO DE INTERNAÇÃO TEMPORÁRIA NA SALA DE OBSERVAÇÃO – UPA 24H

. **1. Objetivo**

Estabelecer critérios e rotinas para a internação temporária de pacientes na Sala de Observação da UPA 24h, assegurando o monitoramento contínuo, segurança e organização do cuidado.

2. Público-Alvo

- Médicos plantonistas
- Enfermeiros e técnicos de enfermagem
- Equipe da Regulação Interna

3. Materiais Necessários

- Prontuário físico ou eletrônico
- Prescrição médica e de enfermagem
- Equipamentos de monitorização (oxímetro, monitor multiparâmetro, etc.)
- Medicamentos e materiais de suporte
- Leitos equipados com oxigênio e rede de vácuo (quando aplicável)

4. Critérios para Internação Temporária

1. Paciente com quadro clínico agudo estável ou em estabilização, com necessidade de:
    - Observação clínica
    - Administração de medicamentos EV
    - Hidratação venosa
    - Monitoramento por período inferior a 24h
2. Indicação de regulação para unidade de maior complexidade, aguardando vaga.
3. Situações de desospitalização precoce inadequada, em reavaliação.

5. Procedimentos

1. Avaliação inicial médica e de enfermagem.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

2. Registro de admissão no prontuário com justificativa.
3. Alocação em leito conforme gravidade e necessidade de monitorização.
4. Início do plano terapêutico com prescrição completa.
5. Registrar hora de entrada, classificação de risco e plano previsto de permanência.
6. Realizar reavaliações clínicas a cada 2 horas (mínimo).
7. Atualizar quadro da Regulação quanto à vaga solicitada.

6. Fluxograma

A[Paciente avaliado no atendimento médico] --> B{Precisa de observação?}

B -- Sim --> C[Encaminhar para leito na Sala de Observação]

C --> D[Registrar internação temporária e prescrição]

D --> E[Monitoramento contínuo e reavaliações]

E --> F[Alta, transferência regulada ou internação hospitalar]

B -- Não --> G[Alta ou outro destino assistencial]

7. Referências

- Manual de Estrutura Física das UPAs – MS
- Portaria GM/MS nº 10/2017 – Regras para funcionamento das UPAs
- RDC nº 44/2012 – Serviços de Urgência

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO CLÍNICA EM PACIENTES EM OBSERVAÇÃO – UPA 24H

. **1. Objetivo**

Normatizar a frequência, método e critérios de avaliação clínica de pacientes em leitos de observação na UPA 24h, assegurando cuidado contínuo, identificação precoce de agravamentos e rastreamento de desfechos.

2. Público-Alvo

- Médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem da Sala de Observação

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

3. Procedimentos

3.1. Frequência de Avaliação Médica

- Admissão na sala de observação
- Reavaliação médica a cada 6 horas ou a qualquer sinal de alteração clínica
- Registrar evolução e necessidade de continuidade, alta ou transferência

3.2. Avaliação de Enfermagem

- Admissão com anamnese breve e sinais vitais
- Avaliações de enfermagem a cada 2 horas, incluindo:
    - Temperatura, FC, FR, PA, SpO2, glicemia (se aplicável)
    - Estado de consciência e dor
    - Débito urinário e hidratação
- Prescrição e execução de cuidados devem ser sistematizadas em folha própria

4. Instrumentos de Apoio

- Ficha de evolução multiprofissional
- Protocolo MEWS ou NEWS (Early Warning Score) para risco clínico
- Avaliação de dor (escala visual ou numérica)
- Escalas de risco de queda e úlcera por pressão

5. Condutas Possíveis após Avaliação

Situação	Conduta
Quadro estável e sem queixas	Reavaliar alta médica em até 6h
Quadro em agravamento	Notificar médico, intensificar cuidados ou encaminhar para vaga regulada
Quadro resolutivo	Alta da observação com orientações

6. Fluxograma

A[Paciente admitido na Sala de Observação] --> B[Enfermagem avalia sinais vitais e dor]

B --> C[Médico reavalia em até 6h]

C --> D{Evolução clínica}

D -- Estável --> E[Continuar observação]

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

D -- Agravo --> F[Acionar regulação ou cuidados intensivos]

D -- Resolvido --> G[Alta com orientações]

7. Referências

- Ministério da Saúde. Protocolo de Segurança do Paciente na Urgência
- ANVISA. RDC nº 7/2010 – Boas práticas de cuidados intensivos
- Escore NEWS2 – NHS/UK adaptado pelo MS

PROTOCOLO DE CONTROLE DE TEMPO DE PERMANÊNCIA EM LEITO – UPA 24H

. **1. Objetivo**

Monitorar o tempo de permanência dos pacientes nos leitos da UPA (especialmente em observação), a fim de evitar superlotação, promover fluxos resolutivos e garantir a rotatividade assistencial com segurança.

2. Público-Alvo

- Coordenação da UPA
- Equipes médica, de enfermagem e regulação interna

3. Procedimentos

3.1. Definição de Tempo de Permanência

- O tempo ideal de permanência em observação deve ser inferior a 24 horas, exceto em situações excepcionais, como espera de vaga regulada.

3.2. Registro e Monitoramento

1. O horário de entrada no leito de observação deve ser registrado em prontuário, mapa da sala e sistema.
2. A coordenação deve gerar relatórios com horários de entrada, tempo atual, previsão de alta ou transferência.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

3. Os pacientes com tempo superior a 12h devem ser priorizados na discussão com a regulação e equipe assistencial.

4. Indicadores de Monitoramento

- Tempo médio de permanência por mês
- Taxa de permanência > 24h (%)
- Casos com permanência por tipo de CID
- Número de altas x número de vagas reguladas

5. Condutas Gerenciais

Tempo de Permanência	**Ação**
Até 6h	Conduta padrão de observação
6–12h	Nova reavaliação médica obrigatória
12–24h	Acionar Regulação e justificar manutenção
>24h	Notificar coordenação, avaliar transferência ou desospitalização com suporte de equipe gestora

6. Fluxograma

A[Paciente admitido em leito] --> B[Registrar hora de entrada]

B --> C[Gerar alerta após 6h de permanência]

C --> D[Reavaliação médica e decisão clínica]

D --> E{Tempo > 12h?}

E -- Sim --> F[Regulação prioriza ou alta planejada]

E -- Não --> G[Manter em observação com monitoramento]

7. Referências

- Portaria GM/MS nº 10/2017 – Diretrizes de funcionamento da UPA
- Manual de Indicadores da Rede de Urgência e Emergência
- Protocolo Nacional de Acolhimento com Classificação de Risco

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

PROTOCOLO DE SOLICITAÇÃO E CONTROLE DE MATERIAIS MÉDICO-HOSPITALARES – UPA 24H

. **1. Objetivo**

Normatizar o processo de requisição, distribuição, controle e reposição de materiais médico-hospitalares, assegurando o abastecimento contínuo, evitando desperdícios e rupturas.

2. Público-Alvo

- Coordenação de enfermagem
- Farmacêutico e equipe do almoxarifado
- Técnicos responsáveis por controle de estoque

3. Materiais e Ferramentas

- Fichas de requisição diária (física ou digital)
- Sistema de controle de estoque (Hórus, e-SUS, Excel)
- Planilhas de consumo médio mensal
- Formulário de registro de perdas/avarias
- Etiquetas, caixas organizadoras e leitores de código de barras (se houver)

4. Procedimentos

1. Setores preenchem ficha de requisição diária, com assinatura do responsável.
2. Almoxarifado confere a requisição com base no saldo disponível e histórico de consumo.
3. Registra-se data, quantidade, lote e validade dos materiais entregues.
4. A cada final de mês, realiza-se inventário físico e confronto com sistema.
5. Registrar e comunicar perdas, vencimentos e devoluções.

5. Fluxograma

A[Setor solicita materiais via ficha] --> B[Almoxarifado confere e separa]

B --> C[Entrega com registro de lote e validade]

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

C --> D[Assinatura do responsável do setor]

D --> E[Atualização de estoque e consumo]

6. Referências

- ANVISA – RDC nº 786/2023
- Portaria GM/MS nº 2.048/2002 – Regulamento Técnico de Urgência
- Manual de Gestão de Suprimentos no SUS

PROTOCOLO DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA DE EQUIPAMENTOS – UPA 24H

. **1. Objetivo**

Estabelecer a rotina de manutenção preventiva de equipamentos médicos e não médicos, assegurando seu funcionamento seguro e prolongando sua vida útil.

2. Público-Alvo

- Equipe técnica de engenharia clínica ou empresa contratada
- Coordenação administrativa
- Profissionais usuários dos equipamentos

3. Procedimentos

1. Listar todos os equipamentos da UPA com número de patrimônio e especificações técnicas.
2. Elaborar cronograma semestral de manutenção preventiva.
3. Emitir Ordem de Serviço (OS) para cada inspeção.
4. Verificar funcionamento, calibração, integridade física, limpeza interna.
5. Emitir relatório técnico e etiqueta de manutenção atualizada (data e próxima revisão).
6. Equipamentos com falhas devem ser retirados de uso e identificados.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

4. Documentos de Apoio

- Planilha de cronograma de manutenção
- OS padronizada com campos obrigatórios
- Registro fotográfico (se necessário)
- Mapa de equipamentos críticos (monitor, desfibrilador, cardioversor, etc.)

5. Fluxograma

A[Elaboração do cronograma semestral] --> B[Execução da manutenção preventiva]

B --> C[Preenchimento da OS e etiquetagem]

C --> D[Atualização do banco de dados]

D --> E[Revisão e liberação do equipamento]

6. Referências

- ANVISA – RDC nº 2/2010 (Boas Práticas em Tecnovigilância)
- Ministério da Saúde – Manual de Gestão de Equipamentos Médicos
- ABNT NBR ISO 13485 – Requisitos para dispositivos médicos

PROTOCOLO DE CONTROLE DE ENTRADA E SAÍDA DE VISITANTES E FUNCIONÁRIOS – UPA 24H

. **1. Objetivo**

Organizar o fluxo de entrada e saída de profissionais e visitantes nas dependências da UPA, assegurando segurança, identificação e rastreabilidade do acesso.

2. Público-Alvo

- Portaria e segurança patrimonial
- Profissionais da saúde
- Acompanhantes/visitantes autorizados

3. Procedimentos para Funcionários

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

1. Acesso permitido mediante crachá com foto e identificação do setor.
2. Registrar entrada e saída no ponto físico ou digital.
3. Profissionais terceiros ou visitantes técnicos devem apresentar documento e autorização.

4. Procedimentos para Visitantes

1. Permissão conforme normas internas de visitação (ex: 30 min, 1 visitante por vez).
2. Preencher livro de registro com nome completo, CPF, paciente visitado e horário.
3. Entregar crachá de visitante com devolução obrigatória.

5. Fluxograma

A[Chegada de visitante ou profissional] --> B[Identificação/documento]

B --> C[Registro em livro ou sistema]

C --> D[Liberação com crachá ou autorização]

D --> E[Controle de saída com conferência]

6. Referências

- Lei nº 13.979/2020 – Acesso e rastreabilidade em unidades de saúde
- Política Nacional de Humanização – MS
- Normas de Biossegurança da ANVISA

PROTOCOLO DE SEGURANÇA PATRIMONIAL E ACESSO NOTURNO – UPA 24H

. **1. Objetivo**

Padronizar ações de controle e vigilância patrimonial no período noturno na UPA 24h, assegurando a integridade física das equipes, dos bens e dos usuários.

2. Público-Alvo

- Equipe de segurança e vigilância
- Coordenação administrativa

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Todos os profissionais e usuários da UPA

3. Procedimentos

3.1. Acesso Noturno (19h às 7h)

- Portões e portas secundárias devem permanecer trancados.
- A entrada ocorre exclusivamente pela portaria principal.
- Visitantes não são permitidos no período noturno, exceto em casos autorizados (pediatria, pacientes críticos).

3.2. Rondas e Monitoramento

- Rondas internas e externas a cada 2 horas
- Verificação de portas, janelas, iluminação e sensores
- Checagem de alarmes e câmeras de segurança

3.3. Ocorrências e Acionamentos

- Qualquer incidente deve ser registrado em livro de ocorrências e comunicado à coordenação
- Em caso de invasão, agressão ou ameaça, acionar imediatamente a Guarda Municipal ou Polícia Militar

4. Equipamentos e Ferramentas

- Câmeras de CFTV
- Rádios comunicadores
- Iluminação de emergência
- Relógio de ponto e sistema de alarme
- Livro de registro de ocorrências

5. Fluxograma

A[Início do turno noturno] --> B[Trancar acessos secundários]

B --> C[Permitir entrada apenas pela portaria principal]

C --> D[Realizar rondas periódicas e registrar situação]

D --> E[Registrar qualquer intercorrência e acionar suporte]

6. Referências

- Portaria GM/MS nº 1.274/2017 – Segurança em Unidades de Saúde

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Lei nº 13.675/2018 – Política Nacional de Segurança Pública
- Regulamento Interno de Serviços Terceirizados (segurança patrimonial)

ÓBITOS E CUIDADOS PÓS-MORTE

PROTOCOLO DE COMUNICAÇÃO DE ÓBITO À FAMÍLIA E AUTORIDADES – UPA 24H

. **1. Objetivo**

Estabelecer um fluxo humanizado e seguro para a comunicação do óbito aos familiares e autoridades, promovendo acolhimento, respeito e rastreabilidade das ações assistenciais e legais.

2. Público-Alvo

- Equipe médica
- Assistente social ou profissional designado
- Coordenação da UPA
- Familiares e/ou responsáveis legais

3. Materiais Necessários

- Prontuário médico completo
- Declaração de Óbito (DO)
- Formulário de notificação de óbito (SINAN, e-SUS)
- Telefone de contato da família
- Sala reservada para acolhimento
- Termo de ciência/recebimento (quando necessário)

4. Procedimentos

4.1. Confirmação e Registro

1. Médico atesta o óbito e registra no prontuário com data, hora, causas, e condutas realizadas.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

2. Equipe médica emite a Declaração de Óbito (DO) conforme Lei 8.978/94.

4.2. Comunicação à Família

3. O profissional de saúde, preferencialmente o médico assistente ou o assistente social, realiza a comunicação presencial de forma:
    - Reservada
    - Clara, empática e respeitosa
    - Sem tecnicismos desnecessários
4. Conceder tempo para o acolhimento emocional e esclarecimentos.
5. Disponibilizar apoio psicossocial, se necessário.

4.3. Comunicação às Autoridades (em casos legais)

6. Nos casos de óbito com causa externa, suspeita de crime ou indeterminação, acionar:
    - Polícia Militar ou Civil
    - Instituto Médico Legal (IML)
    - Serviço de Verificação de Óbito (SVO)
7. Aguardar a liberação oficial antes de qualquer movimentação do corpo.

5. Fluxograma

A[Confirmação do óbito pelo médico] --> B[Preenchimento da DO]

B --> C[Comunicação reservada à família]

C --> D{Causa clínica ou externa?}

D -- Clínica --> E[Orientar família sobre liberação e velório]

D -- Externa ou suspeita --> F[Acionar Polícia/IML/SVO]

E --> G[Encaminhar corpo ao necrotério]

F --> G

6. Referências Normativas

- Lei nº 8.978/1994 – Declaração de Óbito
- RDC ANVISA nº 275/2002 – Boas Práticas Pós-Morte
- Política Nacional de Humanização (PNH)
- Código de Ética Médica – CFM

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

PROTOCOLO DE CUIDADOS PÓS-MORTE E LIBERAÇÃO DO CORPO – UPA 24H

. **1. Objetivo**

Orientar os procedimentos técnicos, legais e humanizados para o cuidado pós-morte, preservação do corpo e encaminhamento à família ou às autoridades competentes, promovendo segurança e respeito à dignidade do falecido.

2. Público-Alvo

- Profissionais de enfermagem
- Equipe médica
- Coordenação administrativa
- Auxiliares de apoio ou serviços gerais (quando aplicável)

3. Materiais Necessários

- Paramentação adequada (luvas, avental, gorro, máscara)
- Lençol limpo, esparadrapo, etiquetas de identificação
- Bolsa para pertences pessoais
- Saco para acondicionamento do corpo (impermeável)
- Carrinho ou maca para transporte
- Termo de entrega do corpo (interno ou externo)

4. Procedimentos

4.1. Preparação do Corpo

1. Confirmado o óbito, identificar o corpo com etiqueta (nome completo, data, horário e número de DO).
2. Retirar cateteres, sondas, acesso venoso, drenos (exceto se for caso de morte com investigação legal).
3. Higienizar o corpo com compressas úmidas.
4. Fechar olhos e boca (uso de esparadrapo se necessário).
5. Acondicionar o corpo com lençol limpo ou em saco impermeável.
6. Etiquetar o saco e guardar os pertences em bolsa lacrada com identificação.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

4.2. Liberação do Corpo

- Casos clínicos:
  - Entregar Declaração de Óbito à família
  - Orientar sobre empresa funerária autorizada para remoção
  - Liberar o corpo mediante assinatura de Termo de Recebimento
- Casos de causa externa/suspeita:
  - Corpo deve permanecer intacto
  - Proibido retirar materiais invasivos
  - Aguardar remoção oficial pelo IML ou SVO

5. Cuidados com o Ambiente e Profissionais

- Realizar limpeza terminal do leito e equipamentos utilizados
- Descartar corretamente os materiais biológicos
- Registrar todas as ações no prontuário
- Equipe deve receber apoio emocional, se necessário

6. Fluxograma

A[Confirmação e identificação do corpo] --> B[Retirada de dispositivos e higienização]

B --> C[Acondicionamento e etiquetagem]

C --> D{Causa clínica ou legal?}

D -- Clínica --> E[Liberação para funerária e entrega à família]

D -- Legal --> F[Manter corpo intacto e acionar IML/SVO]

E --> G[Registro e limpeza terminal]

F --> G

7. Referências Normativas

- RDC ANVISA nº 275/2002 – Cuidados Pós-Morte
- Portaria GM/MS nº 344/2011 – Assistência em Serviços de Urgência
- Manual de Procedimentos Pós-Óbito – Ministério da Saúde
- Resolução CFM nº 1.931/2009 – Código de Ética Médica

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

IESP	**POP 1 Preparo de Medicamento para Administração por Via Parenteral**

1. Definição : Método para o preparo de medicamentos não absorvíveis pelo trato gastrointestinal.

2. Objetivo: Oferecer segurança e qualidade nas medicações realizadas pela via parenteral.

3. Contraindicação: Ver contraindicações de cada via de administração de medicamento.

4. Executante: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material:

a. Bandeja

b. Algodão

c. Álcool a 70%

d. Seringa descartável, com dispositivo de segurança, apropriada à via de administração e volume

e. Agulha descartável apropriada

f. Medicamento prescrito

g. Etiqueta para identificar o medicamento

6. Descrição do procedimento

1 Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, portando um documento de identificação com foto;

2 Em caso de nomes comuns ou semelhantes/ homônimos, pedir ao paciente para que diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe; Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução; questionar se o paciente possui alergias;

3 Conferir o prescritor (nome e n° registro no órgão de classe) e a instituição procedente;

4 Checar o medicamento prescrito (droga certa), identificando a data/horário, legibilidade, dosagem (dose certa), via de administração, resposta ao medicamento, lote, validade, presença de alteração de cor e/ou resíduos da medicação a ser administrado. No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelo paciente, provenientes de outros locais onde

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

foram armazenados, checar procedência, lote, validade, transporte, temperatura, e outros quesitos e solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem conforme PARECER COREN-SP 40/2013;

5 Reunir o material;

6 Higienizar as mãos (POP 30);

Se for Ampola:

1 Observar se todo o medicamento está na parte inferior da ampola;

2 Limpar o gargalo com algodão embebido em álcool a 70%;

3 Montar a seringa com agulha de grosso calibre;

4 Quebrar a ampola utilizando algodão ou gaze;

5 Segurar a ampola entre os dedos indicador e médio de uma das mãos, e com a outra pegar a seringa e introduzir cuidadosamente dentro da ampola sem tocar as bordas externas, com o bisel voltado para baixo, em contato com o líquido;

6 Aspirar a dose prescrita;

Se for Frasco-Liófilo:

1 Retirar o lacre metálico do frasco superior, limpar a borracha e o gargalo da ampola com o diluente, usando algodão embebido em álcool a 70%;

2 Aspirar ao diluente da ampola e introduzir o líquido no frasco ampola;

3 Retirar a seringa, sem contaminar a agulha;

4 Realizar rotação do frasco entre as mãos para misturar o líquido ao pó, evitando a formação de espuma;

5 Colocar ar na seringa, na mesma quantidade do líquido que será aspirado do frasco;

6 Erguer o frasco verticalmente, com a borracha voltada para baixo, logo após introduzir a agulha, que está conectada à seringa, no mesmo e injetar o ar, aspirando a dose prescrita;

Se for Frasco-Ampola:

1 Retirar o lacre metálico superior;

2 Limpar a borracha com algodão embebido em álcool a 70%;

3 Montar seringa com agulha de grosso calibre;

4 Colocar ar na seringa na mesma proporção da quantidade do líquido a ser aspirado;

5 Erguer o frasco verticalmente, com a borracha voltada para baixo, logo após introduzir a agulha, que está conectada a seringa, no mesmo e injetar o ar;

6 Aspirar a dose prescrita;

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Ao final do preparo:

1 Proteger a agulha com protetor próprio;

2 Deixar a seringa/ agulha para cima em posição vertical, expelindo todo o ar que tenha penetrado;

3 Trocar a agulha conforme a especificidade do paciente, líquido e via de administração;

4 Identificar com nome do paciente, nome do medicamento, via de administração, horário de administração e colocar na bandeja;

5 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;

6 Higienizar as mãos (POP 30);

7 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 42

7. Observação

Orientar o paciente a comparecer ao serviço trazendo um documento com foto, garantindo sua segurança nas ações que serão desenvolvidas.

Evitar conversar durante o processo de preparação de medicamentos.

Solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem conforme PARECER COREN-SP 40/2013.

Se não conhecer o medicamento ou tiver dúvida sobre o mesmo, procurar o enfermeiro (a) do serviço.

Preparar o medicamento a ser administrado na presença do paciente.

Antes de administrar qualquer medicamento, assegure-se de que ele está na temperatura ambiente, evitando dessa forma a ocorrência de hipotermia.

Durante a reconstituição, diluição e administração dos medicamentos, observe qualquer mudança de coloração e formação de precipitado ou cristais. Caso ocorra um desses eventos, interrompa o processo e procure a orientação.

Caso a dose do frasco seja fracionada para vários horários, identificar frasco com nome do paciente, nome e quantidade do medicamento, data e horário da diluição.

Diluir o medicamento em soro compatível, como o SF 0,9% ou SG 5%, quando prescrito, de acordo com o fabricante.

Permanecer na unidade após administração de medicamentos injetáveis para observação, se necessário.

A OMS preconiza que caso a pele esteja limpa, não há necessidade do uso do álcool a 70% para algumas vias de administração de injetáveis, bem como de alguns imunobiológicos.

	Preparo da Pele e desinfecção

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Tipo de Administração	Água e sabão	Álcool a 70%
Intradérmica	Sim	Não
Subcutânea	Sim	Não
Intramuscular – Imunização	Sim	Não
Intramuscular – Terapêutica	Sim	Sim
Acesso Venoso	Não	Sim

POP 2 Administração de Medicamento por Via Intravenosa

1. Definição: Método de administração de medicamentos ou soluções através de uma veia.

2. Objetivo: Permitir absorção rápida do medicamento. Aplicar medicamentos a pacientes impossibilitados de utilizar outra via. Administrar doses elevadas de medicamentos e soros. Manter/ reestabelecer o equilíbrio hidroeletrolítico.

3. Contraindicação : Lesões de pele. Esclerose venosa e edema no local de punção. Membro com déficit motor e sensitivo ou fístula arteriovenosa. Membro superior com esvaziamento linfático. Distúrbios graves de coagulação.

4. Executante: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

- Bandeja
- Luva de procedimento
- Algodão
- Garrote/fita elástica
- Etiqueta para identificar o medicamento
- Seringa descartável com dispositivo de segurança
- Agulha descartável de grosso calibre – para aspiração/preparo do medicamento
- Medicamento/solução prescrita
- Solução prescrita para diluição do medicamento
- Equipo micro ou macrogotas (se necessário)

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Cateter intravenoso periférico (Abocath) ou dispositivo de infusão intravenoso (Scalp) com número adequado para quantidade e velocidade de infusão, e vaso escolhido para punção
- Esparadrapo ou fita adesiva microporosa.

6. Descrição do procedimento

1 Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, portando um documento de identificação com foto;

2 Em caso de nomes comuns ou semelhantes/ homônimos, pedir ao paciente para que diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe;

3 Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução. Questionar se o paciente possui alergias;

4 Conferir o prescritor (nome e n° registro no órgão de classe) e a instituição procedente;

5 Checar o medicamento prescrito (droga certa), identificando a data/horário, legibilidade, dosagem (dose certa), via de administração, resposta ao medicamento, lote, validade, presença de alteração de cor e/ou resíduos do medicamento a ser administrado. No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelo paciente, provenientes de outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote, validade, condições de transporte, temperatura, e outros quesitos e solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem conforme PARECER COREN-SP 40/2013;

6 Reunir o material;

7 Higienizar as mãos (POP 30);

8 Calçar as luvas de procedimento;

9 Posicionar o paciente de forma adequada, em local iluminado;

10 Avaliar a rede venosa do paciente e selecionar o vaso que será puncionado.

Atentar para possíveis contraindicações;

11 Realizar antissepsia da pele com algodão umedecido com álcool 70% por 30 segundos e aguardar mais 30 segundos para permitir a secagem da pele, deixando-a sem vestígios do produto, de modo a evitar qualquer interferência do álcool na aplicação;

12 Garrotear aproximadamente 10 cm acima do local escolhido para a realização da punção venosa, solicitar ao paciente a realização do movimento de abrir e fechar das mãos;

13 Utilizar o dispositivo mais adequado para infusão do medicamento conforme as indicações a seguir.

Punção com dispositivo de infusão intravenoso (Scalp):

1 Realizar a punção com o bisel do scalp voltado para cima;

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

2 Observar se há retorno venoso, se sim, soltar o garrote;

3 Conectar o equipo, se for o caso, e iniciar a infusão, controlar o gotejamento de acordo com o tempo em que a solução deve ser administrada;

4 Fixar o dispositivo com micropore ou esparadrapo e orientar o paciente quanto aos cuidados para não se perder o acesso venoso.

Punção com cateter intravenoso periférico (Abocath):

1 Realizar a punção com o bisel do abocath voltado para cima;

2 Observar se há retorno venoso no dispositivo, se sim, introduzir o cateter, remover a agulha ou acionar o dispositivo de recolhimento automático;

3 Soltar o garrote;

4 Conectar o equipo e iniciar a infusão, controlar o gotejamento de acordo com o tempo em que a solução deve ser administrada;

5 Fixar o dispositivo com micropore ou esparadrapo e orientar o paciente quanto aos cuidados para não se perder o acesso venoso;

6 Administrar o medicamento no tempo correto, conforme prescrição ou indicação do fabricante, observando atentamente o retorno venoso, o paciente, e as reações apresentadas (dor, incômodo ou mal estar).

Punção com seringa agulhada

1 Realizar a punção com o bisel da agulha voltado para cima;

2 Observar se há retorno venoso, se sim, soltar o garrote;

3 Administrar o medicamento lentamente, conforme prescrição ou indicação do fabricante, observando atentamente se a veia não foi transfixada.

Após a finalização da administração medicamentosa:

1 Retirar o dispositivo escolhido para punção e pressionar o local com algodão;

2 Orientar o paciente a manter o braço estendido e não carregar peso;

3 Desprezar os materiais perfurocortantes em recipiente adequado;

4 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;

5 Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos (POP 30);

6 Realizar anotação de enfermagem na receita do paciente, registrando lote e validade do medicamento administrado (rastreabilidade), assinar e carimbar;

7 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;

8 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 42).

7. Observação

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Orientar o paciente a comparecer ao serviço trazendo um documento com foto, garantindo sua segurança nas ações que serão desenvolvidas.

A escolha do dispositivo para punção venosa deve considerar o estado clínico do paciente, rede venosa, tipo de medicação, volume e tempo de infusão, tempo de permanência em observação na unidade.

Em caso de remoção via SAMU, utilizar preferencialmente o Abocath.

Evitar conversar durante o processo de preparação de medicamentos.

Solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem conforme PARECER COREN-SP 40/2013.

Se não conhecer o medicamento ou tiver dúvida sobre o mesmo, procurar o enfermeiro (a) do serviço.

Preparar o medicamento a ser administrado na presença do paciente.

Antes de administrar qualquer medicamento, assegure-se de que ele está na temperatura ambiente, evitando dessa forma a ocorrência de hipotermia.

Durante a reconstituição, diluição e administração dos medicamentos, observe qualquer mudança de coloração e formação de precipitado ou cristais. Caso ocorra um desses eventos, interrompa o processo e procure a orientação.

Caso a dose do frasco seja fracionada para vários horários, identificar frasco com nome do paciente, nome e quantidade do medicamento, data e horário da diluição.

Diluir o medicamento em soro compatível, como o SF 0,9% ou SG 5%, quando prescrito, de acordo com o fabricante.

Permanecer na unidade após administração de medicamentos injetáveis para observação, se necessário.

IESP	**POP 3 Administração de Medicamentos por Via Intramuscular**
Objetivo: Utilizar o tecido muscular como via de administração de medicamentos, beneficiando-se da rápida absorção de substâncias por esse tecido.	
2.Contraindicação: Processos inflamatórios locais. Medicação trazida em mãos (externas) pelo usuário e fora das especificações técnicas (imunoglobulinas, termolábeis, etc). Distúrbios graves de anticoagulação.	
3. Executante: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.	

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

4. Material

- EPI (luva de procedimento)
- Bandeja
- Seringa – conforme volume a ser injetado (máximo 5 ml)
- Agulha – comprimento/calibre compatível com a massa muscular e solubilidade do líquido a ser injetado
- Algodão
- Medicamento prescrito

5. Descrição do procedimento

1 Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento preferencialmente com foto;

2 Em caso de nomes comuns ou semelhantes/ homônimos, pedir ao paciente para que diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe;

3 Conferir o prescritor (nome e n° registro no órgão de classe) e a instituição procedente;

4 Checar o medicamento prescrito (droga certa), identificando a data/horário, legibilidade, dosagem (dose certa), via de administração, resposta ao medicamento. No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelo paciente, provenientes de outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote, validade, condições de transporte, temperatura, presença de alteração de cor e/ou resíduos da solução a ser administrada e outras quesitos;

5 Reunir o material;

6 Higienizar as mãos (POP 30);

7 Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

8 Paramentar-se com os EPIs;

9 Questionar se o usuário tem prótese de silicone ou silicone industrial injetado e qual a localização;

10 Escolher o local da administração e em caso de dúvida, chamar o enfermeiro (ver no item 7 deste POP as orientações para cada local de aplicação);

11 Realizar antissepsia da pele com algodão umedecido com álcool 70% por 30 segundos e aguardar mais 30 segundos para permitir a secagem da pele, deixando-a sem vestígios do produto, de modo a evitar qualquer interferência do álcool na aplicação;

12 Firmar o músculo, utilizando o dedo indicador e o polegar;

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

13 Introduzir a agulha com ângulo adequado à escolha do músculo;

14 Aspirar observando se atingiu algum vaso sanguíneo (caso aconteça, retirara a agulha do local, desprezar todo material e reiniciar o procedimento);

15 Injetar a solução lentamente, com o polegar na extremidade do êmbolo até introduzir toda a dose;

16 Retirar a seringa/agulha em movimento único e firme;

17 Fazer leve compressão no local;

18 Desprezar os materiais perfurocortantes em recipiente adequado;

19 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;

20 Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 30);

21 Realizar anotação de enfermagem na receita do paciente, registrando lote e validade do medicamento administrado (rastreabilidade), assinar e carimbar;

22 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;

23 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 42).

6. Observação

Vasto Lateral da Coxa:

Colocar o paciente em decúbito dorsal, lateral ou sentado;

Traçar um retângulo delimitado pela linha média na região anterior da coxa, (na Solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem conforme PARECER COREN-SP 40/2013.

Recomenda-se para adultos, de 2 a 3 ml no deltóide e no máximo 5 ml no dorso ou ventroglúteo; para bebê e crianças, preferencialmente utilizar a via ventroglútea ou o vasto lateral da coxa, sendo 0,5 a 1 ml para bebês e até 3 ml para crianças, sempre avaliando e analisando a massa muscular.

O músculo escolhido para administração do medicamento deve ser bem desenvolvido, de fácil acesso e não possuir vasos de grosso calibre ou nervos superficiais. O volume máximo e substância a ser utilizada devem ser compatíveis com a estrutura muscular.

Não é recomendado região dorsoglútea para menores de 2 anos, devido risco de acidentes com nervos e vasos, dada as variações anatômicas, bem como a musculatura pouco desenvolvida, por não serem deambulantes ainda.

No caso de pacientes que possuam prótese de silicone na região do glúteo implantada de maneira adequeada, de acordo com os padrões sanitários vigentes, é indicada a região ventroglútea para administração de medicamentos via intramuscular.

No caso de pacientes que fizeram a injeção de silicone industrial no corpo sem acompanhamento médico, o enfermeiro deverá avaliar a extensão do material injetado e se há extravasamento para outros locais como a região ventroglútea. Caso perceba

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

extravasamento para esta região, uma alternativa para administração via IM é a região deltóide, respeitando na diluição do fármaco o volume máximo a ser administrado de 3ml.

Locais de aplicação: O local apropriado para aplicação da injeção intramuscular é fundamental para uma administração segura. Na seleção do local deve-se considerar:

Distância em relação a vasos e nervos importantes;

Musculatura suficientemente grande para absorver o medicamento;

Espessura do tecido adiposo;

Idade do paciente;

Irritabilidade da droga;

Atividade do paciente.

Caso a região glútea (mais comumente utilizada em adultos), não seja adequada para a realização do procedimento, escolher a região vastolateral ou ventroglútea, solicitando a avaliação do enfermeiro em caso de dúvidas ou para a escolha da região deltóide. No caso da escolha da administração de medicamento

IM em região deltóide, é necessário atentar-se para a diluição em um volume menor de diluente, levando-se em consideração que nesta região o maior volume recomendado é de 3 ml.

Caso o enfermeiro constate o comprometimento da região do deltoide, deverá informar ao médico para que o tratamento seja prescrito por outra via de administração.

Dorsoglútea (DG):

1 Colocar o paciente em decúbito ventral ou lateral, com os pés voltados para dentro, para um bom relaxamento. A posição em pé é contra- indicada, pois há completa contração dos músculos glúteos, mas quando for necessário, pedir para o paciente ficar com os pés virados para dentro, pois ajudará no relaxamento;

2 Localizar o músculo grande glúteo e traçar uma linha imaginária, a partir da espinha ilíaca póstero-superior até o trocanter do fêmur;

3 Administrar a injeção acima dessa linha imaginária;

4 Indicada para adolescentes e adultos com bom desenvolvimento muscular e excepcionalmente em crianças com mais de 2 anos, com no mínimo 1 ano de deambulação.

Ventroglútea (VG):

1 Paciente pode estar em decúbito sentado lateral, ventral ou dorsal;

2 Colocar a mão esquerda no quadril direito do paciente;

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

3 Localizar com a falange distal do dedo indicador a espinha ilíaca ântero-superior direita;

4 Estender o dedo médio ao longo da crista ilíaca;

5 Espalmar a mão sobre a base do grande trocanter do fêmur e afastar o indicador dos outros dedos formando um triângulo ou "V". Realizar a aplicação dentro dessa área delimitada entre os dedos médios e indicador;

6 Indicada para crianças acima de 03 anos, pacientes magros, idosos ou caquéticos.

Deltóide:

1 Posicionar o paciente em pé, sentado ou decúbito lateral;

2 Localizar músculo deltóide que fica 2 ou 3 dedos abaixo do acrômio. Traçar um triângulo imaginário com a base voltada para cima e administrar o medicamento no centro do triângulo imaginário.

Escolha correta do ângulo:

- Vasto lateral da coxa – ângulo 45 em direção podálica;
- Deltóide – ângulo 90º;
- Ventroglúteo – angulação dirigida ligeiramente à crista ilíaca;
- Dorsoglúteo – ângulo 90º.

Escolha correta do calibre da agulha:

Conforme Horta & Teixeira (1973) a dimensão da agulha em relação à solução e à espessura da tela subcutânea (quantidade de tecido abaixo da pele) na criança e no adulto, deve seguir o seguinte esquema:

Faixa Etária	Espessura Subcutânea	Solução Aquosa	Solução Oleosa ou Suspensão
Adulto	Magro	25 x 6/7	25 x 8
	Normal	30 x 6/7	30 x 8
	Obeso	30 x 8	30 x 8
Criança	Magra	20 x 6	20 x 6
	Normal	25 x 6/7	25 x 8
	Obesa	30 x 8	30 x 8

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

	POP 4 Administração de Medicamento Via Subcutânea

1. Definição: Método de administração de medicamentos ou soluções através da hipoderme, conhecida como tecido subcutâneo, através da pele.

2. Objetivo: Lentificar o tempo de absorção do medicamento administrado.

3. Contraindicação: Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

4. Executante: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem

5. Material

- Bandeja
- Luvas de procedimento
- Algodão
- Agulha descartável 1,20x25 (18G) – para aspiração/ preparo do medicamento
- Agulha para aplicação (13x4,5 ou 8x4,5)
- Seringa de 1 ml
- Medicamento prescrito.

6. Descrição do Procedimento

1 Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento preferencialmente com foto;

2 Em caso de nomes comuns ou semelhantes/ homônimos, pedir ao paciente para que diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe;

3 Conferir o prescritor (nome e n° registro no órgão de classe) e a instituição procedente;

4 Checar o medicamento prescrito (droga certa), identificando a data/horário, legibilidade, dosagem (dose certa), via de administração, resposta ao medicamento. No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelos pacientes, provenientes de outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote, validade, condições de transporte, temperatura, presença de alteração de cor e/ou resíduos da solução a ser administrada e outros quesitos;

5 Reunir o material;

6 Higienizar as mãos (POP 30);

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

7 Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

8 Conferir atentamente nome, validade, presença de alteração de cor e/ou resíduos da solução a ser administrada;

9 Calçar as luvas de procedimento; 10 Escolher o local da administração;

11 Realizar limpeza na pele com água e sabão, caso haja sujidade visível;

12 Pinçar com os dedos a pele do local da administração (correta posição das mãos no instante de aplicar a injeção: a seringa deve estar posicionada entre o polegar e o indicador da mão dominante);

13 Introduzir a agulha com o bisel voltado para cima num ângulo 45° a 90°; dependendo da quantidade de tecido subcutâneo no local;

14 Aspirar, observando se atinge algum vaso sanguíneo; 15 Injetar o líquido lentamente;

16 Retirar a agulha com movimento único e firme; 17 Fazer leve compressão local com algodão;

18 Desprezar os materiais perfurocortantes em recipiente adequado; 19 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;

20 Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos (POP 30);

21 Realizar anotação de enfermagem na receita do paciente, registrando lote e validade do medicamento administrado (rastreabilidade), assinar e carimbar;

22 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção; 23 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

Sempre que possível, solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem conforme PARECER COREN-SP 40/2013.

Evitar conversar durante a o processo de preparação de medicamentos.

Se não conhecer o medicamento ou tiver dúvida sobre o mesmo, procurar o enfermeiro do serviço.

Preparar o medicamento a ser administrado na presença do paciente.

Durante a reconstituição, diluição e administração das soluções, observar qualquer mudança de coloração e formação de precipitado ou cristais. Caso ocorra um desses eventos, interrompa o processo, procure a orientação do farmacêutico ou do enfermeiro.

Caso a dose do frasco seja fracionada para vários horários, identificar frasco com data e horário da diluição.

Na administração de insulina e heparina não realizar massagem após aplicação.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Locais de aplicação: região deltoide no terço proximal, face superior externa do braço, face externa coxa, parede abdominal. Administrar volume máximo 0,5 a 1 ml (o tecido subcutâneo é extremamente sensível a soluções irritantes e grandes volumes de medicamento). Realizar rodízio nos locais de aplicação.

	POP 5 Administração de Medicamento por Via Intradérmica
1. Definição:Método de administração de medicamentos ou soluções através da derme.	
2. Objetivo: Realizar imunização com vacina antirrábica e BCG. Realizar reações e hipersensibilidade.	
3. Contraindicação: Não há contraindicação para a realização deste procedimento	
4. Executante: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.	
5. Material • Bandeja • EPIs (luvas de procedimento e óculos de proteção) • Algodão • Seringa descartável de 1 mL • Agulha descartável 1,20x25 (18G) – para aspiração/preparo do medicamento • Agulha 10x5 ou 13x4,5 para administração da substância • Solução prescrita	
6. Descrição do procedimento 1 Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento de identificação preferencialmente com foto; 2 Em caso de nomes comuns ou semelhantes/ homônimos, pedir ao paciente para que diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe; 3 Conferir o prescritor (nome e n° registro no órgão de classe) e a instituição procedente; 4 Checar o medicamento prescrito (droga certa), identificando a data/horário, legibilidade, dosagem (dose certa), via de administração, resposta ao medicamento.	

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelo paciente, provenientes de outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote, validade, condições de transporte, temperatura e outros quesitos;

5 Reunir o material;

6 Higienizar as mãos (POP 30);

7 Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

8 Conferir atentamente nome, validade, presença de alteração de cor e/ou resíduos da solução a ser administrada;

9 Calçar as luvas de procedimento e óculos de proteção individual;

10 Escolher o local da administração (pouca pigmentação, pouco pelo, pouca vascularização, fácil acesso para leitura);

11 Realizar limpeza da pele com água e sabão, caso haja sujidade visível; 12 Colocar os óculos de proteção;

13 Segurar firmemente com a mão o local, distendendo a pele com o polegar e o dedo indicador;

14 Introduzir a agulha paralelamente à pele, com o bisel voltado para cima, até que o mesmo desapareça;

15 Injetar a solução lentamente, com o polegar na extremidade do êmbolo até introduzir toda a dose;

16 Após a finalização da administração, retirar o polegar da extremidade do embolo e a agulha da pele;

17 Não friccionar o local;

18 Desprezar os materiais perfurocortantes em recipiente adequado; 19 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;

20 Retirar os EPIs;

21 Higienizar as mãos (POP 30);

22 Realizar anotação de enfermagem na receita do paciente, registrando lote e validade do medicamento administrado (rastreabilidade), assinar e carimbar;

23 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção; 24 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 44).

7. Observação

Recomenda-se que, sempre que possível o paciente seja identificado com documento com foto, garantindo a Segurança nas ações desenvolvidas.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem conforme PARECER COREN-SP 40/2013.

Evitar conversar durante a o processo de preparação de medicamentos

Se não conhecer o medicamento ou tiver dúvida sobre o mesmo, procurar o enfermeiro do serviço.

Preparar o medicamento a ser administrada na presença do paciente.

Antes de administrar soluções intradérmicas, assegure-se de que ela está na temperatura adequada, evitando dessa forma a inativação da mesma.

Durante a reconstituição, diluição e administração das soluções, observe qualquer mudança de coloração e formação de precipitado ou cristais. Caso ocorra um desses eventos, interrompa o processo, procure a orientação.

Caso a dose do frasco seja fracionada para vários horários, identificar frasco com data e horário da diluição.

Imediatamente após a administração, aparecerá no local uma pápula de aspecto esbranquiçado e poroso (tipo casca de laranja), com bordas bem nítidas e delimitadas, desaparecendo posteriormente.

A aplicação de imunoterapia com alérgenos – comumente conhecida como "vacina antialérgica" – deverá seguir o padrão de boas práticas: checar prescritor, instituição proveniente, rotulagem, orientação acerca da conservação, data de fabricação, data da validade, periodicidade na administração, dentre outros. As aplicações deverão ser registradas em prontuário e/ou formulário que garanta o acompanhamento das dosagens.

IESP	**POP 6 Administração de Medicamentos por Via Oral**
1. Definição: Técnica pela qual os medicamentos são fornecidos pela boca e deglutidos com líquido ou dissolvidos na forma sublingual.	
2. Objetivo: Utilizar a via oral para a administração de medicamentos orais tais como drágeas, cápsulas, comprimidos, xaropes e suspensões.	
3. Contraindicação: Pacientes com incapacidade de deglutição ou com rebaixamento significativo do nível de consciência.	
4. Executante: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem	
5. Material • Copo descartável ou copo graduado quando xarope ou solução aquosa.	

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Medicamento
- Bandeja
- Líquido para ingestão (copo de água)

6. Descrição do procedimento

1 Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento de identificação, preferencialmente com foto;

2 Em caso de nomes comuns ou semelhantes/ homônimos, pedir ao paciente para que diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe;

3 Conferir o prescritor (nome e n° registro no órgão de classe) e a instituição procedente;

4 Checar o medicamento prescrito (droga certa), identificando a data/horário, legibilidade, dosagem (dose certa), via de administração, resposta ao medicamento. No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelos pacientes, provenientes de outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote, validade, condições de transporte, temperatura e outros quesitos;

5 Reunir o material;

6 Higienizar as mãos (POP 30);

7 Separar o medicamento evitando tocá-lo com as mãos. Usar a própria tampa do frasco ou gaze para auxiliar. Em caso de suspensão aquosa ou xarope, agitar o frasco e separar a dose prescrita com auxílio de copo graduado ou conta-gotas;

8 Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

9 Oferecer o medicamento;

10 Drágeas ou cápsulas: orientar o paciente a não mastigar o medicamento e evitar consumir outros líquidos durante a absorção;

11 Medicamento sublingual: pedir ao paciente que mantenha o medicamento sob a língua, não mastigando ou engolindo;

12 Medicamento bucal (de absorção em mucosa da bochecha): orientar o paciente a alternar as bochechas para evitar a irritação da mucosa;

13 Certificar-se que o medicamento foi deglutido ou completamente dissolvido; 14 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;

15 Higienizar as mãos (POP 30);

16 Realizar anotação de enfermagem na receita do paciente, registrando lote e validade do medicamento administrado (rastreabilidade), assinar e carimbar;

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

17 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção; 18 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 42).

	POP 7 Administração de Medicamento por Via Inalatória

1. Definição: Método de administração de medicamentos ou soluções através do sistema respiratório.

2. Objetivo: Umidificar as vias aéreas. Fluidificar secreções do trato respiratório, facilitando a sua expectoração. Manter a permeabilidade da via aérea.

3. Contraindicação: Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

4. Executante: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enermagem.

5. Material

- Máscara para nebulização
- Copo nebulizador
- Extensão de látex (chicote)
- Seringa descartável de 10 ml com dispositivo de segurança
- Agulha descartável 1,20x25 (18G) – para aspiração da solução para diluição (se necessário)
- Solução de diluição prescrita
- Medicamento prescrito
- Fonte de oxigênio ou ar comprimido

6. Descrição do procedimento

1 Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento de identificação, preferencialmente com foto;

2 Em caso de nomes comuns ou semelhantes/ homônimos, pedir ao paciente para que diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe;

3 Conferir o prescritor (nome e n° registro no órgão de classe) e a instituição procedente;

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

4 Checar o medicamento prescrito (droga certa), identificando a data/horário, legibilidade, dosagem (dose certa), via de administração, resposta ao medicamento. No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelo paciente, provenientes de outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote, validade, condições de transporte, temperatura e outros quesitos;

5 Reunir o material;

6 Higienizar as mãos (POP 30);

7 Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

8 Conferir atentamente nome, validade, presença de alteração de cor e/ou resíduos do medicamento e solução a serem administrados;

9 Aspirar a quantidade prescrita da solução para diluição do medicamento, se necessário;

10 Preparar corretamente o medicamento prescrito no copo nebulizador (quantidade de solução associada ao medicamento, conforme prescrição);

11 Conectar o copo nebulizador a extensão de látex (chicote), que está acoplada ao fluxômetro de ar comprimido/oxigênio;

12 Regular o fluxo (5 a 10 litros/mim). Em caso de oxigênio o fluxo deve estar prescrito;

13 Orientar o paciente a manter a respiração nasal durante a inalação do medicamento;

14 Fechar o fluxômetro ao término da inalação e oferecer papel toalha ao paciente para este secar a umidade do rosto;

15 Comunicar ao prescritor que o procedimento foi finalizado, caso haja a necessidade de reavaliação após procedimento;

16 Desconectar o copo da extensão de látex (chicote) acoplado ao fluxômetro e colocar o copo e a máscara para lavagem e desinfecção;

17 Desprezar os materiais perfurocortantes em recipiente adequado; 18 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;

19 Higienizar as mãos (POP 30);

20 Realizar anotação de enfermagem na receita do paciente, registrando lote e validade do medicamento administrado (rastreabilidade), assinar e carimbar;

21 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção; 22 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 42).

7. Observação

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Recomenda-se que, sempre que possível o paciente seja identificado com documento com foto, garantindo a Segurança nas ações desenvolvidas.

Solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem conforme PARECER COREN-SP 40/2013.

Evitar conversar durante a o processo de preparação de medicamentos.

Se não conhecer o medicamento ou tiver dúvida sobre o mesmo, procurar o enfermeiro do serviço.

Preparar o medicamento a ser administrado na presença do paciente.

Durante o preparo de soluções inalatórias, principalmente de Brometo de Ipratrópio (Atrovent) e Bromidrato de Fenoterol (Berotec) deve-se solicitar ao paciente ou seu responsável para conferir juntamente com o profissional a dose prescrita e administrada.

Durante a reconstituição, diluição e administração das soluções, observe qualquer mudança de coloração e formação de precipitado ou cristais.

Caso a solução para diluição esteja em um frasco que será fracionado para vários procedimentos, identificar frasco com data e horário de abertura e

validade.

Deve-se fazer a inalação com o paciente sentado ou em decúbito elevado, sempre que possível, para facilitar a expectoração.

IESP	**POP 8 Administração de Medicamento por Via Ocular**
1. Definição: Técnica para instilar colírios ou pomadas oftálmicas na bolsa conjuntival.	
2. Objetivo: Administrar medicamentos na bolsa conjuntival como em casos de glaucoma, após cirurgia de catarata, uso de lágrimas artificiais e vasoconstritores.	
3. Contraindicação: Uso de medicamentos que não sejam preparados para a administração oftálmica.	
4. Executante: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.	
5. Material • Colírio ou pomada oftalmológica • Gaze	
6. Descrição do procedimento	

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

1 Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento de identificação, preferencialmente com foto;

2 Em caso de nomes comuns ou semelhantes/ homônimos, pedir ao paciente para que diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe;

3 Conferir o prescritor (nome e n° registro no órgão de classe) e a instituição procedente;

4 Checar o medicamento prescrito (droga certa), identificando a data/horário, legibilidade, dosagem (dose certa), via de administração, resposta ao medicamento. No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelos pacientes, provenientes de outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote, validade, transporte, temperatura e outros quesitos;

5 Reunir o material;

6 Higienizar as mãos (POP 30).

7 Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução, solicitando que incline a cabeça para trás;

8 Afastar a pálpebra inferior com o auxílio da gaze, apoiando a mão na face do paciente e evitando tocá-la, pedindo ao paciente para olhar para cima;

9 Pingar o medicamento na bolsa conjuntival, orientando o paciente a fechar a pálpebra;

10 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;

11 Higienizar as mãos (POP 30);

12 Realizar anotação de enfermagem na receita do paciente, registrando lote e validade do medicamento administrado (rastreabilidade), assinar e carimbar;

13 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção; 14 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 42).

Observação

- Orientar o paciente a comparecer ao serviço trazendo um documento com foto, garantindo sua segurança nas ações que serão desenvolvidas.
- Usar o medicamento apenas no olho afetado.
- Sempre que possível, solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem conforme PARECER COREN-SP 40/2013.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

IESP	**Procedimento Operacional Padrão 09 : Administração e Mistura de Insulinas**

Definição: Método para a administração de duas insulinas no mesmo horário.

Objetivo: Melhorar o tratamento com as ações complementares destas insulinas numa mesma aplicação;

Evitar duas aplicações subcutâneas.

Contraindicação: Incompatibilidade das associações de certas formulações numa mesma seringa.

Executante: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Algodão;

Álcool a 70%;

Seringa de 01 ml;

Frascos de insulinas (NPH e Regular ou Ultra- Rápida).

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento de identificação, preferencialmente com foto;

Em caso de nomes comuns ou semelhantes/ homônimos, pedir ao paciente para que diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe;

Conferir o prescritor (nome e n° registro no órgão de classe) e a instituição procedente;

Checar o medicamento prescrito (droga certa), identificando a data/horário, legibilidade, dosagem (dose certa), via de administração, resposta ao medicamento. No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelos pacientes, provenientes de outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote, validade, transporte, temperatura e outros quesitos;

Higienizar as mãos;

Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

Retirar o lacre superior do frasco de insulina e limpar a borracha com algodão embebido em álcool a 70%;

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Injetar o ar correspondente à dose prescrita de insulina NPH no frasco de insulina NPH, lentamente, facilitando a aspiração da dose exata desta insulina e evitar a formação de bolhas;

Retirar a agulha do frasco sem aspirar a insulina NPH;

Injetar o ar correspondente à dose prescrita de insulina R no frasco de insulina R ou Ultrarrápida e retirar a dose;

Introduzir novamente a agulha no frasco de insulina NPH, no qual o ar foi previamente injetado, e puxar o êmbolo até a marca correspondente à soma das doses das duas insulinas;

Retirar a agulha do frasco, e prosseguir seguindo recomendações da técnica de aplicação de medicamento subcutâneo;

Desprezar os materiais pérfuro- cortantes em recipiente adequado.

Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;

Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;

Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;

Registrar o procedimento em planilha de produção.

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Orientar o paciente a comparecer ao serviço trazendo um documento com foto, garantindo sua segurança nas ações que serão desenvolvidas.

Sempre que possível, solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem;

No caso de uma aspiração da insulina maior que a necessária, descartar as insulinas e reiniciar o procedimento. NUNCA devolva para nenhum dos frascos as insulinas já misturadas;

Mistura de NPH e regular pode ser utilizada imediatamente ou armazenada em refrigerador para uso em até 30 dias e mistura de NPH e ultrarrápida deverá ser utilizada imediatamente após o preparo;

Aspirar primeiro a insulina de ação rápida (R) ou ultra rápida (Lispro), que possuem aspecto límpido transparente e, em seguida, a insulina de ação intermediária (N) que possui aspecto turvo, leitoso. O objetivo é diminuir a possibilidade de entrada de insulina NPH no frasco de insulina R ou Lispro, alterando a capacidade destas insulinas agirem rapidamente em outra aplicação;

Rolar o frasco de insulina de aspecto leitoso (NPH), levemente entre as mãos, por no mínimo 20 vezes, para garantir ação correta da insulina.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

IESP	**POP 10 Aferição da Glicemia Capilar**

Definição: Método para obtenção do nível de glicemia capilar dos indivíduos

Objetivo: Obter de maneira rápida o nível de glicose sanguínea, por meio de punção digital.

Contraindicação: Pacientes com distúrbios de coagulação sanguínea.

Executante: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Bandeja

Algodão

Álcool a 70%

Luvas de procedimento

Lanceta

Glicosímetro

Fitas reagentes

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

Conferir prescrição de enfermagem ou médica e reunir o material;

Higienizar as mãos;

Calçar as luvas de procedimento;

Conectar a fita reagente ao glicosímetro;

Orientar o paciente a lavar as mãos com água e sabão, enxaguar e secar. Fazer antissepsia com algodão embebido no álcool a 70% e secar completamente;

Posicionar o dedo do paciente para baixo e perfurar a lateral do dedo com uso da lanceta, sem ordenhar o local;

Ao formar uma gota de sangue, aproximá-la da tira reagente e aguardar a sucção;

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Comprimir o local com algodão seco; Aguardar o resultado pelo glicosímetro; Desprezar os materiais pérfuro-cortantes em recipiente adequado. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados; Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos; Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário; Registrar o procedimento em planilha de produção. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.
Observação Seguir as instruções dos fabricantes dos glicosímetros, checando recomendações específicas; Evitar locais frios, cianóticos ou edemaciados para a punção para assegurar uma amostra de sangue adequada; Verificar a validade das fitas; Verificar a compatibilidade entre o número do “chip” /código com o número do lote da fita utilizada; Comunicar resultado ao enfermeiro, caso esteja alterado; Cumprir rodízio dos locais de punção; Amostras de sangue escorridas ou ordenhadas não deverão ser utilizadas.

	POP 11 Aferição da Pressão Arterial
Definição: Procedimento para avaliar o nível de pressão arterial dos indivíduos.	
Objetivo : Detectar precocemente desvios de normalidade; Indicar variações individuais de níveis pressóricos. Contraindicação Aferir em membros com trombose venosa profunda, acessos venosos, lesões ou do lado em que foi realizada mastectomia.	
Executante : Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.	

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Material

Algodão;

Álcool a 70%;

Estetoscópio;

Esfigmomanômetro.

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

Reunir o material;

Higienizar as mãos;

Chamar o paciente, confirmar o nome, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

Colocar o paciente em repouso, com o braço livre de rounidadess, relaxado e mantido no nível do coração, apoiado e com a palma da mão para cima com o cotovelo ligeiramente fletido;

Identificar o manguito adequado (com largura correspondente a 40% da circunferência do braço), realizar assepsia das olivas e campânula do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70%;

Colocar o manguito no membro, ajustando-o 2 a 3 cm acima da fossa cubital sem deixar folgas;

Palpar a artéria radial, fechar a válvula da pêra e insuflar o manguito enquanto continua palpar a artéria, tendo o cuidado de que para identificar com exatidão o primeiro som de KorotKoff, o manguito precisar estar inflado a uma pressão acima do ponto em que o pulso não pode ser mais sentido e anotar o ponto no manômetro em que o pulso desaparece (estimativa da pressão sistólica);

Desinsuflar o manguito rapidamente;

Aguardar 30 segundos para insuflar o manguito novamente (tempo necessário para diminuição da congestão venosa;

Colocar a campânula do estetoscópio sobre a artéria braquial e colocar o manômetro em posição de leitura;

Manter o estetoscópio firme sobre o pulso braquial, sem pressão excessiva, e insufle o manguito gradualmente até o valor da PAS estimada pelo método palpatório, e continue insuflando até 20- 30 mmHg acima desta pressão;

Esvaziar lentamente o manguito a uma velocidade de 2-4 mmHg/seg., identificando pelo método auscultatório a PAS (1º som audível) e a PAD (último som);

Desinsuflar totalmente o manguito;

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Repetir o procedimento, se necessário, após aguardar de 1-2 minutos; Retirar o manguito do braço do paciente; Realizar novamente assepsia das olivas e diafragma do estetoscópio; Higienizar as mãos; Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário; Registrar o procedimento em planilha de produção; Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.
Observação Orientar para que o paciente descanse por 5 a 10 minutos em ambiente calmo antes da aferição e que não fale durante a execução do procedimento; Na 1ª avaliação fazer a medida da PA com o paciente sentado e em pé, especialmente em idosos, diabéticos, alcoólicos, em uso de medicação anti-hipertensiva; Certificar-se de que o paciente não esteja com a bexiga cheia, não praticou exercícios físicos, não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos, ou fumou até 30 minutos antes da aferição; O esfigmomanômetro deve ser periodicamente testado e devidamente calibrado a cada 6 meses ou sempre que apresentar sinais de descalibração.

IESP	**POP 12 Anotação de Enfermagem**
Definição: Anotação de Enfermagem é o registro sistematizado de todas as informações, observações, avaliações e ações relativas ao cuidado do paciente/cliente.	
Objetivo: Fornecer informações sobre a assistência prestada, assegurar a comunicação entre a equipe de saúde e garantir a continuidade das informações.	
Contraindicação: Não há contraindicação para realização deste procedimento.	
Executante: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.	
Material Prontuário ou ficha de atendimento; Caneta esferográfica preferencialmente azul ou preta; Carimbo pessoal (com nome do profissional, categoria e número registro no conselho de classe).	

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

Registrar todo e qualquer procedimento realizado no paciente sobre sua responsabilidade, garantindo o respaldo legal dos profissionais e garantia da continuidade da assistência prestada (segurança do paciente e do profissional de Enfermagem);

Nunca registrar procedimento ou cuidado feito por terceiros;

Registrar de forma completa, clara, legível, pontual, cronológica e objetiva, observando ortografia, caligrafia e redação;

Devem ser precedidas de data e hora e assinadas ao final. O uso do carimbo faz parte da assinatura;

Não pode conter rasuras, entrelinhas, espaços em branco;

O registro deve constar em impresso devidamente identificado no cabeçalho com nome completo do paciente, e complementado com data e horário, bem como numeração da página;

Registrar cuidados prestados, observações efetuadas e sinais/sintomas referidos pelo paciente sem usar termos que deem conotação de valor (bem, mal, muito, pouco, etc.);

A Anotação de Enfermagem embasa a Sistematização de Enfermagem realizada pelo Enfermeiro, e deve conter nela as respostas frente aos cuidados prescritos pelo Enfermeiro;

Conter apenas abreviaturas previstas em literatura;

Sempre registrar em impressos próprios e padronizados pela instituição.

Observação

O conteúdo da anotação deve ser descritiva e não interpretativa;

Não utilizar corretivos, nem riscar, molhar ou manchar o impresso;

Em caso de erro na anotação, usar a palavra “digo”, entre vírgulas;

O prontuário é um documento de valor legal, para o paciente, para a instituição e para a equipe de saúde e poderá ser utilizado como instrumento de ensino e pesquisa, além de servir como defesa e respaldo legal a todos;

As anotações são necessárias para garantir a continuidade na assistência prestada;

Os registros de estudantes dos diferentes níveis de formação profissional de Enfermagem deverão ser acompanhados pelos supervisores de atividade prática e estágio supervisionado, conforme Resolução Cofen n° 441/2013 e ser pactuado com o órgão responsável pela articulação ensino/serviço (CETS);

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

IESP	**POP 13 Cateterismo Vesical de Demora**

Definição: É a introdução de uma sonda/cateter estéril e permanente da uretra até a bexiga com finalidade diagnóstica ou terapêutica.

Objetivo : Controlar o volume urinário;

Possibilitar a eliminação da urina em pacientes imobilizados, inconscientes ou com obstrução.

Contraindicação : Obstrução mecânica do canal uretral;

Uretrite;

Hipertrofia prostática (relativa – necessário avaliação médica).

. Executante : Enfermeiro (privativo).

Material

EPIs (avental, máscara cirúrgica, óculos de proteção, luva estéril);

Biombo;

Bandeja de cateterismo vesical esterilizada (contendo cuba rim, pinça para antissepsia, cuba redonda, gazes esterilizadas e campo fenestrado);

Sonda de Foley de calibre adequado;

Sistema fechado de drenagem urinária estéril;

Ampola de água destilada (quantidade para encher o balonete conforme discriminado na sonda);

Agulha para aspiração;

Seringa de 20ml sem luer lock;

Lidocaína gel 2%;

Fita adesiva (esparadrapo ou adesivo hipoalergênico);

Gaze estéril se necessário;

Solução de PVPI tópico;

Materiais para higiene íntima se necessário (água e sabão).

Descrição do procedimento

Após realizar higiene íntima se necessário, com a finalidade de prevenir a contaminação por agentes microbianos, realizar os seguintes passos:

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Ação de enfermagem

Checar a prescrição;

Reunir o material;

Higienizar as mãos;

Chamar o paciente, confirmar o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);

Posicionar o paciente adequadamente:

Sexo feminino: decúbito dorsal, com joelhos flexionados e afastados com os pés sobre o leito.

Sexo masculino: decúbito dorsal com as pernas levemente afastadas.

Paramentar-se com os EPIs;

Colocar o recipiente para descarte próximo ao paciente, posicionando-o de forma a não passar o descarte contaminado sobre o campo estéril;

Abrir o material de cateterismo sobre a mesa auxiliar ou entre os joelhos do paciente, atentar para o nível de consciência e agitação do mesmo;

Abrir os materiais descartáveis (sonda, seringa, agulha, gaze estéril e sistema coletor fechado) e adicioná-los ao campo estéril com técnica asséptica;

Abrir a ampola de água destilada sobre a mesa de cabeceira do paciente;

Desprezando o primeiro jato, colocar solução de PVPI tópico nas gazes estéreis que se encontram na cuba redonda;

Abrir bisnaga de lidocaína gel 2%, desprezando o primeiro jato.

Sexo feminino: colocar a solução sobre a gaze estéril.

Sexo masculino: após calçar as luvas estéreis solicitar ajuda para colocar o gel dentro de uma seringa de 20ml;

Calçar luvas estéreis;

Com auxílio de uma seringa de 20ml e uma agulha de aspiração, sem contaminar as mãos, aspirar água destilada necessária para insuflar o balonete conforme descrito na sonda de Foley e testá-lo, retirando a água após o teste e reservar a seringa com água no campo estéril;

Adaptar a sonda de Foley na bolsa coletora (sistema fechado de drenagem esterilizado);

Realizar a antissepsia da região genital, com auxílio da pinça, contaminando apenas a mão não dominante:

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Sexo masculino:

Retrair o prepúcio com a mão não dominante, segurar o pênis abaixo da glande.

Manter a mão não dominante na posição durante todo procedimento;

Com a mão dominante, pegar uma gaze com a pinça e limpar o pênis. Fazer movimento circular do meato uretral para baixo até a base da glande. Repetir o procedimento três vezes.

Sexo feminino:

Com a mão não dominante, retrair os grandes lábios e manter a posição ao longo do procedimento;

Usando pinça na mão dominante, pegar gazes estéreis saturadas com solução antisséptica e limpar sempre da frente para trás do clitóris na direção do ânus. Limpar meato uretral, pequenos e grandes lábios;

Colocar o campo fenestrado sobre a genitália, deixando o meato exposto;

Lubrificar a sonda com lidocaína. No homem, poderá ser injetado o lubrificante diretamente na uretra através de seringa de 20 ml;

Introduzir a sonda delicadamente no meato uretral até observar a drenagem de urina.

Quando paciente do sexo masculino, levantar o pênis na posição perpendicular ao corpo do paciente e introduzir a sonda até a bifurcação.

Quando paciente do sexo feminino introduzir aproximadamente mais 10 centímetros, que garante que a sonda de Foley esteja posicionada após o esfíncter uretral;

Insuflar o balonete com água destilada, observando o volume marcado na sonda, mantendo a extremidade distal da sonda no interior da bexiga;

Tracionar lentamente a sonda até sentir resistência;

Retirar o campo fenestrado sem desconectar o sistema fechado de drenagem;

Fixar sonda na parte interna da coxa (sexo feminino) e área suprapúbica (sexo masculino). Evitar possível tensão no trígono urogenital (sexo feminino) e tensão uretral na junção penescrotal (sexo masculino);

Prender o coletor na parte inferior da cama após colocar a data, hora e nome do funcionário;

Deixar o paciente confortável. Lavar e secar a área perineal conforme for necessário;

Desprezar os materiais pérfuro- cortantes em recipiente adequado.

Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;

Retirar os EPIs e higienizar as mãos;

Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Registrar o procedimento em planilha de produção.

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Para realizar este procedimento é necessária prescrição médica (sondagem e retirada da sonda);

Não há um intervalo ideal preconizado para a troca da sonda, mas recomenda-se a sua retirada precocemente;

Respeitar a privacidade do paciente, mesmo que este esteja inconsciente;

Manter o sistema de drenagem fechado, a não ser em situações específicas, como nas irrigações urinárias;

Escolher sondas de menor calibre (12 a 16F) em adultos. Utilizar sondas de maior calibre (20 a 24 F) quando for passível a formação de coágulo;

Trocar todo sistema de drenagem fechado quando ocorrer obstrução do cateter ou do tubo coletor, suspeita ou evidência de incrustações na superfície interna do cateter, violação ou contaminação do cateter e/ou do sistema de drenagem e febre sem outra causa conhecida;

Manter bolsa coletora abaixo do nível da bexiga e orientar o paciente a mantê-la nesta posição;

Clampear a extensão quando for necessário elevar o coletor acima do nível da bexiga;

Alternar os locais da fixação e trocar a fita adesiva a cada 24 horas;

Manter o ponto distal de drenagem do coletor de urina suspenso, ou seja, sem que este encoste no solo.

Realizar higiene íntima com água e sabão, e do meato uretral, pelo menos duas vezes ao dia;

Perguntar ao paciente se este apresenta alergia a látex, PVPI e/ou fita adesiva (microporeR ou esparadrapo).

Em caso de urgência, (bexigoma, infecções de urina, entre outras) a troca do CVD poderá ser delegada a profissional auxiliar/técnico de enfermagem devidamente capacitado.

IESP	**POP 14 Cateterismo Vesical de Alívio**

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Definição : É a introdução de uma sonda/cateter estéril da uretra até a bexiga com finalidade diagnóstica ou terapêutica.
Objetivo : Colher material para exame. Possibilitar a eliminação da urina em pacientes imobilizados. Inconscientes ou com obstrução. Esvaziar a bexiga em caso de retenção urinária. Mensurar débito urinário.
Contraindicação Obstrução mecânica do canal uretral. Uretrite. Hipertrofia prostática (relativa – necessário avaliação médica). Executante Enfermeiro.
Material EPIs (avental, máscara cirúrgica, óculos de proteção e luva estéril); Biombo; Bandeja de cateterismo vesical esterilizada (contendo cuba rim, pinça para antissepsia, cuba, redonda gazes esterilizadas e campo fenestrado); Sonda uretral de alívio; Seringa de 20ml sem luer lock; Lidocaína gel 2%; Gaze estéril se necessário; Solução de PVPI tópico; Materiais para higiene íntima se necessário (água e sabão).
Descrição do procedimento Após realizar higiene íntima se necessário, com a finalidade de prevenir a contaminação por agentes microbianos, realizar os seguintes passos:
Ação de enfermagem Checar a prescrição; Reunir o material; Higienizar as mãos;

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Chamar o paciente, confirmar o nome, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);

Posicionar o paciente adequadamente:

Sexo feminino: decúbito dorsal, com joelhos flexionados e afastados com os

pés sobre o leito.

Sexo masculino: decúbito dorsal com as pernas levemente afastadas.

Paramentar-se com os EPIs;

Colocar o recipiente para descarte próximo ao paciente, posicionando-o de forma a não passar o descarte contaminado sobre o campo estéril;

Abrir o material de cateterismo sobre a mesa auxiliar ou entre os joelhos do paciente, atentar para o nível de consciência e agitação do mesmo;

Abrir os materiais descartáveis (sonda, seringa e gaze estéril) e adicioná-los ao campo estéril com técnica asséptica;

Desprezando o primeiro jato, colocar solução de PVPI tópico nas gazes estéreis que se encontram na cuba redonda;

Abrir bisnaga de lidocaína gel 2%, desprezando o primeiro jato.

Sexo feminino: colocar a solução sobre a gaze estéril;

Sexo masculino: após calçar as luvas estéreis solicitar ajuda para colocar o gel dentro de uma seringa de 20ml;

Calçar luvas estéreis;

Com auxílio da pinça, proceder antissepsia da região genital, contaminando apenas a mão não dominante:

Sexo masculino:

Retrair o prepúcio com a mão não dominante, segurar o pênis abaixo da glande.

Manter a mão não dominante na posição durante todo procedimento.

Com a mão dominante, pegar uma gaze com a pinça e limpar o pênis. Fazer movimento circular do meato uretral para baixo até a base da glande. Repetir o procedimento três vezes.

Sexo feminino:

Com a mão não dominante, retrair os grandes lábios e manter a posição ao longo do procedimento.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Usando pinça na mão dominante, pegar gazes estéreis saturadas com solução antisséptica e limpar sempre da frente para trás do clitóris na direção do ânus. Limpar meato uretral, pequenos lábios e grandes lábios;

Colocar o Campo fenestrado sobre a genitália, deixando o meato exposto;

Lubrificar a sonda com xilocaína. No homem, poderá ser injetado o lubrificante diretamente na uretra através de seringa de 20 ml;

Introduzir a sonda delicadamente no meato uretral até observar a drenagem de urina;

Drenar a diurese na cuba rim, quando for realizar coleta de exames, colocar a urina no coletor próprio e após drenar a urina na cuba rim;

Retirar a sonda e o campo fenestrado;

Desprezar a urina no vaso sanitário;

Deixar o paciente confortável. Lavar e secar a área perineal conforme for necessário;

Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;

Higienizar as mãos;

Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;

Registrar o procedimento em Planilha de Produção;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Para realizar este procedimento é necessário prescrição médica;

Respeitar a privacidade do paciente, mesmo que este esteja inconsciente;

Escolher sonda que sejam adequadas ao diâmetro da uretra do paciente.

IESP	**POP 15 Coleta de Exames Laboratoriais**

Definição: Coletar amostras biológicas de material humano para auxiliar o diagnóstico e/ou tratamento em Unidades de Saúde de Urgência

Executante: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

VARIÁVEIS		ESCORE
Abertura ocular	Espontânea À voz À dor Nenhuma	4 3 2 1
Resposta verbal	Orientada Confusa Palavras inapropriadas Palavras incompreensivas Nenhuma	5 4 3 2 1
Resposta motora	Obedece comandos Localiza dor Movimento de retirada Flexão anormal Extensão anormal Nenhuma	6 5 4 3 2 1

TOTAL MÁXIMO	TOTAL MÍNIMO	INTUBAÇÃO
15	3	8

Objetivo : Realizar exames laboratoriais para diagnóstico, monitoramento e tratamento de doenças.

Contraindicação: Distúrbios de coagulação.

Material

EPIs;

Tubos para coleta de sangue à vácuo;

Kit estéril para urocultura;

Frasco preparador para exame parasitológico de fezes;

Kit não estéril para Urina I;

Frasco preparador para exame protoparasitológico de fezes.

Caixa térmica azul com gelo reciclável congelado (para urina, fezes, baciloscopia, biópsias e outros exames. Cada tipo de material em uma caixa separada e devidamente identificada na parte externa).

Caixa vermelha sem gelo reciclável (para hemoderivados.) os quais deverão ser separados em estantes pela cor da tampa.

Gelo reciclável;

Caixa para descarte de material pérfuro-cortante;

Livro de registro para controle de exames realizados.

Descrição do procedimento

Chamar o paciente pelo nome completo com o formulário único de requisição de exames nas mãos;

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Apresentar-se ao usuário e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução.

Solicitar documento com foto e conferir com o nome constante no exame.

Separar a guia de requisição de exames.

Verificar quais exames foram solicitados.

Solicitar ao paciente que assine o Termo de Consentimento para realização dos exames.

Verificar quais exames foram solicitados e se contém, quando necessário, os demais documentos anexados (SADT, SINAN, Filipeta, etc).

Verificar se os dados estão completos e igualmente descritos em todos os documentos, com letra legível respeitando os espaços dos quadrados do formulário, contendo os dados: nome completo do paciente (sem abreviaturas), sexo, data de nascimento, matrícula, dados completos do solicitante (nome, categoria profissional, número do conselho de classe, assinatura e carimbo), número do cartão SUS e data da solicitação do exame. Se for gestante, assinalar o campo gestante do Formulário.

Confirmar com o paciente se este encontra-se com o tempo de jejum adequado e demais preparos adequados para os exames solicitados (vide Manual do Laboratório Municipal);

Questionar sobre os medicamentos de uso contínuo do usuário, orientando-o a ingeri-los/administrá-los após a coleta de sangue, evitando sempre que possível ultrapassar o horário de costume.

Para os exames coletados em casa, checar se os frascos estão bem vedados e colocar nas respectivas caixas térmicas, as quais deverão estar com gelo reciclável congelado na quantidade padronizada.

Identificar o(s) frasco(s) dos exames entregues pelo usuário (fezes e urina), com as etiquetas, de acordo com o tipo de exame.

Identificar a guia de requisição com a etiqueta controle;

Registrar em livro-controle: data da coleta, dados do paciente e discriminar os exames solicitados, colocando o número da etiqueta controle;

Acondicionar o material colhido em residência na caixa térmica indicada;

Orientar o paciente quanto ao resultado do exame;

fornecer etiqueta com número do exame para controle;

Encaminhar o paciente à sala de coleta, quando necessário, de acordo com exames solicitados;

Deixar a guia de exames juntamente com as etiquetas e os tubos separados para proceder a coleta de sangue, de modo que o usuário não fique de posse desse material.

Na sala de coleta

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Chamar o paciente pelo seu nome completo com o formulário único de requisição de exames nas mãos e apresentar-se cordialmente ao usuário ou ao responsável, no caso de incapaz e/ou menor de idade.

Conferir o nome do usuário, pedindo para que repita seu nome completo e apresente o documento com foto e conferir os exames solicitados e os tubos.

Posicionar o usuário para a coleta, sentado ou deitado, a depender das condições do indivíduo e da faixa etária.

Proceder ou orientar a coleta do exame solicitado (vide Manual do Laboratório Municipal);

Higienizar as mãos utilizando água e sabão ou utilizar o álcool 70.

Devidamente paramentado (EPIs), calçar as luvas de procedimento e fazer a escolha do local da punção.

Fazer a desinfecção do local escolhido com gaze ou algodão embebido em álcool a 70%, realizando um único movimento de dentro para fora. Aguardar o álcool secar naturalmente e não tocar o local da punção. Se o paciente estiver usando roupas de mangas longas dobradas, verificar se a manga está prendendo a circulação. Se for o caso, desdobrar a manga, afrouxando-a.

Abrir o material na frente do paciente. Realizar a quebra do lacre da agulha e conectá-la ao adaptador, certificando-se sempre de que o conjunto está bem acoplado.

Garrotear aproximadamente a uns 04 cm do local escolhido para punção, não ultrapassando o tempo de 1 minuto para não haver alteração nos resultados.

Retirar a proteção da agulha e, imediatamente, fazer a punção na veia escolhida. Segurar o dispositivo entre os dedos polegar e indicador da mão dominante, posicionando o bisel da agulha para cima. Fazer a punção numa angulação oblíqua de aproximadamente 30 °.

Inserir o tubo de coleta à vácuo mantendo o adaptador imóvel e quando o sangue começar a entrar no tubo, desgarrotear e pedir para que o usuário abra a mão.

Aguardar o total preenchimento do tubo para depois colocar o próximo e é essencial obedecer à sequência dos tubos preconizada pela CLSI: 1º tubo de tampa azul- (Citrato / para Unidades autorizadas), 2º tubo de tampa amarela com Gel Ativador, 3º tubo de tampa roxa (EDTA) e por último, 4º tubo de tampa cinza (fluoreto de sódio/EDTA).

Homogeneizar por inversão suavemente todos os tubos no mínimo oito vezes, inclusive o de tampa amarela e/ou vermelha. Uma inversão é contada após virar o tubo para baixo e retorná-lo a posição inicial.

Retirar a agulha da veia acionando, imediatamente, o dispositivo de segurança da agulha, e colocando uma gaze ou algodão sobre o local e pedir para o paciente pressionar o local sem dobrar o braço.

Descartar a agulha em caixa própria para resíduos pérfurocortantes; separar o adaptador de agulha (canhão) para posterior higienização com hipoclorito 1% por 30 minutos.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Após a coleta dos exames na presença do usuário, etiquetar os tubos corretamente. 17 Mostrar ao usuário submetido ao exame e/ou seu responsável os tubos etiquetados buscando a confirmação de que todas as amostras de sangue estão corretamente identificadas.

Realizar novamente a checagem e separação das guias de solicitação de exames e acondicionar em local que garanta sua integridade;

Encaminhar ao Laboratório Municipal as guias de exames e os materiais coletados separados em caixas térmicas contendo gelo reciclável e acondicionados adequadamente;

Registrar o procedimento em planilha de produção;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Não entregar para o usuário os tubos e/ou o pedido de exame enquanto ele aguarda ser chamado na sala de coleta.

O descarte das etiquetas excedentes é de responsabilidade do profissional que coletou o exame.

Recomenda-se um fluxo único para o procedimento de coleta e não dividido por equipes de referência.

Recomenda-se arquivar as guias de solicitação de exames na Unidade, evitando assim que o usuário rasure a mesma.

Recomenda-se que o profissional que coletou o exame assine e carimbe o formulário único.

Orienta-se a registrar em livro de coleta quando o paciente trouxer a guia de exames em mãos, vinda de outro serviço (Policlínicas, Hospitais, etc).

Para os usuários incapacitados de realizar coleta espontânea de urina, deve-se realizar Cateterismo Vesical de Alívio.

Exames de DST/AIDS deverão ser realizados de acordo com a Portaria n° 77 MS/GM 12/01/2012.

Exames de Microbiologia: Importante lembrar que amostras para exames de A fresco de Secreção vaginal - Grupo 13, Culturas em Geral (úlceras, Secreções de ferida, ocular e orofaringe) - Grupo 15 e Cultura de fezes – Grupo 16, DEVEM SER ARMAZENADAS E TRANSPORTADAS AO LABORATÓRIO EM MALOTE SEM GELO, A TEMPERATURA AMBIENTE.

RDC 302 (item 6.1.7): “A amostra deve ser identificada no momento da coleta ou da sua entrega quando coletada pelo paciente”. O descarte das etiquetas da cartela não utilizadas é de responsabilidade do profissional da coleta.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Atenção: usar 01 adaptador de agulha por paciente a cada dia, realizando a desinfecção posteriormente.

	POP 16 Higienização Simples das Mãos

1. Definição: É a medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência à saúde.

2. Objetivo:

Remover a sujidade e outros resíduos;

Reduzir a microbiota transitória;

Prevenir a transmissão de microrganismos patogênicos.

3. Contraindicação

Não há contraindicação para realização deste procedimento.

4Executante: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

5. Material

Pia;

Papel toalha;

Almotolia de sabão líquido neutro ou soluções antissépticas.

6. Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

Confirmar a presença dos materiais necessários para o procedimento;

Retirar adornos;

Arregaçar a manga do vestuário até altura do cotovelo, se necessário;

Posicionar-se em frente a pia, sem encostar-se à mesma;

Abrir a torneira;

Molhar as mãos;

Fechar a torneira;

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabão líquido neutro para cobrir toda superfície das mãos;

Friccionar toda a superfície de 10 a 15 segundos:

palma contra palma;

palma direita sobre dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos;

palma esquerda sobre o dorso da mão direita, entrelaçando os dedos;

palma contra palma com os dedos entrelaçados, friccionando os espaços interdigitais;

parte posterior dos dedos em oposição à palma, com movimentos de vai-vem;

rotação dos polegares direito e esquerdo;

friccionar as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda fechada em concha fazendo movimento circular e vice-versa;

esfregar punho esquerdo com auxílio da palma da mão direita em movimento circular e vice-versa;

Abrir a torneira;

Enxaguar as mãos no sentido dos dedos para os punhos;

Enxugar as mãos com papel toalha, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos;

Fecha a torneira com auxílio do mesmo papel toalha que enxugou as mãos e despreza-lo na lixeira de resíduos comuns.

7. Observação

Segundo a NR32 não se deve usar adornos no local de trabalho;

Os cinco momentos para a higienização das mãos são: antes de contato com o paciente, antes da realização de procedimento asséptico, após risco de exposição a fluidos corporais, após contato com o paciente, após contato com as áreas próximas ao paciente;

Manter unhas curtas e limpas e não utilizar unhas artificiais;

Evite espirrar pois os microrganismos disseminam-se com maior facilidade em superfícies úmidas.

	POP 17 Medida da Circunferência Abdominal

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

1. Definição: Técnica para avaliar aproximadamente a massa de gordura intra-abdominal e da gordura total do corpo.

2. Objetivo: Avaliar a distribuição de gordura nos indivíduos, visto que algumas complicações, como as doenças metabólicas crônicas, estão associadas à deposição da gordura abdominal.

3. Contraindicação : Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

4. Executante: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

5. Material

Fita métrica não extensível/inelástica.

6. Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

Reunir o material;

Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

Higienizar as mãos;

Solicitar ao paciente que fique em pé, ereto, abdome relaxado, braços estendidos ao longo do corpo e as pernas paralelas, ligeiramente separadas;

Afastar a rounidades do paciente de forma que a região da cintura fique despida;

Posicionar-se lateralmente ao paciente e localizar o ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca;

Segurar o ponto zero da fita métrica com uma mão e com a outra passar a fita ao redor da cintura sobre o ponto médio localizado;

Verificar se a fita está no mesmo nível em todas as partes da cintura; não deve ficar larga, nem apertada;

Pedir ao paciente que inspire e, em seguida, que expire totalmente.

Realizar a leitura antes que a pessoa inspire novamente;

Higienizar as mãos;

Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;

Registrar o procedimento em planilha de produção.

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

7. Observação A medida não deve ser feita sobre a roupa ou cinto.

	POP 18 Medida de Estatura
1. Definição: Técnica para obtenção da altura dos indivíduos.	
2. Objetivo: Obter o valor preciso da altura dos indivíduos para avaliação antropométrica.	
3. Contraindicação Não há contraindicação para a realização deste procedimento.	
4. Executante: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.	
5. Material: Antropômetro.	
6. Descrição do procedimento Ação de enfermagem Reunir o material; Higienizar as mãos; Apresentar-se ao paciente/acompanhante e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução; Crianças menores de 2 anos: Deitar a criança no centro do antropômetro descalça e com a cabeça livre de adereços; Manter, com a ajuda da mãe/ responsável: a cabeça da criança, apoiada firmemente contra a parte fixa do equipamento, com o pescoço reto e o queixo afastado do peito; os ombros totalmente em contato com a superfície de apoio do antropômetro; os braços estendidos ao longo do corpo, as nádegas e os calcanhares da criança em pleno contato com a superfície que apoia o antropômetro; Pressionar, cuidadosamente, os joelhos da criança para baixo, com uma das mãos, mantendo-os estendidos. Juntar os pés, fazendo um ângulo reto com as pernas.	

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Levar a parte móvel do equipamento até as plantas dos pés, com cuidado para que não se mexam;

Realizar a leitura do comprimento quando estiver seguro de que a criança não se moveu da posição indicada;

Retirar a criança;

Higienizar as mãos;

Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;

Registrar o procedimento em planilha de produção;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Crianças maiores de 2 anos, adolescentes e adultos:

Posicionar o paciente descalço, com a cabeça livre de adereços, no centro do equipamento;

Solicitar ao paciente que permaneça de pé, ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo, com a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos;

Solicitar ao paciente que encoste os calcanhares, ombros e nádegas em contato com o antropômetro/ parede;

Abaixar a parte móvel do equipamento, fixando-a contra a cabeça, com pressão suficiente para comprimir o cabelo;

Solicitar ao paciente que desça do equipamento, mantendo o cursor imóvel;

Realizar a leitura da estatura, sem soltar a parte móvel do equipamento;

Higienizar as mãos;

Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;

Registrar o procedimento em planilha de produção;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

7. Observação

Antropometro vertical deve estar fixado numa parede lisa e sem rodapé.

IESP	**POP 19 Colocação de Colar Cervical**
Definição	

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Selecionar e colocar o colar cervical de tamanho adequado, para a imobilização da coluna cervical de uma vítima de trauma e manutenção da tração e do alinhamento da cabeça e pescoço.
Objetivo Proteger a coluna cervical de compressão; Evitar o agravamento de possíveis lesões.
Contraindicação Objeto encravado no local de colocação do colar; Ferimento com sangramento intenso (fazer curativo compressivo antes da colocação do colar); Se a movimentação cuidadosa da cabeça e do pescoço em direção a uma posição alinhada e neutra provocar qualquer uma das seguintes reações, devendo ser imediatamente interrompida: Resistência ao movimento; Espasmos dos músculos do pescoço; Aumento da dor; Início ou aumento de déficit neurológico (como adormecimento, formigamento ou perda da motricidade); Comprometimento da via aérea ou da ventilação.
Executante Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.
Material Colar cervical de tamanhos variados e/ou ajustáveis.
Descrição do procedimento Para realizar este procedimento com segurança é necessária a presença de dois socorristas, sendo pelo menos um deles profissional da enfermagem, o outro poderá ser um socorrista capacitado. Ação de enfermagem Explicar o procedimento ao paciente caso este esteja consciente e solicitar que não mova a cabeça e nem o pescoço; Primeiro socorrista: fazer a estabilização manual da cabeça e do pescoço da vítima em posição alinhada neutra; utilizar ambas as mãos, colocando o 2º ao 5º dedo e palmas da mão sob a região occipital e cada um dos polegares na região temporomandibular. Manter ligeira tração cefálica e o alinhamento da coluna cervical, eixo nariz, umbigo, pés;

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Segundo socorrista: retirar suavemente, rounidadess e adereços do pescoço e orelhas, para que esses não interfiram na colocação do colar cervical;

Segundo socorrista: medir a distância entre a mandíbula e uma linha imaginária na base do pescoço (músculo trapézio) com uma das mãos, em posição transversal e avaliar o número de dedos que cabe nesse espaço, para determinar o tamanho do colar;

Segundo socorrista: utilizar a medida feita com os dedos na lateral do colar (considerando apenas o plástico rígido e não a parte de espuma), para a seleção do tamanho adequado ou para fazer a regulagem nos colares ajustáveis;

Segundo socorrista: colocar o colar de tamanho apropriado, enquanto o primeiro socorrista mantem a estabilização neutra alinhada da cabeça. Se a vítima estiver sentada a colocação deve ser iniciada pela frente, a partir do mento e o fechamento com o velcro na parte posterior, de forma firme, porém sem apertar.

Na vítima deitada, a colocação deve ser iniciada pela parte da nuca, tendo o cuidado de dobrar o velcro para não enroscar nos cabelos e prender cabelos compridos, se necessário. Concluir a colocação do colar ajustando-o ao mento e fazer o fechamento com o velcro na lateral, mantendo uma folga apenas para conforto;

Em caso de utilização de colar ajustável, certificar-se que este está travado no tamanho correto, antes de colocá-lo no pescoço da vítima;

Primeiro Socorrista: Permanecer na posição inicial de estabilização manual da cabeça e do pescoço até que a vítima esteja totalmente imobilizada e não apenas com o colar cervical.

Observação

Os colares devem ser de tamanho adequado para cada paciente;

colar não deve impedir a abertura da boca do paciente (espontânea ou realizada pelo socorrista caso ocorra saída de secreção/êmese);

O colar não deve obstruir ou dificultar a ventilação

IESP	**POP 20 Contenção Mecânica**
1. Definição: É uma técnica de contenção física, com finalidade terapêutica, que utiliza dispositivos manuais para restringir os movimentos físicos do paciente no leito devido ao grau de risco que esse apresenta para si e/ou para os outros, em consequência de alterações psíquicas e comportamentais	

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

2. Objetivo: Controlar o comportamento violento evitando danos à integridade física do paciente, da equipe e de outras pessoas ao redor, com indicação restrita aos quadros psicopatológicos que coloquem em risco a vida do paciente e/ou das pessoas ao redor.

3. Contraindicação

• Deve ser usado apenas quando todos os outros recursos terapêuticos se mostraram ineficazes ou quando paciente encontra-se agressivo. Sendo vedado o uso da contenção com o com o propósito de disciplina, punição e coerção.

4. Executante: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

5. Material

Conjunto de faixas específicas para contenção física (faixa imantada ou de algodão merceirizado com espuma);

Lençol;

Algodão Ortopédico.

6. Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

Avaliar técnica e clinicamente a necessidade terapêutica de realizar este procedimento;

Assegurar que o procedimento faça parte de um projeto terapêutico;

Verificar a existência da prescrição médica e/ou do Enfermeiro;

É recomendado que haja cinco pessoas para auxiliar na contenção: um profissional de enfermagem para auxiliar em cada membro do corpo, além do tórax e cabeça;

É necessário que um dos membros coordene as ações, explicando o procedimento ao paciente e orientando a equipe.

Iniciar a aplicação sempre pelo membro que apresenta maior risco de ser solto pelo paciente - dos MMSS pelos punhos e dos MMII pelos tornozelos, protegendo com com algodão ortopédico e mantendo a faixa dobrada;

Abrir a faixa, juntar as pontas e passá- las pelo lado oposto da faixa com os punhos/tornozelos no meio, amarrando na lateral da cama;

Proceder a contenção do tórax passando a faixa própria pela linha média mamilar e sem atingir a região do diafragma. Em caso de mulheres, utilizar a região inframamária colocando a faixa embaixo das mamas devolvendo-as à posição original;

Colocar os dedos médio e indicador entre a faixa e o tórax, avaliando se há compressão excessiva. Se os dedos entrarem com dificuldade deve-se relaxar a tração e se entrarem

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

com muita facilidade deve-se ajusta-la. A faixa não pode ser colocada sob as costas e passada por debaixo das axilas e tracionada para cima (em mochila);

Proceder a contenção dos tornozelos envolvendo-os e fixando a faixa na lateral do leito;

Reavaliar o paciente continuamente mantendo a elevação da cabeça do paciente, perfusão sanguínea, edema e pulsos periféricos dos quatro membros, avaliando se há presença de lesões cutâneas, expansão da caixa torácica, nível de consciência e estado psíquico, verificando sinais vitais antes e após a administração de fármacos e outros cuidados gerais (alimentação, higiene, eliminações, ambiente terapêutico);

Em caso de contenção por mais de um período, realizar a mudança de decúbito a cada duas horas e liberação de uma área corporal por vez para a realização de movimentos ativos e passivos;

Observar e anotar em prontuário quanto a segurança e conforto da contenção a cada uma hora;

Avaliar continuamente a necessidade de manter a contenção.

7. Observação

A contenção mecânica deve ter o envolvimento da equipe multidisciplinar para que a decisão de realizá-la faça parte de um projeto terapêutico baseado clinicamente, não realizando-o com finalidade punitiva ou intimidadora.

Técnicos ou Auxiliares de Enfermagem, excetuando-se as situações de urgência e emergência, somente poderão empregar a contenção mecânica do paciente sob supervisão direta do enfermeiro;

Deve-se iniciar a retirada das faixas de contenção a partir do membro inferior não dominante e cerca de um minuto após, retira-se a faixa do membro superior do lado contrário, aguardando novamente um minuto até a liberação de um outro membro;

Somente pelo motivo da contenção física não se justifica a sondagem vesical ou uso de dispositivo de incontinência urinária (Uropen R), ou qualquer outro procedimento invasivo;

Não há motivos que justifiquem manter o paciente contido após instalar-se o estado de sedação, pois cessa o perigo anteriormente presente;

Deve-se evitar adaptações ou improvisações de faixas devido ao risco que essas representam ao paciente.

INSTITUTO ESPERANCA CNPJ: 10.779.749/0001-32
AV ITÁLIA, 928 15º ANDAR SALA 1508 JARDIM DAS NAÇÕES CEP: 12030-212 TAUBATÉ-SP.
TELEFONE: 12 3621-3844 / 12 3631-4372 SITE: www.iespe.org.br
E-MAIL: institutoesperanca@instituoiesp.org.br / institutoesperanca@institutoiesp.org.br

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

1. Definição: Registro gráfico de alterações em potencial elétrico da atividade cardíaca, cujo produto final resulta no eletrocardiograma.

2. Objetivo: Obter registro gráfico da atividade cardíaca para obtenção de diagnóstico, avaliação da terapêutica medicamentosa e evolução clínica.

3. Contraindicação

- Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

4. Executante: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

5. Material

Eletrocardiógrafo;

Papel milimetrado;

Cardioclip;

Eletrodo descartável ou eletrodo de sucção;

Álcool a 70%;

Algodão seco ou gaze;

Gel condutor;

Dispositivo para realização de tricotomia (se necessário);

Lençol.

6. Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

Chamar o paciente, confirmando o nome, apresentando-se ao paciente e explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução

Checar a prescrição;

Reunir o material;

Higienizar as mãos;

Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);

Checar o funcionamento do eletrocardiográfico;

Checar a integridade do cabo de força, fio terra e cabo do paciente;

Solicitar a retirada e/ou retirar objetos metálicos e/ou eletrônicos;

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Solicitar e/ou posicionar o paciente em decúbito dorsal, com membros superiores e inferiores paralelos ao corpo, de forma não adjacente, relaxados;

Solicitar e/ou expor tornozelos, punhos e tórax;

Cobrir o paciente, com o auxílio do lençol, para que o mesmo não fique totalmente exposto;

Conectar o eletrocardiógrafo à rede de energia, atentando-se à voltagem da tomada. Seguir as orientações de utilização, segundo o fabricante;

Ligar o eletrocardiógrafo;

Inserir papel milimetrado no local indicado.

Solicitar ao paciente que permaneça em repouso, evite tossir ou conversar, enquanto o ECG está sendo registrado;

Efetuar a remoção de gordura, com algodão embebido em álcool a 70%, das faces anteriores dos antebraços, na porção distal e das faces internas dos tornozelos (acima dos maléolos internos);

Colocar cardioclip em membros superiores e membros inferiores, usando gel condutor ou outro material de condução (conforme orientação do fabricante), para obtenção dos registros das derivações monopolares e bipolares, seguindo o seguinte arranjo com o cabo do paciente:

Cabo vermelho (RA) em membro superior direito; Cabo amarelo (LA) em membro superior esquerdo; Cabo preto (RL) em membro inferior direito;

Cabo verde (LL) em membro inferior esquerdo.

Colocar os eletrodos de sucção (preferencialmente), ou eletrodos descartáveis no tórax, utilizando gel condutor ou outro material de condução (conforme orientação do fabricante) para os primeiros, para obtenção dos registros das derivações precordiais, seguindo o seguinte arranjo com o cabo do paciente:

Cabo vermelho (V1) em 4º espaço intercostal, à direita do esterno;

Cabo amarelo (V2) em 4º espaço intercostal, à esquerda do esterno; Cabo verde (V3) em 5º espaço intercostal, diagonalmente entre V2 e V4; Cabo marrom (V4) em 5º espaço intercostal, na linha média clavicular; Cabo preto (V5) em 5º espaço intercostal, na linha axilar anterior;

Cabo roxo (V6) em 5º espaço intercostal, na linha axilar média.

Verificar os Leds de alerta para: pilha/bateria, memória, saturação, ruído, eletrodo, filtro, ganho, velocidade, modo de operação, up/down, calibração e derivações e, caneta e haste de plotagem. Corrigir problemas que forem detectados;

Apertar o botão “segue”;

Avaliar se o registro efetuado pelo equipamento é compatível com o esperado para um traçado eletrocardiográfico;

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Aguardar o sinal sonoro, que indica o término da aquisição dos potenciais elétricos;

Retirar eletrodos e cardioclips;

Realizar limpeza do tórax, membros superiores e membros inferiores, principalmente quando utilizado o gel condutor;

Retirar e/ou destacar folha do ECG;

Identificar o ECG com: nome completo do paciente, idade, data de nascimento, data e hora da realização, carimbo e assinatura do profissional, nome da instituição;

Deixar o paciente confortável;

Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;

Higienizar as mãos;

Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;

Registrar o procedimento em Planilha de Produção;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

7. Observação

Paciente deve estar em repouso absoluto para a realização do procedimento, no mínimo 15 minutos e 30 minutos para quem estava fumando;

Realizar tricotomia, caso seja necessário;

Realizar limpeza imediata e eficaz das porções metálicas dos cardioclips e eletrodos de sucção, para não acumular sujidades e consequente alteração na capacidade de aquisição dos potenciais elétricos;

Alertar o paciente quanto a possibilidade de pequenas lesões na utilização de eletrodos de sucção, que devem evoluir com regressão do hematoma em dois dias;

Utilizar a convenção de programação com: ganho N, velocidade de aquisição de 25mm/s, modo automático e derivação DII;

É possível alteração na disposição das derivações precordiais quando as mesmas estiverem voltadas para a direita (V1R, V2R, V3R, V4R, V5R, V6R) e com derivações posteriores à esquerda (V7, V8, V9, V10, V11, V12). Nos referidos casos, deve-se identificar as novas derivações no ECG;

Em situações que o cardioclip não pode ser utilizado nos membros devido a amputações, imobilizações e/ou traumas, deve ser utilizado eletrodos descartáveis nas porções proximais dos membros;

Deve-se evitar adaptações ou improvisações de faixas devido ao risco que essas representam ao paciente.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

	POP 22 Lavagem Gástrica

1. Definição: Procedimento realizado para diminuir a absorção de agentes tóxicos (por ingestão de alimentos ou medicamentos), bem como remover secreções irritantes à mucosa gástrica.

2. Objetivo:

Diminuir a exposição dos agentes tóxicos por medidas de esvaziamento gástrico ou pela diminuição da absorção intestinal;

Drenar secreções da cavidade gástrica;

Limpar e remover secreções irritantes;

Diagnosticar e tratar hemorragia gástrica;

Obter conteúdo gástricos para análise laboratorial;

Esvaziar o estômago para preparo de exame endoscópico.

3. Contraindicação

Ingestão de substância corrosiva..

4. Executante: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

5. Material

EPI (luva de procedimento);

Sonda nasogástrica calibrosa;

Gaze não estéril;

Gel hidrossolúvel;

Seringa de 20ml;

Soro Fisiológico 0,9%;

Equipo macro gotas;

Bolsa coletora.

6. Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Checar a prescrição;

Reunir o material;

Higienizar as mãos;

Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);

Paramentar-se com o EPI;

Proceder à técnica de SNG, se o paciente não estiver sondado;

Se estiver com sonda, conectar o equipo da solução na SNG e infundir lentamente;

Posicionar o paciente em decúbito lateral esquerdo elevado com cabeça fletida, diminuindo a passagem do conteúdo gástrico para o duodeno durante a lavagem gástrica;

Administrar volumes fracionados de SF 0,9% conforme prescrição médica, permitindo retorno do líquido infundido. Repetir o procedimento até que o líquido instilado retorne claro e não se observe resíduos;

Retirar a sonda e recolher o material.

Após a sondagem oferecer gargarejo para limpar a boca.

Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta

segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde. ;

Retirar os EPIs e higienizar as mãos;

Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;

Registrar o procedimento em planilha de produção.

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

7. Observação

Em crianças, utiliza-se SF 0,9% aquecido a 38°C para evitar hipotermia.

Durante a lavagem, observar o volume de retorno, que deverá ser o mesmo do infundido.

Checar a necessidade de coleta de material para análise laboratorial, que deve anteceder a lavagem gástrica.

Observar continuamente qualquer alteração de nível de consciência e monitorar frequentemente os sinais vitais, pois a resposta vagal natural à intubação pode diminuir a frequência cardíaca do paciente.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

	POP 23 Lavagem Intestinal

1. Definição: Lavagem intestinal consiste no processo de introdução no intestino de solução, medicamentosa ou não, por meio de sonda retal. O processo de lavagem intestinal também é denominado enteroclisma. Quando a quantidade de solução infundida é menor (de 50ml a 500ml) é denominada clister ou enema.

2. Objetivo:

Auxiliar no amolecimento do conteúdo fecal viabilizando sua exteriorização, aliviando a constipação;

Preparo e realização de procedimento diagnóstico ou terapêutico.

3. Contraindicação

Portadores de apendicite;

Obstrução intestinal;

Hemorragia retal não diagnosticada;

Lesões intestinais.

4. Executante: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

5. Material

EPI (luvas de procedimento, óculos, avental)

Solução prescrita;

Sonda retal;

Equipo macrogotas;

Suporte de soro;

Comadre ou fralda descartável;

Xylocaína 2%, (se for necessário realizar toque retal);

Biombo se necessário.

6. Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar execução;

Checar a prescrição;

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Reunir o material;

Higienizar as mãos;

Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);

Aquecer a solução prescrita a 37º e conectar o equipo macrogotas e a sonda retal;

Posicionar o paciente em DLE, se possível, com MIE estendido e MID fletido;

Lubrificar a sonda retal com a própria solução a ser administrada ou utilize xylocaina 2%;

Introduzir a sonda retal lentamente no ânus, cerca de 5 a 7cm nas crianças e 10 a 13cm nos adultos;

Infundir a solução de acordo com a prescrição médica;

Após o término da infusão, retirar a sonda e comprimir as nádegas;

Oferecer a comadre, colocar fralda descartável ou encaminhar o paciente ao vaso sanitário, conforme condições clínicas;

Deixar o paciente confortável;

Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;

Retirar os EPIs e higienizar as mãos;

Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;

Registrar o procedimento em planilha de produção;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.execução;

7. Observação

Observar lesões de pele e mucosa antes e após o procedimento;

Nunca forçar a introdução da sonda, em caso de resistência comunicar o enfermeiro ou médico, o toque retal é realizado de forma exclusiva pelo enfermeiro ou médico, com o consentimento prévio do médico, paciente e/ou família;

Na ocorrência de desconforto abdominal, suspender o uso imediatamente;

enfermeiro avalia os riscos e habilidade do cuidador para permanência ou não do profissional de enfermagem no domicilio até o final do gotejamento;

cuidador deverá avisar a equipe por meio de ligação telefônica sobre o resultado do procedimento;

Combinar sempre que possível com o cuidador o melhor horário a ser realizado o procedimento, pois neste dia, os cuidados lhe tomarão mais tempo.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

IESP	**POP 24 Medida da Circunferência do Quadril**

1. Definição: Medida da circunferência do quadril obtida ao nível das espinhas ilíacas anteriores.

2. Objetivo:

Indicar indiretamente a quantidade de gordura visceral no corpo quando relacionada com a circunferência abdominal do indivíduo.

3. Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

4. Executante: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

5. Material

Fita métrica não extensível/inelástica.

6. Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

Reunir o material;

Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

Higienizar as mãos;

Orientar o paciente a permanecer em pé, ereto, com braços afastados do corpo e com mínimo de rounidadess possível;

Colocar a fita métrica ao redor do quadril, ao nível das espinhas ilíacas anteriores, sem comprimir a pele, levando em consideração a porção mais volumosa do glúteo;

Manter a fita métrica ajustada no mesmo nível em todas as partes;

Realizar a leitura;

Higienizar as mãos;

Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;

Registrar o procedimento em planilha de produção;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

.	**POP 25 Medida do Perímetro Torácico**

Definição

Medida da circunferência torácica obtida na altura dos mamilos.

Objetivo

Avaliar o desenvolvimento da criança comparando às outras medidas antropométricas.

Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Fita métrica não extensível/inelástica.

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

Reunir o material;

Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

Higienizar as mãos;

Colocar a criança deitada ou sentada caso já consiga permanecer nessa posição;

Segurar a fita métrica, no ponto zero, passando-a pelo dorso, na altura dos mamilos;

Manter a fita ajustada no mesmo nível em todas as partes do tórax;

Realizar a leitura;

Higienizar as mãos;

Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;

Registrar o procedimento em planilha de produção;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

A medida não deve ser feita sobre a rotina das unidades.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

.	**POP 26 Medida do Peso Corporal**

Definição

Método para obtenção da medida do peso corporal dos indivíduos

Objetivo

Avaliar a evolução pondero-estatural do indivíduo

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem

Material

Balança mecânica ou digital;

Papel toalha.

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

Reunir o material;

Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

Higienizar as mãos;

Forrar a base da balança com papel- toalha;

Verificar as condições de a balança destravá-la, tarar e travá-la (mecânica) ou ligá- la e verificar a tara (eletrônica);

Pedir ao paciente para subir na balança após retirar os sapatos;

Ler o valor obtido (balança eletrônica), ajustar os massores e verificar o peso (balança mecânica);

Ajudar o paciente a descer da balança;

Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde.;

Higienizar as mãos;

Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;

Registrar o procedimento em planilha de produção.

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Aferir periodicamente as balanças; Calibragem: a agulha do braço e o fiel devem estar na mesma linha horizontal. Caso não esteja, girar lentamente o calibrador, observando a nivelação da agulha; Certificar que as balanças estão apoiadas sobre uma superfície plana, lisa e firme; Pesar os pacientes com a menor quantidade possível de unidades; Em crianças menores de 15 kg, deve-se utilizar a balança infantil (de bandeja), colocando a criança deitada com todo o corpo sobre a bandeja, com a mão próxima para evitar quedas; Deve-se despir totalmente a criança (inclusive calçados e fraldas) para evitar alteração de resultado; Crianças impossibilitadas de se movimentar devem ser pesadas no colo do profissional e descontar o peso do colaborador.

.	**POP 27 Movimentação em Bloco**
Definição Deslocar/rolar em bloco o paciente enquanto se mantém a estabilização manual, com mínimo movimento da coluna. O rolamento em bloco é indicado para colocar o paciente na prancha longa, ou outro dispositivo que facilite o transporte do mesmo, e para virar o paciente com suspeita de trauma vertebromedular para examinar seu dorso.	
Objetivo Impedir a angulação da coluna cervical.	
Contraindicação Não há contraindicação para realização deste procedimento.	
Executante Enfermeiro, Técnico/Auxiliar/ de Enfermagem.	
Material Prancha longa; Colar cervical.	
Descrição do procedimento	

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Para realizar este procedimento com segurança é necessário a presença de três socorristas.

Ação de enfermagem

Paciente em Decúbito Dorsal Horizontal ou Posição Supina:

Realizar colocação do colar cervical adequada e eficiente, protegendo a coluna cervical de compressão;

Primeiro socorrista: manter a cabeça do paciente estabilizada em posição neutra alinhada durante todo procedimento;

Segundo socorrista: ajoelhar-se na altura da metade do tórax;

Terceiro socorrista: ajoelha-se na altura dos joelhos do paciente;

Esticar os braços do paciente e colocá- los juntos ao corpo com as palmas das mãos voltadas para o tronco, enquanto as pernas são colocadas em posição neutra alinhada;

Segurar o paciente pelos ombros (segundo socorrista) e quadris (terceiro socorrista) de tal forma que se mantenha a posição neutra alinhada das extremidades inferiores;

Rolar o paciente “em bloco”, ou seja, ao mesmo tempo, para decúbito lateral

Posicionar a prancha longa, de forma que a borda inferior fique entre os joelhos e os tornozelos do paciente e a borda superior se estenda além da cabeça do paciente;

Manter a prancha longa contra o dorso do paciente, e deslocá-lo em bloco sobre a mesma, que deve ser abaixada ao chão com o paciente sobre;

Logo após deve-se segurar o paciente firmemente pelos ombros, pelve e extremidades inferiores;

Movimentar o paciente para cima e lateralmente sobre a prancha longa (a estabilização neutra alinhada é mantida sem puxar a cabeça ou o pescoço do paciente);

Verificar se o paciente encontra-se posicionado na prancha longa com sua cabeça no topo da prancha e seu corpo centrado.

Paciente em Decúbito Ventral ou Semipronação:

Primeiro socorrista: manter a cabeça do paciente estabilizada em posição neutra alinhada durante todo procedimento.

Segundo socorrista: ajoelhar-se na altura da metade do tórax e segurar o ombro, o punho e a pelve do lado oposto.

Terceiro socorrista: ajoelha-se na altura dos joelhos do paciente e segurar o punho, a pelve e as extremidades inferiores;

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Colocar a prancha longa na borda lateral e posicionada entre o paciente e os socorristas. Posicionar a prancha longa, de forma que a borda inferior fique entre os joelhos e os tornozelos do paciente e a borda superior se estenda além da cabeça do paciente; Após ter colocado o paciente deitado em posição supina sobre a prancha longa deve-se movimentar o paciente para cima e lateralmente sobre a prancha longa (a estabilização neutra alinhada é mantida sem puxar a cabeça ou o pescoço do doente); Após posicionar o paciente corretamente na prancha deve-se colocar o colar cervical correto e então fixá-lo na prancha longa.
Observação Os braços do paciente são posicionados prevendo-se a posição final que o este ficará após a rotação completa. No método do rolamento em bloco com o paciente em semipronação, o colar cervical só pode ser colocado com segurança quando o paciente estiver em posição supina alinhada sobre a prancha longa e nunca antes que isso ocorra; Sempre que possível, o paciente deve ser girado na direção oposta daquela para onde sua face esta direcionada.

.	**POP 28 Oxigenoterapia**
Definição É a administração de oxigênio medicinal em concentrações maiores àquelas do ar ambiente, visando tratar ou prevenir os sintomas ou manifestações de hipóxia.	
Objetivo Melhorar a oxigenação, a perfusão tecidual e corrigir a acidose respiratória.	
Contraindicação Não há contraindicação absoluta para realização deste procedimento.	
Executante Enfermeiro, Técnico /Auxiliar de enfermagem.	
Material EPI (luvas de procedimento)	

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Bandeja;

Kit cateter nasal e/ou kit máscara de Venturi e/ou kit máscara de nebulização;

Fonte de oxigênio;

Água bidestilada;

Fluxômetro.

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

Checar a prescrição;

Reunir o material;

Higienizar as mãos;

Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

Paramentar-se com o EPI;

Quando cateter:

Preencher o umidificador com água bidestilada até o nível recomendado pelo fabricante;

Conectar o umidificador no fluxômetro de oxigênio;

Conectar a extensão de silicone da máscara no umidificador de oxigênio;

Quando máscara de nebulização

Preencher o umidificador com água bidestilada até o nível recomendado pelo fabricante;

Conectar o umidificador no fluxômetro de oxigênio;

Conectar a traqueia da máscara no umidificador de oxigênio;

Quando máscara de Venturi;

Conectar o umidificador, sem água bidestilada, no fluxômetro de oxigênio;

Conectar a extensão de silicone da máscara no umidificador de oxigênio;

Abrir válvula reguladora e do fluxo de oxigênio do fluxômetro, de acordo com a prescrição médica, certificando-se da sua permeabilidade;

Retirar o EPI e higienizar as mãos;

Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;

Registrar o procedimento em planilha de produção.

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Kit cateter nasal é composto por: cateter com numeração adequada, extensor de silicone e umidificador;

Kit máscara de Venturi é composto por: máscara facial, extensor de silicone, traqueia, umidificador, regulador de fluxo de oxigênio e adaptador para nebulização;

Kit máscara de nebulização é composto por: máscara facial, traqueia, cadarço e umidificador;

Observar a verificação da permeabilidade, ou seja, sem dobras, fixação do fluxômetro de oxigênio, fluxo de saída de oxigênio;

Verificar se a fonte de oxigênio contem oxigênio suficiente para liberar a quantidade prescrita;

Observar estado das mucosas e vias aéreas superiores do paciente a fim de evitar ressecamento das mesmas;

Fornecer cuidados orais de higiene frequente;

Ajustar corretamente e frequentemente a força da fita elástica e/ou outros dispositivos para fixação, fazendo o uso de protetores, se necessário, para evitar lesões;

Registrar a liberação de oxigênio e o fluxo em litros, relatando a resposta do paciente à terapia e instruções dadas ao paciente e familiar.

IESP	**POP 29 Organização de Salas e Setores**

1. Definição: Compreende a preparação da sala ou setor para as atividades de enfermagem a serem desenvolvidas no plantão. Inclui a desinfecção e conservação das superfícies fixas e equipamentos permanentes nas diferentes áreas de uma unidade de saúde e a providencia dos materiais necessários para o desenvolvimento das atividades.

2. Objetivo: Preparar o ambiente para suas atividades, mantendo a ordem e conservando equipamentos e instalações, evitando principalmente a disseminação de microrganismos responsáveis pelas infecções relacionadas à assistência à saúde.

3. Contraindicação

Não há contraindicação para realização deste procedimento.

4. Executante: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

Luvas de borracha;

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Álcool a 70%;

panos limpos;

Solução com hipoclorito de sódio 1% (para locais com presença de matéria orgânica);

Lista com os materiais a serem reabastecidos na sala ou setor.

6. Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

Descartar materiais com validade vencida ou com a qualidade comprometida;

Checar o funcionamento de todos os aparelhos e equipamentos do setor no início de cada plantão. Em caso de algum problema ou mau funcionamento, comunicar imediatamente o enfermeiro responsável;

Higienizar as mãos;

Calçar as luvas;

Umedecer o pano limpo com álcool 70% e realizar a limpeza com bastante pressão utilizando sempre o mesmo sentido, de uma extremidade para outra e do mais alto para o mais baixo;

Se houver locais com presença de matéria orgânica, proceder primeiro a limpeza com hipoclorito de sódio 1%, aguardar 10 minutos e remover com água e sabão. Após, secar a superfície e limpar com álcool a 70% conforme descrição no item anterior;

Verificar os materiais em falta no setor e providenciar a reposição.

7. Observação

As superfícies referidas nesse protocolo compreendem: mobiliários. equipamentos para a saúde, bancadas, pias, macas, divãs, suporte para soro, balança, computadores e outros com os quais o profissional e os materiais terão contato durante o trabalho.

Ao término do plantão a unidade deve estar limpa, organizada e com os materiais repostos. Nas situações em que isso não for possível, comunicar as pendências ao profissional a assumir a unidade e registrar os motivos no livro de ocorrência;

Após a realização de procedimentos em que haja contaminação da sala por secreções ou produtos, deve ser realizada uma limpeza sistemática, concorrente ou terminal de acordo com cada situação a ser definida pelo enfermeiro na rotina de cada serviço;

Enfermeiro deve ser responsável por determinar a execução e a periodicidade do procedimento de limpeza a fim de garantir o atendimento seguro ao paciente e ao profissional.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

	POP 30 Pranchamento em Posição Supina

1. Definição: Imobilizar a coluna do paciente traumatizado e que deambula, e que tenha a indicação para imobilização da coluna.

2. Objetivo: Imobilização total do paciente em pé na prancha longa enquanto a cabeça e o pescoço são mantidos em posição neutra, diminuindo o risco de outras lesões.

3. Contraindicação

Não existe contraindicação para realização deste procedimento.

4. Executante: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

Prancha longa;

Colar cervical.

6. Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

Três ou mais Socorristas

Os socorristas devem realizar a estabilização e o alinhamento manuais tanto pela frente como por trás do paciente;

Uma vez obtida a estabilização alinhada manual da cabeça e do pescoço do paciente, o colar cervical de tamanho correto pode ser colocado;

A prancha longa é colocada atrás do paciente e pressionada contra ele. Assim que a prancha estiver no lugar, mantém-se a estabilização manual por todo o procedimento e o paciente é fixado na prancha longa;

Dois socorristas ficam em pé de cada lado do paciente, virados na direção do deste, e inserem a mão que se encontra mais próxima do paciente sob a axila dele, segurando a alça mais próxima sem movimentar o ombro do paciente. A outra mão segura a alça superior da prancha. Enquanto o alinhamento e a estabilização manuais são mantidos o paciente e a prancha são deitados no chão;

Conforme o paciente é baixado ao chão, o socorrista, atrás dele, mantém a estabilização manual, rotacionando suas mãos;

Os outros socorristas, posicionados um de cada lado da maca, precisam soltar sua porção superior e colocar as mãos sob o braço do profissional responsável pela estabilização manual da cabeça e do pescoço do paciente;

Com o paciente e a prancha no chão, este é imobilizado na prancha longa.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Dois Socorristas

O primeiro socorrista faz e mantêm a estabilização manual da cabeça e do pescoço do paciente, enquanto o segundo socorrista verifica a medida e coloca o colar cervical de tamanho adequado;

Após a colocação do colar, o segundo socorrista posiciona a prancha atrás do paciente e na frente do primeiro socorrista;

O segundo socorrista segura a prancha com a mão mais próxima a ela. Esse profissional agora põe a outra mão, com a palma e os dedos estendidos, na cabeça do paciente, e aplica uma leve pressão para auxiliar a manutenção da estabilização manual;

O primeiro socorrista agora pode liberar a cabeça do paciente com as mãos mais próxima do segundo socorrista. Com sua outra mão, o socorrista se reposiciona ao lado da cabeça do paciente, aplicando pressão lateral enquanto se move e posiciona a prancha à altura da cabeça do paciente ou mais acima;

O paciente e a prancha são colocados no chão, enquanto os dois socorristas mantêm a estabilização manual, exercendo igual pressão lateral na cabeça do paciente. Os socorristas responsáveis pelo atendimento pré- hospitalar precisam trabalhar juntos durante esse movimento, garantindo a máxima estabilização manual;

Assim que o paciente e a prancha estiverem no chão, a estabilização manual pode ser mantida por um socorrista localizado acima da cabeça do individuo, até que este seja imobilizado na prancha longa;

7. Observação

Quando três ou mais socorristas não estão disponíveis, dois socorristas podem realizar a imobilização conforme descrito acima.

POP 31 Administração de Dieta Enteral

1. Definição: Administração de dieta enteral, definida como um alimento para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição definida ou estimada, industrializado ou não, através de sondas.

2. Objetivo: Oferecer aporte nutricional para melhora clínica do paciente.

3. Contraindicação

- Absoluta: obstrução mecânica.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

- Relativa: pancreatite hemorrágica grave, enterocolite necrotizante, íleo paralítico prolongado, diarreia grave, refluxo de vômito, fístulas entéricas, disfunção da motilidade intestinal.
- Cada contraindicação deve ser avaliada pela equipe multiprofissional e de maneira individual.

4. Executante: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

5. Material

- EPI (luva de procedimento e óculos de proteção)
- Dieta industrializada ou não
- Frasco para dieta
- Equipo de dieta enteral
- Seringa de 20 ml
- Estetoscópio

6. Descrição do procedimento

1 Conferir o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

2 Reunir o material;

3 Higienizar as mãos (POP 30);

4 Promover a privacidade do paciente;

5 Preparar a dieta conforme recomendações do fabricante ou solicitar a dieta preparada pelo familiar em residência e colocá-la em frasco próprio, utilizando técnica limpa e luvas calçadas;

6 Conectar o frasco de dieta ao equipo e preencher o equipo retirando o ar da extensão, evitando a entrada de ar desnecessária no TGI do paciente e facilitando o controle de infusão;

7 Colocar o paciente em posição Fowler (45°), quando não contraindicado, evitando o risco de broncoaspiração;

8 Com auxílio da seringa, injetar 20 ml de ar com pressão e auscultar com estetoscópio simultaneamente a região epigástrica;

9 Aspirar e medir o resíduo gástrico, colocando-o em um copo plástico para posterior reintrodução (se menor que 200 ml);

10 Conectar o equipo com dieta à sonda;

11 Abrir a pinça rolete do equipo ajustando apropriadamente a velocidade de infusão; 12 Injetar 40 ml de água na sonda logo após o término da dieta, com auxílio da

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

seringa;

13 Administrar água conforme prescrição médica;

14 Deixar o paciente em posição de Fowler por cerca de 30 minutos após o término da infusão, evitando refluxo, broncoaspiração e facilitar a digestão.;

15 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde.

16 Retirar os EPI e higienizar as mãos (POP 30);

17 Realizar anotação de enfermagem na receita do paciente, registrando lote e validade do medicamento administrado (rastreabilidade), assinar e carimbar;

18 Realizar anotação de enfermagem e registrar a produção (POP 13); 19 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 42).

7. Observação

Existem diferentes tipos de sondas de alimentações: naso/orogástrica, naso/oroenteral, gastrostomia e jejunostomia.

As sondas de gastrostomia e jejunostomia não necessitam de confirmação de localização antes das administrações de dieta.

Seguir a prescrição médica/nutricionista em relação ao tipo de dieta do paciente e valor calórico

A dieta enteral deve ser preparada com técnica limpa seguindo as recomendações do fabricante.

O equipo e o frasco de dieta deve ser trocado a cada dieta.

Sempre lavar a sonda com 40 ml de água após administração de dieta, para evitar obstrução da sonda.

Realizar higiene oral conforme prescrição de enfermagem;

Limpar diariamente a narina na qual a sonda está introduzida com água ou SF 0,9%.

Trocar o local da fixação diariamente para evitar irritação e descamação da pele.

Aplicar creme ou vaselina nos lábios e narinas para prevenir a formação de crostas.

Comunicar ao Enfermeiro as alterações ocorridas devido à infusão da dieta (vômitos, diarreia, constipação).

As dietas não devem estar muito quentes ou frias.

As infusões de dietas enterais por sonda devem ser administradas de forma intermitente, com infusão ou gotejamento lento por gravidade, cinco a seis vezes ao dia, durante um período de 40 a 60 minutos.

Antes de cada administração de nova dieta deve-se verificar o resíduo gástrico, quando este for superior a 200 ml e o paciente apresentar desconforto ou distensão abdominal,

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

recomenda-se interromper a infusão de dieta enteral e avaliar o paciente radiologicamente. Na ausência de sintomas digestivos, reavaliar o resíduo novamente em 1h. Deve-se comunicar o enfermeiro tal alteração. Lembrar sempre de devolver o resíduo retirado quando este for inferior a 200 ml.

Para o cuidado domiciliar

- Orientar familiar/ cuidador a utilizar 1 frasco/ equipo para dieta e 1 frasco/ equipo para água e sucos por 7 dias. Após este período desprezar o frasco/ equipo da dieta, substituindo pelo frasco/equipo da água e abrir novo frasco/ equipo para água e sucos.
- Utilizar seringa de 20 ml para lavar as sondas após as administrações das dietas, essa deve ser substituída a cada 7 dias.
- O paciente, sempre que possível, deve ser estimulado a participar da terapia, cuidando da higiene das narinas e da sonda, e ainda ser instruído sobre os horários de infusão, bem como a relatar sintomas de desconforto e mal-estar, mudanças no hábito intestinal ou qualquer alteração que possa indicar uma complicação

IESP	**POP 32 Realização de Curativo**
1. Definição: Curativo é o procedimento que compreende o processo de limpeza, desbridamento, seleção e aplicação da cobertura e/ou tratamento tópico da lesão proporcionando um meio adequado ao processo de cicatrização.	
2. Objetivo Promover a cicatrização, manter a ferida limpa, prevenir infecções e traumas físicos, aliviar a dor, promover isolamento térmico, promover conforto físico e psicológico, permitir trocas sem traumas a lesão, manter a umidade da ferida em lesões abertas, absorver/controlar o excesso de exsudato.	
3. Contraindicação É importante verificar se há contraindicações específicas da cobertura indicada ao tipo de tecido e/ou etiologia da lesão.	
4. Executante: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.	
5. Material Mesa auxiliar ou bandeja Pacote de curativo contendo uma pinça anatômica, uma pinça dente de-rato e uma pinça Kelly;	

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Cabo e lâmina de bisturi (se necessário);

Tesoura;

Pacote de gazes esterilizadas;

Atadura de rayon estéril;

Solução fisiológica 0,9% preferencialmente morno ou temperatura ambiente;

Agulha 25x1.2 ou 40x1.2; Alcool 70%;

Luvas de procedimento e/ou estéril;

Micropore/Esparadrapo;

Atadura de crepe; Espátula;

Soluções, medicamentos e/ou coberturas conforme característica da lesão;

EPI (óculos, avental e máscara), se necessário;

Papel Toalha.

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

Chamar o paciente, confirmar o nome, apresentar-se ao paciente e explicar procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas, antes de iniciar execução;

Higienizar as mãos

Reunir todo o material;

Colocar o paciente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada;

Higienizar novamente as mãos;

Calçar luvas de procedimento e outros EPIs necessários;

Observar o curativo anterior antes da remoção;

Remover curativo anterior com cuidado, umedecer com SF 0,9% (s/n) para a retirada do micropore e desprendimento da cobertura;

Observar a ferida com relação ao aspecto da lesão, tamanho, exsudato, pele ao redor e presença de edema, hiperemia, calor ou dor local e odor, documentando a evolução para subsidiar a avaliação do produto prescrito;

Se necessário proceder a limpeza de membros, áreas próximas da ferida e pele periferida com sabonete neutro e água corrente tratada e secar com gaze ou papel toalha;

Retirar luvas e higienizar as mãos;

Abrir o pacote de curativo utilizando técnica asséptica, arrumar as pinças no campo e abrir os pacotes de gazes e colocar junto às pinças;

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Calçar luvas de procedimento e outros EPIs necessários;

Perfurar o frasco de SF 0,9% com agulha 25X12 ou 40X12 realizando desinfecção prévia do local com ácool 70%;

Com o auxílio das pinças limpar a pele circundante da ferida com gaze umedecida de SF 0,9%

Limpar o leito da ferida irrigando com jatos de SF 0,9%, removendo detritos, bactérias, exsudatos, corpos estranhos, resíduos de agentes tópicos da superfície da ferida;

Na presença de tecido desvitalizado solto ou não solicitar a avaliação do enfermeiro para remoção/desbridamento;

Secar a pele peri-lesão com gaze;

Realizar a mensuração da ferida com régua de papel e/ou registro fotográfico sempre que possível, semanal/quinzenal;

Utilizar o produto e/ou cobertura primária prescrita pelo enfermeiro/médico* e ocluir o curativo conforme necessidade (gazes,rayon, cobertura secundária, atadura de crepe);

Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;

Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;

Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;

Registrar o procedimento em planilha de produção;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Todos curativos crônicos devem passar por uma primeira avaliação do Enfermeiro, que realizará a sistematização da assistência de enfermagem que poderá delegar aos profissionais de nível médio, a execução do procedimento, com a prescrição do cuidado e material a ser utilizado, mantendo a avaliação periódica e evolução da ferida.

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 paciente e local da realização do curativo.

Na unidade a técnica limpa pode ser utilizada sempre criteriosamente e recomenda-se o uso de instrumentais estéreis(pinças) ou utilizar luvas estéreis na ausência dos mesmos.

A cobertura colocada diretamente sobre a lesão é denominada como primária e se houver outra cobertura, sobre o curativo primário, é chamado de secundário.

A realização de curativo de imobilização ortopédica pode ser realizada por profissional de enfermagem (antes ou após a imobilização), sob indicação do médico (prescrição escrita do médico de referência para o procedimento ortopédico) e supervisão, direção e orientação do Enfermeiro.

Desbridamento só pode ser realizado por enfermeiros e médicos.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

	POP 33 Sondagem Nasoenteral

1. Definição: Introdução de uma sonda maleável, com fio guia metálico, flexível e radiopaco, através da narina até o intestino.

2. Objetivo Permitir a administração de dietas e medicamentos de maneira mais segura, principalmente nos pacientes idosos, acamados, com reflexos diminuídos, inconscientes e/ou com dificuldade de deglutição.

3. Contraindicação

Pacientes com desvio de septo;

Pacientes com TCE, fraturas faciais e/ou suspeita de fratura de base de crânio;

Pacientes com relato e/ou que possuem documentação indicando varizes, lesões e/ou estenose/obstrução esofagiana;

Paciente com relato ou que possuem documentação indicando coagulopatia grave.

4. Executante: Enfermeiro.

5. Material

EPIs (luva de procedimento, máscara e óculos);

Bandeja;

Sonda nasoenteral tipo Dobhoff;

Gel hidrossolúvel tópico (lubrificante);

Gaze não estéril;

Seringa de 20ml;

Esparadrapo ou adesivo hipoalergênico;

Estetoscópio;

Soro fisiológico 0,9%;

Toalha ou papel toalha;

Biombo (se necessário).

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

Checar a prescrição

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar execução;

Higienizar as mãos;

Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);

Posicionar o paciente em posição “Fowler” alta, a menos que haja contraindicação

Caso o paciente não possa ter a cabeceira elevada, mantê-lo em decúbito dorsal horizontal, lateralizando a cabeça e inclinando-a para frente;

Paramentar-se com os EPIs;

Avaliar a desobstrução nasal e/ou desvio de septo;

Inspecionar a condição da cavidade oral do paciente e o uso de prótese dentária;

Colocar toalha ou papel toalha sobre o tórax do paciente;

Higienizar narina com SF 0,9% quando necessário;

Mensurar a sonda do ápice do nariz ao lóbulo da orelha, descer até o apêndice xifóide adicionando 15 a 20 cm, marcando com fita adesiva;

Lubrificar a sonda com gel hidrossolúvel;

Introduzir a sonda na narina do paciente até sentir uma pequena resistência, que indica que a sonda atingiu a nasofaringe e nesse ponto, peça ao paciente para fletir ligeiramente a cabeça, ocorrendo o fechamento da traquéia e abertura do esôfago;

Quando possível, solicitar a colaboração do paciente, pedindo para que faça movimentos de deglutição;

Continuar introduzindo a sonda, acompanhando os movimentos de deglutição do paciente até o ponto pré- marcado;

Suspender a progressão da sonda caso o paciente apresente náuseas, vômitos, tosse, dispnéia e/ou cianose;

Testar o posicionamento, injetando 20ml de ar com seringa. Auscultar com estetoscópio simultaneamente a região epigástrica e/ou aspirar o conteúdo gástrico;

A sonda deverá ser fixada adicionalmente na face, do mesmo lado da narina utilizada, com fita adesiva fina;

Solicitar que o paciente permaneça em decúbito lateral direito, facilitando o posicionamento da sonda para o duodeno através dos movimentos peristálticos;

Deixar o paciente confortável;

Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;

Higienizar as mãos;

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Encaminhar o paciente para controle radiológico;

Após confirmar a localização da sonda pela radiografia, retirar o fio guia e iniciar a nutrição/medicação;

Guardar o mandril na embalagem original da sonda, adequadamente enrolado e identificado, para repassar a sonda se necessário;

Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;

Registrar o procedimento em Planilha de Produção;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Lubrificar a sonda internamente com 10 ml de água ou SF antes da passagem da sonda, para facilitar a saída do fio guia;

Em pacientes com suspeita de TCE, é recomendado a sondagem orogástrica, sob suspeita de fratura de ossos da base do crânio;

Em pacientes com suspeita de trauma raquimedular, não elevar o decúbito;

No sistema de sondagem nasoenteral, o RX é considerado padrão ouro para verificar localização da sonda e segurança no procedimento, pelas Sociedades Americana, Européia e Brasileira de Terapia Nutricional (ASPEN, ESPEN, SBNPE);

Aguardar 30 minutos para realizar a radiografia, devido ao tempo de migração da sonda para duodeno/jejuno;

Checar a permeabilidade e o posicionamento da sonda antes de iniciar uma nova dieta e antes de administrar medicamentos;

Realizar higiene oral a cada 6h;

Manter o paciente posicionado em decúbito elevado a pelo menos 30 graus para evitar refluxo e broncoaspiração, se não houver contraindicação;

Lavar a sonda com 40 ml de água após administração de medicação, para evitar obstrução da sonda;

Trocar fixação da sonda a cada 24h (após banho), ou quando necessário, para evitar saída acidental;

Higienizar as narinas do paciente pelo menos uma vez ao dia;

Se houver resistência durante a passagem, girar a sonda e ver se ela avança. Se ainda houver resistência, retirar a sonda, deixar que o paciente descanse, lubrificar novamente a sonda, e passar pela outra narina;

Deixar toalhas próximas do paciente, para o caso deste sentir náuseas por estimulação do nervo vago. Caso isso ocorra, interromper o procedimento temporariamente. Ocorrendo vômito, retirar a sonda e atender o paciente, retomando o procedimento mediante avaliação.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

	POP 34 Sondagem Nasogástrica

1. Definição: Introdução de uma sonda maleável através da narina até o estômago.

2. Objetivo Drenar conteúdo gástrico para descompressão, realizar lavagem gástrica e administração de medicação/alimento.

3. Contraindicação

Pacientes com desvio de septo;

Pacientes com TCE, fraturas faciais e/ou suspeita de fratura de base de crânio;

Pacientes com relato e/ou que possuem documentação indicando varizes, lesões e/ou estenose/obstrução esofagiana;

Paciente com relato ou que possuem documentação indicando coagulopatia grave;

Pacientes com neoplasia de esôfago ou estômago;

Pacientes com mal formação e/ou obstrução mecânica/ cirúrgica do trato gastrointestinal.

4. Executante: Enfermeiro, Técnicos / Auxiliares de Enfermagem.

5. Material

EPIs (luva de procedimento, máscara e óculos);

Bandeja;

Sonda nasogástrica tipo Levine;

Gel hidrossolúvel tópico (lubrificante);

Gaze não estéril;

Seringa de 20ml;

Esparadrapo ou adesivo hipoalergênico;

Estetoscópio;

Toalha ou papel toalha;

Coletor de secreção (se necessário);

Biombo (se necessário).

Descrição do procedimento

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Ação de enfermagem

Reunir o material;

Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

Checar a prescrição;

Higienizar as mãos;

Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);

Posicionar o paciente em posição “Fowler” alta, a menos que haja contra-indicação. Caso o paciente não possa ter a cabeceira elevada, mantê-lo em decúbito dorsal horizontal, lateralizando a cabeça e inclinando-a para frente;

Paramentar-se com os EPIs;

Avaliar a desobstrução nasal e/ou desvio de septo;

Inspecionar a condição da cavidade oral do paciente e o uso de prótese dentária;

Colocar toalha ou papel toalha sobre o tórax do paciente;

Higienizar narina com SF 0,9% quando necessário;

Mensurar a sonda do ápice do nariz ao lóbulo da orelha, descer até o apêndice xifóide adicionando dois dedos, marcando com fita adesiva;

Lubrificar a sonda com gel hidrossolúvel;

Introduzir a sonda na narina do paciente até sentir uma pequena resistência, nesse ponto, peça ao paciente para fletir ligeiramente a cabeça;

Quando possível, solicitar a colaboração do paciente, pedindo para que faça movimentos de deglutição;

Continuar introduzindo a sonda, acompanhando os movimentos de deglutição do paciente até o ponto pré- marcado;

Suspender a progressão da sonda caso o paciente apresente náuseas, vômitos, tosse, dispnéia ou cianose;

Testar o posicionamento, injetando 20ml de ar com seringa. Auscultar com estetoscópio simultaneamente a região epigástrica e/ou aspirar o conteúdo gástrico;

A sonda deverá ser fixada adicionalmente na face, do mesmo lado da narina utilizada, com fita adesiva fina;

Acoplar a sonda ao coletor caso sonda tenha como objetivo a drenagem de conteúdo gástrico. Manter coletor abaixo do nível da cintura do paciente, a fim de possibilitar a drenagem;

Deixar o paciente confortável;

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;

Higienizar as mãos;

Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;

Registrar o procedimento em Planilha de Produção;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Em pacientes com suspeita de TCE, é recomendado a sondagem orogástrica, sob suspeita de fratura de ossos da base do crânio;

Em pacientes com suspeita de trauma raquimedular, não elevar o decúbito;

Checar sempre a permeabilidade e o posicionamento da sonda antes de iniciar uma nova dieta e antes de administrar medicamentos;

Realizar higiene oral a cada 6h;

Manter o paciente posicionado em decúbito elevado a pelo menos 30 graus para evitar refluxo e broncoaspiração, se não houver contraindicação;

Sempre lavar a sonda com 40 ml de água após administração de medicação, para evitar obstrução da sonda;

Trocar fixação da sonda a cada 24h (após banho), ou quando necessário, para evitar saída acidental;

Higienizar as narinas do paciente pelo menos uma vez ao dia;

Deixar toalhas próximas, pois, durante a passagem da sonda, o paciente pode sentir náuseas por estimulação do nervo vago. Caso isso ocorra, interromper o procedimento temporariamente. Ocorrendo vômito, retirar a sonda e atender o paciente, retomando o procedimento mediante avaliação;

Em caso de perda ou deslocamento da sonda em pacientes de pós-operatório de cirurgias de esôfago e estômago a sonda não pode ser repassada nem mesmo reintroduzida sem avaliação médica.

IESP	**POP 35 Uso de Luvas Estéreis**

1. Definição: É a colocação e retirada adequada das luvas esterilizadas com a finalidade de evitar contaminação.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

2. Objetivo Evitar contaminação de procedimentos assépticos e contaminação das mãos na retirada da luva.
3. Contraindicação Procedimentos que não necessitem de tal material.
4. Executante: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.
5. Material Luvas esterilizadas na numeração adequada.
Descrição do procedimento Ação de enfermagem Higienizar as mãos; Abrir a embalagem externa pela borda de abertura até o final; Retirar a embalagem interna, colocando-a sobre uma superfície limpa; Abrir as dobras horizontais do envelope; Abrir os dois lados das dobras verticais do papel pelas abas presentes nestas, expondo as luvas de forma a não contaminar o campo estéril; Segurar com o polegar e indicador da mão não dominante a dobra do punho da luva da outra mão, expondo a abertura da mesma; Unir os dedos da mão dominante, com a palma da mão voltada para cima e introduzi-la na abertura da luva, tracionando a luva com a mão não dominante em direção ao punho, até calçá-la por completo, desfazendo a dobra do punho; Ajustar os dedos da mão que estão dentro da luva na medida em que a traciona; Colocar os dedos da mão enluvada por baixo da dobra do punho da luva da outra mão, expondo a abertura; Unir os dedos da mão não dominante e introduzir na abertura da luva com a palma da mão voltada para cima, tracionando a luva em direção ao punho até calça-la por completo, desfazendo a dobra do punho; Ajustar as luvas de ambas às mãos; Manter a mão enluvada longe do corpo e outras superfícies; Desprezar o papel envelope da luva apenas após término do procedimento asséptico a ser realizado. Retirar as luvas Segurar com o polegar e o indicador de uma das mãos a luva da outra mão, próximo ao punho desta;

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Puxar a luva em direção aos dedos, virando-a para o lado avesso, a medida que vai sendo retirada; Segurar a luva retirada com a mão que encontra-se com luva; Permitir a retirada das luvas, evitando a contaminação das mãos e do ambiente; Repetir o procedimento na outra mão, encapando a luva que era segurada; Desprezar as luvas na lixeira correta (lixo comum ou infectante), dependendo da quantidade de sangue/secreção contida nestas; Higienizar as mãos.
Observação Higienizar as mãos antes e depois de calçar as luvas. As luvas não oferecem proteção completa contra a contaminação, razão que justifica a importância da correta higienização das mãos antes de calçar as luvas; Utilizar luvas esterilizadas sempre que for manipular campos/materiais estéreis.

IESP	**POP 35 Verificação de Frequência Cardíaca**
1. Definição: Determinar a resposta cardíaca expressa pelo batimento de uma artéria pressionada sobre uma saliência óssea. Envolve os critérios de frequência, volume e ritmo avaliados por 1 (um) minuto.	
2. Objetivo Verificar e estado geral da saúde cardiovascular e a resposta ao organismo a outros desequilíbrios, instrumentalizando a equipe de saúde para intervenções específicas; Avaliar estado geral do paciente; Auxiliar no diagnóstico e tratamento de alterações.	
3. Contraindicação Não há contraindicação	
4. Executante: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.	
5. Material Relógio com marcador de segundos; Estetoscópio se necessário.	
Descrição do procedimento	

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Ação de enfermagem

Chamar o paciente, confirmar o nome, apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

Reunir o material;

Higienizar as mãos;

Manter o paciente em posição confortável;

Verificação de Pulso Apical

Expor a região torácica;

Posicionar o estetoscópio devidamente higienizado com álcool a 70% na região torácica (3º a 5º espaço intercostal à D);

Auscultar as bulhas cardíacas por 60 segundos ininterruptos (avaliar quanto à fonética, ritmo e frequência);

Verificação de Pulso Arterial

Posicionar os dedos indicador e médio sobre a artéria escolhida, pressionando levemente contra saliência óssea;

Enumerar as pulsações por 60 segundos ininterruptos (avaliar quanto a volume, ritmo e frequência);

Ao final do procedimento

Higienizar as mãos;

Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;

Registrar o procedimento em planilha de produção.

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Comunicar ao enfermeiro qualquer alteração;

Considerar se o paciente realiza atividade física regular, neste caso, a frequência padrão pode ser inferior.

POP 36 Verificação De Frequência Respiratória

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

1. Definição: Determinar a resposta pulmonar expressa pelos movimentos respiratórios envolve os critérios de frequência, amplitude/profundidade, ritmo e simetria que devem ser avaliados por 1 (um) minuto.

2. Objetivo Avaliar resposta do organismo a desequilíbrios, instrumentalizando a equipe de saúde para intervenções específicas.

Avaliar estado geral do paciente/cliente, auxiliar no diagnóstico e tratamento de alterações. Acompanhar a evolução da doença.

3. Contraindicação

Não há contraindicação

4. Executante: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

Relógio com marcador de segundos;

Estetoscópio se necessário.

Descrição do procedimento

Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

Higienizar as mãos;

Reunir o material e levá-lo para próximo do cliente;

Apresentar-se e explicar o procedimento ao cliente e/ou acompanhante;

Manter o paciente em posição confortável;

Colocar a mão no pulso do cliente simulando a verificação do pulso;

Observar os movimentos de abaixamento e elevação do tórax – os dois movimentos (inspiratório e expiratório) somam um movimento respiratório;

Contar os movimentos respiratórios por 60 segundos;

Higienizar as mãos;

Realizar desinfecção dos materiais utilizados com álcool a 70%;

Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;

Comunicar enfermeiro se alterações.

Registrar o procedimento em Planilha de Produção.

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado e desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde.

Observação

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Observar os padrões de frequência respiratória: IDADE Batimentos por minuto* Recém-Nascido 35-40 Lactentes (06 meses) 30-50 Crianças que começam a andar 25-32 Crianças 20-30 Adolescentes 16-19 Adultos 14-20 * Valores conforme referência no repouso (acordado ou dormindo).

IESP	**POP 37 Verificação de Temperatura Corpórea**
1. Definição: Determinar a temperatura corpórea (da superfície da pele).	
2. Objetivo Avaliar resposta do organismo a desequilíbrios, instrumentalizando a equipe de saúde para intervenções específicas; Avaliar estado geral do paciente; Auxiliar no diagnóstico e tratamento de alterações; Acompanhar a evolução da doença.	
3. Contraindicação Não há contraindicação para a realização deste procedimento.	
4. Executante: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.	
5. Material Algodão; Álcool a 70%; Termômetro coluna de mercúrio ou digital.	
Descrição do procedimento , Ação de enfermagem Reunir o material;	

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Chamar o paciente, confirmar o nome, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

Higienizar as mãos;

Manter o paciente em posição confortável;

Realizar desinfecção do termômetro zerando a temperatura armazenada anteriormente (para crianças preferir o termômetro digital);

Selecionar local apropriado, livre de lesões (preferencialmente região axilar);

Aguardar por 03 minutos (termômetro de mercúrio) ou até a emissão de sinal sonoro (termômetro digital);

Realizar desinfecção dos materiais utilizados com álcool a 70% e zerar a temperatura armazenada;

Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;

Higienizar as mãos;

Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;

Registrar o procedimento em planilha de produção.

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Comunicar ao enfermeiro qualquer alteração;

Em crianças observar se vestimenta adequada à estação do ano ou temperatura ambiente ou fatores externos que possam alterar a temperatura.

POP 38 Aspiração de Vias Aéreas

Definição

É o método utilizado para remover secreções da boca e da faringe, através de sucção, desobstruindo a entrada de ar nas vias aéreas superiores, bem como da traqueia e brônquios nos pacientes entubados e traqueostomizados.

Objetivo

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Manter as vias aéreas permeáveis; Reestabelecer as trocas gasosas melhorando a oxigenação arterial e pulmonar; Prevenir infecção.
Contraindicação Não existem contraindicações absolutas para este procedimento. A maioria das contraindicações é relativa e diz respeito ao risco do paciente apresentar reações adversas ou piora de sua condição clínica.
Executante Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.
Material EPIs (luva estéril, luvas de procedimento, óculos de proteção, gorro, máscara cirúrgica); Fluxômetro para aspiração; Fonte de vácuo e oxigênio; Frasco de aspiração; Extensão de silicone; Sonda aspiração 14ou 16 (adulto), 8 ou 10 (pediátrico); Ampola de SF 0,9%; Ressuscitador manual de respiração; Gaze estéril; Cânula de Guedel; Oxímetro de pulso.
Descrição do procedimento Ação de enfermagem Aspiração de Orofaringe: Reunir o material;

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Higienizar as mãos;

Confirmar o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

Colocar o paciente na posição Fowler (45°) ou semi-Fowler, se não for contraindicado, promovendo o conforto, oxigenação, reduzindo o esforço para ventilação e prevenir vômitos e a aspiração.

Conectar a sonda de aspiração ao sistema de aspiração a vácuo, através da extensão de silicone, expondo apenas a parte que conecta a extensão e abrir fonte de vácuo;

Colocar gorro, máscara cirúrgica, os óculos de proteção e calçar as luvas de procedimento;

Segurar a sonda de aspiração com a mão dominante;

Clampear a extensão de látex com a mão não dominante, aspirar a cavidade oral e a orofaringe até a ausência/redução esperada do conteúdo aspirado;

Lavar a extensão com água destilada;

Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde.

Retirar os EPIs;

Deixar o paciente confortável;

Higienizar as mãos;

Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;

Registrar o procedimento em Planilha de Produção;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Aspiração Traqueal:

Reunir o material;

Higienizar as mãos;

Confirmar o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

Posicionar o paciente com a cabeça em extensão para aspiração traqueal e posição semi-Fowler para aspiração nasal, promovendo o conforto, oxigenação, reduzir o esforço para ventilação e prevenir êmese;

Conectar a sonda de aspiração ao sistema de aspiração a vácuo, através da extensão de silicone, expondo apenas a parte que conecta a extensão e abrir fonte de vácuo. Utilize o restante da embalagem para protege a sonda, mantendo-a estéril;

Colocar gorro, máscara cirúrgica, os óculos de proteção e calçar as luvas estéreis

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Desconectar o ventilador e conectar o ressuscitador manual para realização de seis ventilações em 30 minutos, com auxílio de outro professional, prevenindo hipoxemia;

Com a mão dominante (estéril), introduzir a sonda no tubo mantendo a extensão clampeada para não aplicar sucção até encontrar resistência (carina), favorecendo remoção das secreções, e prevenir hipoxia;

Soltar o látex para obter sucção, retirando a sonda com movimentos circulares, não ultrapassando a duração de 10 segundos;

Reconectar o tubo do paciente ao ventilador, deixando-o descansar por pelo menos 30 segundos, favorecendo que o paciente ventile e descanse entre as aspirações, para corrigir a hipoxemia e amenizar o desconforto;

Se necessário, repetir o procedimento, entretanto é recomendado não realizar mais do que três aspirações por sessão;

Ao termino da aspiração traqueal, promover a limpeza da sonda com água destilada e gaze, e realizar aspiração das vias aéreas superiores;

Lavar a extensão do aspirador com água destilada e desprezar a sonda;

Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de aúde;

Retirar os EPIs;

Fechar fonte de vácuo;

Deixar o paciente confortável;

Higienizar as mãos;

Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;

Registrar o procedimento em Planilha de Produção;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Instilação de SF0,9% (até 5ml) por via intrabronquica é indicada para promover fluidificação, mobilizar as secreções e estimular a tosse quando ocorrer formações de rolhas;

O enfermeiro deve realizar ausculta pulmonar antes e após o procedimento para avaliação da necessidade de aspiração;

Quando o paciente estiver em IOT, ficar atento aos dados vitais como SpO2, FR, FC, PA;

Deve-se observar o aspecto da secreção do paciente (cor, consistência, quantidade e odor);

Monitorar os parâmetros do ventilador, caso esteja em ventilação mecânica. Essa monitoração deve ser feita antes, durante e após procedimento.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

ANEXO I

ATESTADOS DE CAPACIDADE TÉCNICA E CONTRATOS

INSTITUTO ESPERANCA CNPJ: 10.779.749/0001-32
AV ITÁLIA, 928 15º ANDAR SALA 1508 JARDIM DAS NAÇÕES CEP: 12030-212 TAUBATÉ-SP.
TELEFONE: 12 3621-3844 / 12 3631-4372 SITE: www.iespe.org.br
E-MAIL: institutoesperanca@instituoiesp.org.br / institutoesperanca@institutoiesp.org.br

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

Este documento foi assinado digitalmente por Instituto Esperanca.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código 4573-92EB-AE63-467C.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi proposto para assinatura digital na plataforma Certisign Assinaturas. Para verificar as assinaturas clique no link: https://assinaturas.certisign.com.br/Verificar/4573-92EB-AE63-467C ou vá até o site https://assinaturas.certisign.com.br:443 e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: 4573-92EB-AE63-467C

Hash do Documento

44EEA6389B024D521109E59F9E0CF8384CBEE9A6D2AE7670DC719310E74E0A30

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 16/07/2025 é(são) :

- Paulo Rozaes Junior (Signatário - INSTITUTO ESPERANCA) - 10.779.749/0001-32 em 16/07/2025 14:38 UTC-03:00
  Tipo: Certificado Digital - INSTITUTO ESPERANCA - 10.779.749/0001-32

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

O CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA DO VALE DO PARAÍBA E REGIÃO SERRANA – CISAMU, INSCRITO NO CNPJ SOB Nº 23.984.518/0001-02, ASSOCIAÇÃO PÚBLICA, COM PERSONALIDADE DE DIREITO PÚBLICO, COM SEDE NA AVENIDA MARISA LAPIDO BARBOSA, 51 - PIRACANGAGUÁ, TAUBATÉ/SP, CEP: 12042-470, NESTE ATO REPRESENTADO PELO COORDENADOR ADMINISTRATIVO - SR. JOSÉ MARCIO ARAUJO GUIMARÃES, PORTADOR DA CI/RG Nº 4.124.725 E CPF/MF SOB Nº 058.797.288-20, ATESTA PARA OS DEVIDOS FINS QUE O INSTITUTO ESPERANÇA, INSCRITO NO CNPJ SOB Nº : 10.779.749/0001-32, ENTIDADE PRIVADA SEM FINS LUCRATIVOS, LOCALIZADO NA AVENIDA ITÁLIA Nº 928, SALA 1508, JARDIM DAS NAÇÕES, TAUBATÉ/SP, CEP: 12030-212, QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL NO ÂMBITO DO CISAMU, COM CONTRATO DE GESTÃO - PROCESSO ADMINISTRATIVO DE CHAMAMENTO PÚBLICO SOB Nº. 001/2016 ASSINADO EM 25 DE OUTUBRO DE 2016 COM TÉRMINO EM 25/10/2021 E CONTRATO DE GESTÃO - PROCESSO ADMINISTRATIVO DE CHAMAMENTO PÚBLICO SOB Nº. 01/2022, PARA OPERACIONALIZAÇÃO DE QUINZE (15) AMBULÂNCIAS DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA, EQUIPARADOS A LEITOS DE ENFERMARIA, E UMA (01) AMBULÂNCIA DE SUPORTE AVANÇADO DE VIDA, EQUIPARADA A LEITO DE UTI, COM EXTRATO DO TERMO DE CONTRATO DE GESTÃO PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO EM 28 DE JANEIRO DE 2022.A SABER:

- CAMPOS DO JORDÃO: 3 (TRÊS) AMBULÂNCIAS DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA – TIPO B – LOCALIZADAS EM MGC383, Nº 350 – JARDIM NOVA SUIÇA – CAMPOS DO JORDÃO/SP
- LAGOINHA: 1 (UMA) AMBULÂNCIA DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA – TIPO B – LOCALIZADA NA RUA ANTÔNIO JOSÉ RIBEIRO S/Nº - CENTRO – LAGOINHA/SP

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por MAYRA DE PAIVA MIRANDA, em quarta-feira, 31 de janeiro de 2024 11:35:28 GMT-03:00, CNS: 11.420-7 - OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIÃ DE NOTAS DE QUIRIRIM/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.

- NATIVIDADE DA SERRA: 1 (UMA) AMBULÂNCIA DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA – TIPO B – LOCALIZADA RUA JOSÉ FERNANDES DA SILVA, S/N – CENTRO – NATIVIDADE DA SERRA/SP
- REDENÇÃO DA SERRA: 1 (UMA) AMBULÂNCIA DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA – TIPO B – LOCALIZADA NA RUA VINTE E OITO DE AGOSTO Nº 106 – CENTRO – REDENÇÃO DA SERRA/SP
- SANTO ANTÔNIO DO PINHAL: 1 (UMA) AMBULÂNCIA DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA – TIPO B – LOCALIZADA NA AVENIDA MINISTRO NELSON HUNGRIA, Nº 21 – CENTRO – SANTO ANTÔNIO DO PINHAL/SP.
- SÃO LUIZ DO PARAITINGA: 1 (UMA) AMBULÂNCIA DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA – TIPO B – LOCALIZADA NA AVENIDA CELESTINO CAMPOS COELHO, Nº 168 – CENTRO – SÃO LUIZ DO PARAITINGA.
- TAUBATÉ CENTRAL: 1 (UMA) BASE DE REGULAÇÃO MÉDICA; 1 (UMA) AMBULÂNCIA DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA – TIPO B; 1 (UMA) AMBULÂNCIA DE SUPORTE AVANÇADO DE VIDA – TIPO D – LOCALIZADAS NA AVENIDA PROFESSORA MARISA LAPIDO BARBOSA Nº 51 – PIRACANGAGUÁ – TAUBATÉ/SP
- TAUBATÉ FAZENDINHA: 1 (UMA) AMBULÂNCIA DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA – TIPO B – LOCALIZADA NA RUA TRINTA E UM Nº 50 – PARQUE TRÊS MARIAS – TAUBATÉ/SP
- TAUBATÉ MOURISCO: 1 (UMA) AMBULÂNCIA DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA – TIPO B – LOCALIZADA NA RUA TAVARES FILHO, Nº 385/347 - JARDIM MOURISCO – TAUBATÉ/SP
- TAUBATÉ SAN MARINO: 1 (UMA) AMBULÂNCIA DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA – TIPO B – LOCALIZADA NA RUA DRA. CACILDA PINTO DA SILVA S/Nº - RESIDENCIAL SAN MARINO – TAUBATÉ/SP
- TAUBATÉ SANTA HELENA: 1 (UMA) AMBULÂNCIA DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA – TIPO B – LOCALIZADA NA AVENIDA AMELETTO MARINO Nº 60 – ESPLANADA SANTA HELENA – TAUBATÉ/SP

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por MAYRA DE PAIVA MIRANDA, em quarta-feira, 31 de janeiro de 2024 11:35:28 GMT-03:00, CNS: 11.420-7 - OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIÃ DE NOTAS DE QUIRIRIM/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.

- TREMEMBÉ: 1 (UMA) AMBULÂNCIA DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA – TIPO B – LOCALIZADA NA AVENIDA DA SAUDADE Nº 81 – CENTRO – TREMEMBÉ/SP

A POPULAÇÃO DA ÁREA ABRANGENTE, DOS MUNICÍPIOS LISTADOS ACIMA, ESTÁ ESTIMADA PELO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) EM 450.921 (QUATROCENTOS E CINQUENTA MIL, NOVECENTOS E VINTE E UM) HABITANTES, DE ACORDO COM INFORMAÇÕES PARA O ANO DE 2020, CONFORME CONSTA EM: HTTPS://FTP.IBGE.GOV.BR/ESTIMATIVAS_DE_POPULACAO/ESTIMATIVAS_2020/ESTIMATIVA_DOU_2020.PDF , SENDO QUE O IESP VEM PRESTANDO O GERENCIAMENTO, EXECUÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU 192 DO VALE DO PARAIBA E REGIÃO SERRANA, SEM ELEMENTOS OU FATOS QUE DESABONEM A SUA CONDUTA.

TOTAL DE CHAMADOS POR FAIXA ETÁRIA SAMU 192 – TAUBATÉ, ANO 2023 SAMU VALE DO PARAÍBA E REGIÃO SERRANA/SP

FAIXA ETÁRIA	TOTAL
NEONATAL (ATÉ 29 DIAS)	21
LACTENTE (1 MÊS A 2 ANOS)	752
CRIANÇA I (3 A 7 ANOS)	569
CRIANÇA II (8 A 14 ANOS)	876
ADOLESCENTE (15 A 20 ANOS)	1946
ADULTO JOVEM (21 A 30 ANOS)	4496
ADULTO I (31 A 40 ANOS)	4040
ADULTO II (41 A 50 ANOS)	4306
ADULTO III (51 A 60 ANOS)	4129
IDOSO I (61 A 70 ANOS)	3392
IDOSO II (71 A 80 ANOS)	3180
IDOSO III (81 A 90 ANOS)	2397
IDOSO IV (91 A 100 ANOS)	726
IDOSO V (ACIMA DE 100 ANOS)	23

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por MAYRA DE PAIVA MIRANDA, em quarta-feira, 31 de janeiro de 2024 11:35:28 GMT-03:00, CNS: 11.420-7 - OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIÃ DE NOTAS DE QUIRIRIM/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.

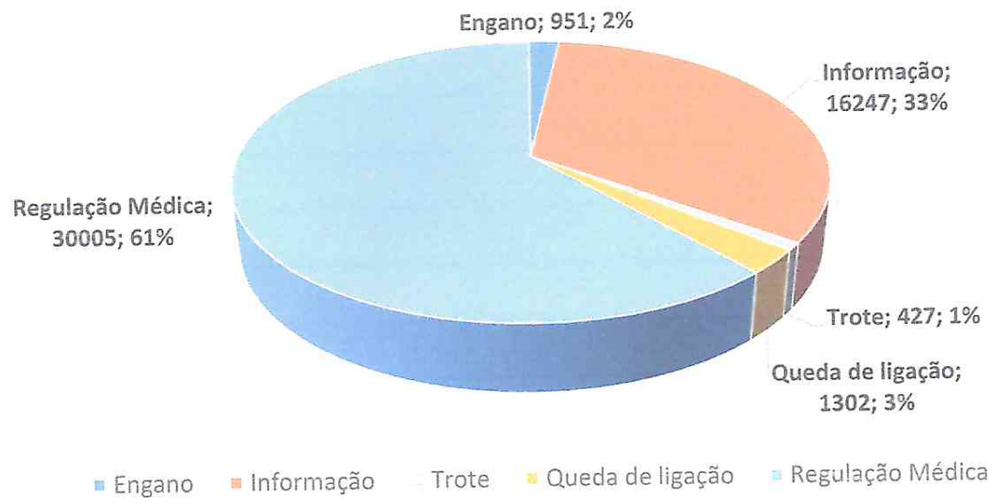
NÃO INFORMADO	18079
TOTAL	48.932

*MAIOR FREQUÊNCIA DE CHAMADOS

TOTAL DE CHAMADOS POR GÊNERO SAMU 192 – TAUBATÉ.SP, ANO 2023SAMU VALE DO PARAÍBA E REGIÃO SERRANA/SP

NÚMERO CHAMADOS	TOTAL	%
TOTAL DE CHAMADOS	48932	100%
SEXO	TOTAL	%
FEMININO	14326	29,27
MASCULINO	17835	36,44
NÃO INFORMADO	16771	34,27

CHAMADOS POR CATEGORIA SAMU 192 – TAUBATÉ, ANO 2022 SAMU VALE DO PARAÍBA E REGIÃO SERRANA/SP



O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por MAYRA DE PAIVA MIRANDA, em quarta-feira, 31 de janeiro de 2024 11:35:28 GMT-03:00, CNS: 11.420-7 - OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIÃ DE NOTAS DE QUIRIRIM/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.

DESCRIÇÃO	VALOR ES	%
ENGANO	951	2
INFORMAÇÃO	16247	33
TROTE	427	1
QUEDA DE LIGAÇÃO	1302	3
REGULAÇÃO MÉDICA	30005	61
TOTAL	48932	100

S111834A0109381
FIRMA 1
114207
CARTÓRIO DE QUIRIRIM
Reconheço por Semelhança(s) a(s) firma(s) de:
Taubaté, 31 de Janeiro de 2024 Em Test. da Verdade.
GUSTAVO HENRIQUE SANTOS DIAS - ESCREVENTE
Custas por Firma R$ 8,37 Selo: 1183AA01109381
"VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE SEM EMENDAS OU RASURAS".
AA368708

TAUBATÉ, 25 DE JANEIRO DE 2024

Cartório Notarial de Quiririm

JOSÉ MARCIO ARAUJO GUIMARÃES
COORDENADOR ADMINISTRATIVO
CISAMU

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por MAYRA DE PAIVA MIRANDA, em quarta-feira, 31 de janeiro de 2024 11:35:28 GMT-03:00, CNS: 11.420-7 - OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIÃ DE NOTAS DE QUIRIRIM/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.

CONTRATO QUE ENTRE SI CELEBRAM O CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA DO VALE DO PARAÍBA E DA REGIÃO SERRANA – CISAMU E A ORGANIZAÇÃO SOCIAL INSTITUTO ESPERANÇA - IESP, QUALIFICADO COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL, PARA OPERACIONALIZAÇÃO DA UNIDADE DE SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192.

Pelo presente instrumento, de um lado o **Consórcio Intermunicipal do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do Vale do Paraíba e da Região Serrana – CISAMU**, entidade jurídica de direito público, inscrita no CNPJ/MF sob nº. 23.984.518/0001-02, com sede na Rua Antonio Giovanelli, s/n, Conjunto Habitacional Taubaté, Piracangaguá, CEP nº. 12042-470, Taubaté-SP, neste ato representado por seu Presidente o Sr. Clodomiro Correa de Toledo Júnior, portador da Cédula de Identidade RG nº. 24.242.850-2 e CPF nº. 276.561.968-97, doravante denominada **CONTRATANTE**, e de outro lado o **INSTITUTO ESPERANÇA - IESP**, qualificado como **ORGANIZAÇÃO SOCIAL** pelo **CISAMU** pelo Certificado de Qualificação, com CNPJ/MF nº. 10.779.749/0001-32, com endereço na Rua Cel. João Sanches, 283, Centro – São Fidélis – RJ e com estatuto registrado no número de ordem 27, no Cartório de Ofício do Foro de São Fidélis, neste ato representado por seu Presidente o Sr. Pedro Cipriano da Silva Junior, Portador da CIRG nº. 3.692.782-0 e CPF nº. 362.210.317-53, doravante denominada **CONTRATADA**, tendo em vista o que dispõe a Lei Federal nº 8080, de 19 de setembro de 1990, bem como o disposto no artigo 24, inciso XXIV, da Lei Federal nº 8666 de 21 de junho de 1993, resolvem celebrar o presente Contrato de Gestão referente à operacionalização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU192 do Vale do Paraíba e Região Serrana, diante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO.

1.1 O presente CONTRATO DE GESTÃO tem por objeto a operacionalização pela CONTRATADA, das atividades na unidade de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192, em conformidade com os Anexos Técnicos que integram este instrumento.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - O objeto contratual executado deverá atingir o fim a que se destina, com eficácia e qualidade requeridas nos seguintes objetivos estratégicos de acordo com as políticas Nacional e Estadual:

a). Assegurar a escuta médica permanente para as urgências, através da Central de Regulação Médica das Urgências, utilizando nº exclusivo e gratuito (192);

b). Operacionalizar o sistema regionalizado e hierarquizado de saúde, no que concerne às urgências, equilibrando a distribuição da demanda de urgência e proporcionando resposta adequada e adaptada às necessidades do cidadão, através de orientação ou pelo envio de equipes, visando atingir todos os municípios da região de abrangência;

c). Realizar as coordenações médica e de enfermagem, direta ou a distância de todos os atendimentos pré-hospitalares móveis;

d). Realizar o atendimento pré-hospitalar móvel de urgência, tanto em casos de traumas como em situações clínicas, prestando os cuidados médicos de urgência apropriados ao estado de saúde do cidadão e, quando se fizer necessário, transportá-lo com segurança e com o acompanhamento de equipe especializada até as unidades hospitalares referenciadas;

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Livia de Abreu Conceição, em terça-feira, 13 de junho de 2023 15:17:38 GMT-03:00, CNS: 11.420-7 - OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIÃ DE NOTAS DE QUIRIRIM/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.

e). Participar dos planos de organização de socorros em caso de desastres ou eventos com múltiplas vítimas e situações de catástrofes;

f). Manter diariamente, informação atualizada dos recursos disponíveis para o atendimento as urgências;

g). Prover bancos de dados estatísticos atualizados no que diz respeito a atendimentos de urgência, dados médicos e de situações de crise, bem como de dados administrativos;

h). Servir de fonte de pesquisa e extensão a instituições de ensino conforme;

i). Identificar através do banco de dados da central de regulação, ações que precisam ser desencadeadas dentro da própria área da saúde e de outros setores, como trânsito, planejamento urbano, educação dentre outros;

j). Participar da educação sanitária, proporcionando cursos de primeiros socorros à comunidade, e de suporte básico de vida aos serviços e organizações que atuam em urgências;

PARÁGRAFO SEGUNDO - Faz parte integrante deste CONTRATO DE GESTÃO os Anexos:
Anexo Técnico I – Diretrizes do Contrato de Gestão;
Anexo Técnico II - Plano de Trabalho – Técnico para a Operacionalização do SAMU192 do Vale do Paraíba e Região Serrana.

CLÁUSULA SEGUNDA - OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA.
2.1 Em cumprimento a sua obrigação cabe a Contratada, além das obrigações constantes deste contrato e daquelas estabelecidas na legislação pertinente, também o disposto nos diplomas federal, estadual e municipal que regem a presente contratação e as seguintes:

2.1.1 NO QUE TANGE À ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL:
2.1.1.1 Garantir a realização de atendimento integral aos usuários assistidos, com equipe especializada da CONTRATADA, conforme estabelecida nas RDC (Resolução da Diretoria Colegiada) da ANVISA, portarias e outras normas técnicas, de forma ininterrupta com meios adequados a cada situação clínica, com remoção até a unidade hospitalar referenciada.

2.1.2 NO QUE TANGE AO ASPECTO INSTITUCIONAL:
2.1.2.1 Atender com seus recursos humanos e técnicos cidadãos que necessitem de atendimento pré-hospitalar.
2.1.2.2 Atender gratuitamente os usuários, sendo vedada a remuneração pelo atendimento por qualquer fonte de pagamento que não seja o CISAMU.
2.1.2.3 Observar, durante todo o Prazo do Contrato, a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (PNH/MS), visando o cumprimento do modelo de atendimento humanizado.
2.1.2.4 Acolher os usuários de acordo com os princípios da Humanização. Para tanto deverá seguir os preceitos da Política Nacional de Humanização (PNH).
2.1.2.5 Implantar os serviços de atenção ao usuário com as seguintes atribuições:
a) Apresentar as informações necessárias ao usuário sobre o funcionamento da unidade e serviços;
b) Avaliar e facilitar efetivamente as sugestões e informações do usuário;
c) Tratar de forma individualizada e personalizada os usuários;
d) Dar respostas às reclamações e sugestões realizadas pelos usuários;
e) Favorecer a boa comunicação entre os profissionais de saúde e os usuários;
f) Encaminhar relatório mensal de suas atividades

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Livia de Abreu Conceição, em terça-feira, 13 de junho de 2023 15:17:38 GMT-03:00, CNS: 11.420-7 - OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIÃ DE NOTAS DE QUIRIRIM/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.

2.1.3 NO QUE TANGE AO ASPECTO OPERACIONAL:
2.1.3.1 Garantir o funcionamento ininterrupto do SAMU 192 do Vale do Paraíba e Região Serrana.
2.1.3.2 Garantir que o SAMU 192 do Vale do Paraíba e Região Serrana esteja devidamente cadastrado e atualizado no banco de dados do SCNES, conforme legislação vigente.
2.1.3.3 O SAMU 192 do Vale do Paraíba e Região Serrana deverá apresentar mensalmente os indicadores determinados pelo CISAMU.
2.1.3.4. Contratar, pessoal para execução das atividades previstas neste Contrato de Gestão, responsabilizando-se pelos encargos trabalhistas, previdenciários e, fiscais, e ainda pelas rescisões e indenizações trabalhistas resultantes da execução do objeto desta avença;
2.1.3.5 Cumprir o código de posturas do Município e as disposições legais, estaduais e federais;
2.1.3.6 Responsabilizar-se por eventuais paralisações dos serviços por parte de seus funcionários e contratados, sem repasse de qualquer ônus à Contratante, de modo que não ocorram interrupções dos serviços prestados;
2.1.3.7 Dar ciência imediata e por escrito, à Contratante, sobre qualquer não conformidade que verificar na execução dos serviços;
2.1.3.8 Prestar os esclarecimentos que lhe forem solicitados e atender prontamente as reclamações sobre seus serviços;
2.1.3.9 Prestação dos serviços com qualidade e eficiência, utilizando-se dos equipamentos de modo adequado e eficaz;
2.1.3.10 Na prestação dos serviços descritos no item anterior, a CONTRATADA deverá observar:
a) Respeito aos direitos dos pacientes, atendendo-os com dignidade de modo universal e igualitário;
b) Manutenção da qualidade na prestação dos serviços;
c) Respeito à decisão do paciente em relação ao consentimento ou recusa na prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de eminente perigo de morte ou obrigação legal;
d) Garantia do sigilo dos dados e informações relativas aos pacientes.
2.1.3.11 Implantar em 60 (sessenta) dias as Comissões obrigatórias ao Serviço conforme legislação vigente dos respectivos Conselhos de Classe.

2.1.4 NO QUE TANGE À GESTÃO DE PESSOAS:
2.1.4.1 Promover a adesão de compromisso de todos os colaboradores com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), quais sejam os da universalidade, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade.
2.1.4.2 Utilizar critérios técnicos quanto ao gerenciamento e controle de recursos humanos, observando as normas legais vigentes, em especial as trabalhistas e previdenciárias.
2.1.4.3 Elaborar ações de valorização do colaborador, agindo em seu desenvolvimento, integração, promoção, remuneração e parceria na execução das atividades.
2.1.4.4 Definir política de segurança ocupacional, com foco no bem-estar, a fim de proporcionar ambiente de trabalho seguro e saudável.
2.1.4.5 Responsabilizarem-se pelos encargos trabalhistas, previdenciários e, fiscais, e ainda pelas rescisões e indenizações trabalhistas relativos a seus empregados, bem como pelo cumprimento das normas legais vigentes nos âmbitos municipais, estaduais e federal e as normas internas de segurança e medicina do trabalho, resultantes da execução deste contrato, sem a transferência de qualquer ônus a Contratante;
2.1.4.6 Utilizar, para a contratação de pessoal, critérios exclusivamente técnicos, observando as normas legais vigentes, em especial as trabalhistas e previdenciárias;
2.1.4.7 Os profissionais contratados para a prestação dos serviços deverão ter comprovada capacidade técnica, com formação adequada ao serviço desempenhado;

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Livia de Abreu Conceição, em terça-feira, 13 de junho de 2023 15:17:38 GMT-03:00, CNS: 11.420-7 - OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIÃ DE NOTAS DE QUIRIRIM/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.

2.1.4.8 Os demais profissionais envolvidos diretamente na prestação dos serviços de urgência e emergência deverão estar registrados nos respectivos conselhos profissionais e atender às normas e requisitos próprios, conforme a regulamentação do Ministério da Saúde (MS);
2.1.4.9 Os profissionais a serem alocados nas funções indicadas no presente Termo de Referência deverão possuir qualificação e estar em quantitativo mínimo exigido pelo Ministério da Saúde, manter a habilitação e qualificação do SAMU 192 do Vale do Paraíba e Região Serrana dos serviços prestados aos beneficiários do CISAMU. Para tanto, deverão ser atendidas as obrigatoriedades da legislação vigente, inclusive a que diz respeito à Classificação Brasileira de Ocupações (CBO);
2.1.4.10 A CONTRATADA deverá dispor de mecanismos para pronta substituição de seus profissionais em caso de faltas, de forma a não interromper ou prejudicar os serviços prestados à população;
2.1.4.11 Os contratos entre a CONTRATADA e terceiros reger-se-ão pelas normas de direito privado, não se estabelecendo relação de qualquer natureza entre os terceiros e o Poder Público;
2.1.4.12 O conhecimento do CISAMU acerca de eventuais contratos firmados com terceiros não exime a CONTRATADA do cumprimento, total ou parcial, de suas obrigações decorrentes do Contrato de Gestão;

2.1.5 NO QUE TANGE AOS BENS MÓVEIS E IMÓVEIS:
2.1.5.1 Administrar, manter e reparar os bens imóveis e móveis públicos, cujo uso lhe seja permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos termos do Contrato, até sua restituição ao CISAMU.
2.15.2 Manter em perfeitas condições os equipamentos e instrumentais cedidos pelo CISAMU, (Manutenção Preventiva e Corretiva) inclusive substituindo-os por outros do mesmo padrão técnico, conforme Termo de Permissão de Uso.
2.1.5.3 Manter uma ficha histórica com as intervenções realizadas nos equipamentos do CISAMU ao longo do tempo, especificando o serviço executado e as peças substituídas.
2.1.5.4 Disponibilizar permanentemente toda e qualquer documentação ou base de dados para acesso irrestrito e/ou auditoria do Poder Público.
2.1.5.5 Responsabilizarem-se por todos os ônus, encargos e obrigações comerciais, fiscais, sociais, tributárias, ou quaisquer outras previstas na legislação em vigor, bem como com todos os gastos e encargos com materiais e concessionárias.
2.1.5.6 Providenciar seguro contra incêndio, responsabilidade civil e patrimonial dos bens móveis cedidos pelo CISAMU, até 30 dias da assinatura do Contrato.
2.1.5.7 Transferir integralmente à Contratante, em caso de desqualificação e consequente extinção da Organização Social de Saúde, o patrimônio, os legados ou doações que lhe forem destinados, bem como os excedentes financeiros decorrentes da realização das atividades pactuadas neste contrato;
2.1.5.8 Adotar o símbolo e o nome designativo da unidade cujo uso lhe fora permitido;
2.1.5.9 Identificar os equipamentos e materiais de sua propriedade, se existir, de forma a não serem confundidos com similares de propriedade da Contratante;
2.1.5.10 Comunicar à Contratante, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas após sua ocorrência, quaisquer sinistros relativos aos bens e insumos sob sua guarda;

2.1.6 NO QUE TANGE À TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO:
2.1.6.1 Operacionalizar, no início das atividades assistenciais da Unidade, serviços de informática com sistema compatível ao utilizado pelo CISAMU para gestão que contemple no mínimo:
a) Operar em todas as etapas, o sistema de informações (softwares), como segue:
- registro das atividades telefônicas;
- registro das regulações médicas;
- registro dos despachos médicos;

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Livia de Abreu Conceição, em terça-feira, 13 de junho de 2023 15:17:38 GMT-03:00, CNS: 11.420-7 - OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIÃ DE NOTAS DE QUIRIRIM/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.

viaturas, compatíveis com as necessidades do serviço;

c) Operacionalizar todas as informações estatísticas do sistema para fim de faturamento, trabalhos e fornecimento de informações relativas ao serviço, quando solicitados.

2.1.7 NO QUE TANGE À PRESTAÇÃO DE CONTAS E OPERACIONALIZAÇÃO:

2.1.7.1 A Prestação de Contas será efetivada por meio da entrega mensal do Relatório de Prestação de Contas em meio físico e em Mídia Digital pesquisáveis, na Sede do CISAMU, até o dia 20 do mês subsequente à despesa, contendo os seguintes anexos:

a) Ofício de encaminhamento ao Sr Presidente, devidamente assinado pela instância superior administrativa do projeto;

b) Demonstrativo consolidado de receitas e despesas referentes ao mês;

c) Demonstrativo de aplicações financeiras;

d) Relações de despesas compromissadas para o mês subsequente;

e) Demonstrativo de despesas por setor;

f) Atestado de execução do plano de trabalho;

g) Quadro de pessoal por setor;

h) Demonstrativos de vencimentos, encargos, benefícios e provisionamentos;

i) Demonstrativo de número de profissional por setor;

j) Relação dos valores financeiros repassados, com indicação da Fonte de Recursos;

k) Comprovantes de Despesas com indicação da fonte de Recursos;

l) Balancete Financeiro;

m) Extrato Bancário do mês das contas correntes e Aplicações Financeiras dos recursos recebidos;

n) Relatório das Estatísticas de atendimento do período.

o) Relatório Consolidado do alcance das metas de qualidade (Indicadores);

2.1.7.2 Apresentar ao CISAMU, no prazo por ele estabelecido, informações adicionais ou complementares que este venha formalmente solicitar.

2.1.7.3 Apresentar relatório com informações detalhadas e na periodicidade por este estabelecido, especialmente sobre:

- Relação com identificação dos atendimentos realizados, devidamente segmentados pela sua natureza;
- Quaisquer outras informações que o CISAMU julgar relevantes sobre as prestações do serviço e sobre as condições financeiras do SAMU 192 do Vale do Paraíba e Região Serrana.
- Informações de contato (telefone, endereço de correio eletrônico, formulário eletrônico, endereço de correspondência) para recebimento de reclamações, sugestões e esclarecimento de dúvidas dos usuários.

2.1.7.4 Apresentar mensalmente, relatório contendo todos os procedimentos realizados, bem como toda a documentação exigida, nos termos indicados e segundo a metodologia adotada pelo CISAMU.

2.1.7.5 Apresentar trimestralmente, os relatórios das comissões que venham ser constituídas pelo CISAMU.

2.1.7.6 Arquivar vias originais dos relatórios previstos, após analisados e aprovados pelo CISAMU que deverá mantê-los em arquivo até o fim do prazo do contrato de gestão.

2.1.7.7 Elaborar, implementar e entregar à Contratante, planos de cargos, salários e benefícios dos empregados;

2.1.7.8 Dispor de veículo administrativo apropriado para cumprir visitas técnicas nas Bases Descentralizadas e demais serviços de demandas administrativas;

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Livia de Abreu Conceição, em terça-feira, 13 de junho de 2023 15:17:38 GMT-03:00, CNS: 11.420-7 - OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIÃ DE NOTAS DE QUIRIRIM/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.

2.1.7.9 Responsabilizar-se pela indenização de dano decorrente de ação, omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, que seus agentes, nessa qualidade, causarem a usuário/paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a estes vinculados, assegurando o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa, sem prejuízo das demais sanções cabíveis.
2.1.7.10 Os contratos entre a CONTRATADA e terceiros reger-se-ão pelas normas de direito privado, não se estabelecendo relação de qualquer natureza entre os terceiros e o Poder Público;
2.1.7.11 O conhecimento do CISAMU acerca de eventuais contratos firmados com terceiros não exime a CONTRATADA do cumprimento, total ou parcial, de suas obrigações decorrentes do Contrato de Gestão;
2.1.7.12 A CONTRATADA deverá providenciar a aquisição de mobiliário, equipamentos e materiais permanentes e de informática necessários para a perfeita oferta do serviço, devendo submeter à CONTRATANTE o respectivo orçamento para prévia análise de seus Órgãos Técnicos;
2.1.7.13 Na hipótese de reformas de natureza física ou estrutural das instalações, a CONTRATADA deverá submeter à CONTRATANTE o respectivo projeto com orçamento para prévia análise dos Órgãos Técnicos desta última;
2.1.7.14 As informações fiscais e contábeis deverão ser encaminhadas por via física e magnética, acompanhado do Relatório de Prestação de Contas nos moldes previstos no item assinado pelo responsável da CONTRATADA.
2.1.7.15 Na manutenção e apresentação dos documentos fiscais e contábeis, a CONTRATADA deverá manter em perfeita ordem todos os documentos, especialmente os respectivos livros e os comprovantes de todas as despesas contraídas, devendo apresentá-los sempre que requerido pelos órgãos fiscalizadores competentes.
2.1.7.16 Todos os comprovantes fiscais deverão ser emitidos em nome da CONTRATADA, e seus originais deverão ser carimbados com a identificação do número do Contrato de Gestão, e ficarão sob sua guarda com a disposição dos órgãos fiscalizadores.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

3.1 Para execução dos serviços objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO, o CONTRATANTE obriga-se a:

a) Prover a Contratada dos meios necessários à execução do objeto deste contrato;

b) Programar no orçamento do Consórcio Intermunicipal do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do Vale do Paraíba e da Região Serrana – CISAMU, nos exercícios subsequentes ao da assinatura do presente Contrato, os recursos necessários, nos elementos financeiros específicos para custear a execução do objeto contratual;

c) Inventariar e avaliar os bens, anteriormente à formalização dos termos de permissão de uso;

d) Promover mediante autorização governamental, observando o interesse público, ao afastamento de servidores públicos para terem exercício na Organização Social de Saúde;

e) Facilitar, por todos os meios, o exercício das atividades da Contratada, dando-lhe acesso às instalações das unidades usuárias de seus serviços, promovendo o bom entendimento entre seus servidores e os da Contratada;

f) Garantir, junto às unidades usuárias dos serviços prestados, o fornecimento de toda e qualquer informação ou esclarecimento que eventualmente venham a ser solicitados pela Contratada e que digam respeito à natureza dos serviços contratados;

g) Garantir, através de atuação conjunta com as diversas instâncias do CISAMU, a constante atualização das informações relativas a disponibilidades de serviços ofertados à população;

h) Analisar, anualmente, 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;

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Livia de Abreu Conceição, em terça-feira, 13 de junho de 2023 15:17:38 GMT-03:00, CNS: 11.420-7 - OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIÃ DE NOTAS DE QUIRIRIM/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.

CLÁUSULA QUARTA – DA AVALIAÇÃO

4.1 A Comissão de Avaliação constituída pelo CISAMU procederá à verificação periódica do desenvolvimento das atividades e resultados obtidos pela ORGANIZAÇÃO SOCIAL com a aplicação dos recursos sob sua gestão, elaborando relatório conclusivo trimestral, que deverá ser encaminhado ao presidente do CISAMU.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

A verificação de que trata o "caput" desta cláusula, relativa ao cumprimento das diretrizes de operacionalização estabelecidas pelas legislações Ministeriais que regem o Programa SAMU 192 e definidas para a CONTRATADA restringir-se-á aos resultados obtidos em sua conformidade com as legislações Ministeriais, execução, através dos indicadores de desempenho estabelecidos, e Relatórios Estatísticos dos Atendimentos;

Indicadores de Desempenho:

Os parâmetros e a metodologia de cálculo serão os pactuados no Anexo Técnico I do Contrato de Gestão e Anexo Técnico II – PLANO DE TRABALHO TÉCNICO PARA OPERACIONALIZAÇÃO DO SAMU 192 do Vale do Paraíba e Região Serrana.

Sua parametrização deverá ocorrer até 30 (trinta) dias após a assinatura do contrato.

PARAGRAFO SEGUNDO

A Comissão de Avaliação, referida nesta cláusula, deverá elaborar relatório anual conclusivo sobre a avaliação do desempenho da Contratada;

PARAGRAFO TERCEIRO

Os relatórios mencionados nesta cláusula deverão ser encaminhados ao Presidente do CISAMU para subsidiar a decisão acerca da manutenção da qualificação da entidade como Organização Social de Saúde;

CLÁUSULA QUINTA - DO ACOMPANHAMENTO

5.1 A execução do presente CONTRATO DE GESTÃO será acompanhada pela Comissão de Avaliação, nos termos do disposto neste CONTRATO DE GESTÃO e seus Anexos Técnicos e dos instrumentos por ela já definidos.

5.2 No valor da Transferência Mensal de Recursos poderá ser aplicada as Multas e Glosas apuradas em decorrência de descumprimento ao pactuado no Contrato de Gestão.

5.3 A transferência dos recursos financeiros será realizada até o décimo dia útil do mês em que os serviços estiverem sendo executados e as prestações de contas serão apresentadas até o dia 20 (vinte) do mês subsequente.

5.4 As despesas previstas e não realizadas no mês de referência deverão ser objeto de ajustes nos demonstrativos do mês subsequente.

5.5 Deverá ser restituído ao Poder Público o saldo dos recursos líquidos resultantes dos valores repassados, em caso de desqualificação da Organização Social.

5.6 No caso do item anterior, a Contratada deverá transferir, integralmente, ao CISAMU os legados ou doações que lhe foram destinados, benfeitorias, bens móveis e imobilizados instalados nos equipamentos de saúde, bem como os excedentes financeiros decorrentes da prestação de serviços de urgência e emergência cujo uso dos equipamentos lhe fora permitido.

5.7 A autorização para transferência dos recursos referentes ao custeio será emitida pela comissão de avaliação, precederá a efetivação do ato.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Livia de Abreu Conceição, em terça-feira, 13 de junho de 2023 15:17:38 GMT-03:00, CNS: 11.420-7 - OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIÃ DE NOTAS DE QUIRIRIM/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.

5.8 As transferências das parcelas previstas no contrato só serão efetuadas mediante a demonstração do cumprimento das obrigações sociais e trabalhistas, relativas aos empregados vinculados ao contrato, referentes ao mês anterior à data do pagamento.

CLÁUSULA SEXTA - DO PRAZO DE VIGÊNCIA

6.1 O prazo de vigência do presente CONTRATO DE GESTÃO será de **36 (trinta e seis) meses**, a contar de sua assinatura, podendo ser prorrogado, obedecido o limite estabelecido no inciso II do artigo 57 da Lei Federal nº. 8.666/93 e suas alterações.

PARÁGRAFO ÚNICO

O prazo de vigência contratual estipulado nesta cláusula não exime a CONTRATANTE da comprovação da existência de recursos orçamentários para a efetiva continuidade da prestação dos serviços nos exercícios financeiros subseqüentes ao da assinatura deste CONTRATO DE GESTÃO.

CLÁUSULA SÉTIMA - DOS RECURSOS FINANCEIROS

7.1 Pela prestação dos serviços objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, especificados nos Anexos Técnicos, a CONTRATANTE repassará a CONTRATADA, no prazo e condições constantes neste instrumento a importância global estimada de **R$ 49.696.090,81 (quarenta e nove milhões e seiscentos e noventa e seis mil e noventa reais e oitenta e um centavos)**;

PARÁGRAFO PRIMEIRO

Do montante global mencionado no "caput" desta cláusula, o valor de **R$ 1.702.551,27 (um milhão setecentos e dois mil quinhentos e cinquenta e um reais e vinte e sete centavos)**, correspondente a este exercício financeiro, cujo repasse dar-se-á na modalidade Contrato de Gestão, Fonte de Recursos proveniente do Consorcio Intermunicipal do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do Vale do Paraíba e da Região Serrana - CISAMU;

PARÁGRAFO SEGUNDO

O valor restante dos exercícios subseqüentes correrá por conta dos recursos consignados nas respectivas leis orçamentárias.

PARÁGRAFO TERCEIRO

Os recursos repassados à CONTRATADA deverão ser por esta, aplicados no mercado financeiro, e os resultados dessa aplicação revertidos, exclusivamente, aos objetivos do presente CONTRATO DE GESTÃO.

PARÁGRAFO QUARTO

Os recursos financeiros para a execução do objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO pela CONTRATADA poderão ser obtidos mediante transferências provenientes do Poder Público, doações e contribuições de entidades nacionais e estrangeiras, rendimentos de aplicações dos ativos financeiros da Organização Social de Saúde e de outros pertencentes ao patrimônio que estiver sob a administração da ORGANIZAÇÃO SOCIAL.

PARÁGRAFO QUINTO

A CONTRATADA deverá movimentar os recursos que lhe forem repassados pela CONTRATANTE em conta corrente específica e exclusiva, constando como titular a ORGANIZAÇÃO SOCIAL CONTRATADA, de modo a que não sejam confundidos com os recursos próprios da ORGANIZAÇÃO

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Livia de Abreu Conceição, em terça-feira, 13 de junho de 2023 15:17:38 GMT-03:00, CNS: 11.420-7 - OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIÃ DE NOTAS DE QUIRIRIM/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.

SOCIAL. Os respectivos extratos de movimentação financeira deverão ser encaminhados mensalmente à CONTRATANTE.

CLÁUSULA OITAVA - DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

8.1 No exercício vigente do presente CONTRATO DE GESTÃO, ano de 2016, o somatório dos valores a serem repassados fica estimado em **R$ 1.702.551,27 (um milhão setecentos e dois mil quinhentos e cinquenta e um reais e vinte e sete centavos)**, sendo que a transferência a CONTRATADA será efetivada mediante a liberação de 02 (duas) parcelas mensais, para os meses de novembro a dezembro de 2016. Por conta da dotação orçamentária nº. **3390.3900.103021013.3401**, sendo a primeira parcela proporcional ao período de execução dos serviços, que será contado a partir do início das atividades.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

As parcelas mensais, conforme exposto acima serão pagas até o 10º dia útil de cada mês, nos termos do previsto no Anexo Técnico - I deste Contrato de Gestão.

PARÁGRAFO SEGUNDO

A CONTRATADA fica obrigada a aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões que se fizerem necessários, a juízo da CONTRATANTE, até 25% (vinte e cinco por cento), conforme artigo 65, parágrafo 1º da Lei Federal nº 8.666/93, podendo ser aplicado, ainda, o que dispõe o inciso II, acrescentado ao parágrafo 2o. do referido artigo 65, pela Lei nº 9.648/98.

PARÁGRAFO TERCEIRO

Do valor a ser repassado mensalmente, previsto nesta Cláusula, poderão ser descontados os valores referentes às multas previstas, caso a Contratada não alcance os indicadores de desempenhos elencados nos Anexos Técnicos – Descrição dos Serviços e Sistema de Pagamento, conforme as regras ali estipuladas.

PARÁGRAFO QUARTO

A CONTRATANTE repassará à CONTRATADA o montante apurado referente ao dissídio e ou acordo coletivo das categorias profissionais previstas na legislação trabalhista ou nas Convenções de Acordos Coletivos inerentes aos profissionais nas suas respectivas datas bases de categoria, devendo a CONTRATADA provocar por meio de expediente próprio para requerer o referido repasse.

PARÁGRAFO QUINTO

Decorrido o prazo de **12 (doze) meses** da data da assinatura deste contrato, poderá a CONTRATADA fazer jus a repactuação do valor contratual, mediante avaliação da variação efetiva do custo de produção ou dos insumos utilizados na consecução do objeto contratual, com a apresentação de novo plano de trabalho.

CLÁUSULA NONA - DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL

9.1 O presente CONTRATO DE GESTÃO, bem como os seus anexos, deverão ser anualmente revisados e alterados parcial ou totalmente, mediante prévia justificativa por escrito que conterão a declaração de interesse de ambas as partes e deverá ser autorizado pelo Presidente do CISAMU, através de Termo Aditivo.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA RESCISÃO

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Livia de Abreu Conceição, em terça-feira, 13 de junho de 2023 15:17:38 GMT-03:00, CNS: 11.420-7 - OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIÃ DE NOTAS DE QUIRIRIM/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.

10.1 A rescisão do presente CONTRATO DE GESTÃO obedecerá às disposições contidas nos artigos 77 a 80 da Lei Federal nº 8.666/93 e alterações.

PARÁGRAFO PRIMEIRO
Verificada qualquer das hipóteses ensejadas de rescisão contratual prevista no artigo 78, da Lei Federal nº 8.666/93, o Poder Executivo providenciará a revogação dos termos de permissão de uso dos bens públicos e a cessação dos afastamentos dos servidores públicos colocados à disposição da CONTRATADA, não cabendo à ORGANIZAÇÃO SOCIAL direito de indenização sob qualquer forma, salvo na hipótese prevista no § 2º, do artigo 79 da Lei Federal 8.666/93.

PARÁGRAFO SEGUNDO
A rescisão se dará por ato do Presidente do CISAMU, após manifestação da Comissão de Avaliação.

PARÁGRAFO TERCEIRO
Em caso de rescisão unilateral por parte da CONTRATANTE, que não decorra de má gestão, culpa ou dolo da CONTRATADA, o CISAMU arcará com os custos relativos à dispensa do pessoal contratado pela ORGANIZAÇÃO SOCIAL para execução do objeto deste contrato, independente de indenização a que a CONTRATADA faça jus.

PARÁGRAFO QUARTO
Em caso de rescisão unilateral por parte da CONTRATADA, a mesma se obriga a continuar prestando os serviços de saúde ora contratados, salvo dispensa da obrigação por parte da CONTRATANTE, por um prazo mínimo de 90 (noventa) dias, contados a partir da denúncia do CONTRATO DE GESTÃO, devendo no mesmo prazo, quitar suas obrigações e prestar contas de sua gestão à CONTRATANTE.

CLÁSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DAS PENALIDADES
11.1 A inobservância, pela CONTRATADA, de cláusula ou obrigação constante deste CONTRATO DE GESTÃO e seus Anexos Técnicos, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará a CONTRATANTE, garantida a prévia defesa, a aplicar, em cada caso, as sanções previstas nos artigos 81, 86, 87 e 88 da Lei Federal 8.666/93 e alterações, combinado com o disposto no § 2º do artigo 7º da Portaria nº 1286/93, do Ministério da Saúde, quais sejam:
a) Advertência;
b) Multa;
c) Suspensão temporária de participar de licitações e de contratar com a Administração Pública, por prazo não superior a 02 (dois) anos;
d) Declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração Pública, enquanto perduraremos motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação.
11.2 – O não cumprimento dos prazos estipulados nesta licitação, por motivo não justificado, sujeitará a empresa licitante vencedora às sanções previstas na Lei Federal 8666/93, artigos 81, 86, 87 e 88, além de multas nos seguintes termos:
11.2.1 – Multa de 10,5% (dez vírgula cinco por cento) sobre o valor total da avença, pela recusa injustificada do adjudicatário em assinar, aceitar ou retirar o respectivo documento, dentro do prazo estabelecido pelo item subseqüente deste edital.
11.2.2 – Multa de 10,5% (dez vírgula cinco por cento) sobre a parcela não executada do ajuste decorrente deste certame; ou por material não aceito por esta Administração, e não substituído no prazo fixado por esta, prazo esse que não excederá 15 (quinze) dias úteis, contados da intimação.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Livia de Abreu Conceição, em terça-feira, 13 de junho de 2023 15:17:38 GMT-03:00, CNS: 11.420-7 - OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIÃ DE NOTAS DE QUIRIRIM/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.

11.2.3 – Multa de 0,3% (zero vírgula três por cento) ao dia, por dia de atraso da obrigação não cumprida, até o décimo quinto dia.
11.2.4 – Multa de 0,4% (zero vírgula quatro por cento) ao dia, por dia de atraso da obrigação não cumprida, a partir do 16º dia, até o trigésimo dia, configurando-se, após esse prazo, a hipótese de rescisão unilateral da avença por parte dessa Administração pela inexecução, parcial ou total, de seu objeto.
11.2.5 – O pagamento dessas multas não exime a adjudicatária da reparação de eventuais danos, perdas ou prejuízos que seu ato punível venha a acarretar à contratante.
11.2.6 – As multas, calculadas como acima, deverão ser recolhidas no prazo de dez dias corridos, a contar da data do recebimento da comunicação enviada por esta Administração.
11.2.7 – As multas, calculadas como acima, poderão ser deduzidas, até seu valor total, de quaisquer pagamentos devidos à adjudicatária, mesmo que referentes a outras avenças, ou deduzidas de eventual garantia de contrato. Poderão, alternativamente, ser inscritas em Dívida Ativa para cobrança executiva ou cobradas judicialmente.
11.3 – A multa do item 11.2.1 não se aplica à recusa em assinar contrato por licitante que se enquadre nas premissas do artigo 64, § 2º, da Lei Federal 8666/93, em sua redação atual.
11.4 – Em caso de rescisão unilateral do contrato por culpa da adjudicatária, ouvida a área requisitante e/ou fiscalizadora e gerenciadora do contrato, perderá a contratada em benefício da Prefeitura Municipal de Taubaté direito a eventuais garantias realizadas, sem direito a reclamações ou qualquer indenização e sem prejuízo da aplicação das demais penalidades.

PARÁGRAFO PRIMEIRO
A imposição das penalidades previstas nesta cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, consideradas as circunstancias objetivas que o tenham norteado, e dela será notificada a CONTRATADA.

PARÁGRAFO SEGUNDO
As sanções previstas nas alíneas "a", "c" e "d" desta cláusula poderão ser aplicadas juntamente com a alínea "b".

PARÁGRAFO TERCEIRO
A CONTRATADA terá o prazo de 05 (cinco) dias úteis para interpor recurso, dirigido ao Presidente do CISAMU, contados da data de publicação na imprensa oficial, de decisão relativa à aplicação de penalidades. Não obstante a publicação no Diário Oficial do Estado, a CONTRATANTE deverá comunicar formalmente por correspondência, dirigida a CONTRATADA, sobre a decisão relativa à aplicação de penalidades.

PARÁGRAFO QUARTO
O valor da multa que vier a ser aplicada será comunicado à CONTRATANTE e o respectivo montante será descontado dos pagamentos devidos em decorrência da execução do objeto contratual, garantido o direito de prévia defesa da CONTRATADA.

PARÁGRAFO QUINTO
A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta cláusula não elidirá o direito da CONTRATANTE exigir indenização integral pelos prejuízos que o fato gerador da penalidade acarretar para os órgãos gestores do SUS, seus usuários e terceiros, independentemente da responsabilidade criminal e/ ou ética do autor do fato.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Livia de Abreu Conceição, em terça-feira, 13 de junho de 2023 15:17:38 GMT-03:00, CNS: 11.420-7 - OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIÃ DE NOTAS DE QUIRIRIM/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.

CLÁSULA DÉCIMA SEGUNDA - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

12.1 - Fica expressamente vedada a cobrança de serviços médicos e outros complementares, por parte da CONTRATADA, que não aqueles ora contratados, bem como da cobrança feita, por parte da CONTRATADA, ao paciente ou ao seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste CONTRATO.

12.2 - Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercida pela CONTRATANTE sobre a execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, a CONTRATADA reconhece a prerrogativa de controle e autoridade normativa genérica da direção nacional do Sistema Único de Saúde - SUS, decorrente da Lei Federal 8080/90 (Lei Orgânica de Saúde), ficando certo que a alteração decorrente de tais competências normativas será objeto de termo aditivo, ou de notificação dirigida a CONTRATADA.

12.3 – A CONTRATADA poderá a qualquer tempo e mediante justificativa apresentada ao Presidente do CISAMU, propor a devolução de bens ao Poder Público, cujo uso fora a ela permitido e que não sejam necessários ao cumprimento dos indicadores avençados.

CLÁSULA DÉCIMA TERCEIRA - DA PUBLICAÇÃO

13.1 O CONTRATO DE GESTÃO será publicado no Diário Oficial do Estado de São Paulo, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contados da data de sua assinatura.

CLÁSULA DÉCIMA QUARTA - DO FORO

14.1 Fica eleito foro de Taubaté, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões oriundas deste CONTRATO DE GESTÃO, que não puderem ser resolvidas pelas partes.

E, por estarem certos e ajustados, foi lavrado este instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, digitados apenas no anverso, assinada a última folha e rubricadas as anteriores, ficando uma via com o CONTRATANTE e a outra com a CONTRATADA, lido na presença de 02 (duas) testemunhas abaixo, para que surta todos os efeitos legais.

Taubaté, 25 de outubro de 2016.

CLODOMIRO CORREIA DE TOLEDO JUNIOR
PRESIDENTE DO CISAMU
CONTRATANTE

PEDRO CIPRIANO DA SILVA JUNIOR
DIRETOR PRESIDENTE DO INSTITUTO ESPERANÇA
CONTRATADA

TESTEMUNHAS:

1. Nome: Bruno Sales Baqueta
CPF: 087239297-77
RG: 10522425-7

2. Nome: GLAUCO HENRIQUE MARINI
CPF: 701.834.909-59
RG: 3.905.739-5 SSP/PR

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Livia de Abreu Conceição, em terça-feira, 13 de junho de 2023 15:17:38 GMT-03:00, CNS: 11.420-7 - OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIÃ DE NOTAS DE QUIRIRIM/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.

EXTRATO DE TERMO DE CONTRATO DE GESTÃO

CONTRATANTE: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA DO VALE DO PARAÍBA E DA REGIÃO SERRANA – CISAMU **CONTRATADA:** INSTITUTO ESPERANÇAN - IESP **PROCESSO:** 01/16 **ASSINATURA:** **OBJETO:** OPERACIONALIZAÇÃO DA UNIDADE DE SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 **VALOR:** R$ 49.696.090,81 **MODALIDADE:** CHAMAMENTO PÚBLICO Nº. 01/16.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Livia de Abreu Conceição, em terça-feira, 13 de junho de 2023 15:17:38 GMT-03:00, CNS: 11.420-7 - OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIÃ DE NOTAS DE QUIRIRIM/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.

TERMO DE CIÊNCIA E NOTIFICAÇÃO

CONTRATANTE: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA DO VALE DO PARAÍBA E DA REGIÃO SERRANA – CISAMU
CONTRATADA: INSTITUTO ESPERANÇA - IESP
CONTRATO Nº (DE ORIGEM): 01/16 – CHAMAMENTO PÚBLICO Nº. 01/16
OBJETO: OPERACIONALIZAÇÃO DA UNIDADE DE SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192.

Na qualidade de CONTRATANTE e CONTRATADA, respectivamente, do termo acima identificado e, cientes do seu encaminhamento ao TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO, para fins de instrução e julgamento, damo-nos por CIENTES e NOTIFICADOS para acompanhar todos os atos da tramitação processual, até julgamento final e sua publicação e, se for o caso e de nosso interesse, para nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito da defesa, interpor recursos e o mais que couber.

Outrossim, declaramos estar cientes, doravante, de que todos os despachos e decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados do Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, de conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº. 790, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais.

Taubaté, 25 de outubro de 2016.

CLODOMIRO CORREIA DE TOLEDO JUNIOR
PRESIDENTE DO CISAMU
CONTRATANTE

PEDRO CIPRIANO DA SILVA JUNIOR
DIRETOR PRESIDENTE DO INSTITUTO ESPERANÇA – IESP
CONTRATADA

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Livia de Abreu Conceição, em terça-feira, 13 de junho de 2023 15:17:38 GMT-03:00, CNS: 11.420-7 - OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIÃ DE NOTAS DE QUIRIRIM/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.

TERMO DE PRORROGAÇÃO DE CONTRATO

O CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA DO VALE DO PARAÍBA E REGIÃO SERRANA - CISAMU, CNPJ/MF sob nº. 23.984.518/0001-02, com sede na Avenida Professora Marisa Lapido Barbosa, 51, bairro Piracangaguá, Taubaté-SP, denominada **CONTRATANTE**, neste ato representado pelo Senhor Presidente do CISAMU José Bernardo Ortiz Monteiro Junior e, de outro lado, a empresa INSTITUTO ESPERANÇA – IESP, CNPJ/MF sob nº 10.779.749/0001-32 estabelecida na Avenida Itália, 928 15º andar Sala 1508, Jardim das Nações, Taubaté-SP de ora em diante denominada **CONTRATADA**, neste ato representado por seu presidente o senhor Pedro Cipriano da Silva Junior, portador da CIRG sob nº 3.692.782-0 e CPF sob nº 362.210.317-53 abaixo assinados, resolvem, de comum acordo e na melhor forma de direito, a vista do decidido nos autos do **Processo Administrativo de Chamamento Público sob nº. 001/2016 ,** em face do permitido no artigo 57 da Lei Federal nº. 8.666, de 21 de junho de 1993 e suas alterações, **PRORROGAR** por mais **24 (vinte e quatro) meses**, com vigência até **25 de Outubro de 2021,** o prazo para execução da prestação de serviços do contrato celebrado entre as partes em **25 de Outubro de 2016**, totalizando **R$ 27.334.864,32 (Vinte e Sete Milhões Trezentos e Trinta e Quatro Mil Oitocentos e Sessenta e Quatro Reais e Trinta e Dois Centavos)** para a **objeto OPERACIONALIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA SAMU 192 DO VALE DO PARAÍBA E REGIÃO SERRANA,** onerando a despesa a conta da verba da Lei orçamentária vigente, permanecendo ratificadas as demais cláusulas contratuais.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Diego Moliterno Nascimento, em quinta-feira, 10 de agosto de 2023 14:10:40 GMT-03:00, CNS: 11.420-7 - OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIÃ DE NOTAS DE QUIRIRIM/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.

E, para firmeza e validade jurídica do que fica aqui convencionado foi este Termo lido e achado conforme pelas partes, ante as testemunhas a tudo presentes e por todos assinado.

Taubaté, 25 de outubro de 2019.

JOSÉ BERNARDO ORTIZ MONTEIRO JUNIOR
PRESIDENTE CISAMU

PEDRO CIPRIANO DA SILVA JUNIOR
PRESIDENTE INSTITUTO ESPERANÇA – IESP

TESTEMUNHAS:

NOME
RG: 27.259.578-0

Odin Abud
Coordenador Administrativo
CRC-SP 283350
CISAMU
Taubaté-SP

NOME
RG: 29871.988-9

Reconheço por Semelhança(s) a(s) firma(s) de:
[00279743]-JOSE BERNARDO ORTIZ MONTEIRO JUNIOR.....
Taubaté, 26 de Novembro de 2019 Em Test. ____ da Verdade.
FERNANDA CRISTINA DE OLIVEIRA CARDOSO - ESCREVENTE
Custas por Firma R$ 9,48 Selo: 1187AA0121156

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Diego Moliterno Nascimento, em quinta-feira, 10 de agosto de 2023 14:10:40 GMT-03:00, CNS: 11.420-7 - OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIÃ DE NOTAS DE QUIRIRIM/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.

MES DE ULTRASSOM TRANSFONTANELA, PARA ATENDER TODA A REDE BÁSICA DE SAUDE E REFERENCIADAS QUE NECESSITEM DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, comunica que se encontra aberta licitação para a finalidade acima mencionada, e a abertura será às 13:30 horas do dia 09/12/2021. O edital poderá ser adquirido sem custo via download no site www.tatui.sp.gov.br/pregoes-presencial. Paulo César de Proença Weiss- Pregoeiro.

Comunicado de abertura de Licitação

Pregão Presencial nº 053/2021

Proc. Adm. Nº 190 /2021

Objeto: CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE AÇÕES DE CONTROLE E COMBATE ARBOVIROSES, ELIMINANDO AS FORMAS ALADAS E IMATURAS DO MOSQUITO AEDES AEGYPTI, ATRAVÉS DE CONTROLE QUÍMICO OU MECANICO, INCLUINDO NEBULIZAÇÃO, COLOCAÇÃO DE TELAS EM CAIXA D'ÁGUA E LIMPEZA/DESOBSTRUÇÃO DE CALHAS NO MUNICÍPIO DE TATUÍ, comunica que se encontra aberta licitação para a finalidade acima mencionada, e a abertura será às 10:30 horas do dia 10/12/2021. O edital poderá ser adquirido sem custo via download no site www.tatui.sp.gov.br/pregoes-presencial. Paulo César de Proença Weiss- Pregoeiro.

TERMO DE HOMOLOGAÇÃO E ADJUDICAÇÃO

Miguel Lopes Cardoso Junior, Prefeita Municipal de Tatuí, Estado de São Paulo, nos termos do Inciso VI do artigo 43, da Lei Federal nº 8.666/93, pelo presente termo HOMOLOGO os atos relativos ao presente Processo Administrativo nº 202/2021 – Pregão Eletrônico nº 102/2021, bem como ADJUDICO, o objeto licitado para o cumprimento das obrigações pela(s) OK Biotech Comércio e Distribuição de Materiais Odonto-Medic – CNPJ nº 36.441.185/0001-17.

Tatuí–SP, 26 de novembro de 2021.Miguel Lopes Cardoso Junior - Prefeito Municipal

Comunicado de abertura de Licitação

Pregão Eletrônico nº 105/2021

Proc. Adm. Nº 208/2021

Objeto: PREGÃO ELETRÔNICO DE REGISTRO DE PREÇO PARA CONTRATAÇÃO DE CONTROLADOR DE ACESSO E RECEPCIONISTA PARA EVENTOS DA SECRETARIA DE ESPORTES, CULTURA, TURISMO, LAZER E JUVENTUDE E DEMAIS ÓRGÃOS DA PREFEITURA DE TATUÍ , comunica que se encontra aberta licitação para a finalidade acima mencionada, e a abertura será às 10:30 horas do dia 09/12/2021. O edital poderá ser adquirido sem custo via download no site www.tatui.sp.gov.br/pregoes-eletrônicos. Paulo César de Proença Weiss- Pregoeiro.

Comunicado de abertura de Licitação

Pregão Presencial nº 064/2021

Proc. Adm. Nº 228/2021

Objeto: PREGÃO PRESENCIAL PARA CONTRATAÇÃO EMPRESAS PRESTADORAS DE SERVIÇOS QUE REALIZEM EXAMES DE ULTRASSOM TRANSFONTANELA, PARA ATENDER TODA A REDE BÁSICA DE SAUDE E REFERENCIADAS QUE NECESSITEM DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, comunica que se encontra aberta licitação para a finalidade acima mencionada, e a abertura será às 13:30 horas do dia 09/12/2021. O edital poderá ser adquirido sem custo via download no site www.tatui.sp.gov.br/pregoes-presencial. Paulo César de Proença Weiss- Pregoeiro.

Comunicado de abertura de Licitação

Pregão Presencial nº 053/2021

Proc. Adm. Nº 190 /2021

Objeto: CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE AÇÕES DE CONTROLE E COMBATE ARBOVIROSES, ELIMINANDO AS FORMAS ALADAS E IMATURAS DO MOSQUITO AEDES AEGYPTI, ATRAVÉS DE CONTROLE QUÍMICO OU MECANICO, INCLUINDO NEBULIZAÇÃO, COLOCAÇÃO DE TELAS EM CAIXA D'ÁGUA E LIMPEZA/DESOBSTRUÇÃO DE CALHAS NO MUNICÍPIO DE TATUÍ, comunica que se encontra aberta licitação para a finalidade acima mencionada, e a abertura será às 10:30 horas do dia 10/12/2021. O edital poderá ser adquirido sem custo via download no site www.tatui.sp.gov.br/pregoes-presencial. Paulo César de Proença Weiss- Pregoeiro.

TAUBATÉ

PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ

COMUNICADO

PREGÃO ELETRÔNICO Nº 305/21

Comunico as empresas, que estão participando do pregão eletrônico n. 305/21, que cuida do Registro de Preços para eventual aquisição de kits de material do projeto Palavra Cantada para a Unidade de Educação Infantil e Ensino Fundamental da Rede Municipal de Ensino de Taubaté, com entrega ponto a ponto, por um período de 12 meses, improrrogáveis, que após a conclusão da análise da amostra apresentada pela empresa vencedora dos itens 1 e 2 do certame, ocorrerá uma nova sessão no dia 30 de Novembro de 2021, às 14h30min, para comunicação dos resultados das amostras, conforme item 5.21.7 do Edital.

Taubaté, 26 de Novembro de 2021.

Pâmela Ap. Moreira Leite

Pregoeira

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº. 02/21

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA DO VALE DO PARAÍBA E REGIÃO SERRANA

A COMISSÃO ESPECIAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO – CISAMU, informa que após avaliação da Proposta de Trabalho contemplando o Plano de Trabalho e a Proposta Orçamentária apresentada pelo INSTITUTO ESPERANÇA – IESP, único proponente habilitado no certame, o mesmo atendeu de modo satisfatório os requisitos do edital, tornando-se assim vencedor do Chamamento Público 02/2021.

CONCORRÊNCIA PÚBLICA Nº. 03/21

A PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ, com base na Lei Federal nº. 8.666/93 e suas alterações, torna público aos interessados, que se acha aberta: Concorrência Pública nº. 03/21 – Contratação de empresa especializada para fornecimento e implantação de sistema pedagógico de ensino para alunos e professores da educação infantil (alunos de 3 a 5 anos), ensino fundamental I e II (1 a 9 anos) contemplando fornecimento de livros didáticos entregues impressos e digitais, sistema de avaliação de aprendizagem, de natureza processual, monitoramento de desempenho, assessoria pedagógica e formação docente presencial e no formato EAD e recursos digitais para alunos e professores, com vencimento às 08:30h do dia 14/01/22. O Edital completo encontra-se disponível no Departamento de Compras, no horário das 08h às 12:00h e das 14:00h às 18:00h, podendo ser adquirido mediante recibo original de depósito do Banco Santander, Agência 0056 Conta Corrente nº. 45000273-2, no valor de R$ 38,20 (Trinta e Oito Reais e Vinte Centavos) cada edital ou gratuitamente no site desta Prefeitura www.taubate.sp.gov.br.

P.M.T., aos 26/11/21

Gabriela Antonia Corrêa da Silva - SECRETÁRIA DE EDUCAÇÃO

PREGÃO ELETRÔNICO

A Prefeitura Municipal de Taubaté informa que se acham abertos os pregões eletrônicos abaixo, junto ao respectivo Departamento de Compras. Maiores informações pelo telefone (0xx12) 3621.6022, ou à Avenida Tiradentes nº520 - Centro, Taubaté SP CEP 12030.180, mesma localidade, das 08hs às 12hs e das 14hs às 18hs, sendo R$ 38,20 (Trinta e oito reais e vinte centavos) o custo de cada edital, para retirada na Prefeitura. Os editais também estarão disponíveis sem custos, pelo site desta Municipalidade, www.taubate.sp.gov.br, e pela plataforma eletrônica do ComprasBR www.comprasbr.com.br.

Pregão eletrônico Nº 313/21, que cuida da aquisição de tabelas de basquete, devidamente instaladas e camas elásticas, com encerramento dia 13.12.21 às 08h30. A sessão pública ocorrerá no seguinte endereço eletrônico: www.comprasbr.com.br.

Pregão eletrônico Nº 320/21, que cuida da contratação de empresa para prestação de serviços de locação de veículos, sem motorista e quilometragem livre, por um período de 12 meses, podendo ser prorrogado de acordo com o interesse da Municipalidade, com encerramento dia 13.12.21 às 08h30. A sessão pública ocorrerá no seguinte endereço eletrônico: www.comprasbr.com.br.

Pregão eletrônico Nº 275/21 - Edital I, que cuida da aquisição de letra caixa (letreiro) de aço galvanizado com retroiluminação em LED e placa de aço escovado, instalados, com encerramento dia 13.12.21 às 14h30. A sessão pública ocorrerá no seguinte endereço eletrônico: www.comprasbr.com.br.

Pregão eletrônico Nº 315/21, que cuida da aquisição de rede de proteção, com encerramento dia 13.12.21 às 14h30. A sessão pública ocorrerá no seguinte endereço eletrônico: www.comprasbr.com.br.

PMT, aos 26.11.2021.

JOSÉ ANTONIO SAUD JÚNIOR - Prefeito Municipal.

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ

Aviso de Adjudicação e Homologação - Pregão nº 30/2021 "Contratação de empresa de Engenharia para realização de adequações nas salas de aula, com construção de parede drywall e substituição de forro de PVC"

A Sra. Pregoeira da Universidade de Taubaté (Autarquia Municipal) informa que Sr. Pró-reitor de Administração adjudicou e homologou o procedimento licitatório a favor da empresa VGR CONSRUÇÕES EIRELI no valor de R$ 33.000,00 (trinta e três mil reais). Outras informações pelos telefones: (0xx12) 3632-8362/3632-7559. Márcia Regina Rosa – Pregoeira.

AVISO DE ABERTURA DE ENVELOPE - CONCORRÊNCIA Nº 02/21 "Contratação de agência para prestação de serviços de publicidade"

A Presidente da Comissão Permanente de Licitações da Universidade de Taubaté (Autarquia Municipal) informa que foi indeferido os recursos das empresas OCTOPUS COMUNICAÇÃO LTDA e MESTRA COMUNICAÇÃO LTDA e que fica agendada para o dia 02 de dezembro de 2021, às 08h30, a sessão pública para que seja realizada a abertura do Invólucro nº 4 (Proposta de Preços). Outras informações pelos telefones (0xx12) 3632-8362/3632-7559. Marcia Regina Rosa – Presidente da Comissão Permanente de Licitações.

FUNDAÇÃO DA CAIXA BENEFICENTE DOS SERVIDORES

CNPJ: 51.637.593/0001-32

Aviso de Edital

Acha-se publicado na FUNDAÇÃO CAIXA BENEFICENTE DOS SERVIDORES DA UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ – FUNCABES, o Pregão Presencial nº 08/2021, para a locação microcomputadores tipo desktop e notebooks, com fornecimento de equipamentos, suporte técnico, incluindo manutenção preventiva e corretiva, peças, software (sistema operacional e pacote Office). O início do credenciamento será às 10h do dia 09 de dezembro de 2021. O Edital completo poderá ser retirado junto a Assessoria de Processos Licitatórios da FUNCABES, sito a Avenida Nove de Julho, 245, Centro, Taubaté/SP, das 8h30 às 11h30min e das 14h às 17h30min, mediante o pagamento da taxa de R$ 10,00 (dez reais) ou pelo site funcabes.com.br (gratuitamente). Outras informações pelo telefone (12) 36322550.

TEJUPÁ

PREFEITURA MUNICIPAL DE TEJUPÁ

RATIFICAÇÃO DE JUSTIFICATIVA. REFERÊNCIA: DISPENSA DE LICITAÇÃO N. 23/2021. OBJETO: Aquisição de materiais para realização de Show Pirotécnico Réveillon 2021/2022. Ratifico o presente ato de Aquisição de materiais para realização de Show Pirotécnico Réveillon 2021/2022, com a EMPRESA G.M.I. COMÉRCIO DE FOGOS DE ARTIFÍCIOS LTDA ME CNPJ: 08.862.998/0001-45, no valor total de R$ 12.800,00 (Doze Mil e Oitocentos Reais), que torna dispensável a licitação, nos termos no inciso II do artigo 24, da Lei Federal 8.666, de 21 de junho de 1993, com suas alterações posteriores. Tejupá, 25 de novembro de 2021. Valter Boranelli - PREFEITO MUNICIPAL

AVISO DE LICITAÇÃO. PREGÃO PRESENCIAL 19/2021. A PREFEITURA MUNICIPAL DE TEJUPÁ, Estado de São Paulo, faz saber que se acha aberta a licitação na modalidade Pregão Presencial - preferencialmente para participação de ME/EPP; tipo menor preço global. Objeto: Contratação de empresa para Aquisição de Sistema de Ensino para atendimento aos alunos e professores de Educação Infantil e Ensino fundamental composto por: livros com módulos para aluno e professores, programa de avaliação da aprendizagem que proporcione o desenvolvimento das habilidades e competências avaliadas no SAEB e ofereça mecanismos digitais de gestão e acompanhamento dos resultados avaliativos, portal de ensino online; assessoria pedagógica para todos os profissionais envolvidos a serem realizadas por especialistas nas áreas de conhecimento. Vencimento: 09 de Dezembro de 2021 às 09:30 (nove horas e trinta minutos). Edital completo: Setor de Licitações da Prefeitura – Rua Alexandre Absy, 585, Tejupá-SP, ou através do site www.tejupa.sp.gov.br Tejupá/SP, 25 de Novembro de 2021. Valter Boranelli - PREFEITO MUNICIPAL

EXTRATO DE CONTRATO N. 158/2021. CONTRATANTE: PREFEITURA MUNICIPAL DE TEJUPÁ. CONTRATADA: EMPRESA LASS MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS LTDA. MODALIDADE: PREGÃO ELETRÔNICO 20/2021. OBJETO: AQUISIÇÃO DE 01 (UMA) RETROESCAVADEIRA NOVA, ZERO HORA, PARA ATENDER A PREFEITURA MUNICIPAL DE TEJUPÁ; EM CONFORMIDADE COM O TERMO DE CONVÊNIO N. 100609/2021, CELEBRADO ENTRE O "ESTADO DE SÃO PAULO" POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO REGIONAL, ESTA POR SUA SUBSECRETARIA DE CONVÊNIOS COM MUNICÍPIOS E ENTIDADES NÃO GOVERNAMENTAIS, E O MUNICÍPIO DE TEJUPÁ.

ITEM / DESCRIÇÃO / UNID. / MARCA / QUANT / VALOR UNIT. / VALOR TOTAL

ITEM 01 / AQUISIÇÃO DE 01 (UMA) RETROESCAVADEIRA NOVA, ZERO HORA. Características mínimas aproximadas: Fabricação nacional, fabricação no mínimo Ano/modelo 2021. MOTOR - Tipo 4 tempos, turbo alimentado, 4 cilindros, cilindrada 4,4 l, injeção de combustível mecânica direta. Potência a 2.200 rpm, Bruta (mínimo) 85 hp, Líquida (mínimo) 75 hp. GARANTIA (mínimo) DE 12 MESES SEM LIMITE DE HORAS PARA O EQUIPAMENTO E PARA O MOTOR. Assistência Técnica: já inclusa no valor pelo período de garantia do equipamento, manutenção no campo sendo ela preventiva ou corretiva. TRANSMISSÃO - Totalmente sincronizada, (mínimo) 4 velocidades à frente e 4 velocidades à ré, tração 4x4. SISTEMA ELÉTRICO. Voltagem 12 volts, alternador (mínimo) 95 A, bateria (mínimo) 100 Ah, tacômetro, temperatura do motor, nível de combustível, horímetro. SISTEMA HIDRÁULICO. Bomba dos implementos hidráulicos. Bomba de engrenagens, montada na saída de potência da transmissão (PTO) Vazão (mínimo) 105 l/min. Válvula de controle da carregadeira monobloco, 2 (padrão) ou 3 carretéis, com controle por alavanca única para os dispositivos hidráulicos de levantamento, basculamento e auxiliares, flutuação positiva e retorno à escavação. Válvula de controle da retroescavadeira monobloco, 6 (padrão), 7 ou 8 carretéis, circuitos paralelos de centro aberto com regeneração Pressão de alívio principal. EIXOS E FREIOS. Dianteiro HD tracionado, traseiro com discos de freio em banho de óleo, acionados hidraulicamente. Freio de estacionamento. CARREGADEIRA. Comando de levantamento e basculamento, com 4 cilindros hidráulicos alinhados com a estrutura. Caçamba de uso geral com dentes com capacidade volumétrica de (mínimo) 1,0 m³. RETROESCAVADEIRA. Comando com 2 alavancas e estabilizadores. Caçamba Universal com dentes Capacidade – (mínimo) 0,20 m³. COMPARTIMENTO DO OPERADOR. Cabine fechada, com ar condicionado, espelho retrovisor interno, cinto de segurança retrátil, tapete de borracha, assento suspensão mecânica, luzes de trabalho duplas, caixa de ferramentas. PNEUS. Dianteiros (mínimo) 12,5 x 16,5 - 10 lonas. Traseiros (mínimo) 17,5 x 24 - 12 lonas. PESO OPERACIONAL. Mínimo de 7.214 kg. CABINE FECHADA. COM AR CONDICIONADO. Conforme especificações do convênio. / Veículo – Retroescavadeira / XCMG - MODELO - XT870BR-I / 01 / R$ 370.000,00 / R$ 370.000,00.

VALOR TOTAL DO CONTRATO (R$): 370.000,00 (TREZENTOS E SETENTA MIL REAIS).

DURAÇÃO DO CONTRATO: 26/11/2021 a 12/08/2022. DATA DA ASSINATURA DO CONTRATO: 26/11/2021. VALTER BORANELLI - PREFEITO MUNICIPAL

EXTRATO DE CONTRATO N. 159/2021. CONTRATANTE: PREFEITURA MUNICIPAL DE TEJUPÁ. CONTRATADA: EMPRESA DA ROÇA HORTIFRUTI DISTRIBUIDORA COMERCIO E TRANSPORTE TAGUAI EIRELI ME. MODALIDADE: PREGÃO ELETRÔNICO 25/2021. OBJETO: AQUISIÇÃO DE PRODUTOS DE HORTIFRUTI PARA COMPLEMENTAÇÃO NA ALIMENTAÇÃO INTEGRAL, PARCIAL, LANCHES DAS CRIANÇAS, ADOLESCENTES, IDOSOS, PROJETOS: ESPAÇO AMIGO – PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA, VIDA ATIVA, CASA ABRIGO, CRAS, SCFV, MERENDA ESCOLAR, PELO PERÍODO DE SEIS MESES. ITENS VENCEDORES: 01, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 14, 18, 19, 23, 24, 25, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 35, 37, 39, 41. VALOR TOTAL DO CONTRATO (R$): 30.876,55 (TRINTA MIL, OITOCENTOS E SETENTA E SEIS REAIS E CINQUENTA E CINCO CENTAVOS). DURAÇÃO DO CONTRATO: 26/11/2021 a 25/05/2022. DATA DA ASSINATURA DO CONTRATO: 26/11/2021. VALTER BORANELLI - PREFEITO MUNICIPAL

EXTRATO DE CONTRATO N. 160/2021. CONTRATANTE: PREFEITURA MUNICIPAL DE TEJUPÁ. CONTRATADA: EMPRESA GEYKSON EMANOEL CHICOMINI ME. MODALIDADE: PREGÃO ELETRÔNICO 25/2021. OBJETO: AQUISIÇÃO DE PRODUTOS DE HORTIFRUTI PARA COMPLEMENTAÇÃO NA ALIMENTAÇÃO INTEGRAL, PARCIAL, LANCHES DAS CRIANÇAS, ADOLESCENTES, IDOSOS, PROJETOS: ESPAÇO AMIGO – PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA, VIDA ATIVA, CASA ABRIGO, CRAS, SCFV, MERENDA ESCOLAR, PELO PERÍODO DE SEIS MESES.

ITENS VENCEDORES: 02, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 26, 29, 34, 36, 38, 40. VALOR TOTAL DO CONTRATO (R$): 25.205,40 (VINTE E CINCO MIL, DUZENTOS E CINCO REAIS E QUARENTA CENTAVOS). DURAÇÃO DO CONTRATO: 26/11/2021 a 25/05/2022. DATA DA ASSINATURA DO CONTRATO: 26/11/2021. VALTER BORANELLI - PREFEITO MUNICIPAL

TIETÊ

PREFEITURA MUNICIPAL DE TIETÊ

ATO DE ABERTURA DE LICITAÇÃO/PREGÃO PRESENCIAL Nº 126/2021

A Prefeitura Municipal de Tietê torna público aos interessados, a abertura do Pregão Presencial nº 126/2021, Processo Administrativo nº 1133/2021, cujo objeto consiste no "Aquisição de Colete Balísticos", conforme edital e seus anexos. Abertura: 29 de novembro de 2021. Encerramento: 13 de dezembro de 2021. Horário: 09h00min. O Edital e seus anexos encontram-se a disposição dos interessados no site www.tiete.sp.gov.br. Informações poderão ser obtidas através do telefone (15) 3285-8755.

VLAMIR DE JESUS SANDEI

Prefeito

ATO DE REABERTURA DE LICITAÇÃO/PREGÃO ELETRÔNICO Nº 114/2021

A Prefeitura Municipal de Tietê torna público aos interessados, a reabertura do Pregão Eletrônico nº 114/2021, Processo Administrativo nº 984/2021, cujo objeto consiste na "Contratação de empresa, para execução da coleta, transporte e destinação final dos resíduos de serviços de saúde dos grupos "A" e "E", coleta, transporte e destinação final dos resíduos de serviços de saúde do grupo "B" e coleta, transporte e destinação final de zoonoses", conforme edital e seus anexos. Abertura: 26 de novembro de 2021. Encerramento: 09 de dezembro de 2021. Horário: 09h00min. O Edital e seus anexos encontram-se a disposição dos interessados no site www.tiete.sp.gov.br. Informações poderão ser obtidas através do telefone (15) 3285-8755.

VLAMIR DE JESUS SANDEI

Prefeito

ATO DE REABERTURA DE LICITAÇÃO/PREGÃO ELETRÔNICO Nº 112/2021

A Prefeitura Municipal de Tietê torna público aos interessados, a reabertura do Pregão Eletrônico nº112/2021, Processo Administrativo nº953/2021, cujo objeto consiste na " Aquisição de 01(um) veículo tipo ônibus rodoviário (0KM) ", conforme edital e seus anexos. Abertura: 29 de novembro de 2021. Encerramento: 10 de dezembro de 2021. Horário: 09h00min. O Edital e seus anexos encontram-se a disposição dos interessados no site www.tiete.sp.gov.br. Informações poderão ser obtidas através do telefone (15) 3285-8755.

VLAMIR DE JESUS SANDEI

Prefeito

ATO DE REABERTURA DE LICITAÇÃO/PREGÃO ELETRÔNICO Nº 86/2021

A Prefeitura Municipal de Tietê torna público aos interessados, a reabertura do Pregão Eletrônico nº 86/2021, Processo Administrativo nº688/2021, cujo objeto consiste na "Registro de Preço para aquisição de insumos para alimentação escolar para as Unidades Escolares da Rede Pública de ensino das gestões municipais e estaduais, tendo em vista atendimento ao Plano Nacional da Alimentação Escolar" informe edital e seus anexos. Abertura: 26 de novembro de 2021. Encerramento:09 de dezembro de 2021. Horário: 09h00min. O Edital e seus anexos encontram-se a disposição dos interessados no site www.tiete.sp.gov.br. Informações poderão ser obtidas através do telefone (15) 3285-8755.

VLAMIR DE JESUS SANDEI

Prefeito

ATO DE REABERTURA DE LICITAÇÃO/PREGÃO ELETRÔNICO Nº 116/2021

A Prefeitura Municipal de Tietê torna público aos interessados, a reabertura do Pregão Eletrônico nº 116/2021, Processo Administrativo nº990/2021, cujo objeto consiste no "Registro de preço para aquisição de combustíveis: gasolina comum, etanol, óleo diesel comum e óleo diesel S10, para abastecimento da frota municipal" conforme edital e seus anexos. Reabertura: 26 de novembro de 2021. Encerramento: 09 de dezembro de 2021. Horário: 14h00min. O Edital e seus anexos encontram-se a disposição dos interessados no site www.tiete.sp.gov.br. Informações poderão ser obtidas através do telefone (15) 3285-8755.

VLAMIR DE JESUS SANDEI

Prefeito

AVISO DE HOMOLOGAÇÃO E ADJUDICAÇÃO

A PREFEITURA MUNICIPAL DE TIETÊ torna Público a Adjudicação e a Homologação da seguinte Licitação:

TOMADA DE PREÇOS Nº 09/2021

TOMADA DE PREÇOS Nº 09/2021: em favor da empresa DNP Terraplenagem e Pavimentadora Foresto Ltda. Objeto Contratação de empresa para execução de recapeamento asfáltico, sinalização viária e rampas de acessibilidade, no Conjunto Habitacional José Luís Zanetti Paulin.

Valor Total – R$ 257.478,91.

Data – 25/11/2021.

VLAMIR DE JESUS SANDEI

PREFEITO MUNICIPAL

EXTRATO DO TERMO DE CONTRATO DE Nº 150/2021

Tomada de Preços nº 09/2021. Partes: Prefeitura Municipal de Tietê e a empresa DNP Terraplenagem e Pavimentadora Foresto Ltda, contrato nº 150/2021, no valor de R$ 257.478,91. Destinando-se como objeto desta licitação "Contratação de empresa para execução de recapeamento asfáltico, sinalização viária e rampas de acessibilidade, no Conjunto Habitacional José Luís Zanetti Paulin". O prazo de vigência deste contrato será de 90 (noventa) dias, contados a partir da emissão da Ordem de Serviço. Data de assinatura – 26/11/2021.

VLAMIR DE JESUS SANDEI

Prefeito Municipal

TUIUTI

PREFEITURA MUNICIPAL DE TUIUTI

AVISO DE LICITAÇÃO

PREGÃO ELETRÔNICO – REGISTRO DE PREÇOS – Nº. 036/2021

A Prefeitura Municipal de Tuiuti/SP torna público e CONVIDA interessados em participar do PREGÃO ELETRÔNICO – REGISTRO DE PREÇOS Nº 036/2021, do tipo MENOR PREÇO GLOBAL POR ITEM, VISANDO A AQUISIÇÃO FUTURA E PARCELADA DE NOTEBOOKS, PARA MELHORIA NO ENSINO MUNICIPAL, NO PERÍODO DE ATÉ 12 MESES, CONFORME DESCRITO NO ANEXO I (ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS E QUANTIDADES), conforme especificado no Anexo I, parte integrante deste Edital, que será regido pela Lei Federal nº 10.520, de 17/07/2002, aplicando-se subsidiariamente, no que couberem, as disposições da Lei Federal nº. 8.666, de 21/06/1993 com alterações posteriores, e demais normas regulamentares aplicáveis à espécie.

A abertura da sessão dar-se-á no dia 10 DE DEZEMBRO DE 2021.

A partir das 09:30 horas o Pregoeiro realizará a abertura da Sessão Eletrônica de presente certame. LOCAL: Portal de Compras do Governo Federal – www.comprasgovernamentais.gov.br.

O Edital em inteiro teor será fornecido gratuitamente, e as informações estarão à disposição dos interessados de 2ª a 6ª feira, das 12:30 às 16:30 horas, na Prefeitura Municipal de Tuiuti/SP, Divisão de Licitação, na Rua Zeferino de Lima, nº. 117, Centro – Tuiuti -SP – CEP: 12.930-000, telefone (11) 4015-6212/4015-6214, ou no site da administração municipal endereço: www.tuiuti.sp.gov.br.

OBS: NÃO SERÁ FORNECIDO EDITAL ATRAVÉS DE VIA POSTAL, FAX OU E-MAIL.

PM de Tuiuti/SP, 26 de novembro de 2021.

RAFAELA CRISTINA STORANI MORIN

Pregoeira

AVISO DE LICITAÇÃO

PREGÃO ELETRÔNICO – REGISTRO DE PREÇOS – Nº. 037/2021

A Prefeitura Municipal de Tuiuti/SP torna público e CONVIDA interessados em participar do PREGÃO ELETRÔNICO – REGISTRO DE PREÇOS Nº 037/2021, do tipo MENOR PREÇO GLOBAL POR LOTE, VISANDO A AQUISIÇÃO PARCELADA DE MATERIAIS MÉDICOS HOSPITALARES POR 12 MESES, CONFORME DESCRITO NO ANEXO I (ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS E QUANTIDADES), conforme especificado no Anexo I, parte integrante deste Edital, que será regido pela Lei Federal nº 10.520, de 17/07/2002, aplicando-se subsidiariamente, no que couberem, as disposições da Lei Federal nº. 8.666, de 21/06/1993 com alterações posteriores, e demais normas regulamentares aplicáveis à espécie.

A abertura da sessão dar-se-á no dia 13 DE DEZEMBRO DE 2021.

A partir das 09:30 horas o Pregoeiro realizará a abertura da Sessão Eletrônica de presente certame. LOCAL: Portal de Compras do Governo Federal – www.comprasgovernamentais.gov.br.

O Edital em inteiro teor será fornecido gratuitamente, e as informações estarão à disposição dos interessados de 2ª a 6ª feira, das 12:30 às 16:30 horas, na Prefeitura Municipal de Tuiuti/SP, Divisão de Licitação, na Rua Zeferino de Lima, nº. 117, Centro – Tuiuti -SP – CEP: 12.930-000, telefone (11) 4015-6212/4015-6214, ou no site da administração municipal endereço: www.tuiuti.sp.gov.br.

OBS: NÃO SERÁ FORNECIDO EDITAL ATRAVÉS DE VIA POSTAL, FAX OU E-MAIL.

PM de Tuiuti/SP, 26 de novembro de 2021.

RAFAELA CRISTINA STORANI MORIN

Pregoeira

TUPÃ

PREFEITURA MUNICIPAL DE TUPÃ

AVISO DE RETIFICAÇÃO DA TOMADA DE PREÇOS Nº 22/2021 - PROCESSO LICITATÓRIO Nº 373/2021 (RESUMIDO). Objeto: Contratação de empresa no ramo de Arquitetura ou Engenharia Civil, para a reforma e ampliação da Farmácia Municipal, localizada na Rua Cherentes nº 951, Centro, Tupã/SP, com fornecimento de materiais, equipamentos e mão de obra. Retifica a data de abertura para o dia: 30/11/2021, às 14h30min. TIPO DE LICITAÇÃO: Empreitada por preço global. O edital e seus anexos encontram-se disponíveis no Depto de Licitação, no Paço Municipal, localizado na Praça da Bandeira, nº 800 (centro), nesta cidade de Tupã (SP), ou através do telefone (0XX14) 3404-1000, de segunda a sexta-feira, das 07h30min às 11h30min e dás 13h00min às 17h00min, no site www.tupa.sp.gov.br. Tupã, em 23/11/2021. Caio K. P. Aoqui, Prefeito Municipal.

ATA DO SORTEIO DA SUBCOMISSÃO TÉCNICA INCUMBIDA DA ABERTURA E JULGAMENTO DAS PROPOSTAS TÉCNICAS RELATIVAS À CONCORRÊNCIA Nº 01/2021, TENDO POR OBJETO A QUALIFICAÇÃO, SELEÇÃO E CONTRATAÇÃO DE AGÊNCIA DE PROPAGANDA PARA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS PUBLICITÁRIOS DO MUNICÍPIO.

Às 08:30 horas do dia 26 de novembro de 2021, na sala de licitações da Prefeitura da Estância Turística de Tupã, reuniu-se a Comissão Permanente de Licitações nomeada através do Decreto nº 9.229, de 03 de novembro de 2021, constituída pelos senhores: Fabiana Moreno Sato, Kátia Cilene Pires, Fábio Evandro Porcelli, Danielle Raimundo dos Santos e Camila Katrine dos Santos Gomes para, sob a presidência do primeiro, iniciar a sessão pública de sorteio da Subcomissão Técnica incumbida da abertura e julgamento das propostas técnicas relativas à Concorrência nº 01/2021 tendo objeto por qualificação, seleção e contratação de agencia de propaganda para execução dos serviços publicitários do município. Dando início aos trabalhos, o seu condutor, acima nomeado, exibiu os nomes dos 09 (nove) indicados pelo Decreto nº 9.240 de 11/11/2021. Na sequencia, separou os nomes WILSON KOJI MIURA, CLEBER VINICIUS GUIMARÃES PACHECO, RICARDO AMADO DE FREITAS ALVES, na condição de atuantes na área de Comunicação vinculados à Administração Pública Municipal, e de ADEMAR PINHEIRO SANCHES, ALESSANDRO DESSY, KELI CRISTINA FAVARO PARRA GOMES, GLAUCIO TOLENTINO DE SOUZA, TIAGO DA COSTA PETENUCCI e GABI ROCHA FONSECA, atuantes na mesma área, porem não vinculados ao Poder Executivo. Efetuado, incontinenti, o primeiro dos sorteios, foi retirado o nome CLEBER VINICIUS GUIMARÃES PACHECO, como representante vinculado à Administração. Em seguida, efetuando o sorteio dos demais nomes, foram sorteados KELI CRISTINA FAVARO PARRA GOMES e ADEMAR PINHEIRO SANCHES. Efetuada, na sequencia, a escolha do presidente, dentre os 03 (três) nomes anteriormente sorteados, foi escolhida , como coordenadora do trabalhos da Subcomissão Técnica, incumbida de analisar as propostas técnicas, Keli Cristina Favaro Parra Gomes. A presente ata, após lida e assinada, será encaminhada ao Departamento de Apoio Técnico Operacio-

Prodesp GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO documento assinado digitalmente

A Companhia de Processamento de Dados do Estado de Sao Paulo - Prodesp garante a autenticidade deste documento quando visualizado diretamente no portal www.imprensaoficial.com.br

sábado, 27 de novembro de 2021 às 05:02:38

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA DO VALE DO PARAÍBA E DA REGIÃO SERRANA – CISAMU

CAMPOS DO JORDÃO | LAGOINHA | NATIVIDADE DA SERRA | REDENÇÃO DA SERRA | SANTO ANTÔNIO DO PINHAL | SÃO LUIZ DO PARAITINGA | TAUBATÉ | TREMEMBÉ

TERMO DE ADITAMENTO AO CONTRATO DE GESTÃO CELEBRADO ENTRE O CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA DO VALE DO PARAÍBA E REGIÃO SERRANA – CISAMU E A ORGANIZAÇÃO SOCIAL INSTITUTO ESPERANÇA – IESP QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL PARA OPERACIONALIZAÇÃO DA UNIDADE DE SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU 192.

I – DAS PARTES

O CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA DO VALE DO PARAÍBA E REGIÃO SERRANA – CISAMU, pessoa jurídica de direito público, inscrita no CNPJ/MF sob nº 23.984.518/0001-02 com sede na Avenida Professora Marisa Lapido Barbosa, 51 – Bairro – Piracangaguá – CEP 12042-405- Taubaté – Estado de São Paulo, neste ato representado por seu Presidente, sr. José Antônio Saud Junior, brasileiro, casado, portador da CI/RG 14.791.131-X e CPF/MF 014.076.678-23, doravante denominado CONTRATANTE e de outro lado o Instituto Esperança – IESP, qualificado como Organização Social pelo CISAMU. portador do CNPJ/MF 10.779.749/0001-32, com sede a Avenida Itália, 928 – 15° andar – sala 1508 – Jardim das Nações – Taubaté – Estado de São Paulo – CEP 12.030-212, com estatuto social registrado no numero de ordem 27, no Cartório do Oficio do Foro de São Fidélis, neste ato representado por seu Presidente sr. Pedro Cipriano da Silva Junior, brasileiro, casado, portador da CI/RG 3.692.782-0 e CPF/MF 362.210.317-53, doravante denominado CONTRATADO, tendo em vista o que consta no processo administrativo de chamamento publico nº 001/2016, e em observância as disposições da lei federal 8.080 de 19 de setembro de 1990, bem como o disposto na lei 8.666 de 21 de junho de 1993 e processo administrativo 01/2021 e justificativas apresentadas pela coordenação administrativa do CISAMU; aprovação do pedido de prorrogação excepcional do contrato de gestão, ratificado pelos membros consorciados, resolvem celebrar o presente Termo de Aditamento ao contrato de gestão referente a operacionalização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 do Vale do Paraíba e Região Serrana, nos seguintes termos:

I - CLAUSULA PRIMEIRA

I.I O objeto do presente Termo de Aditamento é a prorrogação, por mais 03 (três) meses, do prazo de vigência do contrato de gestão que trata de serviços continuados de operacionalização do serviço de atendimento móvel de urgência – SAMU 192 do Vale do Paraíba e região Serrana, conforme previsto na clausula sexta – do prazo de vigência e nos termos do, art. 57 - § 4° da Lei 8.666/93, com início na data de 26 de outubro de 2021 e término em 26 de janeiro de 2022.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Diego Moliterno Nascimento, em quinta-feira, 10 de agosto de 2023 14:10:16 GMT-03:00, CNS: 11.420-7 - OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIÃ DE NOTAS DE QUIRIRIM/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.

Parágrafo único – Haverá encerramento antecipado da vigência contratual, caso concluído o processo licitatório para contratação do serviço objeto do presente ajuste, sem a necessidade de pagamento de indenização ao contratado.

CLAUSULA SEGUNDA – DOS RECURSOS FINANCEIROS

II -Os valores dos repasses mensais realizados pelo CONTRATANTE ao CONTRATADO, não sofrerão reajustes no período aditado, mantendo-se em R$ 1.462.096,71 (hum milhão,quatrocentos e sessenta e dois mil, noventa e seis reais e setenta e um centavos), por mês, perfazendo o montante total de R$ 4.386.290,13 (quatro milhões, trezentos e oitenta e seis mil, duzentos e noventa reais e treze centavos) pelos 03 meses da prestação dos serviços e correrão por conta da dotação orçamentária nº 10.302.0001.2.002 – SAMU OPERACIONAL – 3.3.90.39.00-OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS PESSOA JURIDICA.

CLAUSULA TERCEIRA – DA RATIFICAÇÃO

III – Ficam ratificadas todas as demais cláusulas e condições pactuadas no Contrato de Gestão, que não tenham sido atingidas pelas disposições deste termo aditivo.

Por estarem certos e ajustados, foi lavrado o presente termo de aditamento contratual em duas (02) vias de igual teor e forma, que seguem assinadas na presença das testemunhas abaixo, para que produzam os efeitos legais

Taubaté, 26 de outubro de 2021.

José Antonio Saud Junior

Presidente do CISAMU – Contratante.

Pedro Cipriano da Silva Junior

Presidente do Instituto Esperança – Contratado.

Testemunhas:

Nome

CI/RG

CPF/MF

Nome MONICA FREITAS COELHO

CI/RG 31479 3 MB

CPF/MF 633.338.226-91

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Diego Moliterno Nascimento, em quinta-feira, 10 de agosto de 2023 14:10:16 GMT-03:00, CNS: 11.420-7 - OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIÃ DE NOTAS DE QUIRIRIM/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.

CONTRATO DE GESTÃO Nº 01/2022 - CISAMU

CONTRATO QUE ENTRE SI CELEBRAM O CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA DO VALE DO PARAÍBA E DA REGIÃO SERRANA – CISAMU E A ORGANIZAÇÃO SOCIAL INSTITUTO ESPERANÇA - IESP, QUALIFICADO COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL, PARA OPERACIONALIZAÇÃO DA UNIDADE DE SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU 192.

Pelo presente instrumento, de um lado o Consórcio Intermunicipal do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do Vale do Paraíba e da Região Serrana – CISAMU entidade jurídica de direito público, inscrita no CNPJ/MF sob nº 23.984.518/0001-02, com sede na Avenida Professora Marisa Lapido Barbosa,, 52 – Piracangaguá – Taubaté – E.S.Paulo - CEP 12042-470, neste ato representado por seu Presidente, Senhor José Antônio Saud Junior, brasileiro, casado, portador da CI/RG nº 14.791.131-X e CPF/MF 014.076.678-23, residente e domiciliado a Alameda Imperatriz, 141 – Residencial Clube Imperial – Taubaté – Estado de São Paulo doravante denominado CONTRATANTE, e de outro lado o INSTITUTO ESPERANÇA - IESP, qualificado como ORGANIZAÇÃO SOCIAL pelo CISAMU, pelo Certificado de Qualificação, com CNPJ/MF nº 10.779.749/0001-32, com endereço na Avenida Itália, 928 – 15º andar – sala 1508 – Jardim das Nações – Taubaté -E.S.Paulo – CEP 12030-212, e com estatuto registrado nº 27, no Cartório de Ofício do Foro de São Fidélis, neste ato representado por seu Presidente, Senhor Pedro Cipriano da Silva Júnior, portador da CI/RG 3.692.782-0 e CPF/MF 362.210.317-53,, doravante denominado CONTRATADA, tendo em vista o que dispõe a Lei Federal nº 8080, de 19 de setembro de 1990, bem como o disposto no artigo 24, inciso XXIV, da Lei Federal nº 8666 de 21 de junho de 1993, resolvem celebrar o presente Contrato de Gestão referente à operacionalização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU192 do Vale do Paraíba e Região Serrana, diante as seguintes cláusulas e condições:

1, CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

1,1 O presente CONTRATO DE GESTÃO tem por objeto a operacionalização, pela CONTRATADA, do gerenciamento, execução e operacionalização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no âmbito dos municípios da Regional de Saúde do Vale do Paraíba e Região Serrana, garantindo os serviços de saúde, com qualidade, equidade e transparência.

1.2 O objeto contratual executado deverá atingir o fim a que se destina, com eficácia e qualidade requeridas nos seguintes objetivos estratégicos de acordo com as políticas Nacional e Estadual:

1.3. Assegurar a escuta médica permanente para as urgências, através da Central de Regulação Médica das Urgências, utilizando nº exclusivo e gratuito (192);

1.4. Operacionalizar o sistema regionalizado e hierarquizado de saúde, no que concerne às urgências, equilibrando a distribuição da demanda de urgência e proporcionando resposta adequada e adaptada às necessidades do cidadão, através de orientação ou pelo envio de equipes, visando atingir todos os municípios da região de abrangência;

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Livia de Abreu Conceição, em terça-feira, 13 de junho de 2023 15:17:38 GMT-03:00, CNS: 11.420-7 - OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIÃ DE NOTAS DE QUIRIRIM/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.