

MISSÃO DE LICITAÇÃO
540
Fls 47
Rubrica

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.

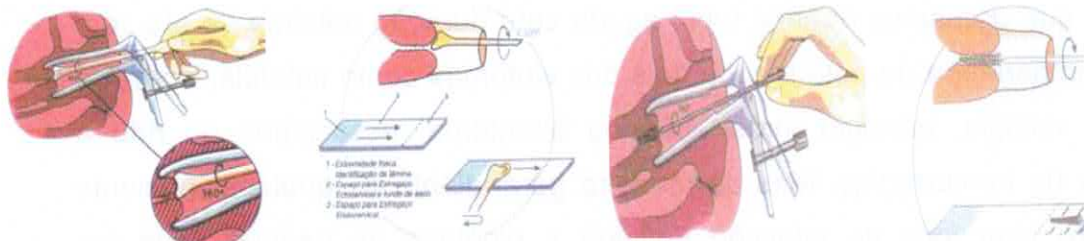


Figura 1: Técnica de coleta

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;

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.

1.2.6. Protocolos assistenciais e para atendimento de urgência e emergência

ATENDIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA DO PACIENTE COM SUSPEITA DE DENGUE

Tendo como pressuposto que o acolhimento é uma postura e que deve ser desenvolvida por toda equipe multiprofissional que faz o atendimento da demanda espontânea ou casos programáticos, reforçamos que deve priorizar a escuta qualificada do paciente, com favorecimento da avaliação de sua vulnerabilidade e classificação de risco.

O atendimento de demanda espontânea realizada por equipe multiprofissional é fundamental para que haja um trabalho resolutivo, humanizado e co-responsável.

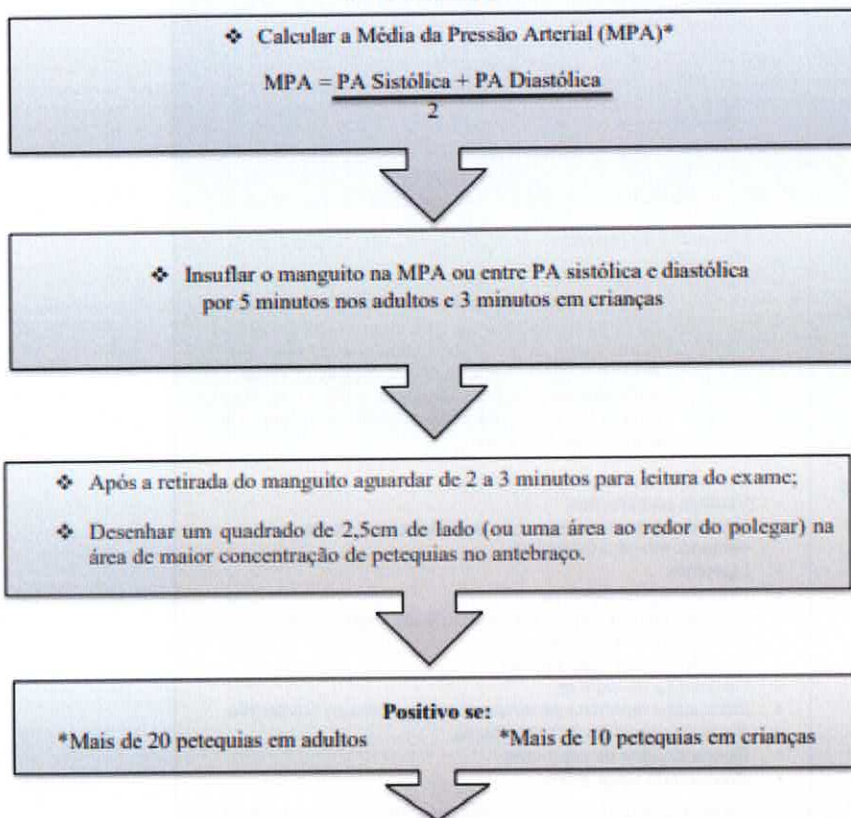
Técnicamente considera-se, pela definição de caso, que é suspeito todo paciente que apresenta doença febril aguda com duração máxima de até sete dias, acompanhada de pelo menos dois dos sintomas como cefaleia, dor retro orbitária, mialgia, artralgia, prostração ou exantema, associados ou não à presença de hemorragias. Mas de maneira geral diante de qualquer paciente com febre sem foco de infecção definido a hipótese de dengue deve ser lembrada, podendo ser notificada e investigada mesmo na ausência dos demais sintomas.

A história clínica deve ser detalhada segundo os passos do protocolo e os itens observados devem constar em prontuário e na ficha de investigação epidemiológica (SINAN).

De acordo com os fluxos estabelecidos pela Vigilância Epidemiológica, todo caso suspeito deve ser notificado imediatamente; casos do próprio território podem ser enviados por fax ou malote; casos que envolvam outro território passar imediatamente por fax.



Prova do Laço:



Cuidado:

- ✓ Hipotensão,
- ✓ Hipotensão postural,
- ✓ Estreitamento da pressão de pulso são sinais de gravidade.

Handwritten signatures and initials in blue ink.

543

M

Rosa Branca

Sinais e sintomas para estadiamento dos grupos³:

<p>SUSPEITA DE DENGUE</p> <p>Febre há menos de 7 dias sem foco definido (sem sangramento, prova do laço negativa, sem fatores de risco, sem sinais de alarme, nem de choque)</p> <p>Adulto: Grupo A</p>	<p>SINTOMAS ASSOCIADOS À DENGUE</p> <ul style="list-style-type: none"> • mialgia; • prostração; • cefaléia e dor retroorbitária; • alteração do paladar; • diminuição do apetite; • exantema; • escassez de sintomas respiratórios
<p>SANGRAMENTO NA PELE OU COM FATORES DE RISCO</p> <p>Atendimento preferencial</p> <p>Verde: Grupo B</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prova do laço positiva • Petéquias • Fatores de risco: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Lactentes (menores de 2 anos), gestantes, adultos com idade acima de 65 anos, com hipertensão arterial ou outras doenças cardiovasculares graves, diabetes mellitus, DPOC, doenças hematológicas crônicas (principalmente anemia falciforme e púrpuras), doença renal crônica, doença ácido péptica, hepatopatias e doenças auto-imunes.
<p>SINAIS DE ALARME</p> <p>Amarelo: Grupo C</p> <p>Atendimento urgente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dor abdominal intensa e contínua; • Vômitos persistentes; • Hipotensão postural (variação da P.A. sentado/deitado ou sentado/ em pé \geq 20mmHg) • Lipotímia; • Hepatomegalia dolorosa; • Sangramento de mucosa ou hemorragias importantes (hematêmese e/ou melena); • Sonolência e/ou irritabilidade; • Diminuição da diurese; • Diminuição repentina da temperatura corpórea ou hipotermia; • Aumento repentino do hematócrito; • Queda abrupta de plaquetas; • Desconforto respiratório.
<p>SINAIS DE CHOQUE</p> <p>Vermelho: Grupo D</p> <p>Emergência, paciente com necessidade de atendimento imediato</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pressão arterial convergente (PA sist - PA diast \leq 20mmHg) • Extremidades frias e cianóticas • Pulso rápido e fino • Enchimento capilar lento (> 2 segundos) • Hipotensão arterial



Classificação de Risco e Cuidados de Enfermagem

GRUPO A (Classificação Azul-Atendimento em até 2 horas) Caso Febril	
Identificação: Febre há menos de 7 dias sem foco definido.	
<p>Sem fator de risco</p> <p>Ausência de fenômenos hemorrágicos</p> <p>Prova do Laço Negativa</p> <p>Ausência de sinais de alerta</p> <p>Ausência de sinais de choque</p>	<p>Consulta de Enfermagem⁴</p> <ul style="list-style-type: none"> • TRO 60-80 ml/kg/dia (1/3 SRO e 2/3 líquidos) • Banho morno até redução da febre e não agasalhar • Medicamento autorizado para Enfermeiro: Paracetamol ou Dipirona Criança até 12 anos: 1 gota/kg até de 6/6 horas. Adultos: 40 gotas ou 1 comprimido (de 500mg 6/6 h)⁵. • Colher hemograma dengue • Repetir exame físico complementar à história clínica • Todos os pacientes (adultos e crianças) devem retornar imediatamente para nova avaliação em caso de aparecimento de sinais de alerta e no 1º dia sem febre para coleta e monitoramento de hemograma • Colher exame de NS-1 e RT-PCR se o paciente estiver até o 3º dia de sintoma com a anuência da Vigilância em Saúde. • Colher sorologia para dengue após o 6º dia do início da febre (de acordo com a situação epidemiológica esta orientação pode ser modificada) • Preencher ficha SINAN e Ficha de Investigação de Dengue • Orientar e entregar o Cartão Dengue ao cliente com suspeita de Dengue • Orientar os pacientes e familiares sobre as medidas para eliminação dos criadouros de vetor. <p>Encaminhamento médico (registrar em prontuário).</p>



GRUPO B (Classificação Verde A e Verde B-Atendimento em até 01 hora)
Caso Febril com fenômenos hemorrágicos

Identificação:

Idem do Grupo A; presença de **qualquer fenômeno hemorrágico na pele** (inclusive prova do Laço Positiva); ausência de sinais de alerta; ausência de sinais de choque.

2. Com fatores de risco:

- Prova do laço positiva
- Petéquias
- Fatores de risc

Resultado do hemograma:

- Sem hemoconcentração: retorno em 24 horas para reavaliação clínico- laboratorial e orientação quanto a hidratação e **Sinais de Alerta.**

Verde B

- Com hemoconcentração encaminhamento para a UPA para hidratação.

Assistência de Enfermagem

- Hidratação oral (delegado para Enfermagem)
- Colher hemograma dengue (resultado no mesmo dia, se não houver o resultado no mesmo dia encaminhar para a Unidade de Pronto Atendimento).
- Colher sorologia para dengue no 6º dia do início da febre
- Todos os pacientes (adultos e crianças) devem retornar imediatamente para nova avaliação, em caso de aparecimento de sinais de alerta.
- Preencher ficha SINAN e Ficha de Investigação de Dengue (encaminhar em até 24 horas)
- Utilizar o cartão de orientação ao cliente com suspeita de Dengue
- Orientar os pacientes e familiares sobre as medidas para eliminação dos criadouros de vetor

Encaminhamento para consulta médica.





**GRUPO C (Classificação Amarela-Atendimento em 15 minutos)
Suspeita de Dengue com SINAIS DE ALERTA**

Identificação:

Idem Grupo A; presença ou não de fenômenos hemorrágicos; presença de qualquer dos **Sinais de Alerta**; ausência de sinais de choque.

Sinais de alerta:

- Dor abdominal intensa e contínua;
- Vômitos persistentes;
- Hipotensão postural (variação da P.A. sentado/deitado ou sentado em pé \geq 20mmHg)
- Lipotímia;
- Hepatomegalia dolorosa;
- Sangramento de mucosa ou hemorragias importantes (hematêmese e/ou melena);
- Sonolência e/ou irritabilidade;
- Diminuição da diurese;
- Diminuição repentina da temperatura corpórea ou hipotermia;
- Aumento repentino do hematócrito;
- Queda abrupta de plaquetas;
- Desconforto respiratório.

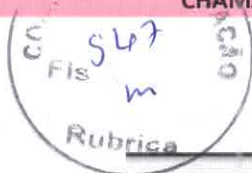
Tratamento Hospitalar:

Atendimento de Enfermagem*:

- Providenciar acesso venoso
- Reidratação venosa conforme prescrição médica
- Controle de sinais vitais 2/2h
- Colher material para exame laboratorial (Obs.: Não colher sangue no membro em que ocorre a hidratação)
- Colher NS1 até o terceiro dia ou sorologia para dengue independente da data de início dos sintomas, exames específicos deverão ser colhidos em pacientes graves independentemente da situação epidemiológica
- Preencher ficha SINAN e Ficha de Investigação de Dengue

Atendimento médico imediato

Handwritten signatures and initials in blue ink.



GRUPO D (Classificação Vermelha-Atendimento Imediato)

Suspeita de Dengue com Sinais Choque

Identificação

Idem do Grupo A; presença ou não de Fenômenos Hemorrágicos; presença ou não de Sinais de Alerta; **PRESENÇA DE QUALQUER DOS SINAIS DE CHOQUE.**

Sinais de Choque:

Hipotensão arterial

P.A. sistólica:

Criança < 80mmHg

Adulto < 90mmHg

Pressão Arterial convergente
(PA diferencial < 20mmHg)

Pulso rápido e fino

Extremidades frias e
cianóticas

Enchimento capilar
lento (> 2 segundos)

Tratamento Hospitalar

Atendimento médico imediato

Atendimento imediato de enfermagem:

- Providenciar acesso venoso
- Coleta de exames (não colher hematócrito no membro superior com acesso venoso (soro)
- Controlar os sinais vitais de 15 em 15 minutos
- Orientar os familiares sobre as medidas para eliminação dos criadouros de vetor
- Comunicar imediatamente a Vigilância Epidemiológica por telefone
- Preencher ficha SINAN e Ficha de Investigação de Dengue
- Colher NSI até o terceiro dia ou sorologia para dengue independente da data de início dos sintomas, exames específicos deverão ser colhidos em pacientes graves independentemente da situação epidemiológica

Assistência de Enfermagem no Choque

Hipovolêmico:

- Detectar precocemente os sinais: hipotensão, hipotermia, taquisfígmia, taquipnéia, sangramentos, êmese severa, abdome plano, polidipsia, cianose de extremidades, tontura, irritabilidade, choro persistente ou sonolência em criança, tempo de enchimento capilar >2 segundos, sudorese, pele fria e pegajosa, oligúria/anúria, confusão mental, alteração na fala, torpor e coma.
- Observar alteração do nível de consciência.

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH003/2022



	<ul style="list-style-type: none">• Manter cabeceira elevada.• Desobstruir vias aéreas superiores.• Administrar oxigênio e instalar oxímetro de pulso.• Manter acesso venoso calibroso (dois acessos de preferência).• Manter hidratação venosa conforme prescrição/ observar cálculo e volume do gotejamento ou realizar hidratação por bomba de infusão.• Verificar os sinais vitais (SSVV) a cada 15 a 30 minutos horas;• Avaliar o pulso e a temperatura de 1/1 hora.• Identificar precocemente a convergência da pressão arterial.• Controlar líquidos administrados / balanço hídrico• Proceder cateterismo gástrico conforme prescrição médica. (cuidado com sangramento)• Medir resíduo gástrico e atentar para o aspecto.• Proceder cateterismo vesical usando técnica asséptica.• Controlar a diurese e densidade urinária.• Verificar hematócrito de 4 a 6 horas• Manter o paciente aquecido• Registrar no prontuário as condutas de enfermagem prestadas.
--	--

Parâmetros de Referência utilizados no Manejo da Dengue:

Alterações hemodinâmicas:

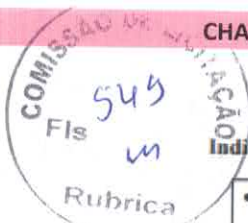
- Hipotensão postural: PA deitado em pé > 20 mmHg
- Diminuição da pressão de pulso: PA Sistólica – PA Diastólica < 20 mmHg
- Hipotensão (adulto): PA Sistólica < 90 mmHg

Crítérios de hemoconcentração.

- Homem: Htc > 50% Mulher: Htc > 42% Criança: > 42%



CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH003/2022



Indicações de internação independentes da classificação

- Recusa na ingestão de alimentos e líquidos
- Impossibilidade de retorno à unidade
- Comprometimento respiratório
- Plaquetas $< 20.000/mm^3$
- Leucócitos totais $< 1.000/mm^3$
- Co-morbidades descompensadas (DM, HAS, asma, uso cumarínicos, outras)
- Outras situações a critério médico

Critérios de alta

- Ausência de febre por 24h sem antitérmico
- Melhora visível do quadro clínico
- Hematócrito normal e estável por 24h
- Plaquetas em elevação e $> 50.000/mm^3$
- Estabilidade hemodinâmica por 48h
- Derrames cavitários em regressão e sem repercussão clínica

Encerramento da Ficha Epidemiológica

O caso suspeito de dengue será encerrado após resultado dos exames laboratoriais (sorologia com coleta oportuna, ou seja após o sexto dia de início dos sintomas, ou outros exames específicos) ou de acordo com outros critérios de confirmação, conforme orientação do Sistema de Vigilância Epidemiológica do município.

Resultado Negativo

Registrar o resultado da sorologia ou de outros exames no prontuário, na ficha de investigação, no "SVE2" e comunicar ao paciente. ☞ Arquivar a ficha de acompanhamento no prontuário e a ficha de investigação epidemiológica conforme rotina da unidade.

Resultado Positivo

Registrar o resultado da sorologia no prontuário, na ficha de acompanhamento, no “SVE2 ” e comunicar ao paciente.

Arquivar a ficha de acompanhamento no prontuário e a ficha de investigação epidemiológica conforme rotina da unidade.

Orientar sobre a importância das medidas de prevenção

Reforçar especial atenção aos sinais de alerta, na presença dos mesmos, procurar imediatamente um Serviço de Saúde.



PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA DEFINIÇÃO

O Protocolo de Cirurgia Segura se constitui em um conjunto de regras estabelecidas em um consenso internacional comandado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) com o objetivo de tornar as intervenções cirúrgicas mais seguras para pacientes.

OBJETIVOS

1. Reduzir a incidência de complicações relacionadas aos procedimentos cirúrgicos;
2. Prevenção de Cirurgia e Procedimentos Invasivos em local de intervenção errado, procedimento errado ou paciente errado.
3. Atender às metas de segurança do paciente:

Uso do antibiótico profilático.



Tricotomia Segura

Controle Glicêmico

Garantir a manutenção da normotermia em pós-operatório imediato

Profilaxia de Tromboembolismo Venoso TEV

Prevenção de Pneumonia Associado à Ventilação Mecânica

INDICAÇÃO

Todos os pacientes a serem submetidos a procedimentos cirúrgicos e procedimentos terapêuticos invasivos.

AGENDAMENTO CIRÚRGICO

Cirurgião / Anestesiata

- A solicitação de reserva de sala deve contemplar nome do procedimento que será realizado, a marcação da lateralidade pela equipe médica no nome do procedimento, sinalização com o preenchimento de presença de alergia e necessidade de isolamento para os pacientes internados.

UNIDADE DE INTERNAÇÃO – PRÉ-OPERATÓRIO.

A equipe médica deverá avaliar o paciente e preencher os seguintes impressos: Anamnese e Exame Físico, Consentimentos Cirúrgicos e Anestésicos, Avaliação Pré-Anestésica, Demarcar Sítio Cirúrgico quando aplicável;

- Avaliação do Risco de Tromboembolismo Venoso e quando necessário solicita a reserva de prevenção mecânica com o uso de Botas Pneumáticas;
- A identificação do local de intervenção é uma atividade de inteira responsabilidade do médico executor do procedimento cirúrgico ou do procedimento terapêutico invasivo;
- Todo paciente submetido a procedimento cirúrgico e procedimento terapêutico invasivo que impliquem em lateralidade, estruturas múltiplas ou níveis múltiplos deverá ter o local de intervenção demarcado pelo cirurgião, médico executor do procedimento ou profissional médico por ele indicado.



- A identificação do local de intervenção deve ser feita na unidade de internação e sinalização recomendada (X) no paciente.
- Outros tipos de marcação são aceitáveis desde que toda a equipe entenda claramente o local de intervenção. As cirurgias que requerem marcação especial (plástica, varizes) devem utilizar marcação específica.
- Nos casos de emergência, onde a marcação não é obrigatória, o médico responsável deverá registrar o local e lateralidade de intervenção em prontuário.
- O paciente não será posicionado na sala de cirurgia sem a marcação, exceto em casos de emergência. Exceções - os casos onde a marcação não é necessária ou recomendada incluem: → Cirurgias e procedimentos em órgãos únicos; → Cirurgias e procedimentos de emergência; → Cirurgias e procedimentos em que o local da intervenção não é previamente definido, incluindo: cateterização cardíaca, inserção de cateter venoso central, inserção de cateter arterial, laparotomia exploradora. → Suturas e cuidados com ferimentos no PA ou centro cirúrgico; → Agulhamento mamário; → Presença de trações cutâneas, aparelho gessado ou imobilizadores em membros a serem operados que serão retirados pelo cirurgião, na sala operatória, após o procedimento de TIME OUT. → Dente e face - indicar nome e local no consentimento informado. Evitar abreviaturas. → Recusa do paciente - registrar em prontuário a recusa e certificar-se que o lado correto consta do consentimento informado e demais documentos necessários para cirurgia.
- No caso de recusa do paciente que não se enquadra nas exceções, documentar em prontuário.

Enfermagem

- O enfermeiro deverá avaliar o paciente, realizar anamnese, exame físico e preencher o impresso de Ficha Pré-operatório;
- A equipe de enfermagem deverá realizar avaliação inicial com verificação e registro dos sinais vitais e controle de glicemia capilar;
- Orientar e retirar órteses, próteses e adornos do paciente;
- Encaminhar com o paciente os exames complementares relevantes para a realização do procedimento cirúrgico;



CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH003/2022

- Verificar o preenchimento correto e completo dos seguintes documentos: Avaliação pré-anestésica, Consentimento cirúrgico, Consentimento anestésico.

NO CENTRO CIRÚRGICO

Enfermagem

- O Enfermeiro recebe o paciente e confere a pulseira de identificação, se todos os impressos estão no prontuário, termos assinados, exames de imagem, confirma com o paciente o procedimento, lateralidade e médico, verifica se o sítio cirúrgico (quando aplicável) está demarcado de forma correta e se não há divergência com os impressos do prontuário;
- Verifica a realização da tricotomia ou a necessidade de realizar a em S.O com o tricotomizador;
- Caso seja encontrada alguma não conformidade o paciente não poderá ser encaminhado à sala de cirurgia, devendo permanecer na recuperação anestésica até que as não conformidades sejam regularizadas;
- Realiza conferência diária dos equipamentos fixos em sala e testa os equipamentos necessários para cada procedimento.

TIME OUT antes do início do procedimento e antes da indução anestésica.

Deve ocorrer na presença do Médico Anestesista e de um Médico membro da equipe cirúrgica (Cirurgião principal e/ou Médico Assistente)

Enfermagem

- Neste momento confere, em voz alta, na presença do médico e do anestesista, os itens de verificação:

Paciente certo: Checagem da identificação do paciente quanto ao nome completo e número do prontuário;

Procedimento certo: checagem no prontuário do procedimento agendado;

Local certo: local da cirurgia demarcado de acordo com o procedimento agendado;

Equipamentos, materiais (incluindo implantes e próteses) e medicamentos certos em sala, conforme estabelecido pela equipe médica;

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH003/2022

Documentação certa: anamnese, exame físico, avaliação pré-anestésica e consentimentos preenchidos; exames complementares relevantes para o procedimento em sala.



Na presença de não conformidade em qualquer item deste processo, a equipe de enfermagem tem autonomia para parar o processo até que ocorra a regularização da não conformidade;

Verifica o funcionamento do termômetro do monitor com a finalidade de controlar a normotermia.

Realiza e anota o controle inicial dos sinais vitais;

Verificação do funcionamento e posicionamento do oxímetro de pulso;

Confirmação de identificação de alergia.

Médico (Anestesiologista / Cirurgião)

O médico anestesiologista realiza o funcionamento do aparelho de anestesia antes do paciente entrar em sala;

Confirma o risco de via área e o risco de aspiração, confirmar o funcionamento do equipamento ventilatório;


Avalia a necessidade do uso de manta térmica;

Avaliar risco de perda sanguínea, e necessidade de acesso venoso apropriado e fluidos de reposição disponíveis;

Verificação e/ ou administração do antibiótico profilático;

TIME OUT antes da incisão cirúrgica

Deve ocorrer na presença do cirurgião principal antes que ocorra a incisão da pele do paciente;



Enfermagem

135

• Revisa e confirma a esterilização dos instrumentais através do integrador antes da montagem da mesa;

• Conduz o TIME OUT em voz alta checando juntamente com o Cirurgião principal todos os itens relativos antes de incisionar a pele; (Confirmação sobre o paciente, Sítio cirúrgico do Lado Correto e procedimento a ser realizado);

• Na presença de não conformidade em qualquer item deste processo, a equipe de enfermagem tem autonomia para parar o processo até que ocorra a regularização da não conformidade;

• Confirma se houve administração do antibiótico profilático;

• Confirma se todos os exames de imagem do paciente estão visíveis na sala cirúrgica (quando aplicável)

Médico (Anestesiologista / Cirurgião)

• Confirmação do paciente certo, lateralidade e procedimento;

• Revisa os passos críticos e inesperados, duração da cirurgia e perda sanguínea prevista.

TIME OUT antes do paciente sair de sala

Enfermagem

• Ao término do procedimento, a equipe de enfermagem deverá realizar confirmação do procedimento realizado, conferência de compressas, gazes, agulhas, identificação de peças anatômicas, revisão de equipamentos, documentação do prontuário correto, uso de materiais de acordo com a autorização;

• Confirmar o uso do Antibiótico profilático e sua anotação pelo anestesiologista na Ficha de Anestesia;

• Confirmar com a equipe médica o encaminhado para a recuperação anestésica e/ou unidade de internação cirúrgica e unidade de terapia intensiva;

• Após a conformidade de todos os itens a equipe de enfermagem deverá conduzir o paciente ao seu destino. Médico (Anestesiologista / Cirurgião)

- Orienta os principais cuidados referente ao procedimento e recuperação do paciente;

- Realiza a descrição cirúrgica. ▫ RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA

Enfermagem

- Realiza e anota o controle da normotermia e necessidade do uso da manta térmica;
- Realiza o controle dos sinais vitais e comunica alterações;
- Aplicação da escala de Dor e Aldret;
- O Enfermeiro realiza o plano de cuidados individualizado, pertinente a cada cirurgia;
- Realiza passagem de plantão para o enfermeiro da unidade de origem após alta do anestesista, comunicando se houve alterações e/ou intercorrências no transoperatório.

Referências Bibliográficas

1. Organização Mundial da Saúde: Safe Surgery Saves Lives. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/index.html>. Acessado em 09 janeiro de 2011.
2. National Institute for Health and Clinical Excellence (NHS): Surgical Site Infection prevention and treatment, 2008. Disponível em: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11743/42378/42378.pdf>. Acessado em 09 janeiro de 2011.
3. Lindenauer, P. National Surgical Infection Prevention. Disponível em http://nj.gov/health/healthfacilities/presentations/prevention_lindenauer.pdf. Acessado em 09 janeiro de 2011



COMISSÃO DE LICITAÇÃO
Fls 557
M
Rubrica



CHAMAMENTO PÚBLICO: SS - CH003/2022



PROTOKOLO 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

Handwritten signatures and initials

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 > 20minutos

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



COMISSÃO DE LICITAÇÃO
FIS SSG
M
R

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: dissecção 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:

[Handwritten signatures and initials]

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH003/2022

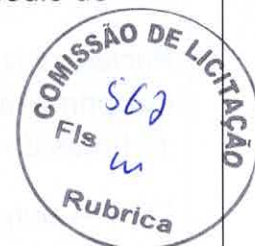


Dor em repouso prolongada (> 20 minutos) e contínua	Angina em repouso ausente no momento da avaliação, mas sem baixa probabilidade de DAC	Angina aumentada em frequência, gravidade ou duração
Edema pulmonar	Angina de repouso (> 20 minutos ou melhorada com repouso ou nitroglicerina)	Angina desencadeada 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 – CH003/2022

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 seriar ECG a cada 15-30min e obter outras derivações (V3R, V4R).

A presença de infra-ST (≥ 0.5 mm) ou inversão da onda T (≥ 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 e **143**

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)

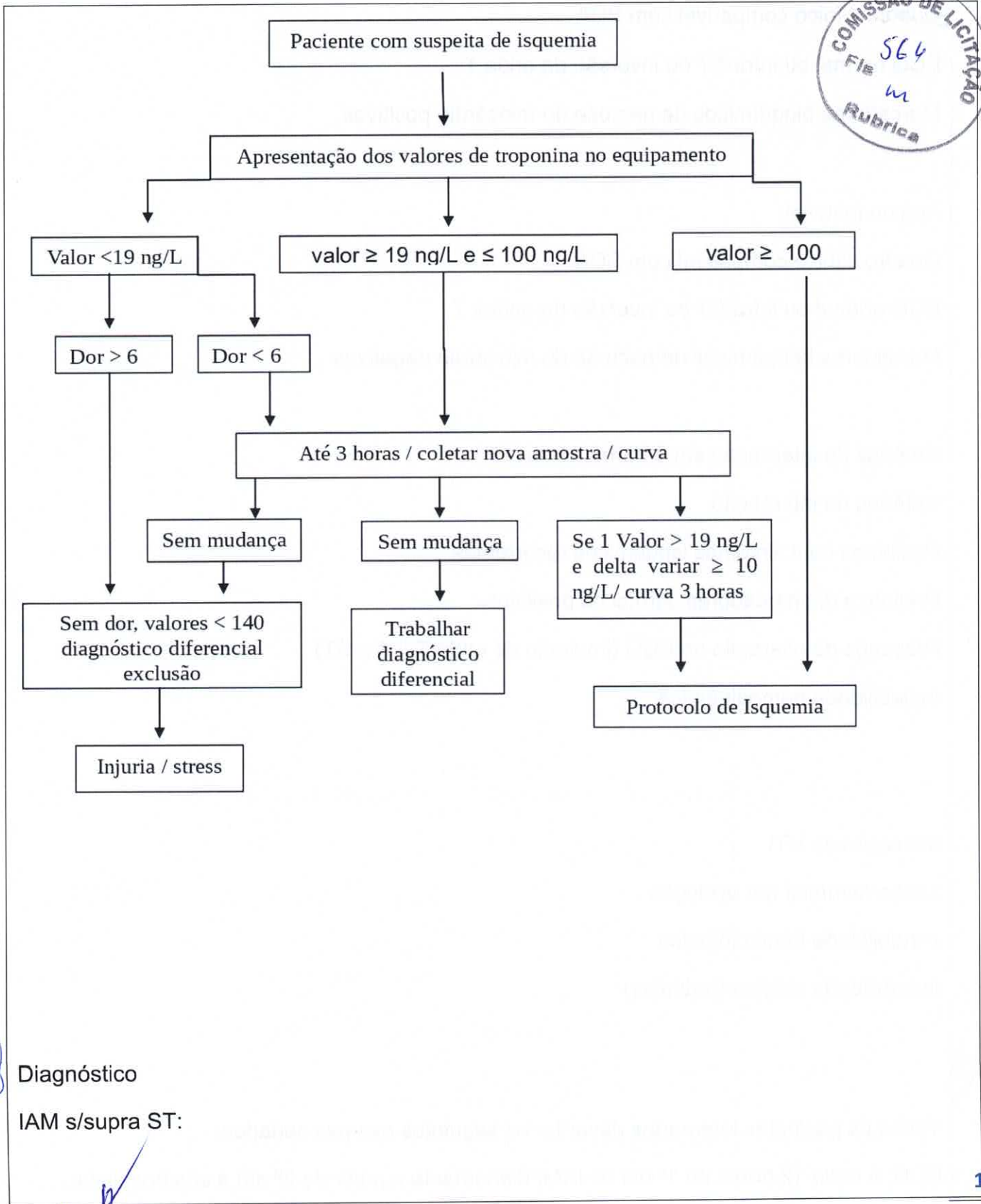
CPK-MB → aumenta em 3-12 horas após o início do IAM, pico em 10-24 horas (2-10 vezes o valor normal) e normaliza em 3-4 dias. A CKMB é menos sensível e específica do que a troponina para o diagnóstico, no entanto, é útil nos casos de reinfarto.

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 ≥ 100 ng/L inclusão para IAM; se valor ≥ 19 ng/L e ≤ 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





Diagnóstico
IAM s/supra ST:

COMISSA
FJ-565
M
Rubrica

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 dever ter os seguintes exames seriados:

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

14



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



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.



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.

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH003/2022



PROTOCOLOS DO SERVIÇO SOCIAL

 INSTITUTO Rosa Branca	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP 001		ASSISTENTE SOCIAL
	Data Emissão 01/01/2022	Data Última Revisão 01/01/2023	Revisão nº 00

TÍTULO: APOIO AO PACIENTE DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

ABRANGÊNCIA: ASSISTENTE SOCIAL

OBJETIVO

HUMANIZAR O PRONTO ATENDIMENTO, CONSIDERANDO OS DIREITOS E DEVERES DOS PACIENTES, CONTRIBUINDO PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA PRESTADA À POPULAÇÃO.

COMPETÊNCIA

ASSISTENTE SOCIAL

MATERIAL


MATERIAL DE EXPEDIENTE;
FORMULÁRIOS ESPECÍFICOS;
SISTEMA PACIENTE;
TELEFONE.

PROCEDIMENTO

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	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP 002		ASSISTENTE SOCIAL
	Data Emissão 01/01/2022	Data Última Revisão 01/01/2023	Revisão nº 00

TÍTULO: Atendimento do Assistente Social nas Unidades de Internação

ABRANGÊNCIA: Equipe do Serviço Social

OBJETIVO

Orientar conduta profissional nas unidades de internação onde o assistente social atua.

COMPETÊNCIA

ASSISTENTE SOCIAL

MATERIAL

Não se aplica

PROCEDIMENTO

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	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP 003		ASSISTENTE SOCIAL
	Data Emissão 01/01/2022	Data Última Revisão 01/01/2023	Revisão nº 00
TÍTULO: Fornecimento de refeição para acompanhante de usuário internado			
ABRANGÊNCIA: Equipe do Serviço Social			
OBJETIVO			
Orientar sobre a autorização para refeição do acompanhante, com intuito de promover condições de permanência.			
COMPETÊNCIA			
ASSISTENTE SOCIAL			
MATERIAL			
Não se aplica			
PROCEDIMENTO			
<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"> 1. Acompanhante apresenta cartão de acompanhante fornecido pela enfermagem; 2. Profissional libera as refeições através do Sistema de Administração Hospitalar (SAH); 3. Entrega de formulário impresso ao acompanhante, para o mesmo apresentar no refeitório; 4. Entrega do cartão azul, pelo atendente (auxiliar de nutrição) no refeitório, ao acompanhante, que deverá apresentar em todas as refeições. <p>OBSERVAÇÃO:</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>			



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	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP 004		ASSISTENTE SOCIAL
	Data Emissão 01/01/2022	Data Última Revisão 01/01/2023	Revisão nº 00

TÍTULO: AUTORIZAÇÃO DE VISITA EXTRA

ABRANGÊNCIA: ASSISTENTE SOCIAL

OBJETIVO

Acesso ao paciente de acordo com a situação e a necessidade caracterizada, humanizando o processo de internação.

COMPETÊNCIA

Serviço Social


MATERIAL

Relação diária de pacientes internados;
Livro de ocorrências;
Formulário de comunicação

PROCEDIMENTO

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.



 INSTITUTO Rosa Branca	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP 005		ASSISTENTE SOCIAL
	Data Emissão 01/01/2022	Data Última Revisão 01/01/2023	Revisão nº 576 00
TÍTULO: ORIENTAÇÃO A FAMILIARES DE PACIENTES QUE FORAM A ÓBITO			
ABRANGÊNCIA: ASSISTENTE SOCIAL			
OBJETIVO			
Familiares orientados e com suporte psicossocial para providências relativas ao óbito			
COMPETÊNCIA			
Serviço Social			
MATERIAL			
Comunicado do óbito por escrito Telefone; Relatório de Acompanhamento Social; Documento de identidade do paciente; Livro de Ocorrências; Formulário de concessão de auxílio-funeral			
PROCEDIMENTO			
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;			

COMISSÃO DE FISCALIZAÇÃO
577
Fis
M
Rubrica



PREFEITURA DE
SENADOR POMPEU



CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH003/2022

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



1.3. ACOLHIMENTO E PARAMETROS VITAIS

1.3.1. Implantação do Serviço de Acolhimento com Classificação de Risco

Inicialmente será realizado treinamento para os funcionários da recepção que receberão protocolo específico com orientações para o encaminhamento prioritário das urgências.

Identificando no usuário alguma das queixas especificadas no protocolo, a recepção encaminhará imediatamente para o Setor de Enfermagem, a quem caberá avaliar a real situação de risco.

Os funcionários da recepção receberão também treinamento para prestação de esclarecimentos aos usuários sobre questões de atendimento, pois será dada prioridade aos casos de emergência e urgência, segundo as normas do Sistema Único de Saúde.

Após confecção da Ficha de Atendimento, os pacientes serão imediatamente encaminhados para classificação de risco.

Serão afixados no **MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL**, banners com as informações sobre a avaliação de risco com objetivo de orientar e esclarecer os usuários.

A avaliação de risco segue as seguintes orientações:

Objetivo:

Identificar e atender os pacientes que necessitam de socorro imediato, de acordo com o potencial de risco, comprometimentos à saúde ou grau de sofrimento, reorganizando o fluxo.

IMPORTÂNCIA:



- Melhorar o acesso dos usuários mudando a forma tradicional de atendimento por ordem de chegada.
- Promover a integração da equipe e dos profissionais envolvidos no pronto atendimento, respeitando o seu grau de experiência e as tecnologias disponíveis.
- Proporcionar a humanização das relações entre profissionais de saúde e usuários.
- Estimular os pacientes de baixo risco para o agendamento de consultas, orientando-os sobre a finalidade da Unidade de Pronto Atendimento.

RESULTADOS ESPERADOS:

Com a implementação do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco na Rede Municipal de Atendimento de Urgência e Emergência espera-se que:

- ✓ Seja possível reduzir o tempo de espera e otimizar recursos para o atendimento, fazendo com que o paciente seja avaliado e direcionado de acordo com a sua gravidade;
- ✓ Reordenar o fluxo interno com a determinação da área de atendimento, de acordo com a gravidade;
- ✓ Acolher pacientes e familiares nas demandas de informações do processo de atendimento, tempo e motivo de espera;
- ✓ Possibilitar respostas para os problemas por meio do atendimento qualificado;
- ✓ Sistematizar o processo de trabalho em equipe.

