

- Administrar medicação conforme prescrição medica;
- Manter grades elevadas e decúbito a 45°;
- Anotar valores de SSVV em impresso próprio e realizar a anotação de enfermagem sobre os cuidados prestados.

### CUIDADOS

- Atentar-se para novos episódios de crise convulsiva;
- Observar possíveis reações adversas ao anticonvulsivante;
- Aspirar vias aéreas e cavidade oral sempre que necessário;
- Anotar hora do início e duração da crise convulsiva.

## CRISE CONVULSIVA



Figura 1 : Atendimento básico a Crise Convulsiva

### AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADES

Comunicar imediatamente o enfermeiro ou o médico em caso de intercorrências

*[Assinaturas manuscritas]*

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Código: 20E
	<b>ATENDIMENTO EM CRISE CONVULSIVA</b>	Emissão: XXXXXX
		Revisão: XXXXXX
		Validade: 1 ano

**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**OBJETIVO**

Estabelecer procedimentos relativos ao atendimento de Enfermagem ao paciente com crise convulsiva.

**COMPETÊNCIA**

Equipe de enfermagem (Enfermeiros e Auxiliares);  
Equipe médica.

**MATERIAL**

- Cateter de Oxigênio;
- Água destilada;
- Umidificador com extensão;
- Rede de gases;
- Luvas de Procedimento;
- Cânula de Guedel;
- Jelco (nº varia de acordo com o cliente);
- Polifix;
- Equipo macrogotas;
- SF 0,9% 250 ml;
- Glicosímetro;
- Tira de glicosímetro;
- Lanceta para glicosímetro.

**DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

- Acomodar o cliente na sala de emergência;
- Acionar o plantonista médico da unidade;
- Calçar luvas de procedimento e EPIS;
- Retirar adornos e próteses dentárias;
- Colocar cânula de guedel, com a finalidade de facilitar a aspiração e prevenir trauma oral;
- Realizar controle de SSVV;
- Realizar teste de glicemia capilar;
- Instalar cateter de O2 com umidificador seguindo a prescrição médica;
- Manter a monitorização do paciente;
- Não deixar o paciente sozinho na sala;
- Realizar punção venosa com Jelco/abocath com o calibre adequado para o perfil do cliente;

*então*

*[Handwritten signatures]*

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

 INSTITUTO Rosa Branca	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Código: 21E
	<b>CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO</b>	Emissão: XXXXXX
		Revisão: XXXXXX
		Validade: 1 ano

### ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

#### OBJETIVO

Esvaziar a bexiga em casos de retenção urinária e coleta de material para exames.

#### COMPETÊNCIA

Enfermeiros.

#### MATERIAL

- Biombo,
- Bandeja,
- Luva estéril,
- Luva de procedimento,
- Bolas de algodão estéril ou gaze estéril,
- Lidocaína gel 2%,
- Cateter uretral de acordo com a idade da criança e doença (nº 6 a 12),
- Kit cateterismo,
- Solução tópica ou aquosa de clorexidina a 0,2%,
- Cálice graduado ou saco coletor graduado,
- Solução degermante de clorexidina a 2%,
- Saco plástico para resíduos.

#### DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Confirme a criança e o procedimento a ser realizado.
- Explique o procedimento ao paciente/acompanhante.
- Reúna o material e leve ao quarto da criança.
- Posicione o biombo e feche a porta do quarto.
- Higienize as mãos.
- Calce as luvas de procedimento.
- Posicione a criança.
- Realize a higiene íntima com solução de clorexidina degermante a 2%.
- Retire o material utilizado na higiene íntima.
- Retire as luvas e higienize as mãos.
- Abra o kit de cateterismo sobre a cama, entre as pernas do paciente, deixando uma das pontas do campo estéril próxima à região glútea, usando técnica estéril.
- Coloque a clorexidina tópica ou aquosa a 0,2% no algodão/gazes.
- Abra o material descartável sobre o campo estéril e coloque a lidocaína gel na cúpula do kit cateterismo.
- Calce as luvas estéreis
- Visibilize o meato uretral.

202

- Faça a antissepsia do meato uretral, com clorexidina tópica ou aquosa a 0,2%, trocando o algodão/gaze em cada etapa.
- O uso do lubrificante (quantidade e forma de aplicação) deve ser definido pelo enfermeiro ou médico com base no sexo, idade, tamanho da criança e deformidades. No sexo feminino lubrifique a ponta do cateter urinário com a lidocaína gel 2%. No sexo masculino deve-se instilar a lidocaína na uretra.
- Introduza delicadamente o cateter na uretra, prosseguindo até a drenagem de urina.
- Em cateterismo de alívio por retenção, mantenha o cateter drenando a urina na cuba rim. Para coleta de exames, despreze aproximadamente 5mL de urina e colete o material em frasco apropriado.
- Ao término do fluxo urinário, retire delicadamente o cateter, realize higiene para remoção de resíduo do antisséptico e seque a região com algodão/gaze.
- Retire as luvas estéreis e despreze o material descartável em saco de lixo auxiliar e deixe a urina na cuba em local seguro para evitar derramamento.
- Calce as luvas de procedimento.
- Auxilie a criança a se vestir e/ou coloque a fralda descartável.
- Deixe a criança confortável.
- Recolha o material do quarto, mantendo a unidade organizada.
- Encaminhe o material para o expurgo e descarte em lixo infectante.
- Meça o volume urinário no cálice ou saco plástico graduado.
- Despreze a urina.
- Retire as luvas, higienize as mãos e calce novas luvas de procedimento.
- Lave a bandeja e o cálice graduado com água e sabão, seque com papel toalha e passe álcool a 70%.
- Retire as luvas de procedimento e higienize as mãos.
- Cheque na prescrição médica. Anote o procedimento registrando a hora, o volume, o aspecto e a coloração da urina.

#### CUIDADOS

- Se houver resistência na introdução do cateter, interrompa o procedimento e comunique ao médico para conduta.
- O tamanho do cateter uretral deve ser avaliado conforme o meato uretral da criança priorizando o menor calibre possível.
- Os cateteres mais utilizados em crianças são: nº 6 a 10.
- O anestésico para a lubrificação do cateter deve ser estéril e de uso único.

#### Ações em caso de não conformidades

Comunicar imediatamente o enfermeiro ou o médico em caso de intercorrências.

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

203

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS - CH005/2022

 INSTITUTO Rosa Branca	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Código: 22E
	<b>ELETROCARDIOGRAMA - ECG</b>	Emissão: XXXXXX
		Revisão: XXXXXX
		Validade: 1 ano

### ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

#### OBJETIVO

Registrar atividade eletrofisiológica do coração

#### COMPETÊNCIA

Enfermeiros;  
Auxiliares de enfermagem.

#### MATERIAL

- Eletrodos;
- Aparelho de ECG;
- Álcool 70%;
- Gel condutor;
- Gaze;
- Micropore.

#### DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

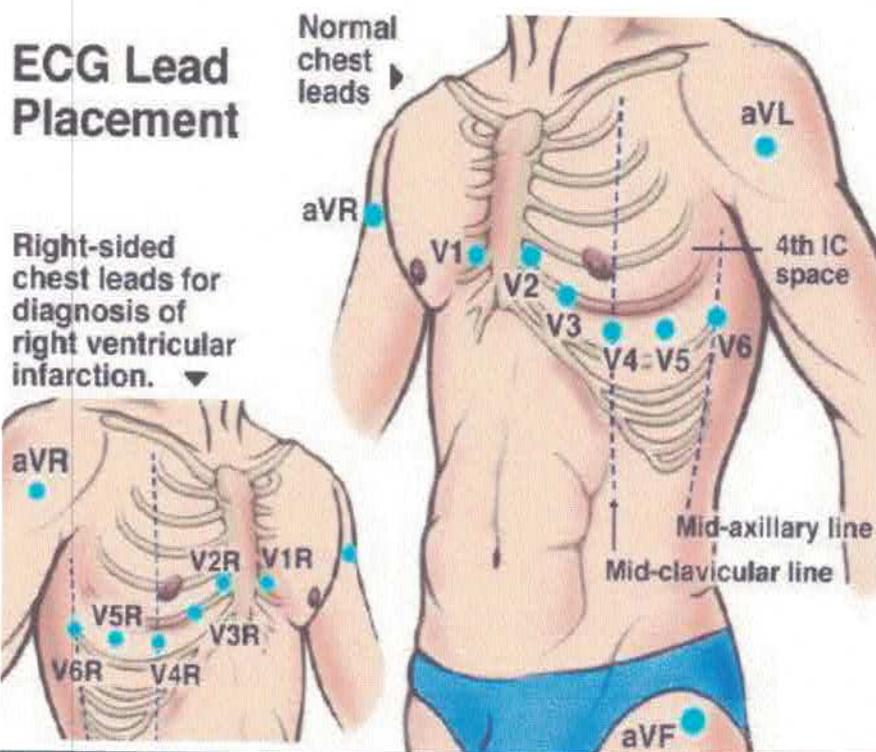
- Reunir todo o material e deixar próximo ao leito do RN/ criança;
- Posicionar confortavelmente o RN/ criança em decúbito dorsal e acalmá-lo antes do procedimento;
- Lavar as mãos;
- Explicar o procedimento ao cliente;
- Expor o tórax e os membros inferiores e superiores do cliente;
- Manter a privacidade do cliente;
- Pedir para o cliente, se possível, permanecer tranquilo, sem conversar e evitar movimentações durante a realização do exame;
- Posicionar as derivações periféricas e precordiais de acordo com as instruções abaixo;
- Posicionar os eletrodos no tórax do cliente;
- Utilizar o gel condutor para posicionar as pás nos membros inferiores e superiores do cliente;
- Ligar o aparelho de ECG (eletrocardiógrafo);
- Colocar o papel milimetrado ou bobina adequadamente no aparelho;
- Prosseguir o exame;
- Finalizar o exame;
- Remover com papel toalha o gel condutor dos membros do cliente;
- Orientar e auxiliar o cliente a se vestir e cobrir as partes expostas para a realização do exame;
- Observar reações do cliente;
- Anotar no ECG, nome completo do cliente, data e hora;

204

- Encaminhar o exame o mais rápido possível para o médico avaliar e seguir conduta;
- Deixar a sala em ordem;
- Trocar o lençol da maca sempre que necessário;
- Registrar anotação de enfermagem em prontuário.

### Derivações precordiais

- **V1** – Localiza-se no quarto espaço intercostal à direita do coração e à direita do esterno;
- **V2** – Localiza-se no quarto espaço intercostal à direita do coração e à esquerda do esterno;
- **V3** – Linha média entre V2 e V4;
- **V4** – Localiza-se no quinto espaço intercostal, na linha hemiclavicular.
- **V5** – Linha axilar anterior, no 5º espaço intercostal E;
- **V6** – Linha axilar média, no 5º espaço intercostal E;



### Derivações Periféricas – Membros Superiores e Inferiores

Punho esquerdo (L) - AMARELO

Tornozelo esquerdo (F) - VERDE

Punho direito (R) - VERMELHO

Tornozelo direito - PRETO

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

 INSTITUTO Rosa Branca	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Código: 23E
	<b>OXIGENOTERAPIA POR MASCARA DE INALAÇÃO</b>	Emissão: XXXXXX
		Revisão: XXXXXX
		Validade: 1 ano

### ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

#### OBJETIVO

Promover terapia medicamentosa adequada;  
Fluidificar secreções;  
Oferecer aporte de oxigênio.

#### COMPETÊNCIA

Enfermeiros;  
Auxiliares de enfermagem.

#### MATERIAL

- Máscara inalatória desinfetada ou esterilizada;
- Extensões para ar comprimido ou oxigênio;
- Rede de oxigênio ou ar comprimido;
- Fluxômetro calibrado;
- Soro fisiológico ou água destilada, conforme prescrição médica.
- Medicamento, conforme prescrição médica.

#### DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Receber o cliente cordialmente e acomodá-lo de forma confortável nas cadeiras disponíveis na sala;
- Lavar as mãos;
- Checar o nome do paciente;
- Reunir material (inalador, medicação e/ou soro, extensão ligada em fonte de ar comprimido ou de oxigênio)
- Preparar as medicações (inalação) de forma asséptica;
- Conectar o fluxômetro de ar comprimido e oxigênio adequadamente e testar o funcionamento do sistema;
- Orientar o cliente e acompanhante quanto ao procedimento e medicamento que será realizado;
- Orientar o cliente, quando possível, para que o mesmo inspire profundamente durante a inalação;
- Observar reações do cliente;
- Realizar anotações de enfermagem em prontuário;
- Checar medicações na ficha de atendimento do cliente;
- Ao final do plantão, encaminhar as máscaras e extensões para a Central de Material e Esterilização (CME) na área suja;
- Passar plantão com a sala em ordem.

#### CUIDADOS

206

- Sempre que necessário higienizar as narinas do RN/criança com S.F. 0,9% antes de iniciar a inalação;
- Atentar-se para possíveis reações adversas durante a inalação.
- Avaliar lesões de pele e avaliar padrão respiratório do paciente.
- Observar uso de oxigênio, pois somente poderá ser administrado mediante prescrição médica.
- O fluxo de ar comprimido deve ser sempre de 5 a 6l/min.

Atenção:

- Bromidrato de Fenoterol – Berotec;
- Brometo de Ipratrópio – Atrovent;

**Ações em caso de não conformidades**

Comunicar imediatamente o enfermeiro ou o médico em caso de intercorrências.

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

 INSTITUTO Rosa Branca	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Código: 24E
	<b>RETIRADA DE PONTOS</b>	Emissão: XXXXXX
		Revisão: XXXXXX
		Validade: 1 ano

### ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

#### OBJETIVO

Consiste nos cuidados durante o procedimento de retirada de fios, colocados para aproximar as bordas de uma lesão.

#### COMPETÊNCIA

Enfermeiros;  
Auxiliares de enfermagem.

#### MATERIAL

- Tesoura de Íris
- Gazes (estéril)
- Pinça Kelly ou anatômica ou dente de rato ou Kocker (pacote de retirada de pontos)
- Luvas de Procedimento
- Soro Fisiológico 0,9%
- Avental

#### DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Orientar o cliente sobre o procedimento;  
Lavar as mãos  
Preparar o material (Abrir pacote de retirada de pinto usando técnica asséptica e colocar o cabo das pinças voltadas para a borda proximal do campo)  
Lavar as mãos  
Expor a área  
Realizar antisepsia do local de retirada dos pontos (Umedecer a gaze com SF 0,9% promovendo a limpeza do local, a partir da incisão cirúrgica (área menos contaminada); se a ferida estiver limpa, deverá ser iniciada a limpeza no sentido de dentro para fora);  
Segurar com a mão dominante o ponto cirúrgico, cortando-o com a mão não dominante  
Tracionar o ponto pelo nó e cortá-lo, com a tesoura de Íris, em um dos lados junto à pele;  
Colocar os pontos, já cortados, sobre uma gaze e desprezá-los na bandeja auxiliar ou saco de lixo leitoso;  
Fazer leve compressão no local com gaze seca  
Desprezar o material utilizado em local apropriado  
Retirar EPI e lavar as mãos  
Registrar o procedimento no prontuário

#### CUIDADOS

Observar presença de sinais flogísticos comunicado o enfermeiro

#### Ações em caso de não conformidades

Comunicar imediatamente o enfermeiro ou o médico em caso de intercorrências.

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Código: 25E
	<b>CURATIVOS EM FERIDAS</b>	Emissão: XXXXXX
		Revisão: XXXXXX
		Validade: 1 ano

**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**OBJETIVO**

Limpeza das lesões de modo que possa facilitar a avaliação detalhada da ferida com vista à diminuição de riscos de infecção proporcionando assim um melhor processo de cicatrização

**COMPETÊNCIA**

Enfermeiros;  
Auxiliares de enfermagem.

**MATERIAL**

- 1 pacote de curativo estéril
2. Luvas de procedimento ou estéril (exposição de tecidos nobres) depende da técnica a ser utilizada
3. Gazes estéreis
4. Esparadrapo ou Micropore
5. Soro fisiológico a 0,9% (SF 0,9%) morno de 125 ou 250 ml (aquecido em caixa de luz ou forno de micro-ondas exclusivo para essa finalidade)
6. Agulha 40x12
7. Coberturas padronizados pela SMS -SP

**Acrescentar se necessário:**

- a. 1 lâmina de bisturi nº 23 com cabo, tesoura estéril reta pequena
- b. 1 Bacia ou cuba estéril
- c. Ataduras de crepe
- d. Chumaço de algodão estéril ou compressa estéril
- e. Luvas estéreis e de procedimento

**DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

Lavar as mãos – sempre utilizar a técnica recomendada  
 Reunir o material e levá-lo próximo ao cliente;  
 Explicar ao cliente o que será realizado;  
 Garantir a privacidade do cliente;  
 Colocar o cliente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada;  
 Abrir o pacote de curativo com técnica asséptica;  
 Colocar gazes em quantidade suficiente sobre o campo estéril;  
 Abrir a embalagem do SF a 0,9% (morno) e colocá-la sobre o campo estéril;  
 Calçar as luvas  
 Perfurar na parte superior do frasco do SF a 0,9% com agulha 40x12;  
 Umedecer o micropore com SF a 0,9% para facilitar a retirada da cobertura secundária;

Remover o curativo primário;  
Desprezar essas luvas;  
Calçar novas luvas;  
Realizar a limpeza da ferida;  
Aplicar a cobertura apropriada para o tipo de tecido da lesão;  
Ocluir a ferida com gaze estéril, chumaço ou compressa (cobertura secundária) e fixar com esparadrapo, micropore ou atadura de crepe, quando necessário;  
Retirar as luvas;  
Lavar as mãos;  
Anotar na ficha de enfermagem (evolução diária).  
Orientar retorno do cliente, se necessário.

#### CUIDADOS

Cobertura primária é a que permanece em contato direto com a ferida  
Cobertura secundária é a cobertura seca colocada sobre a cobertura primária  
A troca do curativo será prescrita de acordo com a avaliação da ferida e o tipo de cobertura utilizada  
Proceder à desinfecção da bandeja ou mesa auxiliar após a execução de cada curativo, com álcool a 70%  
Após cada curativo, encaminhar o material usado ao expurgo da unidade  
O lixo deverá estar próximo do local onde realiza o procedimento para o descarte da sujidade de forma que você não necessite manipulá-la durante o mesmo

#### Ações em caso de não conformidades

Comunicar imediatamente o enfermeiro ou o médico em caso de intercorrências.

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS - CH005/2022

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Código: 26E
	<b>TESTE DE GRAVIDEZ URINÁRIO</b>	Emissão: XXXXXX
		Revisão: XXXXXX
		Validade: 1 ano

### ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

#### OBJETIVO

Exame mais comumente feito com a finalidade de detectar a presença ou ausência do hormônio gonadotrofina coriônica liberado na implantação do embrião. Geralmente realizado após o 10º. dia de atraso menstrual para detectar a gravidez (seguir orientação do fabricante do teste). Para realização do exame a mulher não deve estar apresentando sangramento, nem utilizando pomadas ou cremes vaginais.

#### COMPETÊNCIA

Enfermeiros;  
Auxiliares de enfermagem.

#### MATERIAL

Frasco coletor  
Etiqueta ou fita para identificação  
Kit de teste para gravidez ou tira reagente  
Impresso próprio para anotações  
Prontuário do cliente

#### DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Receber a cliente  
Indagar sobre o período de amenorreia (não menos de 10 dias)  
Encaminhar ao sanitário -> Garantir sua privacidade ou orientar para colher em casa  
Oferecer o frasco de coleta que deve ser identificado  
Coletar preferencialmente a primeira urina da manhã, por conter maior concentração do hormônio  
Orientar a cliente: Realizar higiene, desprezar o primeiro e o último jato e coletar dois dedos de urina (observar não contaminar a parte externa do frasco)  
Receber o material e proceder à realização do exame (deve estar em local apropriado)  
Seguir as instruções do fabricante para interpretar o resultado  
Após o exame o resultado positivo ou negativo, deverá ser orientado segundo o Manual - SMS  
Registrar em prontuário -> Indicar atraso menstrual DUM  
Anotar a produção  
Manter o frasco refrigerado (2º-8ºC)  
Pode ser também utilizada outra amostra de qualquer período do dia, desde que não tenha ingerido muito líquido e tenha um intervalo de no mínimo 3 horas da última micção.

#### Ações em caso de não conformidades

Comunicar imediatamente o enfermeiro ou o médico em caso de intercorrências.

211

 INSTITUTO Rosa Branca	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Código: 27E
	<b>TERAPIA DE REIDRATAÇÃO ORAL</b>	Emissão: XXXXXX
		Revisão: XXXXXX
		Validade: 1 ano

### ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

#### OBJETIVO

Corrigir o desequilíbrio hidroeletrolítico pela reidratação, previne a desidratação e os seus agravos.  
É realizada com os sais de reidratação oral (SRO) comercializado no mercado e distribuído na nossa rede.

#### COMPETÊNCIA

Enfermeiros;  
Auxiliares de enfermagem.

#### MATERIAL

Envelope de Soro de Reidratação Oral - SRO  
Água filtrada ou fervida (fria);  
Jarra de 1 litro (vidro ou plástico com tampa)  
Copo descartável;  
Colher de plástico cabo longo  
Colher de sopa ou de chá (copinho)  
Balança adulto e infantil

#### DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Pesar a criança no início da TRO e a cada hora  
Diluir um envelope de SRO em 1 litro de água  
Determinar a quantidade de soro a ser administrada durante as primeiras quatro horas.  
A solução SRO deve ser oferecida em curtos intervalos, usando copo, colher ou seringa plástica, toda vez que a criança desejar, no volume que aceitar e toda a vez que a criança evacuar.  
Se a criança vomitar, aguardar 10 minutos e depois continuar, porém mais lentamente  
Observar se os sinais de desidratação permanecem, tais como: criança inquieta e irritada, olhos fundos, bebe avidamente e com sede, boca seca e com ausência de saliva, ausência de lágrima e o sinal da prega (a pele volta lentamente ao estado anterior);  
Reavaliar a criança e classificá-la quanto à desidratação (**enfermeiro**)  
Orientar a mãe a introduzir a dieta o mais breve possível (**enfermeiro**).  
**Registro:** Anotar o procedimento e a evolução no prontuário  
**Alta:** Pós avaliação médica. **O enfermeiro só poderá dar alta nos casos leves**

#### CUIDADOS

A criança poderá receber o SRO no volume de 50 a 100 ml por quilograma de peso, por um período máximo de 4 a 6h -

Não apresentando melhora (Vômito /diarreia), solicitar a avaliação médica.

#### Ações em caso de não conformidades

 INSTITUTO Rosa Branca	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Código: 29E
	<b>COLETA DE CITOLOGIA ONCÓTICA</b>	Emissão: XXXXXX
		Revisão: XXXXXX
		Validade: 1 ano

### ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Comunicar imediatamente o enfermeiro ou o médico em caso de intercorrências.

#### OBJETIVO

Coleta de material cérvico vaginal para realização de exame diagnóstico com objetivo de detectar a presença de lesões neoplásicas ou pré neoplásicas podendo ter encontrado alguns processos de outra natureza (parasitas, processos inflamatórios, outros).

#### COMPETÊNCIA

Enfermeiros

#### MATERIAL

Espátula de Ayres  
Escova endocervical  
Espelhos: P, M e G  
Lâmina com uma extremidade fosca (para identificação)  
Fixador citológico  
Gazes esterilizadas  
Soro fisiológico 0,9%, ou água destilada  
Formulário de requisição e de remessa de exames  
Livro de registro

#### DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Conferir dados do prontuário identificando a cliente.  
Criar um ambiente acolhedor para receber a cliente. Respeitar a privacidade;  
Realizar uma entrevista para preencher a ficha padronizada para coleta estabelecida pela instituição. Indicar situações específicas (gestação, virgindade);  
Anotar no prontuário: idade, data da coleta, DUM, avaliação e orientação de enfermagem e retorno. Se possível, anotar resultado do papa anterior;  
Descrever para a mulher como será realizada a coleta de exame, possibilitando a sua familiarização com os materiais (kit educativo prático: espelho, escova, espátula e lâmina), realizar a técnica do autoexame das mamas -> No caso do enfermeiro, realizar o exame das mamas;  
Solicitar para a cliente esvaziar bexiga;  
Encaminhar ao Sanitário -> Garantir sua privacidade;  
Orientar a despir-se da cintura para baixo, auxiliá-la deitar, cobrir com lençol e orientar a posição ginecológica;  
Escolher o número de espelho de acordo com o tamanho da cliente;  
Lavar as mãos;

213

Calçar luvas;

Afastar os pequenos lábios, abrir e introduzir o espelho no canal vaginal vagarosamente até visualizar o colo uterino e, simultaneamente imprimir um movimento de rotação de 90°;

Nos casos de resistência da mucosa por atrofia, molhar o espelho com soro fisiológico;

Após exposição do colo, coletar o material o mais breve possível;

Se houver grande quantidade de secreção ou leucorreia, retirar delicadamente o excesso com gaze, sem friccionar o colo;

**COLETA ECTOCERVICAL:** Com espátula de Ayres Fazer uma raspagem na mucosa ectocervical em movimento rotativo de 360°, estender o material na lâmina com suave pressão;

**COLETA ENDOCERVICAL:** Utilize a escova de coleta endocervical. Recolha o material, introduzindo a escova delicadamente no canal cervical girando 360° num só sentido, estender o material no restante da lâmina, rolando a escova;

As coletas são colhidas separadamente e colocadas em uma única lâmina;

**FIXAÇÃO:** Realizar a fixação imediatamente após a coleta, fato que manterá as características originais das células, preservando-as do dessecamento (má-fixação) que impossibilitará a leitura do exame;

**FIXAÇÃO a SECO: "SPRAY"** (polietilenoglicol) Imediatamente após a coleta aplicar o produto na lâmina respeitando uma distância de 20 cm (ler orientação do fabricante) A fixação deve ser feita em no máximo 40". -> A seguir deixar a lâmina na posição horizontal até o fixador secar por completo;

Fechar o espelho e retire-o delicadamente, inspecionando a vulva e períneo;

Retirar as luvas, auxiliar a cliente a descer da mesa e solicitar que se vista;

Avise a cliente que um pequeno sangramento poderá ocorrer após a coleta;

Orientar a cliente para que venha retirar o exame conforme a rotina da sua Unidade de Saúde;

Preencha a relação de remessa na mesma sequência das lâminas e das requisições;

As lâminas deverão ser acondicionadas em caixas específicas para transportá-las;

Anotar a produção. Registrar em prontuário.

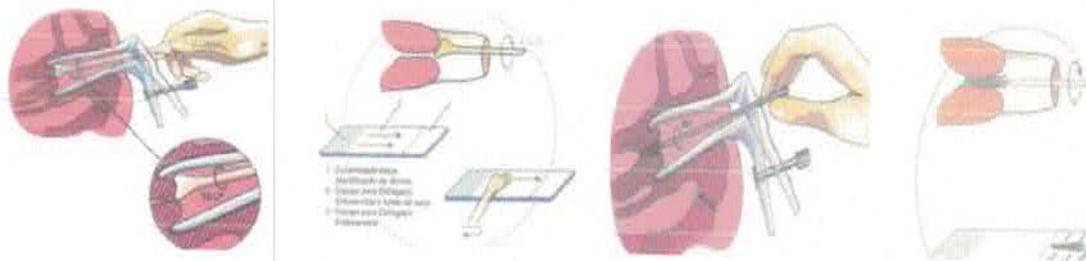


Figura 1: Técnica de coleta

### CUIDADOS

A amostra pode ser coletada nas fases do ciclo menstrual ou, na ausência deste, em qualquer época ou idade da mulher. Mas, a mulher não deve estar menstruada;

Orientar manter abstinência sexual de no mínimo 48 h antes da coleta, como também não ter usado cremes, óvulos ou realizado duchas vaginais;

Indagar se foi efetivado o referido exame anteriormente, há quanto tempo;

Escrever com lápis preto na extremidade fosca da lâmina: nº da coleta e as iniciais da mulher, antes da coleta;

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

Realizar a coleta: A coleta é dupla-> da ectocérvice e endocérvice do canal cervical. As coletas são colhidas separadamente e colocadas em uma única lâmina;  
Saber ouvir e esclarecer possíveis dúvidas ou angústias.

**Ações em caso de não conformidades**

Comunicar imediatamente o enfermeiro ou o médico em caso de intercorrências.



Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large signature and several smaller initials.

215



**PROTOCOLO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO  
(DOR TORÁCICA COM E SEM SUPRA)**

**URGÊNCIA E  
EMERGÊNCIA  
A**

Revisão nº  
00

As doenças cardiovasculares, especialmente o infarto agudo do miocárdio, são responsáveis pela primeira causa de óbito em nosso país. Baseado na fisiopatogenia e nos fatores de risco envolvidos, a taxa de mortalidade, em 30 dias, varia de 3-5% em centros avançados e quase 30% naqueles cujo atendimento não se aplica às diretrizes recomendadas. Tal mudança dependerá de um aprimoramento organizacional com ações educativas para o paciente, profissionais do setor de emergência e plena sintonia com os gestores de saúde público e privado.

A angioplastia primária é o tratamento padrão-ouro da reperfusão miocárdica, porém, disponível apenas em 15% dos hospitais. Em geral, o setor público carece desta disponibilidade, sendo a estratégia fármaco-invasivo - terapia fibrinolítica seguida de transferência precoce para angioplastia – a recomendada.

A rápida identificação do paciente com sinais e sintomas de infarto agudo do miocárdio, diagnóstico imediato no ECG (eletrocardiograma) e a administração do fibrinolítico não devem ultrapassar 20 minutos. São minutos dependentes da prévia organização que salvam vidas. O tratamento fibrinolítico é a realidade para um país com dimensões continentais e sérias limitações logísticas de transporte.

Exemplos em nosso meio de capacitação de médicos e enfermeiros que atuam em hospitais públicos sem recurso para angioplastia primária, mas com uma rede organizada para transferência para hospital terciário após o uso de trombolítico, mostram redução dramática na mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) além da redução do período de internação. Quando o fibrinolítico é infundido nas primeiras três horas do início dos sintomas, as taxas da mortalidade são similares aos da angioplastia primária. Devido há variáveis em curso, atualmente preconiza-se um tratamento combinado (tratamento fármaco-invasivo) considerando-se a facilidade de terapia fibrinolítica associada à intervenção percutânea posterior nos centros sem recursos para angioplastia primária

INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM) SEM SUPRA-ST E ANGINA INSTÁVEL

216

Quadro clínico habitual

O quadro clínico costuma ser:

Dor ou desconforto precordial típico > 20 minutos em repouso

Irradiação para MSE ou mandíbula

Pode ou não estar acompanhada de náuseas, vômitos, sudorese fria, síncope ou dispneia.

Avaliação inicial

Estratificação precoce de risco

Historia: natureza da dor; historia anterior de doença arterial coronariana (DAC); sexo masculino; idade avançada, presença de fatores de risco tradicionais para DAC tais como HAS, diabetes, tabagismo, história familiar positiva.

Exame físico: avaliar possíveis causas da isquemia (tireotoxicose, taquicardia, hipertensão, hemorragia gastrointestinal).

Excluir diagnósticos diferenciais cardíacos e não-cardíacos: dissecação aguda de aorta, pericardite aguda, embolia pulmonar, espasmo esofágico, dor musculo- esquelética.

Estratificação de risco na angina instável

Risco alto	Risco intermediário	Risco baixo
Deve estar presente pelo menos um dos seguintes achados:	Nenhum achado de alto risco, mas deve ter qualquer um dos seguintes:	Nenhum achado de risco alto ou intermediário, mas deve ter qualquer um dos seguintes:

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

Dor em repouso prolongada (> 20 minutos) e contínua	Angina em repouso ausente no momento da avaliação, mas sem baixa probabilidade de DAC	Angina aumentada em frequência, gravidade ou duração	DAC:
Edema pulmonar	Angina de repouso (> 20 minutos ou melhorada com repouso ou nitroglicerina)	Angina desencadeada com limiar baixo de esforço	
Angina associada a sopro de insuficiência mitral	Angina noturna	Angina de início recente no intervalo de duas semanas a dois meses	
Angina com 3a bulha à ausculta cardíaca ou estertores	Angina de início recente grau III ou IV (CCS) nas últimas duas semanas, mas com baixa probabilidade de DAC	ECG normal ou não alterado	
Angina com hipotensão	Ondas Q ou depressão de ST $\geq$ 1 mm em várias derivações  Idade > 65 anos		
Angina em repouso com alterações dinâmicas de ST (> 1 mm)	Angina com alterações dinâmicas da onda T		
doença arterial coronariana; CCS: Canadian Cardiovascular Society; ECG: eletrocardiograma.			
Estratificação de risco de morte ou IAM			
Alto	Moderado	Baixo	

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

Variável prognóstica	Pelo menos uma das características seguintes  deve estar presente:	Nenhuma característica de alto risco, mas com alguma  das seguintes:	Nenhuma característica de risco intermediário ou alto, mas com  alguma das seguintes:
História	Agravamento dos sintomas nas últimas 48 horas. Idade > 75 anos	Idade 70-75 anos Infarto prévio, doença cerebrovascular ou periférica, diabetes melito, cirurgia de revascularização, uso prévio de AAS	
Dor precordial	Dor prolongada (> 20 min) em repouso	Angina de repouso > 20 min, resolvida, com probabilidade de DAC moderada a alta.  Angina em repouso ≤ 20 min, com alívio espontâneo ou com nitrato.	Novo episódio de angina classe III ou IV da CCS nas últimas duas semanas sem dor prolongada em repouso, mas com moderada ou alta probabilidade de DAC
Exame físico	Edema pulmonar, piora ou surgimento de sopro de regurgitação mitral,  B3, novos estertores,  hipotensão, bradicardia ou taquicardia		
	Infradesnível do segmento ST > 0,5 mm (associado ou não a angina), alteração dinâmica		

Eletrocardiograma	do ST, bloqueio completo de ramo, novo ou presumidamente novo.  Taquicardia ventricular sustentada	Inversão da onda T > 2 mm; ondas Q patológicas.	Normal ou inalterado durante o episódio de dor
Marcadores séricos de isquemia*	Acentuadamente elevados (p. ex., TnTC > 0,1 ng/ml)	Discretamente elevados (p. ex., TnTc entre 0,03 e 0,1 ng/ml)	Normais
Estratificação através de Killip e Escore TIMI (anexo I)			
Eletrocardiograma			
Deve ser realizado ECG de 12 derivações até 10 minutos da chegada do paciente.			
Se 1º ECG normal, deve-se repetir ECG a cada 15-30min e obter outras derivações (V3R, V4R).			
A presença de infra-ST ( $\geq 0.5$ mm) ou inversão da onda T ( $\geq 2$ mm e simétrica) durante o episódio de angina são sugestivos de isquemia por doença arterial coronariana (DAC), no entanto não são capazes de diferenciar entre IAM s/supra e Angina Instável.			
Marcadores bioquímicos de necrose cardíaca			
Devem ser solicitados em todos os pacientes com sintomas compatíveis com SCA, preferencialmente a troponina. São específicas, porém podem ser encontrados resultados falso-positivos (ex.: Tromboembolismo Pulmonar, Congestão Pulmonar, Insuficiência Cardíaca). Troponina → aumenta em 3-12 horas após o início do IAM, pico em 10-24 horas			

normaliza em 10-15 dias. A magnitude do aumento não reflete a extensão ou gravidade do infarto. Deve ser repetidas a cada 6 horas nas primeiras 24 horas (curva enzimática).

Pacientes com quadro clínico de SCA com enzimas cardíacas (troponina) negativas dentro das primeiras 6 horas de início do quadro devem ter exame repetido dentro do intervalo de 8-12 horas do início dos sintomas.

CPK → aumenta, mas é inespecífico e serve para estabelecer a relação com a CPK-MB (níveis de CPK-MB > 10% do valor de CPK é sugestiva de IAM)

CPK-MB → aumenta em 3-12 horas após o início do IAM, pico em 10-24 horas (2-10 vezes o valor normal) e normaliza em 3-4 dias. A CKMB é menos sensível e específica do que a troponina para o diagnóstico, no entanto, é útil nos casos de reinfarto.

Troponina I ultra sensível (cTn): permite a detecção precoce do infarto agudo, com encurtamento da janela do tempo para medição seriada para 3 horas. Isso permitiu o desenvolvimento de algoritmos para descarte confiável ou admissão no infarto do miocárdio em 2 horas.

Troponina I ultra sensível valor < 19 ng/L descartar IAM; se valor  $\geq$  100 ng/L inclusão para IAM; se valor  $\geq$  19 ng/L e  $\leq$  100ng/L dor menor que 6 horas realizar curva de 3 horas se variação > 10 ng/l é significativo de isquemia e se não houver mudança trabalhar diagnóstico diferencial.

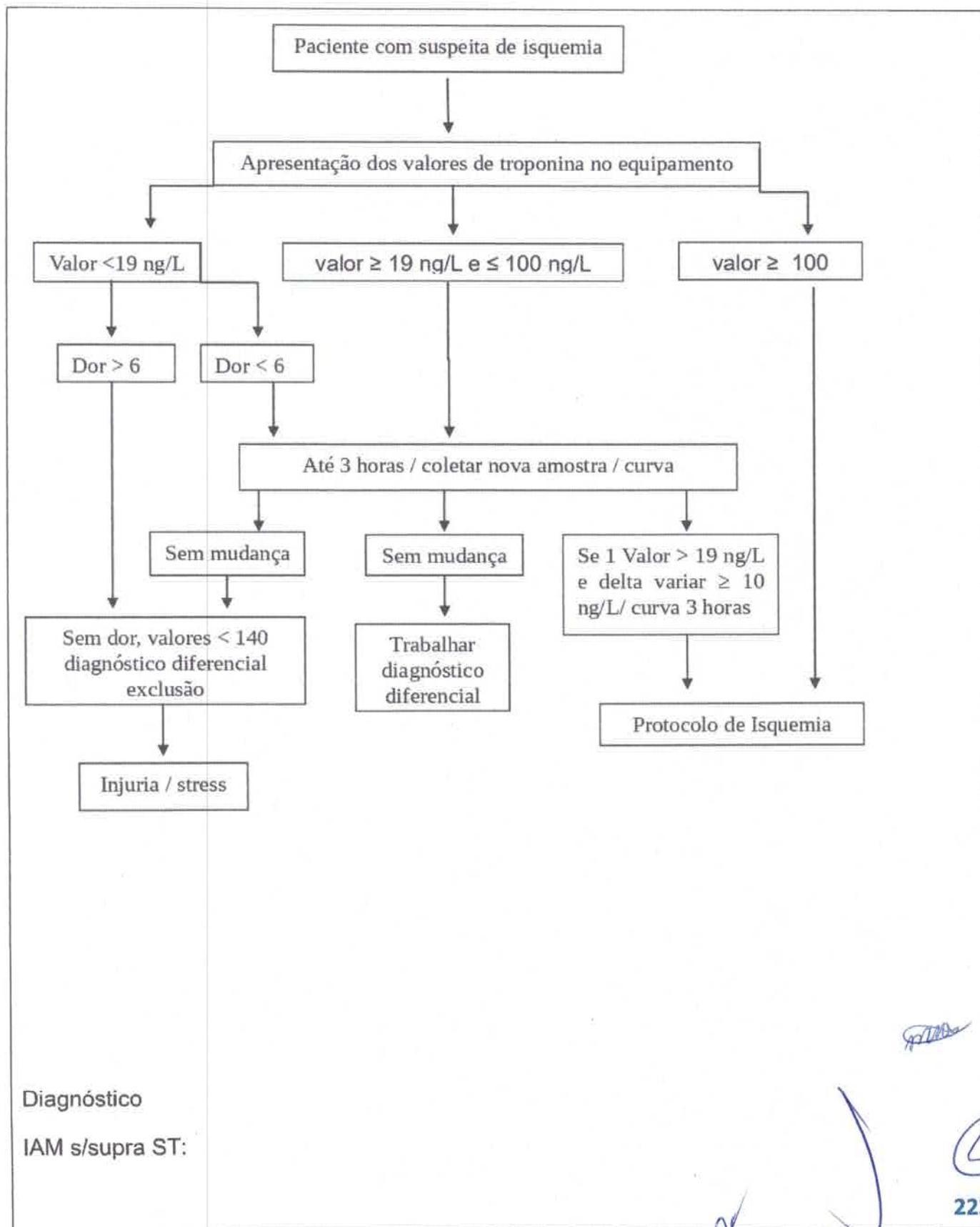
Avaliação da Troponina I ultra sensível

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

222



Quadro clínico compatível com SCA

ECG normal ou infra-ST ou inversão de onda T

Marcadores bioquímicos de necrose do miocárdio positivos.

Angina Instável:

Quadro clínico compatível com SCA

ECG normal ou infra-ST ou inversão de ondas T

Marcadores bioquímicos de necrose do miocárdio negativos

Critérios de internação em enfermaria ou UTI

Critérios de internação

Pacientes com sintomas isquêmicos recorrentes

Presença de marcadores cardíacos positivos

Presença de alteração no ECG (inversão de onda T /infra-ST)

Instabilidade hemodinâmica

Indicação de UTI

Lesão cardíaca em evolução

Instabilidade hemodinâmica

Instabilidade elétrica (arritmias)

Todos os pacientes internados devem ter os seguintes exames seriados:

ECG: a cada 12 horas no 1º dia do IAM; diariamente a partir do 2º até a alta hospitalar.

224

Marcador cardíaco se for positivo: dosar a cada 6-8 horas até atingir o pico, no caso da CKMB. Desnecessário seriar troponina.

Tratamento inicial para todos os pacientes:

MOV: Monitor cardíaco; Oxigênio; Acesso Venoso

Morfina: 1 a 5 mg em bolus EV a cada 5 min Contra indicação: Hipotensão e/ou Bradicardia

Oxigênio: Terapia de rotina em pacientes com congestão pulmonar e/ou sat<90%.

Nitratos

Dinitrato de isossorbida (Isordil®);

Dose: 5 mg SL repetir a dose a cada 5 min até o máximo de 15 mg

Nitroglicerina (Tridil®)

Dose: 10 a 20 mcg/min com incrementos de 5-10 mcg a cada 5 minutos até alívio da dor ou PAS< 90 mmHg.

ATENÇÃO: Não utilizar nitratos se:

PAS < 90 mmHg ou queda > 30 mmHg em relação ao nível basal

Uso de inibidores da fosfodiesterase 5 (ex: Viagra) nas últimas 24 - 48h

Evidências de Infarto de ventrículo direito

225

**β - bloqueadores :**

Dose: atenolol: 25 ou 50mg (vo) 12/12hs; propranolol: 20 ou 40mg (vo) de 8/8hs; metoprolol: 5 ou 10mg (IV) a cada 5min, podendo chegar a 15mg. Iniciar dose (VO) 1 hora após última dose (IV) – 25 a 100mg (VO) 12/12hs. Contra-indicações: DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica), asma, uso de cocaína, FC < 60 bpm, IAM parede inferior, Bloqueio atrioventricular 2° e 3° graus, doença vascular periférica grave, pressão sistólica < 1000 mmHg, disfunção ventricular grave, classe Killip ≥ II

**Antiagregantes Plaquetários**

AAS (Ácido acetilsalicílico) - Ataque – 200 mg, Manutenção – 100 mg

Clopidogrel - Ataque – 300 mg, Manutenção – 75 mg/dia

**Antitrombóticos**

Heparina não fracionada (HNF): 1- se trombólise química – bolus de 60 U/kg (até 4.000 U) (IV) seguido de 12 U/kg/h (até 4.000 U/hora) (IV) em BIC. Ajuste pelo TTPA em 1,5 a 2,0 vezes o controle por 48 horas ou até ATC. 2- se angioplastia primária: bolus de 100 U/kg seguido de 15 U/kg/h mantendo ajuste de TTPA entre 200-300 segundos até realizar o procedimento.

Heparina de baixo peso molecular (HBPM): pacientes com até 75 anos: 30mg em bolus (IV) seguido de 1mg/kg (SC) 12/12hs; pacientes com mais de 75 anos: sem dose de ataque e 0,75mg/kg (SC) 12/12hs. Se clearance de creatinina < 30 mL/minuto 1mg/kg (SC) a cada 24hs durante 8 dias.

**Tratamento adjuvante:**

iECA: Deve ser administrado nas primeiras 24 horas em pacientes com: congestão pulmonar, FE < 0,40, na ausência de hipotensão (PAS < 100 ou queda de 30 mmhg). Em pacientes com intolerância o iECA deve ser substituído por bloqueador do receptor de angiotensina (BRAs).

Estatinas: Todo paciente deve ter o perfil lipídico mensurado nas primeiras 24 horas e receber medicação para dislipidemia antes mesmo do resultado do exame e sempre que LDL > 100 mg/dl. Também é indicado dieta para dislipidemia.

226

Terapia conservadora X Invasiva:

Estratégia invasiva emergencial, envolvendo cateterismo cardíaco já na admissão está indicada nos casos de:

Isquemia recorrente apesar da otimização clínica.

Insuficiência cardíaca ou choque cardiogênico.

Estratégia invasiva precoce, envolvendo cateterismo cardíaco precoce (em até 72 horas após a admissão) e revascularização com angioplastia coronária ou cirurgia de revascularização miocárdica. Está indicada para os seguintes pacientes:

Alterações nova do segmento ST.

Marcadores de necrose miocárdica positivos.

Nos seis primeiros meses após uma angioplastia coronária.

Estratégia conservadora, que pressupõe o tratamento clínico inicial, reservando-se o cateterismo e revascularização apenas para casos de angina recorrente, instabilidade elétrica/hemodinâmica ou isquemia detectada em teste funcional.

**PROTOCOLOS DO SERVIÇO SOCIAL**

 INSTITUTO Rosa Branca	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP 001</b>		<b>ASSISTENTE SOCIAL</b>
	Data Emissão 01/01/2022	Data Última Revisão 01/01/2023	Revisão nº 00
<b>TÍTULO: APOIO AO PACIENTE DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</b>			
<b>ABRANGÊNCIA: ASSISTENTE SOCIAL</b>			
<b>OBJETIVO</b>			
HUMANIZAR O PRONTO ATENDIMENTO, CONSIDERANDO OS DIREITOS E DEVERES DOS PACIENTES, CONTRIBUINDO PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA PRESTADA À POPULAÇÃO.			
<b>COMPETÊNCIA</b>			
<b>ASSISTENTE SOCIAL</b>			
<b>MATERIAL</b>			
MATERIAL DE EXPEDIENTE; FORMULÁRIOS ESPECÍFICOS; SISTEMA PACIENTE; TELEFONE.			
<b>PROCEDIMENTO</b>			
Orientar os familiares e/ou acompanhantes de usuários que deram entrada na urgência e emergência e que procurarem o serviço social Realizar orientação aos familiares e/ou acompanhantes de usuários das observações breve, intermediária i e ii; Localizar familiares ou grupo de referência de pessoas admitidas na emergência sem identificação; Comunicar aos familiares do usuário a alta hospitalar ou transferência interna, quando se fizer necessário, bem como, informar sobre a necessidade de acompanhante, se for o caso; Procurar viabilizar, sempre que possível o contato dos familiares com os médicos a fim de serem repassadas informações clínicas gerais de usuários internados nas observações breve, intermediária i e ii; Contactar com os setores de transporte das secretarias municipais de saúde, para solicitar transporte para usuários que necessitem do mesmo e não tenham condições de fazê-lo por meios próprios; Realizar ações coletivas na recepção – orientar e /ou esclarecer dúvidas referente ao funcionamento da unidade;			

Oferecer atendimento social à família, acolhendo e orientando em ocorrências de óbito e outras;  
Orientar os pacientes de classificação azul e branca, encaminhando para as unidades de saúde de referência, quando necessário;  
Registrar atendimento na ocorrência eletrônica do serviço social.

 INSTITUTO Rosa Branca	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP 002</b>		<b>ASSISTENTE SOCIAL</b>
	Data Emissão 01/01/2022	Data Última Revisão 01/01/2023	Revisão nº 00
<b>TÍTULO:</b> Atendimento do Assistente Social nas Unidades de Internação			
<b>ABRANGÊNCIA:</b> Equipe do Serviço Social			
<b>OBJETIVO</b>			
Orientar conduta profissional nas unidades de internação onde o assistente social atua.			
<b>COMPETÊNCIA</b>			
<b>ASSISTENTE SOCIAL</b>			
<b>MATERIAL</b>			
Não se aplica			
<b>PROCEDIMENTO</b>			
Acompanhar a passagem de Plantão de Enfermagem e identificar possíveis demandas, além das repassadas pela equipe multiprofissional;			
Ler os prontuários dos usuários internados para se apropriar do estado geral de saúde/doença;			
Realizar acolhimento aos usuários, familiares/rede de apoio social ou acompanhantes nas Unidades de Internação;			
Fazer entrevista e/ou estudo social, objetivando compreender a situação socioeconômica (habitacional, trabalhista, saúde e previdenciária) e familiar dos usuários, com o intuito de elaborar estratégias de intervenção;			
Prestar atendimento aos familiares/rede de apoio social, compreendendo que a família vivencia juntamente com o usuário seu processo de saúde e doença;			
Realizar contato com a rede de apoio e de proteção social do usuário quando necessário e prestar os devidos encaminhamentos.			
Realizar contatos com equipe multiprofissional, ou instituições para viabilizar o atendimento da demanda apresentada;			
Formalização do encaminhamento, quando necessário;			

Acompanhar sistematicamente os usuários que estão internados, fortalecendo vínculos, identificando demandas, realizando orientações e/ou encaminhamentos necessários;

Articular, com a equipe multiprofissional, nas situações de alta dos usuários o transporte através de contato com a SMS do respectivo Município, além das demais orientações necessárias (acesso a medicação, reforço das orientações previdenciárias, aderência ao tratamento, entre outros);

Em situações de óbito realizar acolhimento junto a familiares/rede de apoio social/acompanhante de usuário e as devidas orientações e encaminhamentos;

Registrar os atendimentos no sistema de administração hospitalar do usuário com a equipe de Serviço Social com a finalidade de compartilhar as informações, intervenções e encaminhamentos realizados;

Registrar no prontuário do usuário as informações pertinentes para socializar com a equipe multiprofissional;

Realizar visitas domiciliares, quando demandado este instrumental, com o objetivo de conhecer as condições e dinâmica de organização familiar dos usuários, quando identificadas fragilidades emocionais, sociais, e na rede de apoio, bem como pouca adesão ao tratamento e compreensão em relação ao processo saúde/doença, entre outros;

Realizar visitas institucionais para conhecer os fluxos de atendimento, articulação intersetorial para viabilidade de encaminhamentos entre as instituições favorecendo processos de referência e contrarreferência;

Participar de reuniões e discussões multiprofissionais, nas unidades de internação que ocorrem, com intuito de discutir as situações atendidas, bem como indicar condutas/ações para o atendimento das necessidades em saúde onde serão discutidas as situações atendidas e determinadas às ações que assegurem o tratamento mais adequado, caso ocorram na unidade de internação.

Demais situações atendidas pelo Serviço Social:

Acompanhamento ambulatorial do Usuário com Insuficiência renal crônica

Orientação para assistência ao usuário recluso

Orientação para assistência ao usuário sem identificação ou com identificação incompleta

Orientação para assistência em situação de abandono/doação de recém-nascido

Orientação para assistência à gestantes e puérperas adolescentes

Orientação para assistência a gestante e puérpera usuária de substância psicoativa

Orientação para assistência a puérpera soropositiva

Orientação para assistência à interrupção da gestação

Orientação para o reconhecimento de paternidade

Orientação para assistência ambulatorial ao paciente candidato a transplante hepático

Orientação para assistência no serviço de saúde auditiva – implante coclear

Orientação para assistência em situações de óbito

Orientações para acompanhamento de situações de violências e outros agravos

Orientações para a assistência e acompanhamento ao usuário com doença hematológica

Orientação para assistência e acompanhamento de internação de idosos e/ou usuários dependentes para as atividades da vida diária  
Orientações assistenciais para atendimento de paciente no pré, trans e pós de Cirurgia Bariátrica  
Orientações previdenciárias e trabalhistas  
Orientações para aquisição de meios auxiliares de locomoção e próteses.

 INSTITUTO Rosa Branca	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP 003</b>		<b>ASSISTENTE SOCIAL</b>
	Data Emissão 01/01/2022	Data Última Revisão 01/01/2023	Revisão nº 00
<b>TÍTULO:</b> Fornecimento de refeição para acompanhante de usuário internado			
<b>ABRANGÊNCIA:</b> Equipe do Serviço Social			
<b>OBJETIVO</b>			
Orientar sobre a autorização para refeição do acompanhante, com intuito de promover condições de permanência.			
<b>COMPETÊNCIA</b>			
<b>ASSISTENTE SOCIAL</b>			
<b>MATERIAL</b>			
Não se aplica			
<b>PROCEDIMENTO</b>			
<p>Informar aos acompanhantes sobre os critérios de acesso à autorização de refeição; fornecer autorização de refeição para acompanhantes de usuários idosos, adolescentes e pessoas com dependência de cuidados, conforme legislação vigente.</p> <p>Fornecer autorização de refeição para acompanhantes das usuárias gestantes e puérperas, nas demais unidades de internação;</p> <p>Avaliar outras solicitações de refeição de acompanhantes de usuários que não estão assegurados pela legislação, considerando as condições físicas, emocionais, sociais e o local de residência do usuário.</p> <p>Procedimentos para o acesso:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Acompanhante apresenta cartão de acompanhante fornecido pela enfermagem;</li> <li>2. Profissional libera as refeições através do Sistema de Administração Hospitalar (SAH);</li> <li>3. Entrega de formulário impresso ao acompanhante, para o mesmo apresentar no refeitório;</li> <li>4. Entrega do cartão azul, pelo atendente (auxiliar de nutrição) no refeitório, ao acompanhante, que deverá apresentar em todas as refeições.</li> </ol> <p><b>OBSERVAÇÃO:</b></p> <p>A alimentação para acompanhante de crianças e adolescentes internados na Unidade de Internação Pediátrica é liberada pela Enfermagem.</p> <p>Gestantes e puérperas, internadas no Alojamento Conjunto, deverão apresentar a Autorização de Acompanhante, fornecida pela equipe de enfermagem da unidade no refeitório para ter acesso ao almoço e jantar.</p>			

## Definição

- IAM sem supra caracterizar-se por sinais e sintomas de síndrome coronariana aguda (SCA) associada à inversão de onda T, infra-desnívelamento do segmento ST, ou mesmo ECG normal, no entanto com elevações significativas as de marcadores de lesão cardíaca (CKMB, Troponina).

- Angina Instável o quadro clínico é similar ao do IAM s/ supra, porém não cursa com elevação de marcadores miocárdicos. A angina instável pode ser classificada em:

Angina progressiva: angina prévia piorada (Classe funcional I para pelo menos Classe III)

Angina de início recente: angina iniciada já em classe III o Angina em repouso: dor anginosa prolongada > 20 minutos

## Classificação

Classificação	Descrição
1	IAM espontâneo relacionado com a isquemia devido a evento coronariano como ruptura, fissura ou dissecção de placa aterosclerótica coronariana
2	IAM secundário a isquemia por inadequação de oferta/demanda de oxigênio pelo miocárdio, como em espasmo coronariano, anemia, arritmias, hipotensão e hipertensão
3	Morte cardíaca súbita. Diagnóstico obtido em necropsia
4a	IAM associado a intervenção coronariana percutânea
4b	IAM associado a trombose documentada de stent
5	IAM associado a cirurgia de revascularização miocárdica

O acompanhante do recém-nascido, internado na unidade Neonatal, deverá apresentar a Autorização de Acompanhante, fornecida pela equipe de enfermagem da unidade, no refeitório para ter acesso ao almoço e jantar.

 INSTITUTO Rosa Branca	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP 004</b>		<b>ASSISTENTE SOCIAL</b>
	Data Emissão 01/01/2022	Data Última Revisão 01/01/2023	Revisão nº 00
<b>TÍTULO: AUTORIZAÇÃO DE VISITA EXTRA</b>			
<b>ABRANGÊNCIA: ASSISTENTE SOCIAL</b>			
<b>OBJETIVO</b>			
Acesso ao paciente de acordo com a situação e a necessidade caracterizada, humanizando o processo de internação.			
<b>COMPETÊNCIA</b>			
<b>Serviço Social</b>			
<b>MATERIAL</b>			
Relação diária de pacientes internados; Livro de ocorrências; Formulário de comunicação			
<b>PROCEDIMENTO</b>			
Analisar atentamente a justificativa do visitante para o pedido de visita fora do horário; Solicitar o nome do paciente e verificar na listagem atualizada de internados; Se considerar a justificativa válida, ligar para a unidade onde o paciente se encontra e verificar com a enfermagem a possibilidade de visita fora do horário; Orientar o visitante para evitar, na medida do possível, realizar visitas fora dos horários estabelecidos pela instituição; Preencher o formulário de comunicação para o vigilante/recepção, com data e horário, especificando o tempo que deverá durar a visita; Preencher o formulário de produtividade do serviço social; Registrar observações no livro de ocorrências, se for o caso; No caso de usuário em situação de privação de liberdade, as visitas fora do horário só poderão ocorrer em situações excepcionais e se autorizadas por autoridade competente; Em unidades com acesso restrito, não é permitido visita fora do horário.			

Encaminhar para auxílio funeral os familiares que não tiverem plano funerário. No caso de pacientes do interior, manter contato com o município de origem;  
Caso haja algum transtorno que cause demora para a retirada do corpo, comunicar-se com o setor responsável para as devidas providências, dando maior celeridade ao processo;  
Nos casos de necropsia, encaminhar para o médico esclarecer;  
Se segurado da previdência com dependentes, orientar sobre pensão por morte;  
Evitar, na medida do possível, comunicações de óbito por telefone. Se inevitável redobrar os cuidados com a fala.  
Registrar todas as medidas e contatos no livro de ocorrências;  
Registrar no formulário de evolução social do paciente e no prontuário, resumo de providências tomadas

 INSTITUTO Rosa Branca	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP 005</b>		<b>ASSISTENTE SOCIAL</b>
	Data Emissão 01/01/2022	Data Última Revisão 01/01/2023	Revisão nº 00
<b>TÍTULO: ORIENTAÇÃO A FAMILIARES DE PACIENTES QUE FORAM A ÓBITO</b>			
<b>ABRANGÊNCIA: ASSISTENTE SOCIAL</b>			
<b>OBJETIVO</b>			
Famíliares orientados e com suporte psicossocial para providências relativas ao óbito			
<b>COMPETÊNCIA</b>			
<b>Serviço Social</b>			
<b>MATERIAL</b>			
Comunicado do óbito por escrito Telefone; Relatório de Acompanhamento Social; Documento de identidade do paciente; Livro de Ocorrências; Formulário de concessão de auxílio-funeral			
<b>PROCEDIMENTO</b>			
Receber o comunicado de óbito por escrito; Comparecer à unidade onde ocorreu o óbito com o comunicado por escrito em mãos e checar os dados com a plantonista e no prontuário, dispensando atenção especial aos homônimos; Verificar na Notificação de Óbito se haverá expedição de Declaração de Óbito pelo hospital, Serviço de Verificação de Óbito ou Instituto Médico Legal; Participar do processo de comunicação do óbito, quando o familiar estiver na Unidade, juntamente com o médico assistente, tomando as providências cabíveis ao serviço social; Encaminhar o familiar para a unidade onde ocorreu o óbito, munido dos documentos necessários para a emissão da Declaração de Óbito; Orientar aos familiares sobre os trâmites relacionados à retirada do corpo e do sepultamento, ressaltando que o prazo para o registro no cartório é de até quinze dias. Em caso de corpo encaminhado ao Serviço de Verificação de Óbito ou Instituto Médico Legal, sensibilizar e orientar a família sobre o processo;			

### 1.2.17. PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA AS UNIDADES, COM BASE NA ANÁLISE DE EVENTOS ADVERSOS.

O INSTITUTO ROSA BRANCA irá se basear nos fundamentos da investigação de eventos adversos em serviços de saúde:

- As análises dos incidentes clínicos deve se concentrar mais sobre os fatores organizacionais, que sobre pessoas.
- Uso de protocolos formais aumentam as chances de uma investigação sistemática, abrangente e eficiente.
- Método reduz as chances de explicações simplistas e de direcionar para a rotina da culpa.
- A experiência na aplicação dos métodos de investigação sugere que o treinamento é essencial para que sejam utilizados de forma eficaz. Assim, inicie sua investigação pelos casos menos graves.
- As análises organizacionais de incidentes levam diretamente às estratégias para melhorar a segurança do paciente.

As metodologias de gerenciamento de riscos são processos técnicos e científicos pelos quais os riscos reais e potenciais de um sistema, em uma dada situação, são modelados, quantificados, ponderados e controlados por meio de instrumentos para a prevenção do incidente e a mitigação de suas consequências.

Para esse propósito, o método epidemiológico, associado à aplicação de outras técnicas e ferramentas, é apropriado para identificar e quantificar os incidentes com e sem danos, assim como avaliar o impacto das intervenções sanitárias sobre a saúde das pessoas atendidas nos serviços de saúde e seus colaboradores.

Esse processo, embora cada evento seja único, é orientado por uma sequência de etapas e passos a serem executados, sendo todos necessários para alcançar uma avaliação bem sucedida da ocorrência.

As etapas não seguem uma ordem rígida, possibilitando variações na sequência e na repetição de alguns passos. O cumprimento das funções investigativas depende da disponibilidade de dados que subsidiem a produção da informação. É esse ciclo que determinará o resultado final da investigação e da intervenção.

A investigação deve ser iniciada tão logo se tenha conhecimento da ocorrência e consiste na repetição das etapas abaixo, até que os objetivos sejam alcançados:

- ✓ Consolidação e análise de informações disponíveis.
- ✓ Conclusões preliminares a partir dessas informações.
- ✓ Apresentação das conclusões preliminares e formulação de hipóteses.
- ✓ Definição e coleta das informações necessárias para testar as hipóteses.
- ✓ Reformulação da definição de caso e estabelecimento de novas hipóteses, caso necessária.
- ✓ Definição e adoção de medidas de prevenção e controle, durante todo o processo.

A primeira questão é conhecer o que aconteceu, como, quando, por quê, onde ocorreu e quem foi acometido. Em seguida, saber o que pode ser feito em curto, médio e longo prazos para diminuir, interromper ou eliminar a recorrência e fazer com que aquela experiência sirva de aprendizado dentro do serviço ou para o conjunto de serviços de saúde.

pertinente considerar ainda, se a equipe de investigação é aberta, isenta e transparente, se as intervenções estão baseadas em evidências e se a

condução é direcionada à identificação das causas e implementação de melhorias e não à busca por culpados.

A VISA poderá compor uma equipe ou conduzir qualquer dos tipos de apuração, dependendo da avaliação do risco, necessidade de apoio ao NSP, entre outros fatores. O ideal é que a investigação seja imediatamente iniciada, especialmente a etapa das entrevistas para evitar o viés de informação ou viés de memória dos entrevistados e aumentar as chances de se chegar a uma conclusão.

Os incidentes graves exigem revisão pelo NSP e pela autoridade sanitária para determinar o nível de aprofundamento necessário na investigação. A fase de análise é usada para estabelecer o curso dos acontecimentos e os fatores que contribuem para a identificação dos fatores contribuinte.

Os eventos adversos não infecciosos graves e óbitos exigem a aplicação de métodos mais robustos, como a Epidemiologia e Análise de Causa Raiz ou uma metodologia similar. Para o caso dos eventos infecciosos graves, a investigação requer a adoção de uma metodologia apropriada, usualmente, a epidemiológica.

Quando um ou mais serviços estiverem envolvidos no cuidado ao paciente que sofreu um dano, todas as instituições podem participar de modo colaborativo, desde que preservadas a confidencialidade dos dados pessoais do doente. O último serviço que teve contato com o paciente será o responsável por iniciar a revisão do incidente e envolver outras organizações na investigação, se for o caso.

A vigilância sanitária deve coordenar as investigações de incidentes que envolvam vários serviços de saúde:

✓ Promover a investigação conjunta em todos os serviços e hospitais envolvidos.



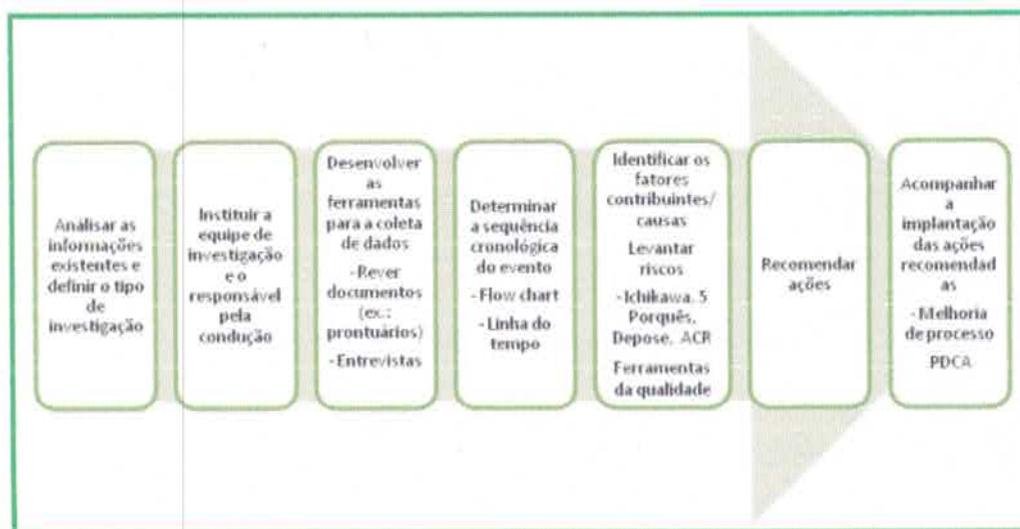
- ✓ Participar ativamente da investigação onde ocorreu o incidente.
- ✓ Padronizar os procedimentos investigativos a serem utilizados.
- ✓ Considerar a participação e opiniões de especialistas, especialmente nas investigações envolvendo clusters, agregado de casos, surtos e múltiplos incidentes.

## PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DE INVESTIGAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

O planejamento representa o marco norteador para quem procura resultados concretos de melhoria da qualidade dos serviços de saúde em relação a um determinado evento.

Após o conhecimento do evento e identificada a necessidade de instituir um processo de investigação, a equipe de VISA deve traçar as estratégias que permitirão alcançar o objetivo de elucidar a ocorrência e instituir medidas de controle.

Preparação e planejamento para as ações de investigação de eventos adversos.



## SISTEMAS DE NOTIFICAÇÃO

Os dados e as informações estão sempre presentes nos ambientes organizacionais e são responsáveis por contribuir para que a decisão tomada responda às expectativas, servindo como desencadeador do processo informação, decisão e ação.

Os dados apresentam um ou mais significados, sendo a matéria-prima para a informação. Pode ser conceituado como um valor quantitativo referente a um fato ou circunstância, um número bruto que não sofreu qualquer tratamento estatístico.

Por sua vez, as informações são os dados tratados, compreendida como o resultado da análise, combinação e interpretação de vários dados que permitem a tomada de decisões ou fazer afirmações. O conhecimento vai além das informações, pois além de ter um significado apresenta uma aplicação, constituindo-se em um saber.

A vigilância sanitária é o espaço do Estado que exerce a função de cuidar dos interesses coletivos, regulando e disciplinando as atividades públicas e privadas diante de qualquer suspeita de risco à saúde da população, através de processos e instrumentos avaliativos e, portanto, é um locus valioso para a gestão de conhecimento.

Sob essa perspectiva, os inspetores devem ser capazes de explorar os sistemas de informação disponíveis, como uma das atividades essenciais para atingir o propósito de promover e proteger a saúde das pessoas.

Na saúde, o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação sobre os Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Internações Hospitalares (SIH) e o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) são importantes fontes relativas às atividades setoriais em saúde, conforme abaixo:

Sistemas	Evento	Instrumento de coleta	Fluxo	Principais usos
SIM	Óbito	Declaração de óbito	Cartório SMS Regional SES	Estudos de mortalidade e vigilância de óbitos (materno-infantil e outros).
SINASC	Nascido Vivo	Declaração De Nascido Vivo		Monitoramento da Saúde da Criança e Vigilância da Criança de Risco.
SIH	Informação Hospitalar	Autorização de Internação Hospitalar (AIH)	Unidade de Saúde SMS	Morbidade, gestão e custeio da atenção hospitalar.
SAI	Produção Ambulatorial	Boletim de Produção Ambulatorial (BPA)	Regional SES MS	Cadastramento de unidades ambulatoriais, nº consultas por habitante.
Outros	SINAN, API, SISVAN, SIAB,			

O sistema registra dado da relação, não excludente, dos principais eventos adversos, resumida a seguir:

- Incidente/evento adverso durante procedimento cirúrgico.
- Queda do paciente.
- Úlcera por pressão: são as feridas na pele provocadas pelo tempo prolongado na mesma posição.
- Inefetividade ou falha terapêutica de medicamento.
- Erros de medicação apenas quando houver dano à saúde (por exemplo, edema provocado pela má administração de um medicamento injetável).
- Evento adverso decorrente do uso de artigo médico hospitalar ou equipamento médico-hospitalar.

- Reação transfusional decorrente de uma transfusão sanguínea.
- Evento adverso decorrente do uso de um produto cosmético.
- Evento adverso decorrente do uso de um produto saneante.

Os incidentes infecciosos relacionados à assistência à saúde, tanto a notificação dos indicadores nacionais, quanto de agregado de casos e surtos, são monitorados por ferramentas eletrônicas do FormSUS.

## NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS

Notificações podem capturar erros, incidentes com e sem dano, mau funcionamento de equipamento, falhas de processo ou outros riscos. Enquanto uma notificação individual pode conter informações importantes sobre um incidente ou evento específico, a noção de um sistema de notificação refere-se aos processos e tecnologia envolvidos na padronização, formatação, comunicação, retroalimentação, análise, aprendizagem, resposta e disseminação de lições aprendidas a partir de eventos notificados.

A oportunidade de generalizar o problema é perdida e a oportunidade de desenvolver soluções mais poderosas e generalizáveis é desperdiçada. Em contrapartida, se o evento é notificado e os resultados da investigação são inseridos em um banco de dados, o evento pode ser agregado com incidentes semelhantes para elucidar as causas subjacentes comuns e promover uma variedade de soluções.

O objetivo principal dos sistemas de notificação de segurança do paciente é aprender com a experiência. No entanto, é importante destacar que a notificação em si não melhora a segurança. É a resposta às notificações que conduzem a mudanças. Dentro de uma instituição de saúde, o registro de uma notificação referente a um incidente grave ou a um grave near-miss deve desencadear uma investigação aprofundada para identificar as falhas sistêmicas

subjacentes e levar a esforços para redesenhar os sistemas com o objetivo de prevenir a recorrência.

As notificações podem gerar informações que identifiquem padrões e tendências sobre a segurança do paciente, priorizando a aprendizagem contínua e a indução do enfrentamento dos problemas identificados e adoção de medidas gerenciadas com base no risco. Dessa maneira, poderá possibilitar o desenvolvimento de soluções com o intuito de evitar a recorrência de danos evitáveis aos pacientes, melhorando a qualidade do cuidado e a segurança do paciente nesses serviços.

Melhorar a capacidade de aprendizagem das organizações a partir das notificações se configura um grande desafio considerando que a notificação é apenas a etapa primária onde as demais etapas subsequentes definem toda a trajetória do gerenciamento dos incidentes e as atividades pertinentes a cada uma delas; desencadeando ações em cadeia com vista a redução de risco na promoção de um cuidado mais seguro.

## SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

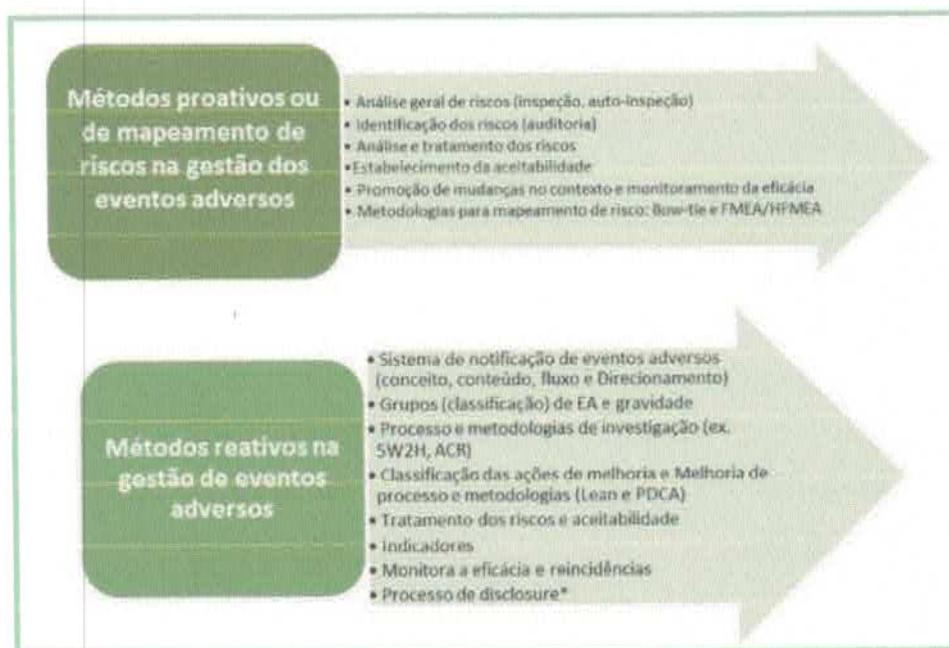
A Atenção Primária à Saúde (APS) está no centro dos cuidados de saúde em muitos países. Constitui-se como porta de entrada no sistema de saúde, coordenação contínua de cuidados e uma abordagem centrada nas pessoas e suas famílias. Impacta diretamente no bem estar das pessoas e no uso de outros recursos de assistência à saúde. Cuidados primários inseguros ou ineficazes podem aumentar a morbidade e a mortalidade evitável, e podem levar ao uso desnecessário de recursos hospitalares e especializados.

Assim, melhorar a segurança na APS é essencial quando se busca alcançar a cobertura universal de saúde e a sustentabilidade dos cuidados de saúde. A APS mais segura é fundamental para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas, particularmente para aqueles relacionados a

assegurar vidas saudáveis e promover o bem-estar para todos em todas as idades.

Embora os eventos adversos ocorridos na APS possam ser menos prejudiciais do que os realizados em hospitais, podem ter grande magnitude devido à quantidade de usuários atendidos, serviços e procedimentos realizados ao longo da vida das pessoas. Sabe-se que cuidados primários inseguros ou ineficazes podem aumentar a morbidade e a mortalidade evitável, e levar ao uso desnecessário de recursos hospitalares e especializados.

## PRINCIPAIS FERRAMENTAS E TÉCNICAS ADOTADAS, SEGUNDO OS MÉTODOS PROATIVO E REATIVO DE GESTÃO DE EVENTOS ADVERSOS.



A chave para um gerenciamento proativo de riscos pode ser resumida na capacidade da organização em agrupar o conhecimento e a experiência de seus colaboradores, de modo a garantir a obtenção de informações rápidas e com grau de precisão envolvendo um fato potencialmente perigoso. Atualmente, uma

organização não consegue gerenciar riscos com resultados efetivos, sem gerenciar o conhecimento.

Os métodos proativos para a gestão dos riscos são aqueles que devem ser aplicados para identificar e analisar os riscos reais e potenciais, executar as ações para eliminar ou minimizar os fatores de risco antes que eles sejam materializados em danos.

As auditorias internas ou auto-avaliações, utilizando-se de ferramentas de inspeção, documentos de certificação e de acreditação, têm demonstrado resultados satisfatórios para a melhoria da qualidade à medida que promovem a reavaliação dos processos e práticas estabelecidas e o registro das melhorias necessárias. As auditorias externas e as diferentes abordagens das inspeções sanitárias são consideradas métodos proativos na gestão do risco.

O método epidemiológico será utilizado em diversas situações e, nestes casos, a participação da CCIH e Núcleo Hospitalar de Epidemiologia na equipe de investigação pode ser bastante útil ao aplicar os conhecimentos trazidos pela epidemiologia descritiva.

O desenvolvimento de estudos analíticos requer um consolidado conhecimento do método epidemiológico e das demais ferramentas e será tratado em momento oportuno.

É importante ter a clareza de que a escolha da ferramenta, método ou técnicas depende da facilidade do seu uso por parte do investigador. Essa facilidade depende do conhecimento e das habilidades desenvolvidas durante a sua aplicação reiterada.

Também deve ser considerado que todas as ferramentas, técnicas e métodos apresentam vantagens e limitações, que devem ser ajustadas, conforme a experiência de cada investigador, à dinâmica de trabalho de cada equipe visando obter os resultados mais favoráveis.

Aplicando o 5W2H

Um dos métodos que pode ser aplicado para a condução da entrevista estruturada é o 5W2H, sendo as iniciais em inglês para as perguntas What (o quê), Why (por que?), Where (onde?), Who (quem?), When (quando?), How (como?) e How much (quanto custa? – quantidade e custo).

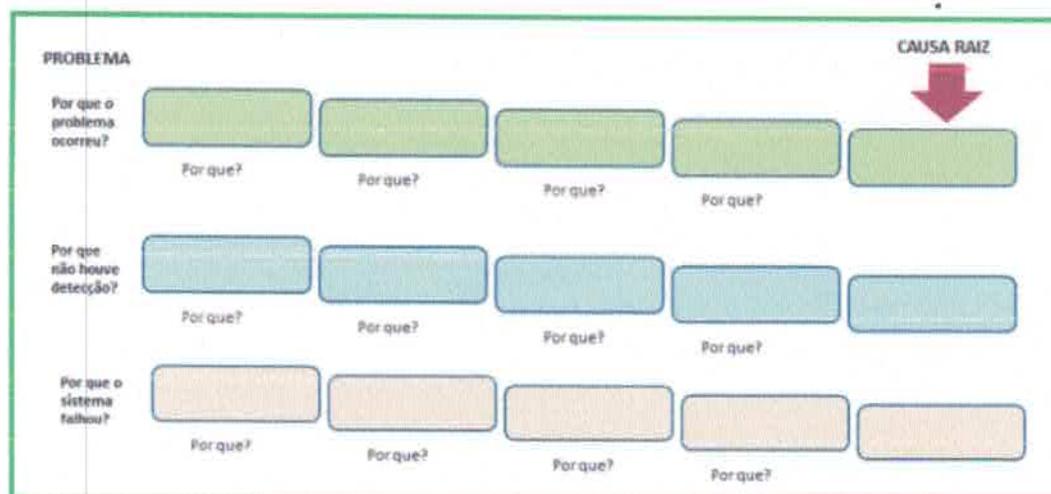
Esta ferramenta de análise objetiva direcionar a discussão a um único foco, evitando a dispersão das ideias.

É bastante útil em duas situações distintas de análise, como mostra a figura abaixo, para a verificação da ocorrência de um problema e para a elaboração de um Plano de Ação.

Análise de problemas e elaboração do Plano de Ação, com base na metodologia 5W2H

ANÁLISE DE PROBLEMAS	PLANO DE AÇÃO
O que aconteceu? →	O que será feito? Quais as ações a serem desenvolvidas?
Quem era responsável? →	Quem será o responsável pela implantação e condução das ações?
Por que aconteceu? →	Por que será feito? Qual a justificativa e qual o resultado esperado?
Onde aconteceu? →	Onde será feito? Onde a ação será desenvolvida? Qual a abrangência?
Quando aconteceu? →	Quando será feito? Qual o prazo, as datas para início e término?
Como aconteceu? →	Como será feito? Como a ação será implementada? Qual o passo a passo? Qual a metodologia a ser utilizada?
Quanto custou? →	Quanto custará? Análise do investimento a ser realizado (não se restringe a investimento financeiro)

Diagrama dos Cinco Por quês.



Geralmente, se diz no primeiro porquê um sintoma do problema ou a causa imediata, no segundo uma desculpa ou a causa da causa imediata, no terceiro um culpado, no quarto uma causa e por fim, a causa raiz.

### Plano de Contingência Para Atendimento de Múltiplas Vítimas

A Prevenção de acidentes e agravos biológicos severos é sempre o melhor caminho, entretanto não há prevenção capaz de reduzir totalmente a ocorrência de desastres e/ou catástrofes assim, a preparação para as ações de resposta é muito importante.

Nos desastres de evolução súbita e nas catástrofes, a resposta rápida e articulada é de fundamental importância para minimizar os danos e prejuízos, podendo inclusive determinar o salvamento de vidas humanas. Assim, o **Plano de Contingência** é um plano previamente elaborado para orientar as ações de preparação e resposta a um determinado cenário de risco, caso o evento adverso venha a se concretizar.

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

Compreende-se a fase de preparação como um conjunto de ações desenvolvidas pela comunidade, instituições hospitalares e governamentais, para minimizar os efeitos do evento, através da difusão de conhecimentos científicos, tecnológicos, de formação e capacitação de recursos humanos, da articulação de órgãos e instituições com empresas e comunidades. Desta forma, é necessário que ele contenha as hipóteses de emergências possíveis de ocorrerem na região de abrangência da Unidade de Saúde bem como sua atuação na fase de resposta ao evento.

Importante ressaltar que a eficácia do atendimento em emergências está diretamente relacionada à sua atualização e ao treinamento institucional periódico.

a) Objetivo

O Plano de Contingência para Atendimento em Situação de Emergência tem o objetivo de estabelecer os procedimentos a serem adotados na resposta a desastres e catástrofes ocorridos tanto internamente como em sua região de abrangência.

b) Definições

SAMU	Serviço de Atendimento Médica de Urgência
P.S.	Pronto Socorro
PASE	Plano de Atendimento a Situações de Emergência