



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA
COMISSÃO ESPECIAL PARA ELABORAÇÃO DOS INSTRUMENTOS PREPARATÓRIOS E
NECESSÁRIOS À SELEÇÃO E CONTRATAÇÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

RECUSA DE TRATAMENTO OU SERVIÇO

Eu, _____ (NOME COMPLETO) _____, RG / Mat.
_____, pertencente ao efetivo da Unidade _____ (NOME DA
UNIDADE) _____,

RECUSO os serviços abaixo assinalados, oferecidos pela Diretoria de Saúde.

- ☐ Atendimento Médico;
☐ Encaminhamento à Unidade Hospitalar;
☐ Tomar Medicamento;
☐ Realizar exames;
☐ Outros (Especificar): _____

Declaro ainda que:

- Não desejo receber estes Serviços ou Tratamento na Instituição.
- Assumo a responsabilidade pelas consequências resultantes da recusa desses serviços.
- Estou ciente que poderei solicitar esses atendimentos no futuro.

Data: ____ / ____ / 20 ____

Assinatura do interno

Testemunha 01

(Número RG)

Testemunha 02

(Número RG)



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA
COMISSÃO ESPECIAL PARA ELABORAÇÃO DOS INSTRUMENTOS PREPARATÓRIOS E
NECESSÁRIOS À SELEÇÃO E CONTRATAÇÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

ACOMPANHAMENTO DE TUBERCULOSE

UNIDADE PRISIONAL: _____ MÊS: _____ ANO: _____

NOME DO PACIENTE E NOME DA MAE	Nº do SINAN	Data de Nascimento	Forma Clínica	Esquema	Data de Início de tratamento/local	Situação Atual	Data da Saída da UP	Local de Transferência

OBS: _____

ASSINATURA: _____

000367



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA
COMISSÃO ESPECIAL PARA ELABORAÇÃO DOS INSTRUMENTOS PREPARATÓRIOS E
NECESSÁRIOS À SELEÇÃO E CONTRATAÇÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

Orientações para o preenchimento do formulário de Acompanhamento de Tuberculose

Nome – nome completo.

Nome da mãe – completo

Número do SINAN

Data de nascimento- dia, mês e ano.

Forma clínica – pulmonar positiva (P +), pulmonar sem confirmação e extra – pulmonar (EP).

Esquema: EB e EM.

Data de Início de tratamento: dia, mês e ano, especificar a Unidade Prisional – UP.

Situação Atual: permanece na UP, alvará, óbito, internação ou transferência

Data de saída: dia, mês e ano.

Local de transferência: especificar UP de origem.

Observações: registrar as intercorrências ou outras informações que achar relevantes.

Assinatura – Assinatura do servidor responsável pelas informações registradas.

000368



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA
COMISSÃO ESPECIAL PARA ELABORAÇÃO DOS INSTRUMENTOS PREPARATÓRIOS E
NECESSÁRIOS À SELEÇÃO E CONTRATAÇÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde

PROGRAMA DE CONTROLE DE TUBERCULOSE
Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde

Unidade de saúde: _____ UF: _____

Nº seqüencial	Data da análise do sintomático respiratório	Nome	Idade	Sexo	Endereço	Resultado do exame de escarro para diagnóstico				Observações
						Data do resultado	1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	
	/ /					/ /		/ /		
	/ /					/ /		/ /		
	/ /					/ /		/ /		
	/ /					/ /		/ /		
	/ /					/ /		/ /		
	/ /					/ /		/ /		
	/ /					/ /		/ /		
	/ /					/ /		/ /		
	/ /					/ /		/ /		
	/ /					/ /		/ /		
	/ /					/ /		/ /		
	/ /					/ /		/ /		
	/ /					/ /		/ /		

000369



Unidade de Saúde _____ UF _____ Mês _____ Ano _____

000370



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA
COMISSÃO ESPECIAL PARA ELABORAÇÃO DOS INSTRUMENTOS PREPARATÓRIOS E
NECESSÁRIOS À SELEÇÃO E CONTRATAÇÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA ESTADUAL DE JUSTIÇA
DIRETORIA DE SAÚDE DO SISTEMA PENAL

UNIDADE PENITENCIÁRIA:		MÊS/ANO:			
CONSOLIDADO ODONTOLOGIA					
Consultas Internas	Triagem				
	Acompanhamento / Tratamento				
Consultas Externas	Prótese Dentária				
	Endodontia				
	CBMF				
	Outras				
Total Geral de Atendimento					
Procedimentos Realizados		Realização de Exames Complementares	Raio-x periapical		
			Raio-x interproximal		
			Raio-x oclusal		
			Exame histopatológico		
			Outros		
		Total Geral de Exames Complementares			
		Educação em Saúde		Nº de ações desenvolvidas	
				Nº de participantes	
				Tema(s) do(s) Encontro(s) / Nº de Participantes	
		1.			
		2.			
		3.			
		Projetos		Nº de encontros	
				Nº de participantes	
Nome do(s) Projeto(s) / Nº de Participantes Cadastrados					
1.					
2.					
3.					
Lesão Bucal (Hipótese Diagnóstica)		Abscesso dentoalveolar agudo			
		Abscesso dentoalveolar crônico			
		Úlcera aftosa recorrente			
		Herpes labial recorrente			
		Hiperplasia fibrosa inflamatória			
		Candidose			
Câncer de Boca		Hipótese(s) diagnóstica(s)			
		Caso(s) confirmado(s)			
Outras Lesões Bucais					
Encaminhamentos		Atendimento especializado			
		Urgência / emergência			
Total Geral de Encaminhamentos					
Gestantes		Cadastradas			
		Orientação educativa			
Crianças		Cadastradas			
		Orientação educativa (mãe / bebê)			

Assinatura e carimbo: _____



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA
COMISSÃO ESPECIAL PARA ELABORAÇÃO DOS INSTRUMENTOS PREPARATÓRIOS E
NECESSÁRIOS À SELEÇÃO E CONTRATAÇÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

Consultas Internas - número total de consultas odontológicas realizadas dentro da unidade penitenciária;

Consultas Externas - número total de consultas odontológicas realizadas fora da unidade penitenciária;

Procedimentos Realizados - somar o número de procedimentos realizados de acordo com a especificação listada;

Encaminhamentos - número de encaminhamentos realizados para atendimento especializado, para internação hospitalar e serviços de urgência e emergência;

Gestantes - Cadastradas: número de gestantes cadastradas no serviço de odontologia; Orientação educativa: número de gestantes que receberam orientação em saúde bucal individualmente, em consulta, ou coletivamente, em ação de saúde;

Realização de Exames Complementares - quantidade de exames complementares realizados de acordo com a Especificação listada;

Educação em Saúde - Número de ações desenvolvidas: número de ações de saúde bucal desenvolvidas durante o mês em questão; Número de participantes: número de questão; Tema(s) do(s) Encontro(s) / Nº de Participantes: descrição dos temas abordados nas ações de saúde bucal e respectivo número de participantes.

Projetos - Número de encontros: número de encontros relacionados a projetos de saúde bucal no mês em questão;

Número de participantes: número de pacientes que participaram de encontros relacionados a projetos de saúde bucal no mês em questão;

Nome do(s) Projeto(s) / Nº de Participantes Cadastrados: descrição dos projetos de saúde bucal em execução e respectivo número de participantes.

Lesão Bucal (Hipótese Diagnóstica) - número de pacientes atendidos no mês em questão de acordo com as lesões especificadas. Se um paciente apresentar mais de uma lesão, ele será contado tantas vezes quantas lesões houver.

Câncer de Boca - Hipótese(s) diagnóstica(s): número de pacientes com suspeita de câncer de boca. Caso(s) confirmado(s): número de pacientes com diagnóstico confirmado de câncer de boca;

Outras Lesões Bucais - relação de lesões bucais não especificadas na lista acima e respectivo número de pacientes atendidos no mês em questão;

Crianças - Cadastradas: número de crianças cadastradas no serviço de odontologia; Orientação educativa (mãe / bebê): número de mães que receberam orientação quanto à higiene bucal de seus bebês.



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA
COMISSÃO ESPECIAL PARA ELABORAÇÃO DOS INSTRUMENTOS PREPARATÓRIOS E
NECESSÁRIOS À SELEÇÃO E CONTRATAÇÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

UNIDADE PENITENCIÁRIA:			MÊS/ANO:			
CONSOLIDADO DAS ATIVIDADES E PROCEDIMENTOS						
Consultas internas	Assistente social		Realização de exames complementares	Exames laboratoriais		
	Dentista			Radiodiagnóstico		
	Enfermeiro			Citopatológico		
	Fisioterapeuta			Ultra-sonografia		
	Médico Clínico Geral			Baciloscopia		
	Médico Psiquiatra			Outros		
	Psicólogo					
	Terapeuta Ocupacional					
	Total de Consultas Internas					
Consultas externas	Atendimento especializado		Tipos de Procedimentos	Curativos		
	Urgência / Emergência			Administração de medicamentos		
	Total de Consultas Externas			Aferição de sinais vitais		
		Glicemia capilar				
		Outros				
		Total				
Tipo de atendimentos: médico, enfermeiro ou Técnico de Enfermagem	Puericultura		Educação em Saúde	Nº de ações desenvolvidas		
	Pré-natal			Nº de total de participantes		
	Preventivo		Hipertensos	Diagnosticados		
	Diabetes			Acompanhados		
	Hipertensão			Diabetes	Diagnosticados	
	Hanseníase				Acompanhados	
	Tuberculose			Tuberculose	Diagnosticados	
	HIV / AIDS				Acompanhados	
	DST's			Hanseníase	Diagnosticados	
	Hepatite B				Acompanhados	
	Hepatite C			HIV/AIDS	Diagnosticados	
	Distúrbios dermatológicos				Acompanhados	
	Distúrbios respiratórios		Hepatite B/C	Diagnosticados		
	Distúrbios gastro-intestinais			Acompanhados		
	Distúrbios renais		Uso de Psicotrópicos	Diagnosticados		
	Distúrbios psic./psiquiátrico			Acompanhados		
	Epilepsia		Gestantes	Cadastradas	00	
	Traumas e fraturas			N.º de consultas realizadas	00	
	Cefaléia			Gestação de alto risco	00	
	Odontalgia			Exames em dia	00	
Triagem		Pré-natal iniciado no 1º trimestre		00		
Avaliação de exames		Crianças	Cadastradas	00		
Outros			N.º de consultas realizadas	00		
			Aleitamento materno exclusivo	00		
			Vacina em dia	00		
Internações e óbitos	Hospitalizações		Desnutridas	00		
	Óbitos					
Visitas hospitalares / domiciliares						
Imunização	N.º de pessoas vacinadas					
	N.º de doses realizadas					



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA
COMISSÃO ESPECIAL PARA ELABORAÇÃO DOS INSTRUMENTOS PREPARATÓRIOS E
NECESSÁRIOS À SELEÇÃO E CONTRATAÇÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO:

Consultas externas – número total de consultas realizadas fora da unidade penitenciária;

Consultas internas – número total de consultas realizadas por cada profissional da equipe dentro da unidade penitenciária;

Tipo de atendimento de médico ou de enfermagem – somar o número dos atendimentos médicos e de enfermagem para cada tipo de especialidade listada;

Encaminhamentos – número de encaminhamentos realizados para atendimento especializado (especialidade médica), para internação hospitalar e serviços de urgência e emergência (pronto atendimento);

Gestantes Cadastradas – número de gestantes cadastradas;

Número de consultas realizadas – número de consultas realizadas durante o mês;

Gestação de Alto Risco – número de gestantes que são classificadas por um profissional médico ou enfermeiro como gestantes de alto risco;

Exames em dia – número de gestantes que estão com os exames preconizados durante a gravidez em dia, de acordo com cada trimestre gestacional;

Com pré-natal iniciado no 1º trimestre – número de gestantes cadastradas que iniciaram o pré-natal até o terceiro mês de gestação;

Realização de exames complementares – quantidade de exames complementares realizados de acordo com a especificidade listadas;

Quantitativo de Procedimentos – quantitativo de procedimentos divididos por profissionais;

Tipos de Procedimentos – quantitativo de procedimentos divididos pelas categorias listadas;

Educação em Saúde – Número de ações desenvolvidas: número de ações de saúde desenvolvidas pela equipe durante o mês em questão;

Número de participantes – número de pacientes que participaram das ações de saúde desenvolvidas pela equipe durante o mês em questão;

Hipertensos – Cadastrados: número de hipertensos existentes na Unidade Prisional;

Acompanhados: número de hipertensos que receberam pelo menos uma consulta do profissional de saúde no mês referente.

Diabéticos – Cadastrados: número de diabéticos existentes na Unidade Prisional;

Acompanhados: número de diabéticos que receberam pelo menos uma consulta do profissional de saúde no mês referente.

Tuberculose – Cadastrados: número de portadores de tuberculose existentes na Unidade Prisional;

Acompanhados: número de portados de tuberculose que receberam pelo menos uma consulta do profissional de saúde no mês referente.

Hanseníase – Cadastrados: número de portadores de hanseníase existentes na Unidade Prisional;

Acompanhados: número de portados de hanseníase que receberam pelo menos uma consulta do profissional de saúde no mês referente.

HIV/AIDS – Cadastrados: número de portadores de HIV existentes na Unidade Prisional;

Acompanhados: número de portadores de HIV que receberam pelo menos uma consulta do profissional de saúde no mês referente.

Uso de psicotrópicos – Cadastrados: número de pacientes que fazem uso de medicamentos psicotrópicos existentes na Unidade Prisional;

Acompanhados: número de pacientes que fazem uso de medicamentos psicotrópicos que receberam pelo menos uma consulta do profissional de saúde no mês referente.

Imunização – Número de pessoas vacinadas: número de pacientes vacinados durante o mês em questão;

Número de doses realizadas – somar todas as doses vacinais realizadas no mês em questão;

Crianças – Cadastradas: número de crianças existentes na Unidade Prisional;

Número de consultas realizadas: número de consultas realizadas com as crianças durante o mês;

Aleitamento materno exclusivo: número de crianças que mantêm o aleitamento materno exclusivo;

Vacina em dia: número de crianças que apresentam calendário vacinal em dia;

Desnutridas: número de crianças que apresentam desnutrição.

Assinatura e carimbo – assinatura e carimbo do profissional de saúde que preencheu o formulário.



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA
COMISSÃO ESPECIAL PARA ELABORAÇÃO DOS INSTRUMENTOS PREPARATÓRIOS E
NECESSÁRIOS À SELEÇÃO E CONTRATAÇÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

	GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO	
	SECRETARIA ESTADUAL DE JUSTIÇA	
	GERENCIA DE SAÚDE DO SISTEMA PENAL	
CONSOLIDADO DAS ATIVIDADES E PROCEDIMENTOS DA PSICOLOGIA NA SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE		
UNIDADE PENITENCIÁRIA:		MÊS/ANO:
DADOS QUANTITATIVOS		
Nº de Procedimentos	Atendimento Individual	
	Atendimento em Grupo	
	Atendimento Familiar	
	Triagem	
	Visita Assistida	
Total Geral de Procedimentos Internos		
Nº de atendimentos externos	Acomp. em Consultas Externas	
	Visita Domiciliar	
	Visita Hospitalar	
Total Geral de Atendimentos Externos		
Nº de demandas judiciais para saúde mental		
DADOS QUALITATIVOS		
Nº de internos com a demanda citada Levantamento de HD em saúde mental		Ações de Saúde com a participação de psicologia
Angústia		Nº participantes
Assintomático		Tema
Ansiedade		
Insônia		
Irritabilidade		
Psicossomático		
Questões familiares/Social		
Simulação		
Suspeita de Transtorno Mental sem CID		
Humor Deprimido		
Outros		
Nº de atendimentos do Grupo de Risco dos Programas do Ministério da Saúde		Diabetes
		DST/AIDS
		Hanseníase
		Hepatites
		Hipertensão Arterial
		Tuberculose
Detalhamento dos Projetos - Programa de Saúde Mental		
Nome do Projeto	Nº Total de Encontros mensal	Total de Participantes
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
Assinatura e Carimbo: _____ Data da entrega: ____/____/____		



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA
COMISSÃO ESPECIAL PARA ELABORAÇÃO DOS INSTRUMENTOS PREPARATÓRIOS E
NECESSÁRIOS À SELEÇÃO E CONTRATAÇÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

ORIENTAÇÃO PARA PREENCHIMENTO DO CONSOLIDADO MENSAL DA PSICOLOGIA

Esse documento divide-se em dados quantitativos e qualitativos

DADOS QUANTITATIVOS

Nº de Procedimentos – O profissional vai identificar o número de atendimentos realizados dentro das categorias: acompanhamento, atendimento em grupo, atendimento familiar, demanda espontânea, triagem e visita assistida.

Atendimento Individual – refere-se ao número de indivíduos atendidos individualmente, independente se é demanda espontânea ou acompanhamento.

Atendimento em Grupo - refere-se aos indivíduos que recebem atendimento psicológico através de um grupo que acontece com certa frequência. Projetos em grupo são diferentes de Ações, sendo essa última, uma atividade ocasional de apenas 1 encontro. Nesse campo deverá ser lançado o total de número de participantes dos encontros no mês.

Atendimento familiar – refere-se a quantidade de familiares, advogados ou outros representantes que o profissional atendeu naquele mês.

Triagem refere-se à 1ª consulta do interno com o aquele profissional de psicologia.

Visita Assistida - refere-se ao acompanhamento de uma visita da família ao paciente, nos casos que envolvam a saúde.

Nº de atendimentos externos – O profissional vai identificar o número de atendimentos realizados dentro das categorias: acompanhamento de consultas externas, visita domiciliar e visita hospitalar.

Acompanhamento de consultas externas refere-se ao acompanhamento do profissional de psicologia à uma consulta, principalmente, psiquiátrica ou neurológica.

Visita domiciliar refere-se à visita que o profissional faz aos pacientes que estão condenados com esse benefício.

Visita hospitalar refere-se à visita que o profissional faz aos pacientes que estão internados em hospital, quando for é necessário.

Usuários de Psicotrópicos: Nº de cadastrados – refere-se ao quantitativo de pacientes que foram registrados para receber acompanhamento periódico. Nº de atendidos refere-se a quantos desses registrados que foram atendidos.

Risco de Suicídio: Nº de cadastrados – refere-se ao quantitativo de pacientes que foram registrados por apresentarem demanda específica de suicídio. Nº de atendidos refere-se a quantos desses registrados que foram atendidos.

Drogadição: Nº de cadastrados – refere-se ao quantitativo de pacientes que foram registrados por apresentarem necessidade ou demanda de tratamento em dependência química. Nº de atendidos refere-se a quantos desses registrados que foram atendidos.

Agravos Emocionais: Nº de cadastrados – refere-se ao quantitativo de pacientes que foram registrados por apresentarem expressamente ou não questões psicológicas como resultado do aprisionamento. Nº de atendidos refere-se a quantos desses registrados que foram atendidos.

Transtornos Mentais: Nº de cadastrados – refere-se ao quantitativo de pacientes que foram registrados por possuir diagnóstico psiquiátrico (com CID). Nº de atendidos refere-se a quantos desses registrados que foram atendidos.

Nº de encaminhamentos: Interno - refere-se ao número de encaminhamentos feitos aos profissionais da própria equipe de saúde e/ou aos outros setores da unidade prisional. **Externo** – refere-se ao número de encaminhamentos feitos à rede de atenção psicossocial do município ou Estado, como por exemplo CAPS.

DADOS QUALITATIVOS

Nº de internos com a demanda citada: Angústia, Assintomático, Humor deprimido, Insônia, Irritabilidade, Psicossomático, Questões familiares/social, Simulação, Suspeita de transtorno mental sem CID, Demandas Judiciais para a saúde mental.

Angústia: Refere-se ao próprio sintoma expresso ou latente.

Assintomático: Refere-se aquele paciente que não apresentou queixas no atendimento

Humor deprimido: Refere-se ao próprio sintoma de tristeza constante ou não.

Insônia: Refere-se à dificuldade de dormir expressa pelo paciente ou a identificação de características clínicas.



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA
COMISSÃO ESPECIAL PARA ELABORAÇÃO DOS INSTRUMENTOS PREPARATÓRIOS E
NECESSÁRIOS À SELEÇÃO E CONTRATAÇÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

Irritabilidade: Refere-se a observação desse sintoma expresso ou latente.

Psicossomático: Refere-se aquele paciente que, após a avaliação da equipe, apresenta sintomas psicológicos que se apresentam em forma de sintomas físicos.

Questões familiares e sociais: Refere-se àquele paciente que apresenta como demanda principal questões de ordem familiar.

Simulação: Refere-se àquele paciente que simula sintomas psicológicos ou físicos com intenção de receber ganho secundário.

Suspeita de transtorno mental sem CID: Refere-se àquele paciente que, através da avaliação do psicólogo, sugere transtornos mentais, mas ainda não foi atendido pelo psiquiatra.

Demandas Judiciais para a saúde mental: Refere-se à quantidade de demandas que a equipe de saúde recebeu para esclarecer ao juiz sobre a saúde mental de um interno.

Ações de saúde com a participação da psicologia – Refere-se a participação do profissional de psicologia nas ações dos programas do Ministério da Saúde, incluindo as de saúde mental. Nº de participantes: Número total de participantes em cada atividade. Tema: Nome do tema da ação.

Nº de atendimentos do Grupo de Risco dos Programas do Ministério da Saúde: Refere-se ao quantitativo de atendimento dos pacientes do grupo de risco, quais sejam: Diabetes, DST/AIDS, Hanseníase, Hepatites, Hipertensão Arterial e Tuberculose.

Detalhamento dos Projetos - Programa de Saúde Mental: Refere-se as informações dos projetos em grupo realizados naquele mês. As informações são: Nome do Projeto, Nº Total de Encontros mensal e Total de Participantes.



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA
COMISSÃO ESPECIAL PARA ELABORAÇÃO DOS INSTRUMENTOS PREPARATÓRIOS E
NECESSÁRIOS À SELEÇÃO E CONTRATAÇÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

UNIDADE PENITENCIÁRIA:													ANO:																		
ACOMPANHAMENTO DAS GESTANTES																															
Identificação	DUM	DPP	Data da vacina		Estado Nutricional: D - Desnutrida N - Nutrido									Data da consulta Pré-natal Mês de gestação						Fatores de risco	Resultado da gestação			Data da consulta de puerpério							
			1	2	3	R	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9		NV	NM	AB	1°	2°	
Nome:																									6 ou + gestações						
																									Natimorto / Aborto						
																									36 anos ou mais						
																									Menos de 20 anos						
																									Sangramento						
																									Edema						
																									Diabetes						
OBS:																															



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA
COMISSÃO ESPECIAL PARA ELABORAÇÃO DOS INSTRUMENTOS PREPARATÓRIOS E
NECESSÁRIOS À SELEÇÃO E CONTRATAÇÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

ACOMPANHAMENTO DAS GESTANTES

Orientações para o preenchimento

Nome – nome completo.

Data da última regra: data (dia, mês e ano) correspondente ao primeiro dia do último período menstrual.

Data provável do parto: o cálculo da data provável do parto. Pode ser utilizada a regra de Nägele que consiste em adicionar à data da última menstruação, 7 dias e mais 9 meses.

Data da vacina: Os espaços 1, 2 e 3 servem para anotar a data em que a gestante tomou a 1ª, 2ª e 3ª doses da Toxóide Tetânico (TT). Se a gestante não tomou a vacina, o espaço deve ter deixado em branco. Anotar no campo R a data em que o reforço foi dado.

Estado nutricional: os campos de 1 a 9 correspondem aos meses de gestação. Em cada consulta, no campo correspondente ao mês da gestação, anotar as letras **D** desnutrida e **N** nutrida.

Data da consulta de pré-natal – os campos de 1 a 9 correspondem aos meses de gestação. Anotar a data em que a gestante realizou a consulta de pré-natal no respectivo mês.

Fatores de risco – quando a gestante apresenta um dos fatores de riscos selecionados, marcar um **X** ao lado da informação correspondente.

Resultado da gestação atual – anotar a data do desfecho da gestação em um dos espaços previstos: nascido vivo (NV), natimorto (NM) e aborto (AB).

Data da consulta de puerpério: os espaços 1 e 2 servem para anotar a data das consultas médicas e de enfermagem no período de pós-parto.



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA
COMISSÃO ESPECIAL PARA ELABORAÇÃO DOS INSTRUMENTOS PREPARATÓRIOS E
NECESSÁRIOS À SELEÇÃO E CONTRATAÇÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

UNIDADE PENITENCIÁRIA:										ANO:									
ACOMPANHAMENTO DE HANSENÍASE																			
Baciloscopia	Forma Clínica	Tratamento	Comunicantes		Início	Duração do tratamento	Data da alta												
			Examinados	Receberam BCG															
Nome:	Sexo	Idade	Informações	Meses															
				Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Observação			



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA
COMISSÃO ESPECIAL PARA ELABORAÇÃO DOS INSTRUMENTOS PREPARATÓRIOS E
NECESSÁRIOS À SELEÇÃO E CONTRATAÇÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

ACOMPANHAMENTO DE HANSENÍASE

Orientações para o preenchimento:

Baciloscopia – registrar o resultado da baciloscopia, se não realizada (NR).

Forma clínica – indeterminada (I), tuberculóide (T), dimorfa (D) e virshoviana (V)

Tratamento –

Tipo: registrar (PB) para o esquema paucibacilar e (MB) para o multibacilar.

Início: data (dia, mês e ano) do início do tratamento.

Comunicantes –

Examinados: número de comunicantes examinados.

Receberam BCG: número de comunicantes que receberam a 2ª dose de BCG.

Duração do tratamento: registrar a quantidade de meses que o tratamento durou.

Data da alta: (dia, mês e ano) que foi dada à alta.

Nome – nome completo.

Sexo – anotar **M** para sexo masculino e **F** para feminino.

Idade – em anos completos.

Dose supervisionada – marcar **S** se o paciente tomou a dose supervisionada, no mês de referência, e **N** se não tomou.

Toma medicação diária – marcar **S** se o paciente informou que, no mês de referência, tomou diariamente a medicação, como prescrito pelo médico ou enfermeiro; **N**, se não tomou e **X**, se não houver prescrição.

Faz auto-cuidado (prevenção de incapacidades) - marcar **S** se o paciente informou que está seguindo as medidas de auto-cuidado para prevenir as incapacidades, conforme orientações do profissional de saúde; **N**, se não está seguindo e **X**, se não houver orientações.

Data da próxima data da dose supervisionada – anotar a data (dia, mês e ano) da próxima aplicação da dose supervisionada.

Data da consulta – anotar a data em que está sendo realizada a consulta.

Observações: registrar ocorrência de hospitalizações, óbitos, complicações e outras intercorrências.

000381



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA
COMISSÃO ESPECIAL PARA ELABORAÇÃO DOS INSTRUMENTOS PREPARATÓRIOS E
NECESSÁRIOS À SELEÇÃO E CONTRATAÇÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

UNIDADE PENITENCIÁRIA:		ANO:															
ACOMPANHAMENTO DOS PORTADORES DE HIV/AIDS																	
Identificação	Sexo	Idade	Meses														
Nome:			Possui vida sexual ativa	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Observação	
			Usa proteção														
			Faz uso de medicação														
			Apresenta efeitos colaterais														
			Apresenta infecção oportunista														
			Realizou os exames de CD4+/CD8+ e Carga Viral														
			Data da consulta														

000382



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA
COMISSÃO ESPECIAL PARA ELABORAÇÃO DOS INSTRUMENTOS PREPARATÓRIOS E
NECESSÁRIOS À SELEÇÃO E CONTRATAÇÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

ACOMPANHAMENTO DOS PORTADORES DE HIV/AIDS

Orientações para o preenchimento:

Nome – nome completo.

Sexo – anotar **M** para sexo masculino e **F** para feminino.

Idade – em anos completos.

Possui vida sexual ativa – marcar **S** se o paciente informar que, no mês de referência, realizou relações sexuais com seu/sua parceiro (a); **N**, se o paciente não realizou relações sexuais com seu/sua parceiro (a).

Usa proteção – marcar **S** se o paciente informar que, no mês de referência, usou preservativo durante as relações sexuais e **N**, se não usou.

Faz uso de medicação – marcar **S** se o paciente informar que, no mês de referência, tomou a medicação antiretroviral regularmente conforme prescrição médica; **N** se não tomou a medicação antiretroviral regularmente; e **X** se não houve prescrição.

Apresenta efeitos colaterais – marcar **S** se o paciente informar que, no mês de referência, apresentou efeitos colaterais relativos à medicação antiretroviral prescrita; **N** se não apresentou; e **X** se não houve prescrição.

Apresenta infecção oportunista – marcar **S** se o paciente informar que, no mês de referência, apresentou alguma infecção oportunista, ou seja, apresentou outras doenças infecciosas por motivo da condição do sistema imunológico; **N** se não apresentou outras infecções.

Realizou exame de CD4+/CD8+ e Carga Viral – marcar **S** se o paciente informar que, no mês de referência, realizou os exames de CD4+/CD8+ e Carga Viral; **N** se não foram realizados os exames.

Data da consulta – anotar a data em que está sendo realizada a consulta.

Observações: registrar ocorrência de hospitalizações, óbitos, complicações e outras intercorrências.

000383



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA
COMISSÃO ESPECIAL PARA ELABORAÇÃO DOS INSTRUMENTOS PREPARATÓRIOS E
NECESSÁRIOS À SELEÇÃO E CONTRATAÇÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

UNIDADE PENITENCIÁRIA:										ANO:																			
ACOMPANHAMENTO DE TUBERCULOSE																													
Exames de Diagnóstico				Forma		Tratamento			N.º de		Casos de Encerramento / Alta																		
Baciloscopia		Cultura		PPD		Clínica		Tipo		Início		Esquema		Comunicantes Examinados		Data		Motivo											
1º																													
Nome:										Sexo		Idade		HIV		Informações		Meses											
														Pos.		Neg.				Jan									
																		Dose Supervisionada		Fev									
																		Toma medicação diária		Mar									
																		Exame de escarro		Abr									
																		Reações indesejáveis		Mai									
																		Baciloscopia (durante tto)		Jun									
																		Data da consulta		Jul									
																				Ago									
																				Set									
																				Out									
																				Nov									
																				Dez									
																				Observação									

[Assinatura]



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA
COMISSÃO ESPECIAL PARA ELABORAÇÃO DOS INSTRUMENTOS PREPARATÓRIOS E
NECESSÁRIOS À SELEÇÃO E CONTRATAÇÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

ACOMPANHAMENTO DE TUBERCULOSE

Orientações para o preenchimento:

Exames de Diagnóstico: Baciloscopia: os espaços 1° e 2° são destinados para anotação dos resultados da primeira e da segunda amostra. Utiliza-se, +, ++, +++, Neg ou NR. Cultura: relativo ao exame de isolamento do bacilo. Utiliza-se +, ++, +++, Neg ou NR (não realizado).

PPD: Classifica-se como NR não reator (0 a 4mm), Rf reator fraco (5 a 9mm) e RF reator forte (10mm ou mais).

Forma clínica – pulmonar positiva (P +), pulmonar sem confirmação e extra – pulmonar (EP).

Tratamento - Tipo: Caso novo (CN), retreinamento por recidiva após cura (RC), retorno após abandono (RA) ou falência (F). Início: data do início do tratamento.

Esquema: I, IR, II e III.

Casos de encerramento Data: dia, mês e ano do término do tratamento.

Motivo: alta por cura (AC), alta por abandono de tratamento (AB), alta por mudança de diagnóstico (AMD), alta por óbito (AO), alta por falência (AF) e alta por transferência (ATR)

Nome – nome completo.

Sexo – anotar M para sexo masculino e F para feminino.

Idade – em anos completos.

HIV – assinalar X nas alternativas Pos ou Neg se o indivíduo é ou não portador do vírus HIV.

Dose supervisionada – marcar S se o paciente tomou a dose supervisionada, no mês de referência, e N se não tomou.

Toma medicação diária – marcar S se o paciente informou que, no mês de referência, tomou diariamente a medicação, como prescrição; N, se não tomou e X, se não houver prescrição.

Exame de escarro – registrar S se o paciente realizou exame de escarro no mês de referência; e N, se não realizou.

Reações indesejáveis – registrar um X na ocorrência de qualquer uma das seguintes reações ao uso do medicamento: desconforto gástrico, náuseas, vômitos, icterícia, alterações visuais e auditivas, urticária, sangramentos, dores articulares, perda de equilíbrio.

Baciloscopia – registrar o resultado da baciloscopia na coluna correspondente ao mês de tratamento em que o exame foi realizado. Transcrever o resultado da baciloscopia de acordo com o seguinte critério: +, ++, +++ para os positivos e Neg para os negativos.

Data da consulta – anotar a data em que está sendo realizada a consulta.

Observações: registrar ocorrência de hospitalizações, óbitos, complicações e outras intercorrências.

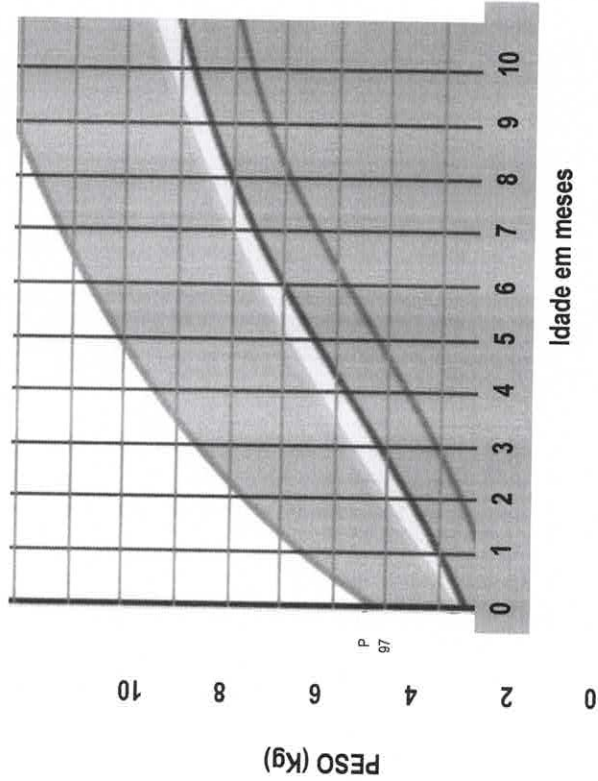
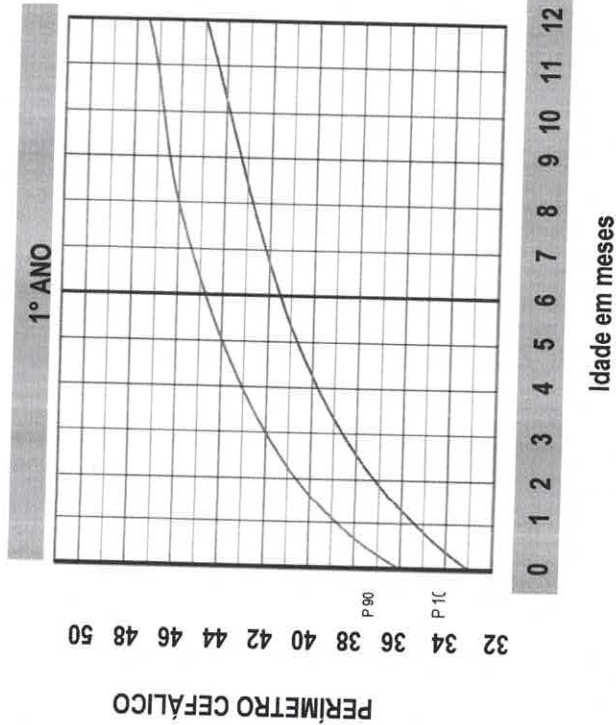
000385



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA
COMISSÃO ESPECIAL PARA ELABORAÇÃO DOS INSTRUMENTOS PREPARATÓRIOS E
NECESSÁRIOS À SELEÇÃO E CONTRATAÇÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

UNIDADE PENITENCIÁRIA:

ANO:						
ACOMPANHAMENTO DE CRIANÇA						
Identificação						
Nome da criança:	Data de Nascimento	Comprimento	Peso ao nascer (gr)	Perímetro Cefálico	Apgar 5'	Observações
Nome da mãe:						



9830000

2



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA
COMISSÃO ESPECIAL PARA ELABORAÇÃO DOS INSTRUMENTOS PREPARATÓRIOS E
NECESSÁRIOS À SELEÇÃO E CONTRATAÇÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

FOLHA DE ROSTO DO CARTÃO DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA

Doses / Vacina	BGC	Hepatite B	Anti-pólio	Tetralente DTP + Hib	Febre Amarela	Triplíce Viral
1º Dose	Data: ____/____/____ Lote: Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: Ass: _____
2º Dose	Data: ____/____/____ Lote: Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: Ass: _____		Data: ____/____/____ Lote: Ass: _____
3º Dose		Data: ____/____/____ Lote: Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: Ass: _____		Data: ____/____/____ Lote: Ass: _____
		Situações Especiais		DTP	10 – 10 anos	Camp. seguimento
1º Reforço		Data: ____/____/____ Lote: Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: Ass: _____
2º Reforço		Data: ____/____/____ Lote: Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: Ass: _____

000387



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA
COMISSÃO ESPECIAL PARA ELABORAÇÃO DOS INSTRUMENTOS PREPARATÓRIOS E
NECESSÁRIOS À SELEÇÃO E CONTRATAÇÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

UNIDADE PENITENCIÁRIA:			ANO:														
ACOMPANHAMENTO DOS DIABÉTICOS																	
Identificação	Sexo	Idade	Meses														
Nome:			Faz dieta	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Observação	
			Faz exercícios físicos														
			Usa insulina														
			Toma hipoglicemiante oral														
			Glicemia capilar														
			Data da consulta														

000388

2



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA
COMISSÃO ESPECIAL PARA ELABORAÇÃO DOS INSTRUMENTOS PREPARATÓRIOS E
NECESSÁRIOS À SELEÇÃO E CONTRATAÇÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

ACOMPANHAMENTO DOS DIABÉTICOS

Orientações para o preenchimento:

Nome – nome completo.

Sexo – anotar **M** para sexo masculino e **F** para feminino.

Idade – em anos completos.

Faz dieta – marcar **S** se o diabético informar que, no mês de referência, cumpriu, regularmente, a dieta, conforme recomendado pela equipe; **N**, se não cumpriu; e **X**, se não houve recomendação.

Faz exercícios – marcar **S** se o diabético informar que, no mês de referência, realizou exercícios físicos regularmente e **N**, se não realizou.

Usa insulina – marcar **S** se o diabético informar que, no mês de referência, tomou insulina regularmente, como prescrita pelo médico; **N** se não tomou; e **X** se não houve prescrição.

Toma hipoglicemiante oral – marcar **S** se o diabético informar que, no mês de referência, tomou hipoglicemiante oral regularmente, como prescrita pelo médico; **N** se não tomou; e **X** se não houve prescrição.

Glicemia capilar – valor da glicemia capilar aferida com o aparelho de haemoglucofeste.

Observações: registrar ocorrência de hospitalizações, óbitos, complicações e outras intercorrências.

000389



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA
COMISSÃO ESPECIAL PARA ELABORAÇÃO DOS INSTRUMENTOS PREPARATÓRIOS E
NECESSÁRIOS À SELEÇÃO E CONTRATAÇÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

ACOMPANHAMENTO DOS HIPERTENSOS

UNIDADE PENITENCIÁRIA:				ANO:																									
ACOMPANHAMENTO DOS HIPERTENSOS																													
Identificação		Fumante		Meses												Observação													
Nome:		Idade		Sexo		Sim		Não		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun		Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez							
										Faz dieta																			
										Toma a medicação																			
										Faz exercícios																			
										Pressão arterial																			
										Data da consulta																			

000390

[Assinatura]



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA
COMISSÃO ESPECIAL PARA ELABORAÇÃO DOS INSTRUMENTOS PREPARATÓRIOS E
NECESSÁRIOS À SELEÇÃO E CONTRATAÇÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

Orientações para o preenchimento:

Nome – nome completo.

Sexo – anotar **M** para sexo masculino e **F** para feminino.

Idade – em anos completos.

Fumante – assinalar **X** nas alternativas SIM ou NÃO se o indivíduo é ou não fumante.

Considera-se fumante o indivíduo que fuma, eventual ou frequentemente, qualquer que seja a quantidade consumida de tabaco.

Faz dieta – marcar **S** se o hipertenso informar que, no mês de referência, cumpriu, regularmente, a dieta, conforme recomendado pela equipe; **N**, se não cumpriu; e **X**, se não houve recomendação.

Toma a medicação – marcar **S** se o hipertenso informar que, no mês de referência, tomou regularmente a medicação prescrita; **N**, se não tomou, e **X** se não houve prescrição.

Faz exercícios – marcar **S** se o hipertenso informar que, no mês de referência, realizou exercícios físicos regularmente e **N**, se não realizou.

Pressão arterial – registrar os níveis tensionais do indivíduo.

Observações: registrar ocorrência de hospitalizações, óbitos, complicações e outras intercorrências.

000391



UNIDADE PRISIONAL: _____ MÊS: _____ ANO: _____

[illegible]

OBS:

000392



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA
COMISSÃO ESPECIAL PARA ELABORAÇÃO DOS INSTRUMENTOS PREPARATÓRIOS E
NECESSÁRIOS À SELEÇÃO E CONTRATAÇÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

PERDA DE CONSULTAS

Orientações para o preenchimento

Unidade Prisional: Escrever a sigla da Unidade Prisional.

Mês e ano: Registrar o mês e o ano de ocorrência.

Nome – Escrever por extenso o nome completo do preso.

Data da consulta – Preencher o dia da consulta.

Local da consulta – Escrever por extenso o nome do local onde foi agendada a consulta.

Compareceu a consulta – Preencher com um **X** no campo sim caso tenha comparecido a consulta e **X** no campo não caso não tenha comparecido.

Motivo da perda – Escrever o motivo pelo qual o preso não compareceu a consulta.

Observações: registrar as intercorrências ou outras informações que achar relevantes.

Assinatura – Assinatura do servidor responsável pelas informações registradas.

000393



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA
COMISSÃO ESPECIAL PARA ELABORAÇÃO DOS INSTRUMENTOS PREPARATÓRIOS E
NECESSÁRIOS À SELEÇÃO E CONTRATAÇÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
REGISTRO DE HOSPITALIZAÇÕES E ÓBITOS

UNIDADE PENITENCIÁRIA:					MÊS:		ANO:	
HOSPITALIZAÇÕES								
DATA	NOME	SEXO	IDADE	CAUSA	NOME DO HOSPITAL	DATA DA ALTA		
ÓBITOS								
DATA	NOME	SEXO	IDADE	CAUSA				

[Assinatura]



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA
COMISSÃO ESPECIAL PARA ELABORAÇÃO DOS INSTRUMENTOS PREPARATÓRIOS E
NECESSÁRIOS À SELEÇÃO E CONTRATAÇÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

HOSPITALIZAÇÕES

Orientações para o preenchimento

Data – registrar o dia e mês da hospitalização.

Nome - anotar o nome completo da pessoa que foi hospitalizada.

Sexo – anotar **M** para sexo masculino e **F** para feminino.

Idade – em anos completos.

Causa – anotar o motivo da hospitalização.

Nome do hospital – anotar o nome do hospital em que o usuário foi internado.

Data da alta – dia, mês e ano da alta hospitalar.

ÓBITOS

Data – registrar o dia, mês e ano do óbito.

Nome - anotar o nome completo da pessoa que faleceu.

Sexo – anotar **M** para sexo masculino e **F** para feminino.

Idade – em anos completos.

Causa – anotar o motivo do óbito segundo atestado de óbito.

000395

[illegible]



**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA
COMISSÃO ESPECIAL PARA ELABORAÇÃO DOS INSTRUMENTOS PREPARATÓRIOS E
NECESSÁRIOS À SELEÇÃO E CONTRATAÇÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE**

Integrações Necessárias

e-SUS AB

A solução de software deverá ser integrada com o **e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB)**, que é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional.

Site do E-Sus AB : <http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>

Link para especificação da Integração :

<http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php?conteudo=integracao>

Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações – SI- PNI

O objetivo SI-PNI é possibilitar aos gestores envolvidos no programa uma avaliação dinâmica do risco quanto à ocorrência de surtos ou epidemias, a partir do registro dos imunos aplicados e do quantitativo populacional vacinado, que são agregados por faixa etária, em determinado período de tempo, em uma área geográfica. Por outro lado, possibilita também o controle do estoque de imunos necessário aos administradores que têm a incumbência de programar sua aquisição e distribuição.

Link para especificações :

<http://pni.datasus.gov.br/index.asp>



**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA
COMISSÃO ESPECIAL PARA ELABORAÇÃO DOS INSTRUMENTOS PREPARATÓRIOS E
NECESSÁRIOS À SELEÇÃO E CONTRATAÇÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE**

Diretrizes de pré-operação

1. A solução a ser implantada deverá trabalhar com o plano de contas descrito no documento de especificação financeira deste projeto, portanto, deverá estar devidamente preparada para tal.
2. Toda infraestrutura de hardware e telecomunicação de TI deverá ser providenciada pelo proponente vencedor.
3. O proponente vencedor deverá solicitar à SEJUS as planilhas necessárias para as cargas de dados necessárias para a implantação do sistema até 5 dias após o resultado do processo.

Assinatura manuscrita em azul.



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA
COMISSÃO ESPECIAL PARA ELABORAÇÃO DOS INSTRUMENTOS PREPARATÓRIOS E
NECESSÁRIOS À SELEÇÃO E CONTRATAÇÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

Treinamento

Deverá ser apresentado um programa de treinamento para a Gerência de Saúde do Sistema Prisional, englobando toda a solução.

O treinamento será dividido em duas partes:

1. Treinamento completo: para todos os usuários. Exibindo todos os processos da solução de Informática. Do sistema transacional ao B.I.
2. Treinamento de administrador: serão nomeados 3 colaboradores da SEJUS para trabalharem como administradores. Eles não serão os administradores do sistema (tarefa do implementador da solução), mas terão acesso a todas as telas e logs, bem como às rotinas de administração.

O treinamento será considerado como entregue somente após a aprovação dos usuários treinados.



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA
COMISSÃO ESPECIAL PARA ELABORAÇÃO DOS INSTRUMENTOS PREPARATÓRIOS E
NECESSÁRIOS À SELEÇÃO E CONTRATAÇÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

Considerações Finais

1. A SEJUS poderá solicitar ao proponente vencedor a implementação de novas funcionalidades, seja por determinação da lei ou necessidades administrativas sem acréscimo de custo.
2. Todos os módulos do sistema deverão ser acessados via WEB, sem a necessidade de instalação de clientes nos computadores da SEJUS.
3. A SEJUS nomeará os usuários e funções de seus colaboradores bem como o nível de acesso de cada um.
4. A qualquer momento, quando da necessidade da SEJUS ou no final do contrato, o proponente vencedor deverá fornecer uma versão navegável de todos os relatórios utilizados na solução, seja no módulo de BI ou no módulo OLTP.
5. Todos os relatórios poderão sofrer modificações e melhorias, desde que aprovados previamente pela SEJUS.
6. Todos os relatórios deverão possuir filtro por data, local e pelos campos de detalhe do relatório.
7. Os relatórios deverão permitir busca por texto enquanto exibidos na tela do computador.



Instituto Vida e Saúde
Rua dos Guriatans, Quadra 6, Casa 9,
Jardim Renascença, São Luís, MA
CNPJ: 05.997.585/0008-56

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS



De um lado o **INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA**, inscrito no CNPJ sob o nº. 05.997.585/0008-56, com endereço na Rua dos Guriatans, Quadra 6, casa 9, Jardim Renascença, São Luís - MA, neste ato representado por seu Diretor Geral **Bruno Soares Ripardo**, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF nº. 110.695.987-63, doravante denominado **CONTRATANTE**, e de outro lado, **TJ DESENVOLVIMENTO WEB LTDA**, pessoa jurídica de direito privado, de fins econômicos, inscrita no CNPJ sob nº. 33.651.434/0001-00, situada na Rua José Scizínio Buckner, nº 32, Bairro Jardim da Aldeia, Itaocara/RJ - CEP: 28570-000, neste ato representada por seu sócio **Thiago Rocha Cosendey**, brasileiro, casado, inscrito no CPF nº 071.635.467-50, doravante denominada **CONTRATADA**, resolvem entre si celebrar o presente contrato, regendo-se pelas seguintes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1 - Constitui objeto do presente contrato a **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE LOCAÇÃO E SUPORTE TÉCNICO DE SISTEMA DE GESTÃO HOSPITALAR, CONTROLE DE FARMÁCIA E ALMOXARIFADO HOSPITALAR** para atendimento ao **HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA - HTO São Luís**, sob gestão do INVISA através do Contrato de Gestão, celebrado com a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

2.1 A **CONTRATADA** prestará os serviços objeto do presente contrato através de seus sócios, prepostos, empregados e terceiros por ela indicados, que não terão nenhum vínculo empregatício com o **CONTRATANTE**, em nenhuma hipótese, nem mesmo de forma solidária ou subsidiária, não existindo subordinação entre os empregados da **CONTRATADA** e do **CONTRATANTE**, devendo, ainda, a **CONTRATADA**:

- Certificar-se de que os serviços satisfaçam, em todos os momentos, todas as descrições e/ou especificações estabelecidas neste instrumento e na legislação aplicável;
- Operar como uma organização completa e independente do **CONTRATANTE**, fornecendo todos os recursos necessários à execução dos serviços abrangidos por este Contrato, respondendo pela direção técnica e administrativa dos serviços;
- Proteger adequadamente o patrimônio o qual o **CONTRATANTE** é responsável, zelando pela conservação de suas instalações, equipamentos, móveis e utensílios e manter o local da prestação de serviços em perfeitas condições de conservação e limpeza, no decorrer e no fim de sua execução;
- Prestar os serviços com toda a devida diligência, habilidade e cautela.



000401

PODER JUDICIÁRIO - TJMG - CORRETORIA GERAL DE JUSTIÇA
1º Tabelionato de Notas e Protesto de Fidejussão de Pirapetinga

Autentico este documento, composto de 1 folha(s), por mim rubricada(s), numerada(s) e carimbada(s), por ser reprodução fiel do original que me foi apresentado, do que dou fé.

Pirapetinga/MG, 20/05/2025, 20.2

SELO CONSULTA: JVE87707
CÓDIGO SEGURANÇA: 0800.3753.3803.7439
Quantidade de atos praticados: 1
Ato(s) praticado(s) por ANA CRISTINA SILVA DA CRUZ - Escrevente Autorizada

Emol.: R\$ 9,55 - Tfu: R\$ 2,65 - Valor final: R\$ 11,61 - ISS: R\$ 0,40
Consulte a validade deste selo no site: <https://selos.trjmg.jus.br>

Nº DA ETIQUETA ADZ790459



VERSO EM BRANCO



Instituto Vida e Saúde
Rua dos Guriatans, Quadra 6, Casa 9,
Jardim Renascença, São Luis, MA
CNPJ: 05.997.585/0008-56

2.2 O dimensionamento da equipe para execução dos serviços será de inteira responsabilidade da **CONTRATADA**, devendo assegurar-se de que será suficiente para o cumprimento integral do objeto deste contrato.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA

3.1 Realizar dentro do mais elevado padrão profissional, com competência, ética, cuidado, diligência, integridade e desempenho que a profissão exige, utilizando-se de meios e técnicas que contribuam para um bom resultado, cumprindo fielmente as condições de prazos de execução dos serviços estabelecidos neste Contrato, responsabilizando-se legal e contratualmente, pela negligência, imprudência e imperícia.

3.2 Fornecer toda a mão-de-obra necessária para a perfeita execução dos serviços contratados, e responsabilizar-se integralmente por eles, nos termos da legislação vigente.

3.3 Manter o quadro completo de pessoal técnico, operacional e administrativo, de forma a atender o cumprimento das obrigações assumidas.

3.4 Obedecer as normas de segurança da Unidade de Saúde.

3.5 Desenvolver boas relações com os funcionários do **CONTRATANTE** acatando quaisquer ordens, instruções e o que mais emanar da fiscalização, de acordo com o contrato firmado.

3.6 Substituir prontamente seus empregados, cuja conduta avaliada pelo **CONTRATANTE** seja incompatível com as normas disciplinares da Unidade de Saúde.

3.7 Adotar todas as providências necessárias para a fiel execução do objeto deste instrumento, executando-o com eficiência, presteza e pontualidade.

3.8 Prestar todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelo **CONTRATANTE**, atendendo prontamente quaisquer reclamações, indagações e proposições.

3.9 Observar e fazer com que seus empregados observem os regulamentos administrativos do **CONTRATANTE**.

3.10 Assumir a responsabilidade por todas as providências e obrigações estabelecidas na legislação específica de acidentes de trabalho quando forem vitimados seus empregados, qualquer que seja o local da prestação dos serviços no momento em que acontecerem tais eventos, prestando-lhes os atendimentos devidos.

3.11 Fazer incluir nos valores ora contratados todos os custos diretos e indiretos, encargos trabalhistas e sociais, seguros, fretes, impostos Federais, Estaduais e Municipais (à exceção dos tributos de natureza direta e personalíssima, que oneram pessoalmente o **CONTRATADO**, não devendo ser repassados ao **CONTRATANTE**), contribuições previdenciárias, e quaisquer outras despesas no que se refere à prestação dos serviços objeto deste contrato.

3.12 Responder por todos e quaisquer danos pessoais ou materiais causados por seus profissionais ou prepostos às dependências, instalações e equipamentos do **CONTRATANTE** e de terceiros, a título de culpa ou dolo, providenciando a correspondente indenização, assim como arcar com despesas decorrentes de quaisquer infrações praticadas por seu pessoal



000402

PODER JUDICIÁRIO - TJMG - CORREGEDORIA-SEAL DE JUSTIÇA
Autentico este documento, composto de 1 folha(s), por mim rubricada(s), numerada(s) e carimbada(s), por ser reprodução fiel do original que me foi apresentado, do que dou fé.
Pirapetima/MG, 20/06/2026, 10/06/2026
SELO CONSULTA: JVE87705
CÓDIGO SEGURANÇA: 9379.0886.6729.2381
Quantidade de atos praticados: 1
Ato(s) praticado(s) por: ANA CRISTINA SILVA DA CRUZ - Escrevente Autorizada
Emol.: R\$ 8,66 - TFCJ: R\$ 2,66 - Valor final: R\$ 11,61 - ISS: R\$ 0,40
Consulte a validade deste selo no site: <https://selos.tjmg.jus.br>

MG
PROTESTO

MG
ETIQUETA
ADZ790458

PIRAPETIMA
MG
CARTÓRIO

VERSO EM BRANCO



Instituto Vida e Saúde
Rua dos Guriatans, Quadra 6, Casa 9,
Jardim Renascença, São Luis, MA
CNPJ: 05.997.585/0008-56

durante a prestação dos serviços, ainda que no recinto do **CONTRATANTE**, além de multas ou despesas de qualquer natureza.

3.13 Fornecer os documentos fiscais exigíveis na forma da legislação aplicável.

3.14 Acatar as instruções e observações formuladas pela fiscalização, desde que sejam exigências estabelecidas no Contrato e/ou legislação pertinente, ficando desde logo ressaltado que a atuação da fiscalização não exime a **CONTRATADA** de sua total e exclusiva responsabilidade sobre todos os serviços prestados.

3.15 Informar a necessidade de eventuais interrupções programadas dos serviços, com antecedência mínima de 05 (cinco) dias úteis.

3.16 Dar imediato conhecimento ao **CONTRATANTE** sobre qualquer fato extraordinário ou anormal que ocorrer durante toda a execução do objeto contratado.

3.17 Assumir inteira responsabilidade, quer técnica quer administrativa do objeto contratado, não podendo transferir a outras sociedades a responsabilidade por problemas de funcionamento do serviço.

3.18 A **CONTRATADA** será diretamente responsável por todos os danos, diretos ou indiretos, que seus funcionários causarem ao **CONTRATANTE** ou a terceiros durante a execução dos serviços objeto do presente Contrato, devendo reparar, integralmente, todo e qualquer prejuízo relacionado.

3.19 Responder civil e criminalmente, por quaisquer acidentes, danos ou prejuízos, materiais e/ou pessoais causados ao **CONTRATANTE**, seus empregados e/ou terceiros, como consequência de imperícia, imprudência e negligência própria ou de seus empregados, procedendo imediatamente os reparos ou indenizações cabíveis e assumindo o ônus decorrente.

3.20 Cumprir a legislação trabalhista, previdenciária e social de seus funcionários, inclusive no que se refere à jornada de trabalho e ao pagamento de salário no prazo legal.

3.21 Não transferir a terceiros, por qualquer forma, nem mesmo parcialmente, o objeto do presente Contrato, nem subcontratar quaisquer das prestações a que está obrigada sem prévio consentimento, por escrito, do **CONTRATANTE**.

3.22 Manter o mais absoluto sigilo e confidencialidade no tocante aos serviços, documentos, pesquisas, entrevistas e demais informações apuradas ou de que tome conhecimento durante a prestação dos serviços.

3.23 Não permitir, em nenhuma hipótese, que pessoa que não seja membro do seu corpo técnico entre na Unidade de Saúde Prisional, mesmo que acompanhada por funcionário cooperado ou afim, no escopo de trabalhar, estagiar ou realizar qualquer atividade que tenha a ver com o presente Contrato.

3.24 Dar esclarecimentos sobre qualquer procedimentos, no prazo de 72 (setenta e duas) horas, a contar do recebimento de notificação de tal mister.

3.25 Correrá por conta exclusiva da **CONTRATADA**, sem qualquer limitação, no que concerne às atividades sob sua responsabilidade, todo e qualquer dano ou perda que a



000403

PODER JUDICIÁRIO - JMS - CORREGEDORIA GERAL DE JUSTIÇA
1º Tabelionato de Notas e Protesto de Títulos de Pirapetinga

Autentico este documento, composto de 1 folha(s), por mim rubricada(s), numerada(s) e carimbada(s), por ser reprodução fiel do original que me foi apresentado, do que dou fé.

Pirapetinga/MG, 20/06/2026, 2026

SELO CONSULTA: JVE87706
CÓDIGO SEGURANÇA: 2091.3382.1220.4440
Quantidade de atos praticados: 1

Ato(s) praticado(s) por ANA CRISTINA SILVA DA CRUZ - Escrevente Autorizada

Emol: R\$ 8,55 - TFJ: R\$ 2,66 - Valor final: R\$ 11,61 - ISS: R\$ 0,40

Consulte a validade deste selo no site: <https://selos.trjmg.jus.br>

Nº DA ETIQUETA ADZ790457



VERSO EM BRANCO



Instituto Vida e Saúde
Rua dos Guriatans, Quadra 6, Casa 9,
Jardim Renascença, São Luis, MA
CNPJ: 05.997.585/0008-56

CONTRATANTE, terceiros ou o meio ambiente venham a sofrer em consequência de qualquer ato ou omissão de seus empregados mediante a comprovação de culpa.

3.26 A responsabilidade técnica e profissional pela prestação de serviços, bem como a civil e criminal junto aos órgãos e poderes competentes, será exclusiva da **CONTRATADA** e de seus sócios.

3.27 Para efeitos de comprovação dos serviços de suporte ao usuário, a **CONTRATADA** deverá apresentar relatório, com a relação de atendimentos aos usuários realizados no mês de apresentação obtido através do sistema de suporte da **CONTRATADA**, onde deverá ser informado a data e hora do chamado, a dúvida apresentada pelo usuário, a data e hora do atendimento pela **CONTRATADA** e a solução.

3.28 Sanar eventuais irregularidades ou correções apontadas pelo **CONTRATANTE** quanto à apresentação de relatórios.

3.29 Responder ao Órgão Público conveniente, quando diretamente procurado por este, obrigando-se a informar, explicar ou complementar o trabalho apresentado por sua solicitação.

3.30 Não poderá a **CONTRATADA** suspender, interromper, e/ou paralisar a execução dos serviços deste Contrato, caso haja atraso no pagamento da fatura por período inferior a 90 (noventa) dias, sob pena de rescisão do mesmo.

CLÁUSULA QUARTA - DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO CONTRATANTE

4.1 Indicar o gestor e/ou fiscal para acompanhamento da execução contratual, o qual anotará em registro próprio todas as ocorrências constatadas.

4.2 Proporcionar todas as facilidades e prestar as informações e esclarecimentos que venham a ser solicitados pela **CONTRATADA** e necessária ao desenvolvimento das atividades relativas às obrigações assumidas, inclusive comunicando a **CONTRATADA**, por escrito e tempestivamente, qualquer mudança na administração, endereço de cobrança e local da prestação dos serviços, ou falhas e irregularidades.

4.3 Exigir o cumprimento de todos os compromissos assumidos pela **CONTRATADA** de acordo com as cláusulas contratuais e os termos de sua proposta, promovendo o acompanhamento da execução deste Contrato, anotando em registro próprio as falhas detectadas e comunicando a **CONTRATADA** as ocorrências e quaisquer fatos que, a seu critério, exijam medidas corretivas por parte da **CONTRATADA**.

4.4 Efetuar o pagamento no prazo estabelecido.

4.5 Atestar os documentos fiscais correspondentes aos serviços contratados, quando executados a contento e aceitos.

4.6 Prestar as informações necessárias para melhor cumprimento deste Contrato.

4.7 Ser o elo entre a Direção da Unidade de Saúde e a **CONTRATADA** no intuito de dirimir quaisquer questões que por ventura sejam levantadas.



000404

PODER JUDICIÁRIO - JMS - CORREGEDORIA GERAL DE JUSTIÇA
1º Tabelionato de Notas e Protesto de Títulos de Pirapetinga

Autentico este documento, composto de 1 folha(s), por mim rubricada(s), numerada(s) e carimbada(s), por ser reprodução fiel do original que me foi apresentado, do que dou fé.

Pirapetinga/MG, 20/06/2026, 20/06/26

SELO CONSULTA: JVE87704

CÓDIGO SEGURANÇA: 4262.9300.4591.9960

Quantidade de atos praticados: 1

Ato(s) praticado(s) por: ANA CRISTINA SILVA DA CRUZ - Escrevente Autorizada

Emol.: R\$ 8,65 - TFC: R\$ 2,65 - Valor final: R\$ 11,61 - ISS: R\$ 0,40

Consulte a validade deste selo no site: <https://reelos.tringjus.br>

PIRAPETINGA
MG

Nº DA ETIQUETA
ADZ790456

PIRAPETINGA
MG

VERSO EM BRANCO



Instituto Vida e Saúde
Rua dos Guriatans, Quadra 6, Casa 9,
Jardim Renascença, São Luís, MA
CNPJ: 05.997.585/0008-56

4.8 Assinar os relatórios, solicitações e demais documentos necessários para o perfeito andamento do Contrato.

4.9 Exigir a observação das normas emanadas pelos órgãos de fiscalização e controle.

4.10 Fiscalizar o cumprimento dos serviços contratados, preservando a autonomia técnico-administrativa da **CONTRATADA** sobre os mesmos.

CLÁUSULA QUINTA - DA VIGÊNCIA

5.1 A vigência do presente Contrato será de **12 (doze) meses**, com início em **01 de agosto de 2022** e término em **31 de julho de 2023**, podendo ser prorrogado, por conveniência das partes, através de Termo Aditivo.

CLÁUSULA SEXTA - DO VALOR E FORMA DE PAGAMENTO

6.1 Pela prestação dos serviços objeto deste instrumento o **CONTRATANTE** pagará a **CONTRATADA** a quantia de **R\$ 7.500,00 (sete mil e quinhentos reais)** mensais.

6.2 As taxas, impostos e tributos que incidem sobre o valor do presente contrato ou que tenham relação com o mesmo ficarão a cargo da **CONTRATADA**.

6.3 O preço estabelecido nesta Cláusula será pago em até 15 (quinze) dias, contados do efetivo recebimento da nota fiscal pelo **CONTRATANTE**.

6.4 Os pagamentos somente serão efetuados, no prazo e condições estabelecidas no presente contrato, após seja realizado o respectivo repasse de valores destinados ao **CONTRATO DE GESTÃO para gerenciamento e operacionalização do HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA - HTO São Luís, firmado entre o CONTRATANTE e a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão**, em razão da natureza deste contrato e da condição de Organização Social sem fins lucrativos do **CONTRATANTE**.

6.5 O **CONTRATANTE** ficará constituído em mora caso não realize o pagamento das faturas, devidas a **CONTRATADA**, após o recebimento do repasse pelo Parceiro Público. Nesse caso o **CONTRATANTE** sujeita-se ao pagamento de multa contratual de 2% (dois por cento) e juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, incidentes sobre o valor corrigido monetariamente **pro rata dies** com base na variação do **INPC** verificada no período.

6.6 A **CONTRATADA** deverá apresentar até o 10º (décimo) dia útil do mês subsequente a prestação dos serviços a Nota Fiscal para o ateste da execução do serviço pelo **CONTRATANTE**, acompanhada de Relatório e dos documentos que comprovem a regularidade fiscal da empresa, conforme segue abaixo:

6.6.1 Certidões Negativas de Débitos Federais, Estaduais e Municipais da sede da empresa, válidas no dia de sua apresentação;

6.6.2 Prova de recolhimento de contribuições junto ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), válida no dia de sua apresentação;



000405

PODER JUDICIÁRIO - TJMG - CORREGEDORIA GERAL DE JUSTIÇA
1º Tabellionato de Notas e Protesto de Títulos de Pirapetinga

Autentico este documento, composto de 1 folha(s), por mim rubricada(s) e carimbada(s), por ser reprodução fiel do original que me foi apresentado, do que dou fé.

Pirapetinga/MG, 20/05/2026, *[assinatura]*

SELO CONSULTA: JVE87703
CÓDIGO SEGURANÇA: 0676.8720.9320.1481
Quantidade de atos praticados: 1

Ato(s) praticado(s) por: ANA CRISTINA SILVA DA CRUZ - Escrevente Autorizada

Emol.: R\$ 8,66 - TFC: R\$ 2,66 - Valor final: R\$ 11,61 - ISS: R\$ 0,40
Consulte a validade deste selo no site: <https://selos.tjmg.jus.br>

Nº DA ETIQUETA
ADZ790455



VERSO EM BRANCO



Instituto Vida e Saúde
Rua dos Guriatans, Quadra 6, Casa 9,
Jardim Renascença, São Luís, MA
CNPJ: 05.997.585/0008-56

6.6.3 Certidão de Regularidade com os Débitos Trabalhistas (CNDT), válida no dia de sua apresentação.

6.7 Os pagamentos em favor da **CONTRATADA** serão realizados exclusivamente por meio de depósito bancário.

6.8 Não serão efetuados quaisquer pagamentos enquanto perdurar pendência de liquidação de obrigações impostas a **CONTRATADA** ou inadimplência contratual.

6.9 A alteração de preço dos serviços, objeto deste contrato, só poderá ocorrer mediante aceitação do **CONTRATANTE**, devendo a **CONTRATADA**, justificá-lo mediante a juntada de documentos e planilha que demonstre a composição do novo preço.

CLÁUSULA SÉTIMA - DO REAJUSTE DO CONTRATO

7.1 O Contrato poderá ser reajustado a qualquer tempo, em razão da necessidade ou conveniência de continuação da prestação dos serviços, a partir da negociação acordada entre as partes, visando à adequação aos novos preços de mercado e demonstração analítica da variação dos componentes de custos do Contrato, devidamente justificada, ou com a solicitação de mais serviços contratados, tudo por meio de aditivo e acordo expresso entre as partes.

CLÁUSULA OITAVA - DA RESCISÃO E DA INEXECUÇÃO

8.1 O Contrato poderá ser imediatamente rescindido por qualquer uma das partes, na hipótese de inexecução de qualquer uma das obrigações contratuais pela outra, independentemente da concessão de pré-aviso ou notificação, ressalvado ainda o direito da parte prejudicada pelo inadimplemento pleitear da outra indenização pelas perdas e danos experimentados.

8.2 O Contrato poderá ser ainda rescindido por mútuo acordo ou por iniciativa de qualquer das partes, a qualquer tempo, antes do término do prazo previsto no **item 5.1 da Cláusula Quinta**, mediante prévia comunicação por escrito e com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, independentemente do pagamento de multa ou indenização à outra.

8.3 O Contrato poderá ser rescindido se qualquer das partes ceder ou transferir o mesmo a terceiros, sem a prévia anuência da outra parte, por escrito.

8.4 O Contrato poderá ser rescindido se qualquer das partes se tornar comprovadamente insolvente, requerer recuperação judicial ou extrajudicial ou auto falência, ou ter a sua falência requerida ou decretada.

8.5 O presente Contrato poderá ainda ser resolvido, sem que haja incidência de cláusula penal, nas seguintes hipóteses:

8.5.1 Na superveniência de caso fortuito, de força maior ou fato impeditivo à consecução dos objetivos sociais das partes, em razão de decisão judicial ou por ordem dos poderes públicos competentes, que inviabilizem a continuidade de execução do presente Contrato.

8.5.2 Por critério exclusivo de conveniência e oportunidade do **CONTRATANTE** sem que haja



000406

PODER JUDICIÁRIO RJMS - CORREGEDORIA GERAL DE JUSTIÇA

1º Tabelionato de Notas e Protesto de Títulos de Pirapetinga

Autentico este documento, composto de 1 folha(s), por mim rubricada(s), numerada(s) e carimbada(s), por ser reprodução fiel do original que me foi apresentado, do que dou fé.

Pirapetinga/MG, 20/05/2026, 20/05/2026

SELO CONSULTA JVE87702

CÓDIGO SEGURANÇA: 7976.2169.6716.1663

Quantidade de atos praticados: 1

Ato(s) praticado(s) por: ANA CRISTINA SILVA DA CRUZ - Escrevente Autorizada

Emol: R\$ 8,66 - TFC: R\$ 2,66 - Valor final: R\$ 11,61 - ISS: R\$ 0,40

Consulte a validade deste selo no site: <https://selos.tmg.jus.br>

Nº DA ETIQUETA ADZ790454

VERSO EM BRANCO



Instituto Vida e Saúde
Rua dos Guriatans, Quadra 6, Casa 9,
Jardim Renascença, São Luís, MA
CNPJ: 05.997.585/0008-56

incidência de multa e indenizações de qualquer natureza.

8.6 Caso o Contrato de Gestão para gerenciamento e operacionalização do HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEdia - HTO São Luís, firmado entre o **CONTRATANTE** e a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão, por qualquer motivo, venha a ser rescindido, ter-se-á também como imediatamente resolvido e finalizado o presente Contrato, sem incidência de qualquer multa às partes, independente do prazo de vigência.

CLÁUSULA NONA - DAS PENALIDADES

9.1 No caso de não atendimento dos prazos especificados neste contrato incidirá sobre o valor mensal do contrato multa de 1% por dia de atraso a ser pago pela **CONTRATADA**.

9.2 A inexecução total ou parcial dos serviços ensejará a aplicação das seguintes sanções a **CONTRATADA**:

- a) advertência (por escrito);
- b) multa compensatória por perdas e danos no montante de 10% sobre o valor mensal do Contrato.

9.3 A **CONTRATADA** fica sujeita a multa de 5% sobre o valor mensal do presente contrato por descumprimento de qualquer das obrigações decorrentes do mesmo, não previstas nas demais disposições desta Cláusula.

9.4 A multa e as demais penalidades descritas são independentes, podendo ser aplicadas isoladas ou cumulativamente, dependendo apenas da ocorrência dos fatos geradores; não incidirão, todavia, sobre as infrações decorrentes de "caso fortuito" ou de "força maior", devidamente comprovado.

9.5 A multa aplicada será deduzida dos faturamentos pendentes de pagamento, e, se for insuficiente, será cobrada administrativa ou judicialmente.

CLÁUSULA DÉCIMA - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1 Cada parte será responsável isoladamente pelos atos que der causa, respondendo perante quem de direito, inclusive pelos atos praticados por prepostos que agirem legalmente em seu nome e, particularmente, com relação às obrigações legais, fiscais e econômicas quer der causa.

10.2 Nas ações judiciais, inclusive reclamações trabalhistas, e eventuais procedimentos administrativos, o **CONTRATANTE** fica, desde já, eximido de quaisquer responsabilidades, aplicando-se ao caso concreto uma das formas de intervenção de terceiros, previstas no Código de Processo Civil, especialmente a denúncia à lide, com o que concorda desde já e expressamente a **CONTRATADA**, declarando a mesma que aceitará, incondicionalmente, tal denúncia.

10.3 A **CONTRATADA** declara expressamente ter pleno conhecimento do teor do Enunciado nº. 331, do Tribunal Superior do Trabalho, comprometendo-se, neste ato, a responder perante o **CONTRATANTE** por todas as verbas, valores, encargos ou ônus decorrentes do eventual reconhecimento de vínculo empregatício pela Justiça do Trabalho em Reclamação



000407

PODER JUDICIÁRIO - TJMG - CORREGEDORIA-GERAL DE JUSTIÇA
1º Tabelionato de Notas e Protesto de Títulos de Pirapetinga

Autentico este documento, composto de 1 folha(s), por mim rubricada(s), numerada(s) e carimbada(s), por ser reprodução fiel do original que me foi apresentado, do que dou fé.
Pirapetinga/MG, 20/06/2026, *[assinatura]*

SELO CONSULTA: JVE87712
CÓDIGO SEGURANÇA: 7296.7361.1831.7131
Quantidade de atos praticados: 1
Ato(s) praticado(s) por: ANA CRISTINA SILVA DA CRUZ - Escrevente Autorizada
Emol.: R\$ 9,66 - TFG: R\$ 2,66 - Valor final: R\$ 11,61 - ISS: R\$ 0,40
Consulte a validade deste selo no site: <https://selos.tjmg.jus.br>

Nº DA ETIQUETA ADZ790464

[Carimbo circular: ORIGINAL DO TÍTULO DE PROTESTO - PIRAPETINGA/MG - 01/05/2026]

VERSO EM BRANCO



Instituto Vida e Saúde
Rua dos Guriatans, Quadra 6, Casa 9,
Jardim Renascença, São Luís, MA
CNPJ: 05.997.585/0008-56

Trabalhista ou qualquer outro procedimento que vier a ser, eventualmente, promovido pelos funcionários caso os tenha, da **CONTRATADA** contra o **CONTRATANTE**.

10.4 A CONTRATADA reconhecerá como de sua responsabilidade, o valor líquido e certo eventualmente apurado em execução de sentença proveniente da Justiça do Trabalho em processo intentado contra o **CONTRATANTE** por qualquer funcionário, caso tenha, ou ainda qualquer valor que for ajustado amigavelmente entre as partes, nos autos de processo judicial ou em que o **CONTRATANTE** figurar como reclamado, ou ainda em procedimento extrajudicial, comprometendo-se desde logo a **CONTRATADA** a acatar tais composições amigáveis feitas entre o **CONTRATANTE** e o reclamante.

10.5 Eventuais despesas e custas processuais, despendidos pelo **CONTRATANTE** também serão ressarcidos imediatamente pela **CONTRATADA**, que desde já os reconhece como sendo de sua responsabilidade, servindo os recibos, guias ou notas, como comprovantes de pagamento e documentos hábeis à instruir cobrança, ficando também de responsabilidade da **CONTRATADA** o pagamento de honorários advocatícios suportados pelo **CONTRATANTE**.

10.6 A responsabilidade técnica e profissional pela prestação de serviços, bem como a civil e criminal junto aos órgãos e poderes competentes, será exclusiva da **CONTRATADA** e de seus sócios.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA TRANSFERÊNCIA DO CONTRATO

11.1 A CONTRATADA não poderá transferir o presente Contrato, no todo ou em parte, pelo que se configura a inexecução contratual e subsequente rescisão.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DO FORO

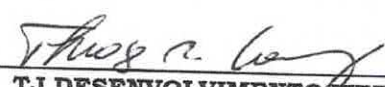
12.1 - Fica eleito o Foro da Comarca de São Luís/MA como único competente para dirimir qualquer litígio oriundo do presente Contrato, com expressa renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem justas e contratadas, lavrou-se o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, para que produza os efeitos de direito.

São Luís, 01 de agosto de 2022.


INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISÁ
CONTRATANTE




TJ DESENVOLVIMENTO WEB LTDA
CONTRATADA

TESTEMUNHAS:

000408

PODER JUDICIÁRIO - TJMG - CORREGEDORIA GERAL DE JUSTIÇA
1º Tabelionato de Notas e Protesto de Títulos de Pirapetinga

Autentico este documento, composto de 1 folha(s), por mim rubricada(s), numerada(s) e carimbada(s), por ser reprodução fiel do original que me foi apresentado, do que dou fé.

Pirapetinga/MG, 20/06/2026. *[Assinatura]*

SELO CONSULTA JVE87711
CÓDIGO SEGURANÇA: 4702.4623.9519.0127
Quantidade de atos praticados: 1
Atos praticado(s) por: ANA CRISTINA SILVA DA CRUZ - Escrevente Autorizada

Emolp: R\$ 8,66 - TFJ: R\$ 2,66 - Valor final: R\$ 11,61 - ISS: R\$ 0,40
Consulte a validade deste selo no site: <https://selos.tjmg.jus.br>

Nº DA ETIQUETA ADZ790463



VERSO EM BRANCO



Instituto Vida e Saúde
Rua dos Guriatans, Quadra 6, Casa 9,
Jardim Renascença, São Luís, MA
CNPJ: 05.997.585/0008-56

PRIMEIRO TERMO ADITIVO A CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Por este instrumento particular, de um lado o **INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, inscrito no CNPJ sob o nº 05.997.585/0008-56, neste ato representado por seu Diretor Geral o **Sr. Bruno Soares Ripardo**, brasileiro, solteiro, portador CPF nº 110.695.987-63 e RG nº 206533754 RJ, doravante denominado **CONTRATANTE**, e de outro lado **TJ DESENVOLVIMENTO WEB LTDA**, pessoa jurídica de direito privado, de fins econômicos, inscrita no CNPJ sob nº. 33.651.434/0001-00, situada na Rua José Scizínio Buckner, nº 32, Bairro Jardim da Aldeia, Itaocara/RJ - CEP: 28570-000, neste ato representada por seu sócio **Thiago Rocha Cosendey**, brasileiro, casado, inscrito no CPF nº 071.635.467-50, doravante denominada **CONTRATADA**, celebram o presente Termo Aditivo, mediante as cláusulas e condições seguintes:

Este documento tem como finalidade ser anexado ao Contrato de Prestação de Serviços, para atendimento ao **HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA - HTO - São Luís**:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O objeto do presente termo aditivo consiste na **RENOVAÇÃO** do **CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE LOCAÇÃO E SUPORTE TÉCNICO DE SISTEMA DE GESTÃO HOSPITALAR, CONTROLE DE FARMÁCIA E ALMOXARIFADO HOSPITALAR**.

CLÁUSULA SEGUNDA - DO PRAZO

O presente contrato passa a vigorar por mais 12 (doze) meses, com início em 01 de agosto de 2023 e término em 31 de julho de 2024.

CLÁUSULA TERCEIRA - DA RATIFICAÇÃO

As demais cláusulas e condições do contrato original que não colidirem com as deste Termo Aditivo, ficam por ele plenamente ratificadas.

São Luís, 01 de agosto de 2023.



CONTRATANTE



CONTRATADA



000409

PODER JUDICIÁRIO - TJMG - CORREGEDORIA GERAL DE JUSTIÇA
1º Tabelionato de Notas e Protesto de Itiúlos de Pirapetinga

Autentico este documento, composto de 1 folha(s), por mim rubricada(s), numerada(s) e carimbada(s), por ser reprodução fiel do original que me foi apresentado, do que dou fé.

Pirapetinga/MG, 20/05/2026, _____
SELO CONSULTA: VE87710
CÓDIGO SEGURANÇA: 0616.0096.6389.6738
Quantidade de atos praticados: 1
Ato(s) praticado(s) por: ANA CRISTINA SILVA DA CRUZ - Escrevente Autorizada

Emol: R\$ 9,65 - Tfu: R\$ 2,66 - Valor final: R\$ 11,61 - ISS: R\$ 0,40
Consulte a validade deste selo no site: <https://selos.tjmg.jus.br>

Nº DA ETIQUETA: ADZ790462

PIRAPETINGA/MG

VERSO EM BRANCO

SEGUNDO TERMO ADITIVO A CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS



Por este instrumento particular, de um lado o **INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, inscrito no CNPJ sob o nº 05.997.585/0008-56, neste ato representado por seu Diretor Geral o **Sr. Bruno Soares Ripardo**, brasileiro, solteiro, portador CPF nº 110.695.987-63 e RG nº 206533754 RJ, doravante denominado **CONTRATANTE**, e de outro lado **TJ DESENVOLVIMENTO WEB LTDA**, pessoa jurídica de direito privado, de fins econômicos, inscrita no CNPJ sob nº. 33.651.434/0001-00, situada na Rua José Scizínio Bucker, nº 32, Bairro Jardim da Aldeia, Itaocara/RJ - CEP: 28570-000, neste ato representada por seu sócio **Thiago Rocha Cosendey**, brasileiro, casado, inscrito no CPF nº 071.635.467-50, doravante denominada **CONTRATADA**, celebram o presente Termo Aditivo, mediante as cláusulas e condições seguintes:

Este documento tem como finalidade ser anexado ao Contrato de Prestação de Serviços, para atendimento ao **HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA – HTO – São Luís**:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O objeto do presente termo aditivo consiste na **RENOVAÇÃO** do **CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE LOCAÇÃO E SUPORTE TÉCNICO DE SISTEMA DE GESTÃO HOSPITALAR, CONTROLE DE FARMÁCIA E ALMOXARIFADO HOSPITALAR**.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO PRAZO

O presente contrato passa a vigora por mais 12 (doze) meses, com início em 01 de agosto de 2024 e término em 31 de julho de 2025.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA RATIFICAÇÃO

As demais cláusulas e condições do contrato original que não colidirem com as deste Termo Aditivo, ficam por ele plenamente ratificadas.

São Luís, 01 de agosto de 2024.

CONTRATANTE

CONTRATADA



000410

PODER JUDICIÁRIO - TJMG - CONFEEDORIA GERAL DE JUSTIÇA
1º Tabelionato de Notas e Protesto de Títulos de Pirapetina

Autentico este documento, composto de 1 folha(s), por mim rubricada(s), numerada(s) e carimbada(s), por ser reprodução fiel do original que me foi apresentado, de que dou fé.

Pirapetina/MG, 20/06/2026, 2026
SELO CONSULTA: JVE87709
CÓDIGO SEGURANÇA: 0437.4626.9260.3066
Quantidade de atos praticados: 1
Ato(s) praticado(s) por ANA CRISTINA SILVA DA CRUZ - Escrevente Autorizada

Emol: R\$ 8,55 - TFC: R\$ 2,66 - Valor final: R\$ 11,61 - ISS: R\$ 0,40
Consulte a validade deste selo no site <https://selos.tjmg.jus.br>

PROTESTO
TNGA
G

SELO CONSULTA

ETIQUETA
ADZ790461

VERSO EM BRANCO



invisa

instituto
vida e saúde

TERCEIRO TERMO ADITIVO A CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS



Por este instrumento particular, de um lado o INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, inscrito no CNPJ sob o nº 05.997.585/0008-56, neste ato representado por seu Diretor Geral o Sr. Bruno Soares Ripardo, brasileiro, solteiro, portador CPF nº 110.695.987-63 e RG nº 206533754 RJ, doravante denominado CONTRATANTE, e de outro lado TJ DESENVOLVIMENTO WEB LTDA, pessoa jurídica de direito privado, de fins econômicos, inscrita no CNPJ sob nº. 33.651.434/0001-00, situada na Rua José Scizínio Buckner, nº 32, Bairro Jardim da Aldeia, Itaocara/RJ - CEP: 28570-000, neste ato representada por seu sócio Thiago Rocha Cosendey, brasileiro, casado, inscrito no CPF nº 071.635.467-50, doravante denominada CONTRATADA, celebram o presente Termo Aditivo, mediante as cláusulas e condições seguintes:

Este documento tem como finalidade ser anexado ao Contrato de Prestação de Serviços, para atendimento ao HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA – HTO – São Luís:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O objeto do presente termo aditivo consiste na RENOVAÇÃO do CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE LOCAÇÃO E SUPORTE TÉCNICO DE SISTEMA DE GESTÃO HOSPITALAR, CONTROLE DE FARMÁCIA E ALMOXARIFADO HOSPITALAR e ALTERAÇÃO do endereço da CONTRATADA.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO PRAZO

O presente contrato passa a vigorar por mais 12 (doze) meses, com início em 01 de agosto de 2025 e término em 31 de julho de 2026.

CLÁUSULA TERCEIRA – DO ENDEREÇO DA CONTRATADA

O endereço sede da CONTRATADA passa a ser: Rua Cel. Pita de Castro, nº 171, apto 201, Centro, Itaocara/RJ - CEP: 28.570-000.

CLÁUSULA QUARTA – DA RATIFICAÇÃO

As demais cláusulas e condições do contrato original que não colidirem com as deste Termo Aditivo, ficam por ele plenamente ratificadas.

São Luís, 01 de agosto de 2025.



CONTRATANTE

CONTRATADA

000411

PODER JUDICIÁRIO - TJMG - CORREGEDORIA GERAL DE JUSTIÇA
1º Tabelionato de Notas e Protesto de Pirapetinga

Autentico este documento, composto de 1 folha(s), por mim rubricada(s), numerada(s) e carimbada(s), por ser reprodução fiel do original que me foi apresentado, do que dou fé.

Pirapetinga/MG, 20/05/2026, 12/05/26

SELO CONSULTA JVE87708

CÓDIGO SEGURANÇA: 6377.0298.2760.2676

Quantidade de atos praticados: 1

Ato(s) praticado(s) por ANA CRISTINA SILVA DA CRUZ - Escrevente Autorizada

Emol.: R\$ 9,56 - TFJ: R\$ 2,66 - Valor final: R\$ 11,61 - ISS: R\$ 0,40

Consulte a validade deste selo no site: <https://selos.trjmg.jus.br>

Nº DA ETIQUETA ADZ790460

PIRAPETINGA

VERSO EM BRANCO



Estado do Maranhão
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA OPERACIONAL

O **ESTADO DO MARANHÃO**, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, situada na Av. Prof. Carlos Cunha, s/nº. Calhau, São Luís-MA, inscrita no CNPJ nº. 02.973.240/0001-06, neste ato representado pelo Secretário de Estado da Saúde, **ATESTA** para os devidos fins, que o **INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA**, com sede na Rua Hermete Silva, nº. 49, Centro, Santo Antônio de Pádua, Estado do Rio de Janeiro / RJ, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ nº. 05.997.585/0001-80, devidamente qualificada perante este Estado como Organização Social, celebrou **CONTRATO DE GESTÃO Nº. 02/2020 – SES, PROCESSO Nº. 43.377/2019-SES**, tendo como objeto a operacionalização e execução dos serviços de saúde de média complexidade no **HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA – HTO de São Luís**.

Esta unidade de saúde utiliza-se de Prontuário Eletrônico, tendo em seu perfil atendimentos nas especialidades: Cirurgia Ortopédica, clínica médica, terapia intensiva, exames laboratoriais, Raio X, ultrassonografia, Ecocardiograma, eletrocardiograma, tomografia e outros.

DADOS GERAIS

Nome do Estabelecimento: HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA - HTO

Endereço: Rua Catanhede, Quadra 44, nº. 03, Bairro Tutu – São Luís-MA

TIPO DE ESTABELECIMENTO (CNES)

- Hospital Especializado

PERFIL DE ATENDIMENTO

- Atendimento de Demanda Referenciada

NÍVEL DE ATENÇÃO

- Ambulatorial
- Internação
- SADT

ESPECIALIDADES AMBULATORIAIS (CONSULTAS MÉDICAS)

- Ortopedia – Traumatologia
- Cardiologia
- Vascular
- Cirurgia Plástica
- Cirurgia Torácica
- Neurologia

000412



Estado do Maranhão
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ESPECIALIDADES AMBULATORIAIS (CONSULTAS NÃO MÉDICAS) DE
PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR

- Assistente Social
- Bucomaxilo
- Enfermeiro

SERVIÇOS DE APOIO, DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO (SADT)

- Radiologia
- Tomografia Computadorizada
- Laboratório Clínico
- Ultrassonografia
- Eletrocardiograma
- Agência Transfusional

QUANTITATIVO DE LEITOS DE INTERNAÇÃO

ESPECIALIDADE	SUBTIPO	QUANTITATIVO
Cirúrgico	Ortopedia – Traumatologia Adulto	30
	Ortopedia – Traumatologia Pediátrica	02
Clínico	Pediatria Clínica	02

QUANTIDADE DE LEITOS COMPLEMENTARES

LEITO	QUANTITATIVO
UTI Adulto	09
Isolamento	01

QUANTITATIVO DE LEITOS DE OBSERVAÇÃO

LEITO	QUANTITATIVO
Observação Adulta	26
Observação Infantil	04



Estado do Maranhão
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

REGISTRO DE METAS:

INDICADORES DE AVALIAÇÃO	
ITEM	META
Índice de satisfação do Usuário	≥ 80%
Retorno aos usuários das reclamações feitas nos canais de captação da ouvidoria	≥ 75%

INDICADORES DE ASSISTÊNCIA	
DESCRIÇÃO	METAS
Estabelecer Fluxogramas de Atendimento e Acesso	100%
Implantar Normas, Rotinas e POP's em todos os setores da unidade	100%
Implantar e Gerenciar Protocolos Clínicos, Assistenciais e de Acesso de acordo com SES e MS	100%
Seguir Fluxo de Referência e Contra referência de pacientes de acordo com Normas estabelecidas pela SES e MS.	100%
Organizar o Serviço Médico de Arquivo Médico (SAME) dos pacientes e demais registros adotados pela SES/Estabelecimentos de saúde.	100%

RECURSOS HUMANOS	
DESCRIÇÃO	METAS
EPI, crachás, uniformes específicos para cada categoria profissional.	100%
Prover todos os exames admissionais, periódicos e demissionais para os funcionários.	100%
Capacitar todos os funcionários da unidade de saúde para que exerçam suas funções de maneira eficiente e correta.	100%
Garantir que os profissionais da unidade de saúde desempenhem suas atribuições de forma qualificada, proporcionando atendimento humanizado e satisfatório aos usuários.	100%
Implantar Controle de Frequência através de relógio Ponto biométrico.	100%

000414



Estado do Maranhão
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

INTERNAÇÕES HOSPITALARES		
ESPECIALIDADE	Nº. LEITOS	QUANT. INTERNÇÃO MÊS
Clínica Ortopédica	32	145
Pediatria Clínica	01	06
Pediatria Cirúrgica	01	11

CIRURGIAS	
ESPECIALIDADE	Nº. CIRURGIAS/MÊS
Cirurgia Ortopédica Adulta	213
Cirurgia Ortopédica Pediátrica	11

PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS/ESPECIAIS	
DESCRIÇÃO	META MENSAL
OPME Ortopedia	290

DIÁRIAS DA UTI	
DESCRIÇÃO	META MENSAL
UTI Adulto Tipo II	37

CONSULTAS OUTROS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR		
PROFISSIONAIS	Nº. PROFISSIONAIS	META MENSAL
Enfermeiro	1	432
Serviço Social	1	396
Bucomaxilofacial	1	50

000415



Estado do Maranhão
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS		
PROFISSIONAIS	Nº. DE PROFISSIONAIS	META MENSAL
Cardiologia	1	160
Ortopedia	7	1.680

SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO - SADT	
DESCRIÇÃO	META MENSAL
Diagnóstico por Radiologia	1.851
Diagnóstico por Ultrassonografia	262
Diagnóstico em Laboratório Clínico	7.816
Diagnóstico por Tomografia Computadorizada	900

SERVIÇO DE CARDIOLOGIA DIAGNÓSTICA	
DESCRIÇÃO	META MENSAL
Eletrocardiograma	155

OUTROS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS	
PROCEDIMENTOS PROGRAMADOS	META MESAL
Atendimento Ortopédico	150
Tratamento de Doenças do Sistema	150
Pequenas Cirurgias	140

O Contrato de Gestão teve início em 01 de outubro de 2020, estando vigente até a presente data, sendo executado em condições técnicas e operacionais satisfatórias, bem como cumprindo rigorosamente as metas previstas, nada constando em nossos registros que possa desabonar seu desempenho.

São Luís/MA, data da assinatura digital.

**Liliane
Carvalho**

LILIANE NEVES CARVALHO
Secretária de Estado da Saúde do Maranhão

Assinado de forma digital
por Liliane Carvalho
Dados: 2026.04.24
18:38:52 -03'00'

000416

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 1/2026
GESTÃO DA UPA 24H CONSELHEIRO PAULINO

ANEXO VI

- METAS INTERNACIONAIS DE
SEGURANÇA DO PACIENTE

Segurança do PACIENTE



SEGURANÇA DO PACIENTE

- 1 Identificar corretamente o paciente.
- 2 Melhorar a comunicação entre profissionais de Saúde.
- 3 Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos.
- 4 Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos.
- 5 Higienizar as mãos para evitar infecções.
- 6 Reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão.

Melhorar sua vida, nosso compromisso.



**SAÚDE
SEGURANÇA**



SUS



ANVISA

Agência Nacional de Vigilância Sanitária

**GOVERNO FEDERAL
BRASIL**
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

Protocolo de Metas internacionais de segurança do paciente



PREFÁCIO

Prefácio

A Segurança do Paciente tem se consolidado como um dos pilares fundamentais para a qualidade da assistência em saúde, exigindo o comprometimento contínuo de todos os profissionais envolvidos no cuidado. Nesse cenário, a equipe de enfermagem ocupa posição de destaque, por sua atuação direta e permanente junto ao paciente, acompanhando todas as etapas do processo assistencial.

Desde o acolhimento inicial até os cuidados de maior complexidade, como a assistência em procedimentos cirúrgicos, administração de medicamentos e monitoramento contínuo, a enfermagem exerce papel essencial na prevenção de riscos e na promoção de práticas seguras. Sua presença constante ao lado do paciente fortalece a vigilância assistencial e contribui de forma decisiva para a identificação precoce de possíveis eventos adversos.

O Coren-ES, comprometido com a valorização e o aprimoramento da prática profissional, tem atuado de forma ativa na disseminação de conhecimentos, no incentivo à educação permanente e no fortalecimento de uma cultura de segurança nos serviços de saúde.

Esta publicação surge como instrumento de apoio aos profissionais e estudantes da área da saúde, reunindo orientações e reflexões sobre as Metas Internacionais de Segurança do Paciente. Ao abordar os principais desafios enfrentados no cotidiano assistencial, busca também contribuir para a implementação de estratégias eficazes que promovam a redução de riscos e a melhoria contínua da qualidade do cuidado.

Acredita-se que o conhecimento e a educação permanente são elementos transformadores da prática em saúde. Assim, espera-se que este material possa subsidiar ações seguras, fortalecer a atuação profissional e contribuir para uma assistência cada vez mais qualificada, humanizada e centrada no paciente.

Sumário

CAPÍTULO 4	32
META 1. IDENTIFICAÇÃO CORRETA DO PACIENTE	32
CAPÍTULO 5	39
META 2. COMUNICAÇÃO EFETIVA	39
Garantir a comunicação clara, precisa, completa e oportuna entre os profissionais de saúde, reduzindo falhas que possam resultar em incidentes e eventos adversos.	39
2. Conceito	39
A comunicação efetiva consiste na transmissão segura de informações essenciais ao cuidado do paciente, assegurando que a mensagem seja compreendida corretamente pelo receptor.	39
Falhas de comunicação estão entre as principais causas de eventos adversos nos serviços de saúde, especialmente em situações críticas, como:	39
• transferências de cuidado	39
• prescrições verbais.....	39
• comunicação de resultados críticos	39
• passagens de plantão	39
3. Diretrizes Gerais	39
• Toda comunicação deve ser clara, objetiva, completa e registrada	39
• Informações críticas devem ser confirmadas (leitura de retorno – “read back”)	39
• Evitar uso de abreviações não padronizadas	39
• Garantir rastreabilidade das informações no prontuário	39
• Priorizar comunicação segura em situações de risco	39
4. Ferramenta Padronizada – SBAR.....	39
A instituição adota o uso do SBAR como ferramenta padrão de comunicação estruturada:	39
5. Situações Críticas de Comunicação.....	40
A comunicação efetiva deve ser rigorosamente aplicada nos seguintes momentos:.....	40
• Passagem de plantão	40
• Transferência interna ou externa de pacientes	40
• Comunicação de resultados críticos de exames	40
• Prescrições verbais (situações de urgência/emergência)	40
• Situações de instabilidade clínica	40
•	40
6. Prescrição Verbal.....	40
A prescrição verbal deve ser utilizada apenas em situações de	

urgência, seguindo os seguintes critérios:	40
• Realizar leitura de retorno (read back) obrigatória	40
• Registrar imediatamente após execução	40
• Confirmar com o prescritor assim que possível	40
• Evitar uso rotineiro	40
7. Passagem de Plantão	41
Deve ser realizada de forma estruturada, garantindo:	41
• Continuidade do cuidado	41
• Clareza das informações	41
• Registro adequado	41
• Uso de ferramenta padronizada (ex: SBAR)	41
8. Comunicação de Resultados Críticos	41
• Resultados críticos devem ser comunicados imediatamente ao profissional responsável	41
• Deve haver registro da comunicação (data, hora, responsável)	41
• Utilizar confirmação de recebimento da informação	41
10. Responsabilidades Equipe Assistencial:	41
• Garantir comunicação clara e segura	41
• Utilizar ferramentas padronizadas	41
• Registrar informações relevantes	41
• Gestão/Núcleo de Segurança do Paciente (NSP):	41
• Implantar protocolos de comunicação	41
• Monitorar indicadores	41
• Promover capacitação contínua	41
11. Indicadores de Monitoramento	41
• Taxa de adesão ao SBAR	41
• Nº de eventos relacionados à falha de comunicação	41
• Tempo de comunicação de resultados críticos	41
• Conformidade na passagem de plantão	42
12. Não Conformidades	42
• Falta de registro de comunicação	42
• Informações incompletas ou incorretas	42
• Ausência de confirmação (read back)	42
• Uso inadequado de prescrições verbais	42
Devem ser notificadas ao Núcleo de Segurança do Paciente.	42
12. Base Normativa	42
Este protocolo está alinhado às diretrizes da:	42
• Organização Mundial da Saúde	42
• Joint Commission International	42
• Ministério da Saúde do Brasil	42
• Agência Nacional de Vigilância Sanitária	42

13. Considerações Finais	42
A comunicação efetiva é um dos pilares da segurança do paciente, sendo fundamental para a prevenção de erros e a garantia da continuidade do cuidado. A padronização dos processos comunicacionais e o uso de ferramentas estruturadas contribuem significativamente para a qualidade assistencial e redução de riscos.	
.....	42
CAPÍTULO 6	45
CAPÍTULO 7	73
META 4. CIRURGIA SEGURA.....	73
CAPÍTULO 8	87
META 5. HIGIENE DAS MÃOS	87
CAPÍTULO 9	98
META 6. RISCO DE LESÕES POR PRESSÃO.....	98
CAPÍTULO 10 META 7. RISCO DE QUEDA	116

METAS INTERNACIONAIS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Apresentação

De acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, instituído pela Resolução nº 564/2017 do Conselho Federal de Enfermagem, a enfermagem é definida como uma ciência, arte e prática social indispensável à organização e ao funcionamento dos serviços de saúde. Cabe a esses profissionais a promoção e a restauração da saúde, a prevenção de agravos e doenças e o alívio do sofrimento, prestando cuidados à pessoa, à família e à coletividade, de forma autônoma ou em colaboração com outros profissionais, assegurando uma assistência livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.

Nesse contexto, a segurança, tanto dos usuários quanto dos trabalhadores dos serviços de saúde, constitui elemento essencial para a qualidade da assistência. No cenário brasileiro, o tema ganhou maior relevância a partir da instituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente, por meio da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, do Ministério da Saúde do Brasil. Essa iniciativa trouxe, entre seus objetivos, a necessidade de produzir, sistematizar e disseminar conhecimentos sobre segurança do paciente, além de ampliar o acesso da sociedade às informações relacionadas ao tema.

Complementando esse marco regulatório, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária publicou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 25 de julho de 2013, que estabelece ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde, sejam eles públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares. Destaca-se, nesse contexto, a obrigatoriedade da implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP), responsáveis pelo gerenciamento de riscos, elaboração e monitoramento do Plano de Segurança do Paciente e pela implementação de sistemas de notificação de incidentes.

~~Apesar dos avanços normativos, reconhece-se que a realidade dos~~

serviços de saúde no Brasil é heterogênea, marcada por diferentes níveis de complexidade assistencial, estruturas organizacionais e contextos regionais. Esse cenário impõe desafios à implementação efetiva das diretrizes estabelecidas, exigindo adaptação, planejamento e compromisso institucional para a consolidação de práticas seguras.

Considerando a relevância do tema, este guia foi elaborado com o propósito de apoiar os profissionais de enfermagem e demais integrantes da equipe multiprofissional na incorporação de práticas seguras no cotidiano assistencial. Fundamentado em evidências científicas e diretrizes nacionais e internacionais, o material busca contribuir para o fortalecimento da cultura de segurança, a qualificação da assistência e a redução de riscos e danos aos pacientes.

Dessa forma, este guia tem como objetivo principal promover a apropriação do conhecimento pelos profissionais de saúde, incentivando a reflexão crítica e a adoção de práticas seguras e qualificadas. O conteúdo será apresentado em capítulos temáticos, abordando aspectos essenciais da segurança do paciente, com foco na aplicabilidade prática nos serviços de saúde.

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO À SEGURANÇA DO PACIENTE

Conceitos-chave

Para o adequado entendimento deste manual, faz-se necessário apresentar inicialmente alguns conceitos fundamentais relacionados à Segurança do Paciente, conforme definidos pela Organização Mundial da Saúde no relatório de 2009.

A Segurança do Paciente é definida como a redução do risco de danos desnecessários associados ao cuidado em saúde a um mínimo aceitável. Esse conceito pressupõe a compreensão dos termos “dano” e “desnecessário” no contexto da assistência à saúde.

O termo dano refere-se a qualquer comprometimento da estrutura ou função do corpo, incluindo lesões físicas ou psicológicas, sofrimento, incapacidade ou até mesmo morte. No contexto assistencial, alguns danos podem ser considerados inerentes ao cuidado, como, por exemplo, a punção venosa para a inserção de um cateter, sendo estes classificados como necessários para a realização de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos.

Por outro lado, existem danos que são evitáveis, não intencionais e desnecessários, decorrentes de falhas no processo assistencial, como, por exemplo, a ocorrência de queda de paciente, erros de medicação ou infecções relacionadas à assistência à saúde.

Os eventos que resultam ou possuem potencial de resultar em dano ao paciente são denominados incidentes. Esses incidentes podem ou não causar prejuízo efetivo ao paciente e são classificados de acordo com sua gravidade e desfecho.

A compreensão e a correta identificação desses conceitos são essenciais para o desenvolvimento de estratégias eficazes de prevenção, monitoramento e melhoria contínua da qualidade da assistência.

Os principais tipos de incidentes estão apresentados na tabela a seguir.

Tabela 1: Tipos de incidente – Classificação Internacional de Seguran- ça do Paciente (*WHO, 2009*)

Tipo de incidente	Exemplos
Administração clínica	Erros na passagem de plantão, transferência de cuidado, identificação do paciente, alta
Procedimento clínico	Erros em procedimentos e intervenções, diagnósticos, contenção física
Infecção associada aos cuidados de saúde	Infecções relacionadas à ferida operatória, sondas, cateteres
Medicação/fluidos EV	Erros na prescrição, na dose administrada, na via de administração, medicamento fora de validade, reação medicamentosa
Sangue/hemoderivados	Paciente errado, quantidade errada, hemoderivado errado, reação transfusional
Comportamento (do paciente ou do profissional)	Agressão física ou verbal, imprudência, evasão, falta ao trabalho
Acidentes do paciente	Quedas, lesões físicas em geral

Incidentes podem ter diversas causas chamadas fatores contribuintes, Dentre os conceitos fundamentais, destacam-se ainda os **fatores contribuintes**, definidos como “circunstância, ação ou influência (tais como falhas na comunicação, dimensionamento inadequado de pessoal ou distribuição ineficiente de tarefas) que podem ter desempenhado um papel na origem ou no desenvolvimento de um incidente, ou ainda

aumentar o risco de sua ocorrência”.

Os incidentes também podem gerar **consequências para o paciente**, entendidas como “o impacto sobre o paciente que é total ou parcialmente atribuível a um incidente” (OMS, 2009).

Os incidentes podem ser classificados de acordo com suas consequências para o paciente, conforme descrito a seguir:

- **Circunstância notificável (ou ocorrência comunicável):** situação com potencial significativo de causar dano, mas em que o incidente não chega a ocorrer.
Exemplo: desfibrilador com falha técnica disponível em situação de emergência, porém não utilizado.
- **Near miss (quase erro ou quase evento):** incidente que ocorre, mas não atinge o paciente devido à identificação e interrupção oportuna.
Exemplo: bolsa de sangue conectada ao paciente errado, porém o erro é identificado antes da infusão.
- **Incidente sem dano:** o incidente atinge o paciente, mas não resulta em prejuízo identificável.
Exemplo: administração de medicamento não prescrito, sem ocorrência de efeitos adversos.
- **Evento adverso (incidente com dano):** incidente que resulta em dano ao paciente, podendo variar em gravidade.
Exemplo: queda do paciente do leito com lesão.

Os danos decorrentes de eventos adversos podem ainda ser classificados quanto à sua gravidade, variando de leve a grave, incluindo situações que resultam em incapacidade permanente ou óbito.

A classificação e o monitoramento desses eventos são essenciais

para o fortalecimento das ações de gestão de risco, permitindo a identificação de falhas nos processos assistenciais e a implementação de estratégias efetivas para a prevenção de novos incidentes.

A seguir, apresenta-se a tabela com a classificação dos graus de dano, conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde.

Grau de Dano	Definição	Exemplos
Leve	Dano mínimo ou de curta duração, com sintomas leves, sem necessidade de intervenção significativa ou com intervenção mínima.	Pequena reação medicamentosa sem necessidade de tratamento; escoriações superficiais; dor leve.
Moderado	Dano que requer intervenção clínica, prolongamento da internação ou acompanhamento adicional, sem risco imediato de morte.	Queda com necessidade de sutura; reação medicamentosa com necessidade de tratamento; infecção tratável.
Grave	Dano que resulta em risco de morte, incapacidade significativa, permanente ou necessidade de intervenção intensiva.	Parada cardiorrespiratória revertida; lesão com sequelas permanentes; necessidade de UTI decorrente de evento adverso.
Óbito	Morte do paciente atribuída total ou parcialmente ao incidente/evento adverso.	Falha assistencial que contribui diretamente para o falecimento do paciente.

Para exemplificar os conceitos apresentados, considere a situação de um paciente internado que, ao sair do banheiro, encontra o piso molhado. A partir desse cenário, diferentes desfechos podem ocorrer:

1. **Circunstância notificável:** se o risco (piso escorregadio) não for corrigido e o paciente atravessar o local sem escorregar, caracteriza-se uma situação com potencial de dano, porém sem ocorrência de incidente.
2. **Near miss (quase erro):** se o paciente escorregar, mas conseguir se segurar em algum apoio, evitando a queda, configura-se um incidente que não atinge o paciente.
3. **Incidente sem dano:** caso o paciente caia, mas não apresente qualquer tipo de lesão ou prejuízo, caracteriza-se um incidente sem dano.
4. **Evento adverso (incidente com dano):** se o paciente cair e sofrer algum tipo de lesão, configura-se um incidente com dano.

Independentemente do desfecho, todas essas situações devem ser notificadas, uma vez que a não correção dos fatores contribuintes pode favorecer a ocorrência de novos incidentes, com potencial de gerar danos a outros pacientes.

A compreensão desses conceitos permite entender, de forma prática, a definição de Segurança do Paciente como a redução do risco de incidentes no processo assistencial.

Relevância da Segurança do Paciente

Embora a segurança do paciente seja um princípio historicamente consolidado — evidenciado na máxima atribuída a Hipócrates, *primum non nocere* (“em primeiro lugar, não causar dano”) — e reforçado pelo trabalho de Florence Nightingale, o tema ganhou maior visibilidade global a partir do ano 2000, com a publicação do relatório *To Err is Human: Building a Safer Health System*.

Essa publicação evidenciou o impacto dos erros assistenciais na

mortalidade, impulsionando o desenvolvimento de estudos, políticas públicas e iniciativas internacionais voltadas à segurança do paciente. Entre essas iniciativas, destaca-se o **Dia Mundial da Segurança do Paciente**, instituído pela Organização Mundial da Saúde e celebrado em 17 de setembro.

Atualmente, reconhece-se que falhas na segurança do paciente representam um importante problema de saúde pública global, com impactos significativos tanto na morbimortalidade quanto nos custos dos sistemas de saúde. Estima-se que danos relacionados à assistência estejam entre as principais causas de morte e incapacidade no mundo, com maior incidência em países de média e baixa renda.

Entre os eventos adversos mais frequentes destacam-se:

- tromboembolismo venoso;
- quedas intra-hospitalares;
- lesões por pressão;
- infecções relacionadas à assistência à saúde.

Estudos indicam que uma parcela significativa desses eventos é **evitável**, reforçando a importância da implementação de práticas seguras e da cultura de segurança nos serviços de saúde.

Além do impacto clínico, os eventos adversos geram elevados custos financeiros. Recursos significativos são destinados ao tratamento de complicações evitáveis, prolongamento de internações e reabilitação de pacientes, o que representa um ônus considerável para sistemas públicos e privados de saúde.

Nesse contexto, a segurança do paciente deve ser compreendida como um componente essencial da qualidade assistencial, exigindo o compromisso institucional, a capacitação contínua dos profissionais e a implementação de estratégias sistemáticas de prevenção de riscos.

Referências

JHA, A. K.; LARIZGOITIA, I.; AUDERA-LOPEZ, C.; PRASOPA-PLAIZIER, N. *et al.* **me global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies.** BMJ Qual Saf, 22, n. 10, p. 809-815, Oct 2013.

SLAWOMIRSKI L; AURAAEN A; KLAZINGA N. **me economics of patient safety: strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level.** OECD Health Working Papers, 96, 2017.

KOHN L.T., CORRIGAN J.M., DONALDSON M.S. **To Err is Human: Building a Safer Health System.** Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Washington (DC): National Academies Press, 2000.

WILSON, R. M.; MICHEL, P.; OLSEN, S.; GIBBERD, R. W. *et al.* **Patient safety in developing countries: retrospective estimation of scale and nature of harm to patients in hospital.** BMJ, 344: e832, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION: WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY, Taxonomy. **me Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: final technical report.** Geneva: OMS, 2009.

CAPÍTULO 2

Metas de Segurança e Gestão de Risco

Em outubro de 2004, a Organização Mundial da Saúde lançou a *World Alliance for Patient Safety* (Aliança Mundial para a Segurança do Paciente), por meio de resolução da Assembleia Mundial da Saúde, recomendando aos países membros maior atenção à temática da segurança do paciente como prioridade global em saúde.

Em 2005, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente definiu áreas prioritárias de atuação, com o objetivo de desenvolver soluções voltadas à melhoria da qualidade assistencial e à redução de riscos nos serviços de saúde. Essas iniciativas ficaram conhecidas como “Soluções para a Segurança do Paciente”, direcionadas especialmente a problemas recorrentes e de alto impacto na assistência.

Com o propósito de fortalecer a implementação de práticas seguras em nível global, a Joint Commission International, em parceria com a OMS, estabeleceu, em 2006, as Seis Metas Internacionais de Segurança do Paciente. Essas metas passaram a ser referência para instituições de saúde que buscam a acreditação internacional, além de se consolidarem como padrão de boas práticas assistenciais em diversos países.

As Metas Internacionais de Segurança do Paciente têm como objetivo promover melhorias específicas em áreas críticas da assistência, contribuindo para a prevenção de incidentes e a redução de danos aos pacientes.

Atualmente, essas metas são amplamente adotadas por serviços de saúde e estão alinhadas às diretrizes nacionais de segurança do paciente, incluindo aquelas estabelecidas pelo Ministério da Saúde do Brasil e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, sendo consideradas fundamentais para a estruturação de programas de gestão de risco e qualidade assistencial.

As seis metas internacionais estão apresentadas na Tabela 3 e serão abordadas detalhadamente nos capítulos subsequentes deste manual, com enfoque em sua aplicabilidade prática nos serviços de saúde.

Tabela 3: Seis Metas Internacionais de Segurança do Paciente (JCI, 2011).

Meta	Descrição	Objetivo	Aplicação Prática nos Serviços de Saúde
Meta 1	Identificar corretamente o paciente	Garantir que o cuidado seja prestado ao paciente correto	Utilização de, no mínimo, dois identificadores (nome completo, data de nascimento, prontuário); conferência antes de procedimentos, administração de medicamentos e coleta de exames
Meta 2	Melhorar a comunicação efetiva entre profissionais de saúde	Reduzir falhas na transmissão de informações críticas	Padronização da comunicação (ex: SBAR); registro completo em prontuário; confirmação de informações verbais e ordens críticas
Meta 3	Melhorar a segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos	Reduzir erros relacionados a medicamentos	Identificação de medicamentos de alta vigilância; dupla checagem; rotulagem adequada; coação dos “9 certos” da medicação
Meta 4	Assegurar cirurgia em local, procedimento e paciente corretos	Prevenir erros cirúrgicos	Marcação do sítio cirúrgico; checklist de cirurgia segura; confirmação de dados antes do procedimento (Time Out)
Meta 5	Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde	Prevenir infecções relacionadas à assistência	Higienização das mãos conforme protocolo; uso de EPIs; protocolos de prevenção (IRAS); monitoramento de indicadores
Meta 6	Reduzir o risco de danos ao paciente decorrentes de quedas	Prevenir quedas e suas consequências	Avaliação de risco queda; identificação do paciente de risco; medidas preventivas (grades, sinalização, acompanhamento)

A aplicação destas seis metas, bem como qualquer ação de promoção à segurança do paciente, não deve ser um evento isolado, mas deve fazer parte da cultura de toda instituição de saúde, como determina a Resolução nº 2 de 2010 da Anvisa: No âmbito da segurança do paciente, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária estabelece, por meio de regulamentação técnica, conceitos fundamentais para a organização das ações nos serviços de saúde.

De acordo com a normativa vigente:

Gerenciamento de risco é definido como a aplicação sistemática de políticas de gestão, procedimentos e práticas na análise, avaliação, controle e monitoramento de riscos.

Além disso, destaca-se que:

“O estabelecimento de saúde deve possuir uma sistemática de monitorização e gerenciamento de risco das tecnologias em saúde, visando à redução e minimização da ocorrência de eventos adversos.”

Esse conceito reforça que a gestão de risco deve ser estruturada, contínua e integrada às práticas assistenciais, envolvendo a identificação, análise e controle dos riscos, com o objetivo de prevenir incidentes e reduzir danos aos pacientes.

O gerenciamento de risco pode ser compreendido como a aplicação sistemática de procedimentos, condutas e recursos voltados ao monitoramento de riscos e eventos adversos, considerando seus impactos na segurança do paciente, na integridade dos profissionais, na imagem institucional e no meio ambiente.

Com o objetivo de fortalecer essas práticas em âmbito nacional, o Ministério da Saúde do Brasil instituiu, por meio da Portaria nº 529/2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que estabelece diretrizes e estratégias para a promoção da segurança nos serviços de saúde.

Dentre as principais estratégias do PNSP, destacam-se:

- elaboração e implementação de protocolos, guias e manuais de segurança do paciente;
- capacitação contínua de gestores, profissionais e equipes de saúde;
- incorporação de metas, indicadores e padrões de qualidade nos processos de avaliação dos serviços;

- ~~promoção de campanhas de comunicação voltadas à segurança~~

do paciente;

- implementação de sistemas de vigilância e monitoramento de incidentes, com retorno às unidades notificantes;
- fortalecimento da cultura de segurança, com foco no aprendizado organizacional e não na responsabilização individual;
- integração do tema segurança do paciente nos processos de formação em saúde.

O processo de gerenciamento de risco envolve etapas fundamentais, que devem ser sistematicamente aplicadas nos serviços de saúde:

1. **Identificação dos riscos e incidentes:** reconhecimento de situações que possam comprometer a segurança do paciente;
2. **Notificação:** registro formal dos incidentes e fatores de risco identificados;
3. **Análise e classificação:** avaliação das causas, gravidade e impacto dos eventos;
4. **Tratamento e intervenção:** implementação de ações para eliminação ou redução dos riscos;
5. **Monitoramento:** acompanhamento contínuo e utilização de indicadores para avaliação da efetividade das ações.

Para apoiar esse processo, diversas ferramentas de qualidade e segurança podem ser utilizadas, destacando-se:

- **Ciclo PDCA (Plan-Do-Check-Act):** ferramenta de melhoria contínua baseada em quatro etapas — planejar, executar, verificar e agir — utilizada para implementação e avaliação de ações corretivas e preventivas.

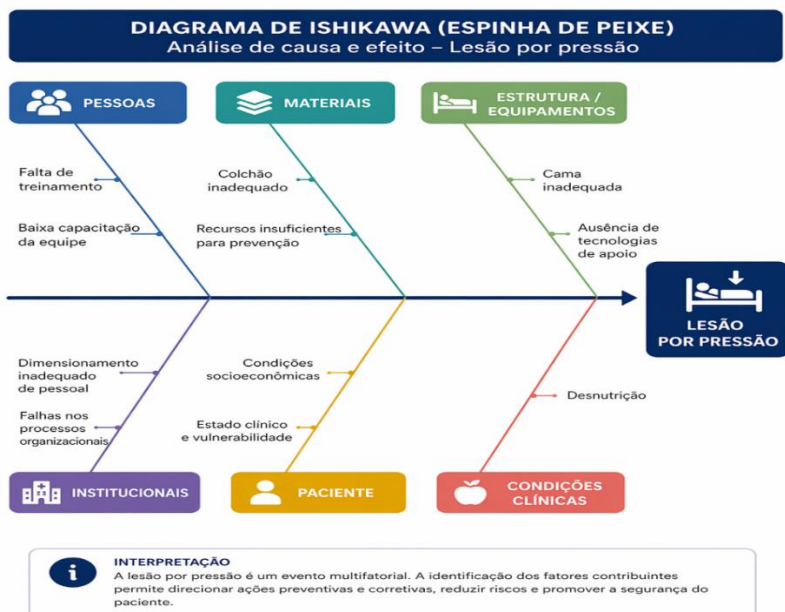
- **5W3H:** ferramenta de planejamento que orienta a definição de

ações por meio de perguntas estruturadas (o quê, quem, quando, por quê, onde, como, quando e como medir), garantindo maior clareza e organização na execução.

- **Diagrama de Ishikawa (espinha de peixe):** instrumento utilizado para análise de causa e efeito, permitindo identificar fatores contribuintes e suas inter-relações, facilitando a compreensão das causas dos incidentes e subsidiando a tomada de decisão.

Essas ferramentas contribuem para a identificação de não conformidades, análise de riscos e implementação de melhorias nos processos assistenciais, fortalecendo a cultura de segurança e promovendo a qualidade do cuidado em saúde.

Gráfico 1: Diagrama de Ishikawa



Ferramenta de Análise – Brainstorming

O **brainstorming** consiste na geração espontânea e coletiva de ideias por um grupo de profissionais, com o objetivo de identificar problemas, riscos e propor soluções. Essa ferramenta pode ser utilizada tanto para a identificação de riscos potenciais quanto para o desenvolvimento de medidas de segurança.

Entre suas principais vantagens, destaca-se a capacidade de ampliar a percepção dos fatores contribuintes, favorecendo a análise crítica dos processos e estimulando a participação da equipe multiprofissional.

Importância dos Indicadores na Gestão de Risco

A gestão de risco não se limita à implementação de práticas de segurança do paciente. Ela envolve também processos estruturados de **comunicação, monitoramento e avaliação contínua dos riscos**, conforme diretrizes estabelecidas por normas como a ABNT – ISO 31000:2018.

Nesse contexto, os **indicadores de risco** desempenham papel fundamental, pois permitem:

- identificar áreas críticas e fragilidades assistenciais;
- monitorar o desempenho dos processos;
- avaliar a efetividade das ações implementadas;
- subsidiar a tomada de decisão gerencial;
- promover a melhoria contínua da qualidade assistencial.

O conhecimento das não conformidades e das áreas de maior vulnerabilidade possibilita a adoção de estratégias direcionadas, aumentando a efetividade das intervenções e reduzindo a ocorrência de incidentes.

Etapas para Construção de Indicadores

A formulação de indicadores deve seguir um conjunto estruturado de etapas, garantindo que o sistema de medição esteja alinhado aos princípios da qualidade e da segurança do paciente. As principais etapas incluem:

1. Definição do objetivo do indicador

Estabelecer claramente o que se pretende medir e qual resultado se deseja alcançar.

2. Definição do tipo de indicador

Classificar como indicador de estrutura, processo ou resultado.

3. Construção da fórmula

Definir numerador e denominador, garantindo clareza e reprodutibilidade.

4. Estabelecimento da fonte de dados

Identificar onde e como os dados serão coletados (prontuário, sistema, notificação, etc.).

5. Definição da periodicidade de coleta

Determinar a frequência de análise (mensal, trimestral, etc.).

6. Estabelecimento de metas e parâmetros

Definir valores de referência para avaliação do desempenho.

7. Análise e interpretação dos resultados

Avaliar tendências, identificar desvios e propor melhorias.

8. Plano de ação

Implementar medidas corretivas e preventivas com base nos resultados obtidos.

9. Monitoramento contínuo

Acompanhar a evolução dos indicadores e reavaliar as estratégias adotadas.

Aplicação prática

Os indicadores devem estar integrados ao **Plano de Segurança do Paciente** e ao **Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)**, sendo utilizados como ferramentas estratégicas para gestão de risco, auditorias internas e processos de acreditação.



Indicadores são definidos como medidas quantitativas que podem ser utilizadas para monitorar e avaliar o desempenho de uma atividade. Indicadores não são medidas diretas de qualidade, mas direcionam a atenção para pontos problemáticos que devem ser examinados com mais cuidado (JCI, 1989). Indicadores de risco são relacionados aos incidentes e eventos adversos em saúde, geralmente representados por incidências (embora cada indicador possua uma fórmula própria):

$$\text{Incidência} = \frac{\text{Número de incidentes}}{\text{Número de pacientes expostos ao risco}} \times 100 \text{ ou } 1.000$$

Diversos indicadores foram elaborados e têm sido usados durante anos por diversos tipos de empresas. Na saúde não é diferente. Para cada incidente possível existe um indicador relacionado. Assim, cada instituição conta com sua própria lista de indicadores adaptada para sua realidade única. Indicadores podem ser divididos em assistenciais e gerenciais (CQH, 2012). Esses indicadores são apresentados na tabela a seguir.

Tabela 4: Tipos de indicadores (CQH, 2012)

Tipos de indicadores	Indicadores
Indicadores gerenciais de enfermagem	• Incidência de perda de cateter central de inserção periférica • Incidência de perda de cateter venoso central • Incidência de instrumentais cirúrgicos com sujidade • Horas de assistência de enfermagem (unidades de internação) • Horas de enfermeiro (unidades de internação) • Horas de técnicos/auxiliares de enfermagem (unidades de internação) • Horas de assistência de enfermagem em unidades de terapia intensiva • Horas de enfermeiros em UTIs • Horas de técnicos e auxiliares de enfermagem em UTIs • Índice de treinamento de profissionais de enfermagem • Taxa de absenteísmo de profissionais de enfermagem • Taxa de rotatividade de profissionais de enfermagem (turn over) • Taxa de acidente de trabalho de profissionais de enfermagem

Tipos de indicadores	Indicadores
Indicadores assistenciais	• Incidência de extubação não planejada de cânula endotraqueal • Incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral para aporte nutricional • Incidência de úlcera por pressão - Unidade de Internação Adulto • Incidência de úlcera por pressão - Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto • Incidência de lesão de pele • Incidência de erro de medicação • Incidência de quase falha relacionada ao processo de administração de medicação • Incidência de flebite • Incidência de extravasamento de contraste • Incidência de extravasamento de droga antineoplásica em pacientes em atendimento • Ambulatorial • Incidência de extravasamento de droga antineoplásica em pacientes internados

Indicadores têm grande importância na gestão de risco, permitindo re- duzir incidentes, oferecer melhor cuidado ao paciente, fortalecer a con- fiança dos clientes na instituição, reduzir custos e desenvolver profis- sionalmente a equipe (KURCGANT, 2006). Destaca-se, porém, que indi- cadores não agem sozinhos. Devem compor um conjunto estatístico de dados que forme um sistema de informação capaz de oferecer o *status* da questão mensurada (MALIK; SCHIESARI, 1998). Destaca-se, também, que indicadores só se tornam úteis quando existe um plano de ação que os utilize para trazer melhorias práticas.

Referências

- ALBRECHT, R. M. **Patient safety: the what, how, and when.** Am J Surg, 210(6): 978-982, 2015.
- JOINT COMMISSION (JCI). **Characteristics of clinical indicators.** QRB Qual Rev Bul,15(11): 330-339, 1989.
- COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR (CQH). **Manual de Indicadores de Enfermagem** 2a ed. São Paulo: APM/CREMESP, 2012.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (COREN-SP). **Uso seguro de medicamentos: guia para preparo, administração e monitoramento.** São Paulo: Coren-SP, 2017.
- FELDMAN LB (organizadora). **Gestão de Risco e Segurança Hospitalar. Prevenção de danos ao paciente, notificação, auditoria de risco, aplicabilidade de ferramentas, monitoramento.** São Paulo: Martinari, 2008.
- HARADA, M. d. J. C. S. **Gestão em enfermagem: ferramenta para prática segura.** São Caetano do Sul: Yendis, 2011.
- JOINT COMMISSION (JCI). **Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals: Including Standards for Academic Medical Center Hospitals.** JCI, 2017.
- KURCGANT, P.; TRONCHIN, D. M. R.; MELLEIRO, M. M. A **construção de indicadores de qualidade para a avaliação de recursos humanos nos serviços de enfermagem: pressupostos teóricos.** Acta Paulista de Enfermagem, 19, n. 1, 2006.
- MALIK, A.; SCHIESARI, L. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde.** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 1998.
- SIMSEKLER, M. C. E.; GURSES, A. P.; SMITH, B. E.; OZONOFF, A. **Integration of multiple methods in identifying patient safety risks.** Safety Science, 118, p. 530-537, 2019.

CAPÍTULO 3

TRABALHO EM EQUIPE E CULTURA DE SEGURANÇA

Importância do Trabalho em Equipe na Gestão de Risco

A atuação da equipe multiprofissional é fundamental para a efetividade das ações de segurança do paciente. Nesse contexto, a enfermagem desempenha papel estratégico, destacando-se por sua presença contínua junto ao paciente e por sua participação em todas as etapas do cuidado assistencial.

Os profissionais de enfermagem ocupam posição privilegiada na prevenção de incidentes e eventos adversos, uma vez que atuam diretamente na implementação de protocolos, no monitoramento da assistência e na identificação precoce de riscos. Além disso, exercem papel relevante na promoção da qualidade do cuidado e na implementação de melhorias no ambiente assistencial.

Entretanto, a segurança do paciente não depende exclusivamente da enfermagem. A efetividade das ações está diretamente relacionada ao equilíbrio e à adequada composição da equipe, considerando as diferentes categorias profissionais e suas atribuições específicas. Estudos demonstram que tanto o dimensionamento inadequado quanto a distribuição desequilibrada de profissionais podem impactar negativamente os desfechos assistenciais, incluindo aumento da mortalidade.

Dessa forma, cada profissional possui responsabilidade e contribuição específica no processo de cuidado, conforme estabelecido pela legislação vigente, incluindo a Lei do Exercício Profissional (Lei nº 7.498/86).

Cabe ao enfermeiro, entre outras atribuições:

- coordenar o processo de notificação de incidentes, eventos adversos e near miss;
- sistematizar dados para construção de indicadores;
- realizar análise crítica das informações;
- propor e monitorar ações de melhoria.

Destaca-se, contudo, que técnicos e auxiliares de enfermagem devem estar plenamente envolvidos nesse processo, sendo capacitados para identificar e notificar incidentes, contribuindo ativamente para a redução de riscos e aprimoramento da assistência.

Importante ressaltar que os indicadores de saúde não são de responsabilidade exclusiva da enfermagem, mas sim de todos os profissionais envolvidos no cuidado, incluindo gestores, equipe multiprofissional, pacientes e familiares. A transparência na divulgação dos resultados e a prática da gestão à vista fortalecem a cultura organizacional, aumentam a credibilidade institucional e promovem o engajamento das equipes.

Assim, a gestão de risco deve ser compreendida como um processo coletivo, compartilhado e integrado, no qual todos os atores são corresponsáveis pela segurança do paciente.

Cultura de Segurança e Cultura Não Punitiva

A Cultura de Segurança do Paciente (CSP) é um dos principais pilares para a qualidade assistencial, sendo essencial para a redução de incidentes e a promoção de práticas seguras nos serviços de saúde.

O conceito de cultura de segurança foi inicialmente introduzido pela International Atomic Energy Agency e posteriormente adaptado para a área da saúde. Atualmente, é amplamente definido como o conjunto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso de uma organização com a segurança.

Na área da saúde, a Agency for Healthcare Research and Quality define a cultura de segurança como um elemento que reflete o grau de comprometimento institucional com a gestão de riscos e a segurança do paciente.

A avaliação da cultura de segurança é uma ferramenta essencial para:

- identificar fragilidades organizacionais;
- mapear riscos assistenciais;
- monitorar a evolução das ações de segurança;
- promover benchmarking interno e externo;
- fortalecer a notificação de incidentes.

Instituições com cultura de segurança consolidada apresentam características como:

- comunicação aberta e baseada na confiança;
- valorização da prevenção de riscos;
- trabalho em equipe efetivo;
- aprendizado organizacional contínuo;
- comprometimento coletivo com a segurança.

Um dos pilares dessa cultura é a abordagem não punitiva, também conhecida como cultura justa. Nesse modelo, os incidentes são analisados com foco na identificação de falhas sistêmicas, e não na culpabilização individual.

Ambientes organizacionais punitivos tendem a desencorajar a notificação de incidentes, comprometendo a qualidade dos dados e dificultando a implementação de melhorias. Nesses contextos, erros podem permanecer ocultos, impedindo a identificação de falhas e a adoção de medidas corretivas.

Por outro lado, a abordagem não punitiva incentiva a transparência, o aprendizado organizacional e a melhoria contínua. Ao reconhecer que a maioria dos incidentes decorre de falhas nos sistemas e processos, a instituição passa a adotar estratégias mais eficazes de prevenção.

Exemplo prático:

Em um caso de administração incorreta de hemocomponente, a análise pode identificar tanto falhas individuais quanto falhas sistêmicas, como ausência de protocolos de dupla checagem. A correção deve priorizar o fortalecimento dos processos, reduzindo a probabilidade de recorrência. A cultura de segurança deve ser mensurada por meio de indicadores e

instrumentos específicos, como questionários de percepção

organizacional. Evidências demonstram que instituições com cultura de segurança mais madura apresentam:

- redução de erros de medicação;
- menor incidência de infecções relacionadas à assistência;
- diminuição de eventos adversos evitáveis;
- melhoria dos desfechos clínicos.

Referências

- ALFREDSDOTTIR, H.; BJORNSDOTTIR, K. Nursing and patient safety in the operating room. *J Adv Nurs*, 61(1): 29-37, 2008.
- BROWN, D. S.; WOLOSIN, R. Safety culture relationships with hospital nursing sensitive metrics. *J Health Qual*, 35(4): 61-74, 2013.
- FEESER, V. R.; JACKSON, A. K.; SAVAGE, N. M.; LAYNG, T. A. et al. When Safety Event Reporting Is Seen as Punitive: "I've Been PSNed!". *Ann Emerg Med*, 77(4), 449-458, 2021.
- GRIFFITHS, P.; MARUOTTI, A.; RECIO SAUCEDO, A.; REDFERN, O.C. et al. Nurse staffing, nursing assistants and hospital mortality: retrospective longitudinal cohort study. *BMJ Qual Saf*, 28(8): 609- 617, 2019.
- HALLIGAN, M.; ZECEVIC, A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ Qual Saf*, 20(4): 338-343, 2011.
- INTERNATIONAL ATOMIC ENERGY AGENCY (INSAG). Safety Culture: A report by the International Nuclear Safety Advisory Group. Viena: INSAG; 1991.
- INSTITUTE OF MEDICINE-IOM (Ann Page, ed.). Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses. Washington, DC: National Academies Press, 2004.
- NIEVA VF, SORRA J. Safety culture assessment: A tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care*, 12(2): 17-23, 2003
- RICHARDSON A, S. J. Patient safety: a literative review on the impact of nursing empowerment, leadership and collaboration. *International Nursing Review*, 57: 12-21, 2010.

CAPÍTULO 4

META 1. IDENTIFICAÇÃO CORRETA DO PACIENTE

1. Objetivo

Garantir a identificação correta do paciente em todos os momentos da assistência, prevenindo erros relacionados a procedimentos, administração de medicamentos, exames e demais cuidados.

A garantia da identificação correta do paciente é um desafio em todos os serviços de saúde em âmbito internacional. As falhas na identificação correta do paciente ocorrem ou podem ocorrer em praticamente todas as fases de diagnóstico e tratamento do paciente e em vários setores da área da saúde. A identificação correta possui como objetivo identificar com segurança a pessoa a quem o procedimento ou o tratamento se destina. A identificação incorreta de um paciente pode resultar em eventos adversos tais como erros de medicação, erros de infusão de hemoderivados, realização de procedimentos e/ou cirurgias em pessoas erradas ou alta de bebês para famílias erradas. As intervenções e estratégias disponíveis para a Identificação Correta do paciente podem reduzir significativamente os riscos destes tipos de eventos. (JCI, 2019; ABDELLATIF, Ahmed et al 2007).

2. Abrangência

Aplica-se a todos os setores assistenciais da instituição, incluindo:

- Pronto atendimento
- Internação (enfermarias e UTI)
- Centro cirúrgico
- Ambulatório e hospital-dia

3. Identificação Padrão do Paciente

Todo paciente deverá ser identificado por meio de **pulseira branca padronizada**, contendo obrigatoriamente **no mínimo dois identificadores**:

- Nome completo do paciente
- Data de nascimento

4. Classificação por Cores das Pulseiras de Risco

Além da pulseira de identificação padrão, deverão ser utilizadas pulseiras adicionais para sinalização de riscos específicos:

Cor da Pulseira	Significado	Finalidade
Branca	Identificação do paciente	Identificação segura (nome + data de nascimento)
Amarela	Risco de queda	Alertar equipe para adoção de medidas preventivas
Vermelha	alergia	Alertar sobre risco de reações alérgicas

6. Responsabilidades da Equipe Enfermagem:

- Realizar a identificação do paciente no momento da admissão;
- Conferir os dados com o paciente e/ou acompanhante;
- Garantir a correta colocação da pulseira;
- Substituir pulseiras danificadas ou ilegíveis;

- Realizar conferência antes de qualquer procedimento assistencial.

Equipe Multiprofissional:

- Confirmar a identificação do paciente antes de qualquer intervenção;
- Respeitar a sinalização por cores das pulseiras;
- Notificar inconformidades.

6. Momentos Obrigatórios de Checagem da Identificação

A identificação do paciente deve ser conferida, no mínimo, antes de:

- Administração de medicamentos
- Coleta de exames
- Realização de procedimentos
- Transfusões
- Encaminhamentos internos
- Procedimentos cirúrgicos

7. Condutas em Situações Especiais

- **Paciente inconsciente ou sem identificação:** utilizar identificação provisória conforme protocolo institucional
- **Recusa de uso da pulseira:** registrar em prontuário e comunicar à equipe
- **Pulseira ilegível/danificada:** substituir imediatamente
- **Pacientes pediátricos:** identificação também do responsável, quando aplicável

8. Não Conformidades

São consideradas não conformidades:

- Ausência de pulseira
- Dados incompletos ou incorretos
- Pulseira ilegível ou danificada
- Uso inadequado das cores

Todas devem ser notificadas ao Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).

9. Indicadores de Monitoramento

- Nº de incidentes relacionados à falha de identificação

10. Base Normativa

O protocolo está alinhado às diretrizes da:

- Organização Mundial da Saúde
- Ministério da Saúde do Brasil
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Quadro 1. Práticas eficazes para o alcance da Meta 1: Segurança do Paciente.

	Boas práticas	Atenção
1.	Usar pelo menos dois identificadores do paciente ao administrar medicamentos, sangue e hemoderivados, ao coletar amostras de sangue e outras amostras para testes laboratoriais; e ao fornecer tratamentos ou procedimentos.	O número do quarto do paciente ou localização física não deve ser usado como um identificador
2.	Rotular os recipientes usados para coleta de sangue e outras amostras na presença do paciente.	Solicitar que o paciente confira seus dados na identificação.
3.	Antes de iniciar a transfusão de sangue ou hemocomponente: - Confira os dados da bolsa de hemocomponente com a prescrição médica, o sangue ou hemocomponente com o pedido	A infusão de hemocomponentes é de competência do enfermeiro, sendo assim, ele deve

	médico; Use um processo de verificação de dois profissionais (dupla checagem) ou um processo de verificação de uma pessoa acompanhado por tecnologia de identificação automatizada, como código de barras. Para conferir a identificação correta do paciente.	conduzir a dupla checagem.
4.	Aos pacientes recém-nascidos (RN): - Usar métodos distintos de identificação aos pacientes. Os sistemas de nomenclatura distintos podem incluir o uso do nome e sobrenome da mãe e o sexo do recém-nascido. Exemplo: Silva, Juliana (menina). - Usar dois locais do corpo e/ou código de barras para identificação. Estabelecer ferramentas de comunicação entre a equipe (Exemplo: alertando visualmente a equipe com sinalização que evidencie recém-nascidos com nomes semelhantes).	Adotar método de identificação de RN gemelares
	Adaptado The Joint Commission, 2019.	

Entre os desafios para o alcance da identificação correta do paciente, encontra-se o rotativo número de membros da equipe que realizam a assistência ao paciente, que acarreta o aumento da probabilidade de ocorrência de problemas de comunicação e do alcance da Meta 1 de identificação correta do paciente. Além disso, a multiplicidade de profissionais de saúde faz com que o cuidado seja realizado de forma fragmentada. (VILLAR, 2020; ABDELLATIF et al 2007)



11. Considerações Finais

A correta identificação do paciente é uma das principais barreiras de segurança na assistência em saúde, sendo responsabilidade de todos os profissionais. O uso padronizado de pulseiras e a conferência sistemática dos identificadores contribuem significativamente para a redução de erros e a promoção de um cuidado seguro.

Referências

- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Communication during patient handovers: patient safety solutions.** Disponível em: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/psf/patient-safety-solutions/ps-solution3-communication-during-patient-handovers.pdf?sfvrsn=7a54c664_4&ua=1](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/psf/patient-safety-solutions/ps-solution3-communication-during-patient-handovers.pdf?sfvrsn=7a54c664_4&ua=1)
- BASAVATIA, A.; FRET, J.; LUKAJ, A.; KUO, H.; YAPARPALVI, R.; TOME, W.A. **Right care for the right patient each and every time.** Cureus, 8(2), 2016.
- COSTA, D. G.; MOURA, G.M.S.; PASIN, S.S.; COSTA F.G.; MAGALHÃES, A.M.M. **Experiência do paciente na coprodução de cuidados: percepções acerca dos protocolos de segurança do paciente.** Rev Latino-Am de Enfermagem, 28: e3272, 2020.
- REIS, G.A.X.; OLIVEIRA, J.L.C.; FERREIRA, A.M.D.; VITURI, D.W.; MARCON, S.S.; MATSUDA, L.M. **Dificuldades para implantar estratégias de segurança do paciente: perspectivas de enfermeiros gestores.** Revista Gaúcha de Enferm, 40: SPE, 2019.
- TASE, T.H.; QUADRADO, E.R.S.; TRONCHIN, D.M.R. **Avaliação do risco de erro na identificação de mulheres numa maternidade pública.** Rev Bras Enferm, 71(1): 120-5, 2018.
- THE JOINT COMMISSION (JCI). **National Patient Safety Goals Effective January 2019.** Hospital Accreditation Program, 2019.
- VILLAR, V.C.F.L.; DUARTE, S.d.C.M.; MARTINS, M. **Segurança do paciente no cuidado hospitalar: uma revisão sobre a perspectiva do paciente.** Cadernos de Saúde Pública, 36, 2020.

CAPÍTULO 5

META 2. COMUNICAÇÃO EFETIVA

Garantir a comunicação clara, precisa, completa e oportuna entre os profissionais de saúde, reduzindo falhas que possam resultar em incidentes e eventos adversos.

2. Conceito

A comunicação efetiva consiste na transmissão segura de informações essenciais ao cuidado do paciente, assegurando que a mensagem seja compreendida corretamente pelo receptor.

Falhas de comunicação estão entre as principais causas de eventos adversos nos serviços de saúde, especialmente em situações críticas, como:

- transferências de cuidado
- prescrições verbais
- comunicação de resultados críticos
- passagens de plantão

3. Diretrizes Gerais

- Toda comunicação deve ser clara, objetiva, completa e registrada
- Informações críticas devem ser confirmadas (leitura de retorno – “read back”)
- Evitar uso de abreviações não padronizadas
- Garantir rastreabilidade das informações no prontuário
- Priorizar comunicação segura em situações de risco

4. Ferramenta Padronizada – SBAR

A instituição adota o uso do **SBAR** como ferramenta padrão de comunicação estruturada:

Sigla	Significado	Aplicação
S – Situation (Situação)	O que está acontecendo?	Identificação do problema atual
B – Background (Contexto)	Qual o histórico relevante?	Informações clínicas importantes
A – Assessment (Avaliação)	Qual a avaliação do profissional?	Interpretação da situação
R – Recommendation (Recomendação)	O que precisa ser feito?	Sugestão de conduta

5. Situações Críticas de Comunicação

A comunicação efetiva deve ser rigorosamente aplicada nos seguintes momentos:

- Passagem de plantão
- Transferência interna ou externa de pacientes
- Comunicação de resultados críticos de exames
- Prescrições verbais (situações de urgência/emergência)
- Situações de instabilidade clínica
-

6. Prescrição Verbal

A prescrição verbal deve ser utilizada **apenas em situações de urgência**, seguindo os seguintes critérios:

- Realizar **leitura de retorno (read back)** obrigatória
- Registrar imediatamente após execução
- Confirmar com o prescriptor assim que possível
- Evitar uso rotineiro

7. Passagem de Plantão

Deve ser realizada de forma estruturada, garantindo:

- Continuidade do cuidado
- Clareza das informações
- Registro adequado
- Uso de ferramenta padronizada (ex: SBAR)

8. Comunicação de Resultados Críticos

- Resultados críticos devem ser comunicados **imediatamente** ao profissional responsável
- Deve haver **registro da comunicação** (data, hora, responsável)
- Utilizar confirmação de recebimento da informação

10. Responsabilidades Equipe Assistencial:

- Garantir comunicação clara e segura
- Utilizar ferramentas padronizadas
- Registrar informações relevantes
- **Gestão/Núcleo de Segurança do Paciente (NSP):**
- Implantar protocolos de comunicação
- Monitorar indicadores
- Promover capacitação contínua

11. Indicadores de Monitoramento

- Taxa de adesão ao SBAR
- Nº de eventos relacionados à falha de comunicação
- Tempo de comunicação de resultados críticos

- Conformidade na passagem de plantão

12. Não Conformidades

- Falta de registro de comunicação
- Informações incompletas ou incorretas
- Ausência de confirmação (read back)
- Uso inadequado de prescrições verbais

Devem ser notificadas ao Núcleo de Segurança do Paciente.

12. Base Normativa

Este protocolo está alinhado às diretrizes da:

- Organização Mundial da Saúde
- Joint Commission International
- Ministério da Saúde do Brasil
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária

13. Considerações Finais

A comunicação efetiva é um dos pilares da segurança do paciente, sendo fundamental para a prevenção de erros e a garantia da continuidade do cuidado. A padronização dos processos comunicacionais e o uso de ferramentas estruturadas contribuem significativamente para a qualidade assistencial e redução de riscos.

Referências

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Caderno 1. 2. ed. Brasília, DF: Anvisa, 2017. Disponível em:

<https://www.saude.go.gov.br/images/imagens_migradas/upload/arquivos/2017-09/2017-anvisa---caderno-1---assistencia-segura---uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica.pdf> Acesso em: 4 abr. 2026.

ARANAZ, J.M.; IVORRA, F.; COMPAN, A.F.; MIRALLES, J.J.; et al. **Adverse events in ambulatory surgical procedures**. Cir Esp. 2008;84(5):273-

8. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19080913/>. Acesso em: 04 abr. 2026> .

BARROS, A.L.B.L. et al. **Processo de enfermagem: guia para a prática**. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo – São Paulo. COREN-SP. 2015. p113 Disponível em: <<https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/SAE-web.pdf>> . Acesso em: 04 abr 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil; Brasília, DF; 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html> . Acesso em: 20 abril 2026.

_____. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html. Acesso em 11 abr. 2026.

_____. Decreto nº. 94.406, de 08 de junho de 1987. **Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências**. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília, DF, 21 set. 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html> . Acesso em 11 abr. 2026.

_____. Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013. **Dispõe sobre o exercício da medicina**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112842.htm#:~:text=1%C2%BA%20O%20

exerc%C3%ADcio%20da%20Medicina,sem%20discrimina%C3%A7%C3%A3o%20de%20qualquer%20natureza> Acesso em 11 abr. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Guia de Recomendações para registros de enfermagem no prontuário do paciente e em outros documentos de enfermagem.** Resolução Cofen nº 514, de junho de 2016. Brasília: COFEN, 2016. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05142016_41295.html> ANEXO:

<<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/RESOLU%C3%87%C3%83O-COFEN-N%C2%BA-0514-2016-GUIA-DE-RECOMENDA%C3%87%C3%95ES-vers%C3%A3o-web.pdf>> .

CRISPIM, D; SILVA da, M.J.P.; CEDOTTI, W.; CÂMARA, M.; GOMES, S.A.

Visitas Virtuais durante a pandemia do COVID-19. Recomendações práticas para comunicação e acolhimento em diferentes cenários da pandemia. s/v, s.n, 2020. p.16. Disponível em: <<https://portal.corensp.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/Visitas-virtuais-COVID-19.pdf>> Acesso em 16 abr. 2026.

DEERING, S; JOHNSTON, L,C; COLACCHIO, K. **Multidisciplinary teamwork and communication training.** Semin Perinatol. 2011. v 35, n.2, p.89-96.

JCI. Joint Commission International. **Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais.** 4ª ed. Rio de Janeiro; 2011.

JOHNSON, H.L; KIMSEY, D. **Patient safety: break the silence.** AORN J. 2012. v.95, n.5, p. 591-601. DOI: 10.1016/j.aorn.2012.03.002. Disponível em : <<https://aornjournal.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1016/j.aorn.2012.03.002>> Acesso em: 16 abr. 2026.

LEE, A,R.; JESSICA, L.; BRIAN, W,L. **Sytematic Review of Handoff Mnemonics Literature.** American Jornal of Medical Quality. 2012. p.196-204.

CAPÍTULO 6

META 3. SEGURANÇA DO PACIENTE NA ADMINISTRAÇÃO DOS MEDICAMENTOS

O cuidado seguro é a “redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde” e é resultado de ações corretas dos profissionais de saúde, dos processos, sistemas e serviços adequadamente estruturados nas instituições de saúde, assim como de políticas governamentais regulatórias, o que exige um esforço coordenado e permanente. A preocupação com a segurança já se mostra implícita no modelo brasileiro de atenção à saúde que é “pautado na defesa da vida” (RUNCINAM, 2009).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou em 2017 o terceiro desafio global para segurança do paciente: Medicação sem danos. Com isso se busca reduzir os danos graves e evitáveis com o uso de medicamentos. Cinco objetivos principais foram sugeridos: avaliar o escopo e causas dos danos evitáveis no uso de medicamentos e fortalecer sistemas de monitoramento; criar um referencial de ação e comportamento que instrua pacientes, familiares e profissionais da saúde sobre o processo de medicação; desenvolver sistemas mais seguros e tecnológicos para evitar eventos; Envolver e conscientizar parceiros como as indústrias farmacêuticas, para juntar esforços em prol da segurança e, por último, empoderar pacientes e familiares para que possam participar das decisões sobre seu tratamento. Esta campanha visa reduzir o nível de danos severos relacionados aos erros de medicação em 50% em cinco anos.

Objetivo

Assegurar a utilização segura de medicamentos em todas as etapas do processo assistencial, reduzindo erros e eventos adversos, e promovendo a qualidade do cuidado.

2. Abrangência

Aplica-se a todos os profissionais envolvidos no processo medicamentoso:

- Corpo clínico
- Enfermagem
- Farmácia
- Demais profissionais de saúde

3. Definições

- Erro de medicação: falha evitável que pode causar ou levar ao uso inadequado do medicamento ou dano ao paciente
- Evento adverso: dano causado ao paciente relacionado ao uso de medicamento
- Medicamento de alta vigilância: medicamento com maior risco de causar dano grave

Quadro 1: Etapas na administração dos medicamentos (WHO, 2012).

Prescrição	O médico deve prescrever um apropriado medicamento para uma determinada situação clínica, levando em consideração os fatores individuais do paciente. O prescritor deve selecionar a via de administração, a dose, o tempo e o regime de administração mais adequados.
Dispensação	O farmacêutico irá transcrever e verificar a prescrição médica e em seguida, escolherá o medicamento e documentará o processo.
Administração	Administrar um medicamento inclui ter disponível um medicamento certo, na dose certa, para a via certa e na validade correta. A administração dos medicamentos ainda inclui a necessidade de verificar se o paciente apresenta alergias ou reações adversas aos medicamentos prescritos.
Monitoramento	Avaliar clinicamente o paciente no intuito de determinar as alterações orgânicas em decorrência do medicamento administrado.

Os erros de medicação (EM) podem ocorrer em qualquer fase do processo de gerenciamento de medicamentos, ou seja, na fase de prescrição, dispensação, administração e monitoramento. Os tipos de erros de medicação para cada fase estão listados no Quadro 2:

Quadro 2. Tipos de erros de medicação (WHO, 2012):

Prescrição	Conhecimento inadequado sobre as indicações, contraindicações, interações e incompatibilidades medicamentosas podem ocasionar uma prescrição inadequada de um medicamento.
	Falhas em considerar fatores físicos, cognitivos, emocionais e sociais, como alergias, gravidez e comorbidades podem ocasionar o erro de prescrição de um medicamento.
	Medicamento prescrito para o paciente errado.
	Medicamento prescrito na dose errada.
	Medicamento prescrito na via de administração errada.
	Medicamento prescrito na frequência errada.
	Não ter prescrito o medicamento conforme a indicação clínica.
Dispensação	Dispensação do medicamento errado (tipo de medicamento errado ou para via de administração ou dose erradas)
	Dispensação do medicamento para o paciente errado.
	Dispensação do medicamento no horário errado.
	Não ter sido dispensado o medicamento.

Administração	Medicamento administrado no paciente errado
	Medicamento administrado na dose errada
	Medicamento administrado na via de administração errada
	Medicamento administrado no horário errado
	Medicamento ter sido infundido no tempo errado
	Não administrar o medicamento
	Documentação inadequada quanto à administração do medicamento
Monitoramento	Falha de monitoramento quanto aos efeitos colaterais ou adversos após ter sido administrado um medicamento ou mesmo durante a infusão de um medicamento.

Os EM são de caráter multifatorial e podem ser desencadeados por circunstâncias que contribuem para a ocorrência dos erros. Os fatores contribuintes para o aparecimento de eventos adversos podem ser divididos em Fatores relacionados aos pacientes: diversas comorbidades, uso contínuo e simultâneo de vários medicamentos, prescrição de medicamentos realizados por mais de um médico (cópia e cola), pacientes com prejuízos cognitivos, pacientes com falhas de comunicação, pacientes inconscientes, crianças e recém nascidos e pacientes que não falam ou não entendem o mesmo idioma do profissional de saúde.

- Fatores relacionados aos profissionais: inexperiência profissional e/ou falta de conhecimento, situações de emergência, excesso de atividades, múltiplas interrupções, cansaço, falta de vigilância, falha nas rotinas de dupla checagem das medicações, falha de comunicação e de cooperação na equipe de trabalho.
- Fatores relacionados ao local de trabalho: ausência de cultura de segurança, armazenamento inadequado dos medicamentos (medicamentos com nomes similares ou aparência similar armazenados em locais próximos),

ausência de sistemas eletrônicos de compartilhamento de dados clínicos dos pacientes.

- Fatores relacionados aos medicamentos: similaridades dos medicamentos quanto a grafia ou aparência, dificuldade na leitura das informações dos medicamentos (nome dos medicamentos, dose, via de administração e validade).
- Fatores relacionados aos equipamentos: conectores similares para diferentes vias de administração dos medicamentos, uso inadequado de dispositivos eletrônicos de infusão (BI)

Estratégias para redução de erros relacionados à medicação.

As estratégias para redução de danos na administração de medicamentos estão atreladas à farmacovigilância, definida como “a ciência e atividades relativas à identificação, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados ao uso de medicamentos .

No Brasil a Farmacovigilância responsabiliza-se pelo monitoramento de todos os eventos adversos com medicamentos, evidenciando que seus benefícios se sobrepõem a seus riscos Esta estratégia nacional demonstra uma necessidade de vigilâncias pontuais, assim elas devem ter uma perspectiva sistêmica que contemplem desde as agências regulatórias até os profissionais de saúde. Ainda, a regulação do uso de medicamentos por órgão legalmente constituído implica na necessidade de vigilância nos serviços de saúde e na instituição de Protocolos para o Controle de Eventos Adversos. Pode ser considerada uma primeira estratégia a ser implementada, o uso do denominado Formulário de Notificação de Reação Adversa a Medicamentos

Dentro das instituições de saúde, a principal estratégia é construir uma cultura de segurança, na qual o relato de erro seja visualizado como um fator de educação e prevenção de eventos adversos para o paciente, desmistificar a visão punitiva e estimular uma relação de respeito e confiança entre a equipe multiprofissional, fortalecendo a mitigação de EM.

O controle dos EM permite estabelecer indicadores de avaliação de eventos adversos. Os resultados obtidos serão avaliados sempre com o intuito de atingir as metas propostas, definidas com base na administração segura de medicamentos.

O uso de indicadores auxilia, principalmente, na prevenção de danos no uso de medicamentos potencialmente perigosos, que durante sua administração podem provocar alterações de consciência ou instabilidade hemodinâmica do paciente. A prevenção de eventos adversos por administração de doses acima ou abaixo das prescritas são a principal razão para o cuidado seguro.

Os eventos de erros ou quase erros de medicação precisam ser investigados e são quase sempre de natureza multifatorial, envolvendo determinados profissionais inseridos no processo. Normalmente esta equipe multiprofissional é constituída por médico, enfermeiro e farmacêutico. Um estudo de revisão sistemática, analisando intervenções para reduzir o EM nos ambientes clínicos e cirúrgicos para adultos evidenciou que a integração entre os profissionais era uma boa combinação para redução dos erros. Destacam os fatores positivos das intervenções observadas: parceria farmacêutica, ter registro eletrônico de prescrição, distribuição automatizada dos medicamentos, treinamento contínuo da equipe e identificaram que a equipe de

enfermagem deve se concentrar na sequência de administrar o medicamento, reduzindo a interrupção deste processo.

Assim, competências devem ser estabelecidas em todo o processo do uso de medicamentos. Elas reconhecem como estratégias essenciais a padronização de tecnologias de informação, educação permanente e monitoramento das práticas de medicação em todas as etapas. As ações serão facilitadas com a implementação de protocolos institucionais. A Anvisa reitera estas recomendações e reforça a necessidade de estabelecer um processo de análise do medicamento informatizado, facilitando o controle de todo o processo de medicação. Através do sistema de Prontuário Informatizado a prescrição e distribuição de medicamentos é controlada, os horários podem ser aprazados pelo serviço de enfermagem, verificando a necessidade e o benefício do paciente. O sistema informatizado também possibilita rastrear todo o processo, e dos demais profissionais envolvidos: o médico prescritor, enfermeiro que aprazou e farmacêutico revisor.

Abaixo destacamos as principais estratégias relacionadas a prevenção de erros de medicação:

Revisão técnica das prescrições

A prescrição é realizada pela equipe médica, assim, a primeira recomendação é a instituição de sistemas eletrônicos (prontuário eletrônico) e adoção de uma série de condutas, como a identificação do paciente; não usar abreviaturas; o prescritor deve colocar seu nome completo e registro do conselho profissional; identificação da instituição; data; legibilidade; denominação do medicamento de uso brasileiro; distinguir letras quando há nomes de medicamentos semelhantes, ex, DOPamina, DOBUtamina; expressão das doses; duração do tratamento;

indicação, cálculos de doses e quantidade dos medicamentos; e não usar expressões vagas.

Ressaltando que grande parte dos EM são atribuídos a erros nos cálculos de doses, por isso, a prescrição deve sempre conter a diluição, velocidade de infusão e via de administração corretas.

Os serviços de saúde devem estabelecer uma relação de medicamentos, favorecendo a familiaridade com suas características por toda a equipe.

Importante implementar protocolos clínicos multiprofissionais e pres- crições informatizadas que minimizem as confusões geradas por pres- crições ilegíveis ou por ordens verbais/por telefone.

Preservar a saúde do profissional, pois uma prescrição errada pode estar relacionada à fadiga, doença física ou psicológica.

A análise das prescrições médicas quanto aos seus aspectos legais e téc- nicos constituem importante etapa na construção do cuidado inicial ao paciente.

“A revisão técnica é realizada para verificação de possíveis discrepâncias referentes às doses máxima e mínima, intervalo de administração, via de administração incompatível, interações medicamentosas graves, pos- sibilidades de sugestão de alternativas terapêuticas para itens em falta, duplicidade farmacêutica, dados que geram dúvida, entre outros.

A não conformidade da prescrição revisada possibilita intervenção do profissional farmacêutico.

Aprazamento

O aprazamento consiste no planejamento dos horários e intervalos de administração de medicamentos, normalmente realizado pela equipe de enfermagem, e serve como a primeira revisão da prescrição.

A interação medicamentosa que resulta em reações adversas quase sempre está relacionada ao uso simultâneo de vários medicamentos, como em prescrições complexas desencadeando, possivelmente, Potenciais Interações Medicamentosas (PIMs). O aprazamento, que é de responsabilidade do enfermeiro, pode resultar em PIMs, portanto ele deve ser realizado com critérios e estar sempre atrelado ao conhecimento do medicamento.

Recomendável que haja interação com a farmácia para esclarecimentos sobre o medicamento e o próprio aprazamento. Além disso, se reconhece como ideal a informatização do aprazamento juntamente com a prescrição. Vários *softwares* possibilitam checagem de interações e outras informações necessárias.

Distribuição e dispensação de medicamentos

É uma atividade normalmente realizada pelo farmacêutico. Ele organiza o controle dos medicamentos desde a entrada da receita, observando se a prescrição está correta, clara e legível e se há similaridade de drogas, realizando também o processo de controle da organização do local de trabalho.

Os sistemas de distribuição podem ser organizados de modo coletivo, individualizado, misto, dose unitária ou até sistema automatizado. Assim, cada modalidade deve estabelecer

estratégias de dispensação segura, como restrição ao acesso, ter

um procedimento operacional estabelecido, armazenamento adequado e possuir estratégias de dispensação relacionadas à prescrição.

Ambiência/comunicação

O uso seguro de medicamentos é um processo que exige um ambiente com o mínimo de distração possível. Os profissionais envolvidos necessitam de tempo disponível para realizar estas ações com metas de minimizar situações de estresse.

A manipulação de medicamentos seja para dispensação ou para administração requer um ambiente limpo e seguro (boa iluminação, baixo nível de ruídos, boa ventilação, espaço físico e mobiliário/materiais adequados e uso das precauções padrão de higiene. Os medicamentos perigosos devem ser armazenados separadamente. Recomenda-se que as unidades de internação mantenham um estoque mínimo de medicamentos para os carros de emergência que ficam alocados em todas as unidades de atendimento. O gerenciamento do seu estoque (guarda, controle e reposição) sempre é realizado pela equipe de enfermagem.

Para prevenção de EM também se recomenda a implantação de sistema de suporte a decisões clínicas com emissão de alertas automatizadas para identificação de medicamentos especiais, como também para limitação do acesso a esses medicamentos. Sugere-se, inclusive, adotar medidas que facilitem a identificação na própria prescrição. Um exemplo, identificação para alergias, drogas que oferecem risco de quedas.



Figura 3. Exemplos de etiquetas de alerta de uso de medicamentos (FONTE: BRASIL, 2019. BOLETIM ISMP 2019)

Relação com o paciente

A Comunicação com o paciente é uma estratégia importante de mitigação de EM. Oferecer conhecimento sobre o medicamento, seu uso, via de administração, reações adversas, são orientações que contribuem com a segurança e incentivam o autocuidado. A OMS recomenda encorajar o paciente para que tenha conhecimento e cuidado com suas medicações favorecendo a segurança no uso.

Preparo e administração de medicamento

A administração de medicamentos exige conhecimento técnico científico, da farmacologia, da anatomia, fisiologia, microbiologia, bioquímica entre outras. Familiarizar-se com o medicamento, com as suas indicações, contraindicações e efeitos colaterais previne o erro e pode ser consultado rapidamente usando “ajudas de memórias” como uso de livros didáticos de bolso, farmacopeias e as tecnologias de informação com softwares específicos.

A etapa da administração de medicamentos é a última no

processo, entretanto, é a segunda maior causa EM. Conforme explicado anteriormente, nesta etapa o erro também é multifatorial e é necessário identificar as principais causas.

É essencial o estabelecimento de protocolos específicos para o preparo e administração de medicamentos, principalmente em casos de medicamentos especiais que requerem cuidados específicos, tais como, infusão de quimioterápicos, infusão de imunoglobulinas e quando administrado por sondas enterais.

Um alerta fundamental: jamais deve ser administrado um medicamento quando se tem dúvidas: se a identificação estiver confusa, descarte-o. Somente administre com 100% de certeza sobre ele. Portanto, importante criar o hábito da verificação, importante destacar que a prescrição computadorizada não suprime esta obrigação.

Uso dos 5-7-9 certos para segurança na medicação

A equipe de enfermagem tem seguido tradicionalmente os cinco certos na administração de medicamentos. Progressivamente foram acrescentados outros elementos de conferência, configurando-se em os “9 certos na administração de medicamentos”, uma excelente estratégia, que tem impacto na redução dos EM.

Os 9 certos atualmente recomendados para sua aplicação, são: Paciente certo, Medicamento certo, Via certa, Hora certa, Dose certa, Documentação certa (Registro certo), Ação certa, Forma certa e Resposta certa. Todos eles devem ser adequadamente compreendidos pelo profissional que os executa.

A seguir, descreve-se cada certo com os passos a serem seguidos para prevenção dos EM:

I. Paciente certo

- Pergunte ao paciente seu nome completo antes de administrar o medicamento
- Realize a dupla checagem - paciente correto
- Verifique correspondência com o nome na pulseira, nome no leito e no prontuário.
- Baixo nível de consciência: pulseira de identificação e mais dois identificadores diferentes

II. Medicamento certo

- Confira se o nome do medicamento que tem em mãos é o que está prescrito.
- Confirme o nome do medicamento com a prescrição antes de ser administrado.
- Conheça o paciente e suas alergias e confirme que não é alérgico ao medicamento prescrito
- Identifique os pacientes alérgicos de forma diferenciada, com pulseira e aviso em prontuário, alertando toda a equipe
- Registre todos os fatos em prontuário e notifique-os
- Conheça a composição dos medicamentos associados e identifi- que se o paciente é alérgico a algum desses medicamentos.

III. Via certa

- Identifique a via de administração prescrita.
- Verifique se a via de administração prescrita é a via tecnicamente recomendada para administrar determinado medicamento.
- Lave as mãos antes do preparo e administração do medicamento.
- Verifique se o diluente (tipo e volume) foi prescrito e se a velocidade de infusão foi estabelecida, analisando sua compatibilidade com a via de administração e com o medicamento em caso de administração por via endovenosa.
- Avalie a compatibilidade do medicamento com os produtos para a saúde utilizados para sua administração (seringas, cateteres, sondas, equipamentos, e outros).
- Identifique no paciente qual a conexão correta para a via de administração prescrita em caso de administração por sonda nasogástrica, nasoentérica ou via parenteral.
- Realize a antisepsia do local da aplicação para administração de medicamentos por via parenteral.
- Esclareça todas as dúvidas com a supervisão de enfermagem, prescritor ou farmacêutico previamente à administração do medicamento.
- Esclareça as dúvidas de legibilidade da prescrição diretamente com o prescritor. Importante: Informações sobre compatibilidade de medicamentos e produtos para a saúde utilizados na administração de medicamentos deverão estar disponíveis em manual ou em base de dados para consulta no local do preparo ou pode-se consultar o farmacêutico.

IV. Hora certa

- Prepare o medicamento de modo a garantir que a sua administração seja feita sempre no horário correto, para garantir adequada resposta terapêutica.
- Prepare o medicamento no horário oportuno e de acordo com as recomendações do fabricante, assegurando-lhe estabilidade.
- A antecipação ou o atraso da administração em relação ao horário predefinido somente poderão ser feitos com o consentimento do enfermeiro e do prescriptor.

V. Dose certa

- Confira atentamente a dose prescrita para o medicamento.
- Doses escritas com “zero”, “vírgula” e “ponto” devem receber atenção redobrada, conferindo as dúvidas com o prescriptor sobre a dose desejada, pois podem redundar em doses 10 ou 100 vezes superiores à desejada.
- Certifique-se de que a infusão programada é a prescrita para aquele paciente.
- Verifique a unidade de medida utilizada na prescrição. Em caso de dúvida ou medidas imprecisas (colher de chá, colher de sopa, ampola), consultar o prescriptor e solicitar a prescrição de uma unidade de medida do sistema métrico.
- Confira a velocidade de gotejamento, a programação e o funcionamento das bombas de infusão em caso de medicamentos de infusão contínua.
- Realize dupla checagem dos cálculos para o preparo e programa-

ção de bomba para administração de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância.

- Medicações de uso “se necessário” deverão, quando prescritas, ser acompanhadas da dose, posologia e condição de uso.
- Solicite complementação do prescritor em caso de orientações vagas, tais como “fazer se necessário”, “conforme ordem médica” ou “a critério médico”, para possibilitar a administração.
- Importante: Não deverão ser administrados medicamentos em casos de prescrições vagas como: “fazer se necessário”, “conforme ordem médica” ou “a critério médico”.

VI. Registro certo da administração

- Registre na prescrição o horário da administração do medicamento.
- Cheque o horário da administração do medicamento a cada dose.
- Registre todas as ocorrências relacionadas aos medicamentos, tais como adiamentos, cancelamentos, desabastecimento, recusa do paciente e eventos adversos.

VII. Orientação correta

- Esclareça dúvidas sobre a razão da indicação do medicamento, sua posologia ou outra informação antes de administrá-lo ao paciente junto ao prescritor.
- Oriente e instrua o paciente sobre qual medicamento está sendo administrado (nome), justificativa da indicação, efeitos esperados e

aqueles que necessitam de acompanhamento e monitorização.

- Garanta ao paciente o direito de conhecer o aspecto (cor e formato) dos medicamentos que está recebendo, a frequência com que será ministrado, bem como sua indicação, sendo esse conhecimento útil na prevenção de erro de medicação.

VIII. Forma certa

- Cheque se o medicamento a ser administrado possui a forma farmacêutica e via de administração prescrita.
- Cheque se a forma farmacêutica e a via de administração prescritas estão apropriadas à condição clínica do paciente
- Sane as dúvidas relativas à forma farmacêutica e a via de administração prescrita junto ao enfermeiro, farmacêutico ou prescritor.
- A farmácia deve disponibilizar o medicamento em dose unitária ou manual de diluição, preparo e administração de medicamentos, caso seja necessário realizar a trituração e suspensão do medicamento para administração por sonda nasogástrica ou nasoentérica.

IX. Resposta certa

- Observe cuidadosamente o paciente para identificar, quando possível, se o medicamento teve o efeito desejado.
- Registre em prontuário e informe ao prescritor, todos os efeitos diferentes (em intensidade e forma) do esperado para o medicamento. Deve-se manter clara a comunicação com o paciente e/ou cuidador.
- Considere a observação e relato do paciente e/ou cuidador sobre os efeitos dos medicamentos administrados, incluindo respostas

diferentes do padrão usual. Registre todos os parâmetros de monitorização adequados (sinais vitais, glicemia capilar).

Finalmente, a administração de medicamentos exige uma complexidade de ações e, por esta razão, a implementação de protocolos é necessária, conforme o apresentado no Quadro 3 proposto pelo Ministério da Saúde/Anvisa, em parceria com Fiocruz e FHEMIG (BRASIL, 2013).

Quadro 3. Implementação de um POP (Procedimento operacional padrão) para administração de medicamentos, conforme recomendação do MS- protocolo.

Implementar a prática de verificação dos nove certos da terapia medicamentosa.	Discutir a prevenção das interações medicamentosas com a equipe multiprofissional (médico, farmacêutico e nutricionista).
Certificar-se de que as informações sobre o processo de medicação estejam documentadas corretamente.	Seguir o protocolo institucional quanto à verificação das prescrições na passagem de plantão
Somente administrar medicamento se as dúvidas forem esclarecidas.	Seguir o protocolo institucional quanto aos cuidados para que não haja a administração de medicamentos suspensos pelo médico.
Estabelecer protocolos institucionais de administração de medicamentos e atualizá-los periodicamente.	Padronizar o armazenamento adequado e a identificação completa e clara de todos os medicamentos que estão sob a guarda da equipe de enfermagem.

Utilizar materiais e técnicas assépticas para administrar medicamentos por via intravenosa e para outras vias que exijam esse tipo de técnica.	Monitorar a temperatura da geladeira de acondicionamento de medicamentos, observando-se o parâmetro mínimo e máximo de temperatura diariamente, dirimindo dúvidas com o farmacêutico
Registrar, conforme protocolo da instituição, todas as ações imediatamente após a administração do medicamento.	Organizar local adequado para o preparo de medicamentos, preferencialmente sem fontes de distração e que permita ao profissional concentrar-se na atividade que está realizando.
O enfermeiro deve supervisionar o preparo e a administração de medicamentos realizados por técnicos e auxiliares de enfermagem	A instituição deve disponibilizar e atualizar guias de prevenção de incompatibilidades entre fármacos e soluções e guias de diluição de medicamentos.
Seguir o protocolo da instituição quanto ao preparo de pacientes para exames ou jejum que possam interferir na administração do medicamento.	Solicitar revisão por um colega sempre que calcular doses para medicamentos potencialmente perigosos ou medicamentos de alta vigilância.
Em casos de preparo de pacientes para exames ou jejum, não administrar nem adiar a administração de doses sem discutir conduta com o prescritor	Fazer consultas ao farmacêutico e em fontes de informações atualizadas e idôneas em caso de dúvidas sobre o nome do medicamento, posologia, indicações, contraindicações, precauções de uso, preparo e administração.

Registrar adequadamente a omissão de dose e comunicar ao enfermeiro	Utilizar instrumentos de medida padrão no preparo de medicamentos (ex: seringas milimetradas) para medir doses com exatidão.
Adequar os horários de administração dos medicamentos à rotina de uso já estabelecida pelo paciente antes da internação, sempre que possível.	Seguir os sistemas de identificação do paciente e do leito ou sala de medicação estabelecidos nos protocolos institucionais
Evitar, dentro do possível, interações medicamento-medicamento e medicamento-alimento quando realizar o aprazamento de medicamentos.	Padronizar equipamentos como bombas de infusão, limitando a variedade de opções
Levar ao local, no horário de administração de medicamentos, apenas o que está prescrito a um único paciente, não fazendo uso de bandeja contendo diversos medicamentos para diferentes pacientes.	Seguir a prescrição de enfermagem para o uso de bombas de infusão para administração segura de medicamentos.
Preparar o medicamento imediatamente antes da administração, a não ser que haja recomendação especial do fabricante para procedimento diferente	Administrar medicamento por ordem verbal somente em caso de emergência, utilizando método de dupla checagem para administração com registro por escrito da ordem verbal

Manter registro adequado dos frascos de medicamentos preparados que serão armazenados (com data e horário da manipulação, concentração do medicamento, nome do responsável pelo preparo e validade).	Registrar corretamente a administração do medicamento prescrito no prontuário do paciente, certificando que foi administrado ao paciente e evitando a duplicação da administração do medicamento por outro profissional.
Informar ao paciente e à família sobre eventuais incidentes relacionados à terapia medicamentosa, registrando-os em prontuário e notificando-os à Gerência de Riscos e/ou ao Núcleo de Segurança do Paciente.	Comunicar ao paciente qual o medicamento está sendo administrado e qual a sua ação no momento da administração.
Devolver à farmácia as sobras de medicamentos não administrados pois estoques de medicamentos nas enfermarias são fonte importante de erros de administração	

Fonte: BRASIL, 2013; P.36-37.

Treinamento

É essencial assegurar que todas as etapas da gestão de medicamentos sejam realizadas por pessoal qualificado e competente. A educação sobre medicamentos semelhantes e aqueles altamente perigosos deveriam ser ensinados desde a graduação, bem como nas capacitações de profissionais da área da saúde

Além disso, o farmacêutico é o profissional recomendável para oferecer informações técnicas sobre a droga, tais como estabilidade quando diluída. Neste aspecto, o conhecimento dos medicamentos e seus possíveis riscos pelos profissionais previne a ocorrência de erros que podem levar até à morte. Deve-se ampliar a divulgação das interações medicamentosas para profissionais da saúde e usuários de medicamentos

O estabelecimento de saúde deve proporcionar aos profissionais, anualmente, educação permanente e treinamento em uso seguro de medicamentos em todas as suas etapas. Para tal, ele precisa possuir uma política de incentivo à melhoria da segurança do uso de medicamentos, centrado no trabalho em equipe, notificação e ambiente não punitivo

Estratégias inovadoras

Reconciliação de medicamentos

A reconciliação de medicamentos é uma atividade que busca reduzir prescrições inconsistentes, prevenindo erros, muito utilizada para pacientes que fazem uso domiciliar, possibilitando a comparação com o uso em hospital, ambulatório com o domicílio.

Este processo deve ser utilizado nos serviços de saúde, pois garante com segurança a continuidade do tratamento, identificando os erros de prescrição e de administração.

Desta forma, a ênfase à educação continuada trabalhando com familiares e os pacientes impacta no sucesso desta estratégia

Estratégias para redução de erros relacionados aos medicamentos potencialmente perigosos

Além das barreiras que podem ser implementadas para garantir a segurança na administração dos medicamentos, outras recomendações devem ser adotadas, principalmente quando estão relacionados aos medicamentos considerados como potencialmente perigosos, também conhecidos como medicamentos de alta vigilância. Esses medicamentos são aqueles que apresentam um elevado risco de dano permanente ao paciente ou até a morte, caso ocorra um erro de medicação

Uma das maiores estratégias para a minimização de EM relacionados aos medicamentos potencialmente perigosos é a instrumentalização e treinamento de todos os profissionais que

manipulam esses medicamentos e esse treinamento se inicia com o conhecimento da lista dos medicamentos potencialmente perigosos, conforme Quadro 4.

Quadro 4. Medicamentos potencialmente perigosos de uso hospitalar

Agonistas adrenérgicos endovenosos
Água estéril
Analgésicos opioides
Anestésicos gerais, inalatórios e endovenosos
Antagonistas adrenérgicos endovenosos
Antiarrítmicos endovenosos
Antineoplásicos de uso oral e parenteral
Anticoagulantes
Anticoagulantes orais diretos e inibidores do fator Xa
Inibidores diretos da trombina
Inibidores da glicoproteína IIb/IIIa
Trombolíticos
Bloqueadores neuromusculares
Cloreto de sódio hipertônico injetável com concentração maior que 0,9%
Glicose hipertônica com concentração maior ou igual a 20%
Inotrópicos endovenosos
Insulina subcutânea e endovenosa
Medicamentos administrados por via epidural ou intratecal
Medicamentos na forma lipossomal
Sedativos de uso oral de ação mínima ou moderada, para crianças
Sedativos endovenosos de ação moderada
Soluções cardioplégicas
Soluções para diálise peritoneal e hemodiálise
Soluções de nutrição parenteral
Sulfoniluréias de uso oral

Além dos medicamentos supracitados, destacam-se ainda os seguintes medicamentos potencialmente perigosos: cloreto de potássio concentrado injetável, epinefrina subcutânea, fosfato de potássio injetável, metotrexato de uso oral, nitroprussiato de sódio, ocitocina endovenosa, prometazina injetável, sulfato de magnésio injetável e a vasopressina endovenosa e intraóssea.

Destacamos as principais recomendações do instituto para as práticas seguras no uso de medicamentos (ISPM, 2021; HAMS, 2020; ISPM, 2019).

- Identificar os medicamentos potencialmente perigosos com etiquetas de alerta;
- recolher ampolas de cloreto de potássio concentrados das unidades;
- as conexões das seringas para medicamentos por via oral não podem ser adaptáveis aos sistemas de administração endovenosa;
- padronizar medicamentos e doses para redução da necessidade de memorização e revisar continuamente essas padronizações;
- reduzir ao mínimo o número de alternativas dos medicamentos (concentrações e volumes);
- estabelecer protocolos para o uso de determinados medicamentos potencialmente perigosos;
- centralização do preparo dos medicamentos potencialmente perigosos;
- realizar o procedimento de dupla checagem dos medicamentos potencialmente perigosos;
- implantar sistemas de prescrição eletrônica com alertas automatizados;
- realizar treinamentos periódicos;
- divulgar a lista dos medicamentos potencialmente perigosos.

Importância da transição do cuidado na segurança medicamentosa

A segurança na administração dos medicamentos também deve incluir ações que envolvem a segurança na transição do cuidado, ou seja, os diversos locais de onde um paciente se muda ou retorna, como por exemplo, nas transferências dos pacientes entre unidades hospitalares, na alta hospitalar para seu domicílio e na admissão e transferência para instituições de longa permanência.

Algumas soluções podem ser adotadas para aumentar a segurança na administração dos medicamentos no que tange a transição dos cuidados, sendo que essa transição deve envolver pessoas, tecnologias, sistemas e processos.

Engajamento dos pacientes, familiares e cuidadores	• Pacientes orientados quanto a auto administração dos medicamentos podem auxiliar a equipe de saúde na transição do cuidado; • Recomendado a utilização de instrumentos para orientação dos pacientes quanto a medicação, horário, efeitos colaterais e dose. • Utilização de impressos ou dispositivos eletrônicos com o aprazamento das medicações; • Adequada comunicação na alta hospitalar, principalmente relacionado ao horário das medicações (quais medicações o
---	--

	paciente recebeu naquele dia e quais ainda deve receber).
--	---

Na tabela abaixo ressaltamos as principais intervenções relacionados a transição do cuidado):

Reconciliação medicamentosa	• Esse processo consiste na transferência acurada, adequada e completa das informações das medicações do paciente nas interfaces de cuidado. • Utilizar a lista de medicações do paciente na transição do cuidado domicílio-hospital. • Realizar a lista de medicações do paciente na transição do cuidado hospital-domicílio.
Informação de qualidade	• Disponibilizar informações em todas as transições do cuidado é essencial. • Sistemas eletrônicos unificados permitem a transmissão de informações com qualidade e segurança no que tange a transição entre os diversos níveis de cuidado (hospital, instituições de longa permanência, atendimento primário em saúde).

Alta e Intervenções após a alta hospitalar

- Diversas intervenções devem ser realizadas na alta e após a alta:
 - Planejamento da alta;
 - Reconciliação medicamentosa;
 - Revisão das medicações;
 - Instrumentos que facilitam a transição do cuidado;
 - Compartilhamento de informações envolvendo o seguimento de profissionais da comunidade e do hospital;
 - Acesso ao sistema eletrônico dos pacientes;
 - Carta de alta compartilhada entre os profissionais de saúde;
 - Educação e aconselhamento dos pacientes/ familiares e cuidadores

Referências

ALMALKI ZS, ALQAHTANI N, SALWAY NT, ALHARBI MM, ALQA- HTANI A, ALOTAIBI N, ALOTAIBI TM, ALSHAMMARI T. **Evaluation of medication error rates in Saudi Arabia: A protocol for system- atic review and meta-analysis.** *Medicine*, 100:9 (e24956), 2021.

AMARO, M.A.C.; SCHVEITZER, M.C.; BOHOMOL, E.. **Near miss na atenção primária à saúde e a segurança do paciente: revisão in- tegrativa.** *Revista Nursing*, 2021; 24 (273): 5279-5283. Disponível em: <http://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/675/1400>

BARKER K.N.; MIKEAL, R.L.; PEARSON, R.E. et al. **Medication errors in nursing homes and small hospitals.** *Am J Hosp Pharm* 1982; 39: 987–991.

BRASIL- ISPM Brasil. **Instituto para práticas seguras no uso de me- dicamentos.** Boletim. Gerência de farmacovigilância da ANVISA lança pesquisa para conhecer o perfil dos notificadores de eventos adversos de medicamentos. 8(5), 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e Adminis- tração de Medicamentos. Protocolo coordenado pelo Ministério da Saúde e ANVISA em parceria com FIOCRUZ e FHEMIG.** 2013. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/ protocolo-de-seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medica- mentos/>

DONALDSON L.J.; KELLEY, E.T.; DHINGRA-KUMAR, N.; KIENY, M.P.; SHEIKH, A. **Medication without harm: WHO's mird Global Pa- tient Safety Challenge.** *Lancet*, 389(10080):1680–1, 2017.

EUROPEAN MEDICINES AGENCY. **Good practice guide on re- cording, coding, reporting and assessment of medication er- rors.** 2015. Disponível em: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Regulatory_and_procedural_guideline/2015/11/WC500196979.pdf. Acessado em 18 Jan 2018

FAHIMI, F.; ABBASI NAZARI, M.; ABRISHAMI; ET AL. **Transcription errors observed in a teaching hospital.** *Arch Iran Med*, 12: 173–175, 2009

INSTITUTE FOR SAFE MEDICATION PRACTICES (ISMP). **High-Alert Medications in Long-Term Care (LTC).** Settings. 2021. Disponível via: <https://www.ismp.org/recommendations/high-alert-medications-long-term-care-list>

CAPÍTULO 7

META 4. CIRURGIA SEGURA

1 INTRODUÇÃO

A implantação do protocolo de Cirurgia Segura no hospital vem fortalecer as medidas de segurança a serem implementadas para redução das ocorrências de incidentes e eventos adversos e a mortalidade cirúrgica, favorecendo a segurança na realização dos procedimentos cirúrgicos, no local correto e no paciente correto.

Este protocolo tem sua estrutura estabelecida para a assistência transoperatória segura em hospital e envolve uma rotina na sequência de eventos: avaliação pré-operatória dos pacientes, intervenção cirúrgica e preparação para os cuidados pós-operatórios apropriados. Na fase pré-operatória, a obtenção do consentimento informado; a confirmação da identificação do paciente, do sítio cirúrgico e do procedimento a ser realizado; a verificação da integridade do equipamento anestésico e da disponibilidade dos medicamentos de emergência e a preparação adequada para eventos transoperatórios são todas etapas suscetíveis a intervenção.

Durante a operação, o uso adequado e sensato dos antibióticos; disponibilidade de exames por imagem essenciais; monitorização apropriada do paciente; trabalho de equipe eficiente; pareceres cirúrgicos e anestésicos competentes; técnica cirúrgica meticulosa e boa comunicação entre os cirurgiões, profissionais de anestesiologia e enfermeiros são todos necessários para assegurar um bom resultado.

Após a operação, um planejamento de assistência claro, uma compreensão dos eventos transoperatórios e um comprometimento com a monitorização de alta qualidade podem melhorar o sistema cirúrgico, promovendo assim, a segurança do paciente e melhores resultados. Reconhece-se também a necessidade de pessoal treinado e recursos para funcionamento, tal como iluminação adequada e equipamento de

esterilização.

Finalmente, a cirurgia segura requer garantia de qualidade contínua e monitoramento.

Recentes revisões científicas realizadas na última década sobre ocorrência de eventos adversos em pacientes internados vêm mostrando que a cada 150 (cento e cinquenta) pacientes hospitalizados, 1 (um) morre em virtude ou consequência de um incidente. “Existem evidências de que a Lista de Verificação de Cirurgia Segura reduz complicações e salva vidas. Estudo realizado em 8 (oito) países encontrou uma redução de 11% para 7% da ocorrência de complicações em pacientes cirúrgicos e uma diminuição de mortalidade de 1,5% para 0,8% com a adoção da lista de verificação.” .

Impulsionados a fortalecer a segurança da assistência cirúrgica aos nossos usuários, na busca incessante da qualidade dos nossos serviços e no monitoramento dos nossos processos que resultem progressivamente em mais vidas salvas e mais incapacidades prevenidas, definimos e estabelecemos o Protocolo de Cirurgia Segura para o hospital.

2.OBJETIVOS

2.1 GERAL

Aumentar a adesão às boas práticas para realização de procedimentos cirúrgicos seguros.

2.2 ESPECÍFICO

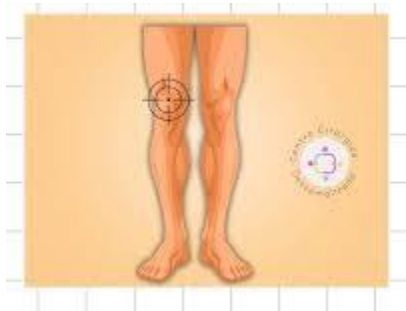
Reduzir o número de incidentes relacionados a procedimentos cirúrgicos no hospital, em quaisquer que sejam os procedimentos realizados, quer sejam terapêuticos, quer diagnósticos, que impliquem em incisão no corpo humano ou em introdução de equipamentos diagnósticos ou em introdução de equipamentos endoscópicos dentro ou fora do centro cirúrgico, por qualquer profissional de saúde.

2.3 LISTA DE VERIFICAÇÃO

Lista formal utilizada para identificar, comparar e verificar um grupo de itens/procedimentos.

2.4 DEMARCAÇÃO DE LATERALIDADE

Demarcação de local ou locais a serem operados. Esta demarcação é particularmente importante em casos de lateralidade (distinção entre direita e esquerda), estruturas múltiplas (p.ex. dedos das mãos e dos pés, costelas) e níveis múltiplos (p.ex. coluna vertebral), nos casos de cirurgias em órgãos duplos a demarcação pelo cirurgião responsável devera ser realizada antes da entrada do paciente em sala cirurgica.



2.5 CONDUTOR DA LISTA DE VERIFICAÇÃO

Profissional de saúde (médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem), que esteja participando da cirurgia e seja o responsável por conduzir a aplicação da lista de verificação, de acordo com diretrizes da instituição de saúde.

2.6 SEGURANÇA ANESTÉSICA

Conjunto de ações realizadas pelo anestesiológista, que visa à redução da insegurança anestésica por meio da inspeção formal do equipamento anestésico, da checagem dos medicamentos e do risco anestésico do paciente antes da realização de cada cirurgia. Este procedimento deve

seguir as orientações contidas no Manual para Cirurgia Segura da OMS, traduzido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

2.7 EQUIPE CIRÚRGICA

Equipe composta por cirurgiões, anesthesiologists, enfermeiros, técnicos e todos os profissionais envolvidos na cirurgia.

3. OPERACIONALIZAÇÃO

O Protocolo de Cirurgia Segura deverá ser aplicado no hospital em procedimentos, quer terapêuticos, quer diagnósticos, que impliquem em incisão no corpo humano ou em introdução de equipamentos endoscópicos, dentro ou fora de centro cirúrgico, por qualquer profissional de saúde.

Este protocolo trata especificamente da utilização sistemática da Lista de Verificação de Cirurgia Segura como uma estratégia para reduzir o risco de incidentes cirúrgicos, baseado na Lista de Verificação de Cirurgia Segura e no Manual de Cirurgia Segura sugeridos pela ANVISA. Para utilização da Lista, uma única pessoa deverá ser responsável por conduzir a checagem dos itens. Em cada fase, o condutor da lista de verificação deverá confirmar se a equipe completou suas tarefas antes de prosseguir para a próxima etapa. Caso algum item checado não esteja em conformidade, a verificação deverá ser interrompida e o paciente mantido na sala de cirurgia ou de procedimentos até a sua solução.

Cada equipe deve procurar incorporar o uso da Lista de Verificação a seus trabalhos com máxima eficácia e mínima interrupção enquanto objetiva efetuar as etapas de maneira efetiva.

A meta final da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica é ajudar a assegurar que as equipes sigam de maneira consistente algumas etapas de segurança críticas e, portanto, a minimizar os riscos mais comuns e evitáveis que colocam em risco as vidas e o bem estar dos pacientes

cirúrgicos.

I - ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA:

Confirmação sobre o Paciente

O condutor da lista confirma com o paciente sua identificação, procedimento a ser realizado, termo de consentimento e sítio cirúrgico confirmado.

Confirmação de Lateralidade

O condutor confirma se o cirurgião demarcou o local da cirurgia no corpo do paciente em casos em que há necessidade desta ação (Lateralidade, múltiplos órgãos ou níveis).

Verificação do Equipamento Anestésico

O condutor confirma com o anestesiológista a verificação de segurança anestésica, entendendo-se como sendo uma inspeção formal do equipamento de anestesia, monitores, oxímetros, medicamentos e risco anestésico do paciente.

- Confirmação de Profilaxia para Trombose Venosa Profunda O condutor confirma se o cirurgião realizou a profilaxia para TVP.
- Presença de Histórico de Alergias
- O condutor confirma se o paciente possui uma alergia conhecida e, em caso afirmativo, a que. Isto deve ser feito mesmo se o profissional sabe a resposta. Se o coordenador tem conhecimento sobre uma alergia que o anestesiológista ou a equipe desconhece, esta informação deve ser comunicada.

Risco de Via Aérea Difícil e/ou Broncoaspiração

O condutor deve confirmar verbalmente se a equipe de anestesiologia

avaliou objetivamente se o paciente possui uma via aérea difícil. Se a

avaliação da via aérea indica um alto risco para dificuldades, o condutor chegará junto a equipe de anestesiologia se há preparo para problemas graves com via aérea. Isto incluirá, no mínimo, o ajuste da abordagem anestésica e a disponibilidade de equipamento de emergência.

Exames de Imagem Estão Disponíveis

O condutor deve perguntar ao cirurgião se as imagens são necessárias para o caso. Em caso afirmativo, o condutor deve confirmar verbalmente que as imagens essenciais estão disponíveis de maneira proeminente para uso durante a cirurgia.

II-ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA:

Todos os Profissionais da Equipe Confirmam: Nome e Função

O condutor solicitará que cada pessoa na sala se apresente pelo nome e função, incluindo estudantes ou outras pessoas.

Cirurgião, Anestesista e Enfermagem Confirmam Verbalmente

Imediatamente antes da incisão cirúrgica, a pessoa que conduz a Lista de Verificação ou outro membro da equipe solicitará que todos na sala de operação parem e confirmem verbalmente o nome do paciente, a cirurgia a ser realizada, o sítio cirúrgico e, quando isto seja adequado, o posicionamento do paciente a fim de evitar uma cirurgia no paciente ou sítio errado.

Antecipação de Eventos Críticos

Para assegurar a comunicação de questões relacionadas a pacientes críticos, durante a pausa cirúrgica o coordenador da Lista de Verificação conduz uma rápida discussão entre o cirurgião e as equipes de anestesiologia e de enfermagem a respeito de riscos graves e planejamentos operatórios. Isto pode ser feito simplesmente através de

~~uma pergunta específica, feita em voz alta, a cada membro da equipe. A~~

ordem da discussão não importa, mas cada quadro deve ser marcado apenas após o fornecimento de informação de cada disciplina clínica. Esta também é uma chance para revisar etapas que possam requerer equipamentos especiais, implantes ou preparações. O instrumentador ou o técnico que dispõe o equipamento para o caso deve confirmar verbalmente que a esterilização foi realizada e que, no caso de instrumentos esterilizados por calor, um indicador de esterilização mostrou esterilização bem sucedida.

O Antibiótico Profilático Foi Administrado nos Últimos 60 Minutos

Para reduzir o risco de infecções cirúrgicas, o condutor perguntará em voz alta durante a Pausa Cirúrgica se os antimicrobianos profiláticos foram administrados durante os últimos 60 minutos. O membro da equipe responsável pela administração de antimicrobianos (geralmente o anesthesiologista) deve realizar a confirmação verbal. Se os antimicrobianos profiláticos não foram administrados, eles devem ser administrados agora, antes da incisão.

III- ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE CIRURGIA:

Enfermagem Confirma Verbalmente com a Equipe

Nome do procedimento realizado

Como o procedimento pode ter sido modificado ou aumentado durante o curso de uma operação, o coordenador da Lista de Verificação deve confirmar com o cirurgião e a equipe exatamente qual procedimento foi realizado.

Contagem correta de compressas, instrumentais e agulhas

O profissional da equipe de enfermagem ou o instrumentador deve confirmar verbalmente a conclusão das contagens finais de compressas,

agulhas e instrumentais. Se as contagens não são compatíveis, a equipe deve ser alertada para que as medidas apropriadas possam ser tomadas (como examinar campos, lixo e ferida ou, se necessário, obter imagens radiográficas).

Identificação correta e completa das amostras patológicas

O profissional da equipe de enfermagem deve confirmar a identificação/etiquetagem correta de qualquer amostra patológica obtida durante o procedimento pela leitura em voz alta do nome do paciente, descrição da amostra e quaisquer indicações orientadoras.

Se houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido

O coordenador deve assegurar que os problemas com equipamentos que ocorram durante uma cirurgia sejam identificados pela equipe.

4.INDICADORES

Os seguintes indicadores são necessários e devem ser acompanhados para mensuração da adesão e dados pertinentes ao protocolo de cirurgia segura. São eles:

- Taxa de adesão à Lista de Verificação;
- Lateralidade
- Tricotomia
- Percentual de pacientes que recebem antibioticoprofilaxia no momento adequado.

5.CUIDADOS ESPECIAIS

5.1 CUIDADOS COM A CONFIRMAÇÃO DO PACIENTE

Nos casos em que o paciente for incapacitados para tal fim, um responsável (tutor) ou familiar poderá assumir esta função.

5.2 CUIDADOS COM TERMOS DE CONSENTIMENTO

Todos os termos de consentimento, tanto cirúrgicos como anestésicos, devem ser assinados pelo paciente ou seu responsável, após os devidos esclarecimentos sobre o procedimento. É de fundamental importância que esta elucidação seja feita por um médico membro da equipe que irá realizar o procedimento e antes de encaminhar o paciente ao Centro Cirúrgico. Nos casos de emergência esta etapa pode ser eliminada.

5.3 CUIDADOS COM A DEMARCAÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO

A demarcação do sítio cirúrgico deverá ser feita no corpo do paciente no local da estrutura a ser operada com caneta dermatográfica. Esta deve ser feita por médico membro da equipe cirúrgica antes do encaminhamento do paciente para o local de realização do procedimento.

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA.

Figura 1

Checklist da Campanha de Cirurgia Segura - OMS		
Antes da Indução Anestésica	Antes de Iniciar a Cirurgia	Antes do Paciente Sair da Sala Cirúrgica
☐ Confirmação sobre o paciente: - Identificação do paciente - Local da cirurgia e do lado - Procedimento a ser realizado - Consentimento informado assinado ☐ Afastamento de tudo o que não é necessário na área ☐ Checagem do equipamento anestésico ☐ Checagem da flama do oxigênio e do gás ☐ O paciente tem alguma dor? ☐ Não ☐ Sim - História de alergia (medicamentos, alimentos, látex)? ☐ Não ☐ Sim e foi devidamente informado - História de problemas cardíacos e/ou pulmonares e/ou renais? ☐ Não ☐ Sim e foi devidamente informado - História de problemas de coagulação e/ou de sangue? ☐ Não ☐ Sim e foi devidamente informado	☐ Todos os profissionais da equipe estão em seu nome e aprofundados ☐ O cirurgião, o anestesista e o enfermeiro em sua função confirmam: - Identificação do paciente - Local da cirurgia e do lado - Procedimento a ser realizado - Assinatura de consentimento ☐ Revisão da cirurgia: há pontos a serem revisados? Qual estrutura anatômica foi revisada? Os pontos estão corretos? ☐ Revisão da anestesia: há alguma alteração no nível de consciência? ☐ Revisão da enfermagem: há alguma alteração no nível de consciência? Há alguma alteração no nível de consciência? ☐ O nível de consciência está adequado? ☐ Não ☐ Sim e foi devidamente informado - História de alergia (medicamentos, alimentos, látex)? ☐ Não ☐ Sim e foi devidamente informado	☐ A equipe médica confirma a confirmação de tudo o que foi revisado ☐ Revisão do procedimento realizado ☐ Aconselho o paciente sobre o procedimento realizado e o que ele precisa fazer após a cirurgia ☐ Solicito ao enfermeiro que leve o paciente para o quarto ☐ Há algum problema com o paciente? ☐ Não ☐ O cirurgião, o anestesista e o enfermeiro assinam ou colocam sua assinatura no final da cirurgia

Fonte: ANVISA, 2008

Lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico

Outro ponto importante a ser destacado, é o evento adverso decorrente de lesão decorrente pelo posicionamento cirúrgico, sendo os locais de maior ocorrência a região sacral e calcâneos .

O risco pode ser avaliado com utilização da Escala de Avaliação de Risco para Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico (ELPO). Essa ferramenta avalia a posição cirúrgica, o tipo de anestesia, o tempo cirúrgico, o tipo de superfície, posicionamento dos membros e as comorbidades/características do paciente. O resultado do escore final, que varia de 7 a 35 pontos (quanto maior o escore, maior o risco de o paciente desenvolver lesões), apoia a tomada de decisão do

enfermeiro com relação às ações de prevenção.

Cinco passos para uma sala de recuperação pós anestésica segura

Em 2021 a Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico (So- becc) iniciou uma campanha “Cinco passos para uma SRPA Segura”. Transporte seguro

1. Admissão segura do paciente
2. Manutenção da integridade e segurança durante a permanência na SRPA
3. Registro de todas as ações realizadas na SRPA
4. Alta segura.

Monitoramento através de indicadores de anestesia e cirurgia

Indicadores de segurança do paciente têm como objetivo identificar e monitorar eventos adversos e riscos na prestação dos cuidados de saúde que podem ocasionar consequências indesejadas aos pacientes. Abaixo seguem os indicadores de anestesia e cirurgia da ProQualis, 2020.

- Taxa de adesão à Lista de Verificação de Cirurgia Segura.
- Número de itens cirúrgicos ou fragmentos de dispositivos retidos no corpo do paciente.
- Número de cirurgias realizadas em local errado do corpo do paciente.
- Número de cirurgias realizadas no paciente errado.

- Número de procedimentos errados.
- Porcentagem de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos específicos que recebem um esquema profilático apropriado de antibióticos.
- Taxa de eventos adversos relacionados ao uso de equipamento médico.
- Taxa de embolia pulmonar ou trombose venosa profunda perio- peratória.
- Taxa de sepse pós-operatória.
- Taxa de mortalidade cirúrgica padronizada.
- Taxa de complicações relacionadas à anestesia.
- Taxa de pacientes submetidos a um procedimento que receberam cuidados de anesthesiologista para tratar bloqueio neuromuscular residual, no período de recuperação.
- Taxa de pacientes submetidos a um procedimento que receberam cuidados de anesthesiologista para tratar parada respiratória ou cardíaca, no período de recuperação.
- Taxa de pacientes submetidos a um procedimento que receberam cuidados de anesthesiologista em virtude de temperatura abaixo de 36°C, registrada no período de recuperação.
- Taxa de pacientes pós-operatórios cuja intensidade da dor é documentada e avaliada por instrumento de avaliação válido e adequado.
- Taxa de pacientes com depressão respiratória grave durante o gerenciamento da

dor aguda, que requeiram administração de na-loxone.

Referências

Brasil. Organização Mundial da Saúde. **Cirurgias seguras salvam vidas: segundo desafio global para a segurança do paciente: Manual – cirurgias seguras salvam vidas** [Internet]. Rio de Janeiro: ANVISA; 2009 [citado 17 set. 2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_guia.pdf

BOHOMOL E, TARTALI JÁ. **Adverse effects in surgical patients: knowledge of the nursing professionals**. Acta Paul Enferm. 2013; 26(4):376-81.

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013. **Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013 [citado 2018 ago 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html

The Second Global Patient Safety Challenge: Safe Surgery Saves Lives / OMS

Brasil. Protocolo de Cirurgia Segura, Ministério da Saúde. 2013 Brasil. PORTARIA Nº 529. ANVISA, Ministério da Saúde, 2013

Brasil. **Organização Mundial da Saúde. Manual de Implementação Lista de Verificação de Segurança**

Cirurgia da OMS 2009 Cirurgia Segura Salva Vidas, 2009
 COFEN. **Boas práticas – Cirurgia Segura**. São Paulo, 2011.
 BUSO FD, FERREIRA MB, FELIX MM, GALVÃO CM, BARICHELLO E, BARBOSA MH. **Lesão por pressão decorrente do posicionamento cirúrgico e fatores associados**. Acta Paul Enferm. 2021;34:eAPE00642.
<https://www.scielo.br/j/ape/a/VPg7mpWnvhgkDVXGWjR6hn/?for-mat=pdf&lang=pt>
 MORAES CM. **ELPO Escala de risco para desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico: construção e validação**. USP, 2014. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rlae/a/f9gwZMD7VZ9jVCXGVpTfc9C/?lang=pt&format=pdf#:~:text=A%20ELPO%20%C3%A9%20um%20instrumento,estudos%20em%20diferentes%20contextos%20hospitalares>.
 SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Re- cuperação Anestésica e Centro de Materiais e Esterilização. 2021. Dispo- nível em <https://sobecc.org.br/artigo/confira-os-5-passos-para-uma-recuperacao-anestesica-segura-ao-paciente>
 ANVISA. Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 06/2020 **Orienta- ções para Prevenção e Controle da Infecções pelo novo Corona- vírus em Procedimentos**. Revisão: 29.05.2020 (COMPLEMENTAR À NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020). Disponível em <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/arquivos-noticias-anvisa/555json-fille-1>

CAPÍTULO 8

META 5. HIGIENE DAS MÃOS

Mesmo com o advento da antissepsia, antimicrobianos e antibióticos, infecções associadas aos cuidados de saúde continuam sendo um grande desafio. De fato, dados indicam que, em países em desenvolvimento, infecções acometem até 15% dos pacientes hospitalizados e até 37% dos pacientes internados em UTI. Isso representa não só danos à saúde destes pacientes, com aumento do tempo de internação, disfunções a longo prazo e mortes, mas também o aumento da resistência bacteriana e dos custos com saúde pública e privada. Isso gerou uma meta internacional de segurança: garantir a higiene das mãos nos serviços de saúde do país com o intuito de prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde (Irass), visando à segurança do paciente, dos profissionais de saúde e de todos aqueles envolvidos nos cuidados aos pacientes.

Sabe-se que uma fonte relevante de infecções associadas aos cuidados de saúde são as mãos dos profissionais de saúde. Diversos estudos demonstraram que surtos de infecções fúngicas e bacterianas em hospitais estão relacionados a patógenos encontrados nas mãos de profissionais da saúde e que as mãos podem transmitir doenças para pacientes e contaminar objetos hospitalares. As mãos humanas podem transmitir diversos patógenos, sejam eles vírus, fungos, protozoários ou bactérias, sendo alguns comuns: as bactérias *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella spp.*, *Proteus mirabilis*, *Clostridium difficile*, *Escherichia coli* *Acinetobacter spp* e os rinovírus, rotavírus, parainfluenza e o vírus sincicial respiratório (VSR). Esses organismos costumam colonizar a pele das pessoas ou objetos inanimados, e podem ser transferidos de um local para o outro através das mãos. Um modelo que explica grande parte das contaminações intra-hospitalares é mostrado na

Figura 1.

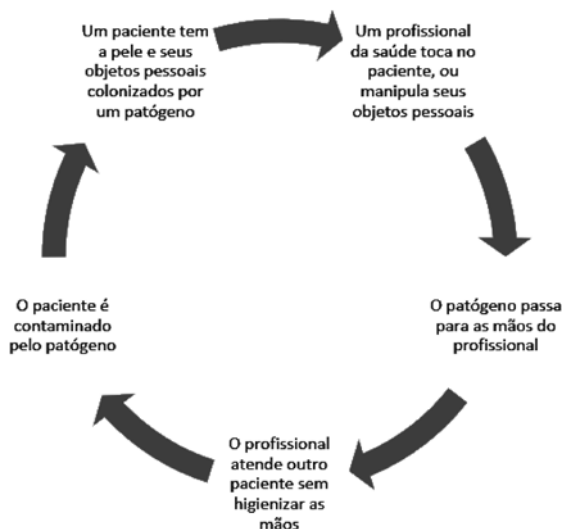


FIGURA 1: Modelo da CONTAMINAÇÃO PELAS MÃOS

É importante destacar que a maior parte das contaminações ocorre durante atividades “limpas”, ou seja, aquelas em que não há contato com fluidos corporais como sangue, urina ou fezes. Isso porque os objetos ao entorno de um paciente colonizado ou infectado, como a roupa de cama, muitas vezes também são contaminados pelos mesmos microrganismos.

Produto ideal

Diversos produtos podem ser utilizados para higiene das mãos. O mais simples é o sabonete em barra, com ou sem antisséptico, que é de baixo custo. Porém, devido ao risco de colonização das barras de sabão por bactérias, devem ser priorizados dispensadores de sabonete líquido. Outro desafio é a necessidade de associar seu uso ao da água corrente, o que requer a existência de pias próximas e ser um processo mais demorado. A segunda classe de produtos são os antissépticos: álcool e clorexidina. Cada um possui características próprias e ambos são efetivos na eliminação de patógenos que colonizam as mãos. Uma característica

interessa da clorexidina é seu efeito residual, que garante a desinfecção das

mãos por um tempo mais prolongado. A ANVISA não determina qual produto, seja antisséptico ou sabonete, deve ser utilizado, porém recomenda que protocolos sejam definidos para cada instituição com base na aceitabilidade e custo-benefício. Uma recomendação trazida pelo manual de higienização da Anvisa é que:

“devido à eficácia e à facilidade de uso, as preparações alcoólicas têm sido recomendadas para uso rotineiro, quando não houver sujidade visível nas mãos”; em havendo sujidade visível, devem ser utilizados sabonete e

Melhores práticas para a Higiene das mãos (técnica)

São necessários três elementos para a redução do risco de infecções através da lavagem de mãos: produto com eficácia antimicrobiana, técnica adequada e uso regular e nos momentos adequados.

Uma vez determinado o produto ideal, devemos tratar da técnica correta de lavagem de mãos. Em primeiro lugar, é importante manter as unhas curtas e limpas e evitar uso de adornos como anéis e pulseiras. São três as técnicas possíveis, a depender do produto utilizado:

- Higienização simples: é aquela realizada com sabonete comum ou sabonete associado a um antisséptico (ex: clorexidina). A técnica é a seguinte:



- 1.** Abra a torneira e molhe as mãos, evitando encostar na pia.



- 2.** Aplique na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir todas as superfícies das mãos (seguir a quantidade recomendada pelo fabricante).



- 3.** Ensaboe as palmas das mãos, friccionando-as entre si.



- 4.** Esfregue a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda (e vice-versa) entrelaçando os dedos.



- 5.** Entrelace os dedos e fricçãoe os espaços interdigitais.



- 6.** Esfregue o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta (e vice-versa), segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem.



- 7.** Esfregue o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda (e vice-versa), utilizando movimento circular.



- 8.** Fricçãoe as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha (e vice-versa), fazendo movimento circular.



- 9.** Esfregue o punho esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita (e vice-versa), utilizando movimento circular.



- 10.** Enxágue as mãos, retirando os resíduos de sabonete. Evite contato direto das mãos ensaboadas com a torneira.



- 11.** Seque as mãos com papel-toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos.

Fonte: Anexo 1 – Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde, Ministério da Saúde/Anvisa/Fiocruz,2013

- Fricção das mãos com antisséptico: é a realizada com preparações antissépticas como álcool em gel, que pode ser utilizada quando as mãos não estiverem visivelmente sujas. A técnica é a seguinte:

HIGIENIZE AS MÃOS: SALVE VIDAS

**Higienização das Mãos com preparações alcoólicas
(Gel ou Solução a 70% com 1-3% de Glicerina)**



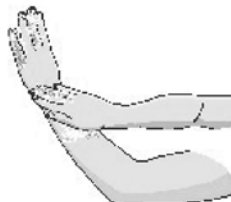
Fonte: Anexo 1 – Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde, Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz, 2013.

- Antissepsia cirúrgica: aquela realizada antes de um procedimento cirúrgico, envolvendo escovas e produtos antissépticos (ex: clorexedina). A técnica é a seguinte

- 1** *Abrir a torneira e molhar as mãos, os antebraços e os cotovelos.*



- 2** *Recolher, com as mãos em concha, o anti-séptico e espalhar nas mãos, antebraços e cotovelos. No caso de escova impregnada com anti-séptico, pressionar a parte impregnada da esponja contra a pele e espalhar por todas as partes das mãos, antebraços e cotovelos.*



- 3** *Limpar sob as unhas com as cerdas da escova.*



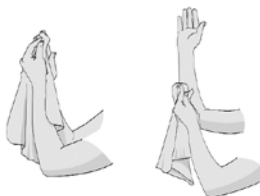
- 4** *Friccionar as mãos, observando os espaços interdigitais e os antebraços, por no mínimo três a cinco minutos, mantendo as mãos acima dos cotovelos.*



- 5** *Enxaguar as mãos em água corrente, no sentido das mãos para os cotovelos, retirando todo o resíduo do produto. Fechar a torneira com o cotovelo, joelho ou pés, se a torneira não possuir fotossensor.*



- 6** *Enxugar as mãos em toalhas ou compressas estéreis, com movimentos compressivos, iniciando pelas mãos e seguindo pelos antebraços e cotovelos, atentando para utilizar as diferentes dobras da toalha/compressa para regiões distintas.*



Fonte: Guia Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos, Anvisa, 2009.

Como e quando utilizar luvas

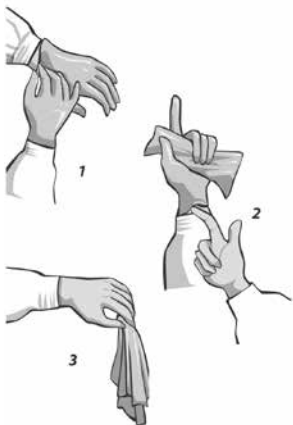
Por fim, devemos tratar sobre o uso de luvas. Ressaltamos que as luvas devem ser trocadas ao mudar de paciente, não podem ser lavadas ou reutilizadas e não substituem a higienização das mãos. As luvas devem ser utilizadas nas seguintes situações:

- Risco de contato com fluidos corporais ou pele não íntegra ou mucosas do paciente;
- Ao manipular paciente em precaução de contato;

As luvas estéreis devem ser utilizadas nas seguintes situações:

- Procedimentos cirúrgicos
- Parto vaginal
- Procedimentos invasivos
- Realização de acessos

A técnica de remoção das luvas é demonstrada a seguir:



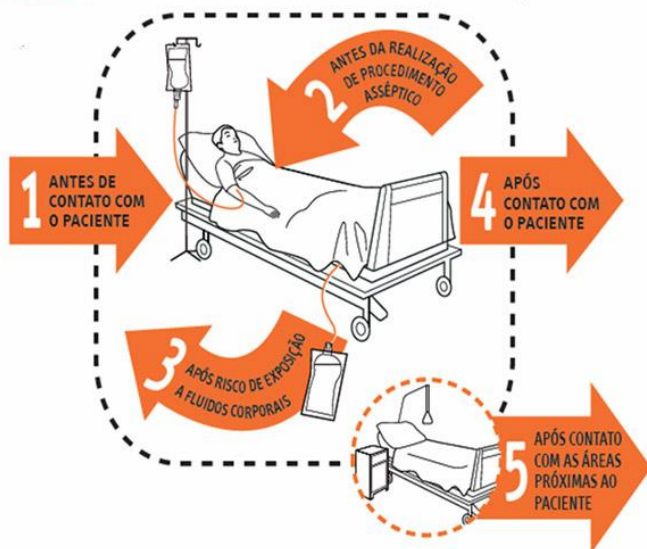
1. Remover a primeira luva pela parte externa
2. Segurar a luva removida com a mão enluvada e retirar a luva por dentro com o indicador
3. Descartar em lixo apropriado

Fonte: Guia Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos, Anvisa, 2009.

Cinco momentos para higiene das mãos

De forma a simplificar os momentos em que as mãos devem ser higienizadas, a OMS desenvolveu uma estratégia de cinco momentos ideais para higienizar as mãos. Os momentos são mostrados de forma simples na figura a seguir:

QUANDO? Seus 5 momentos para a higienização das mãos



Fonte: OPAS/OMS, Anvisa/MS. 2008

1. Antes de tocar o paciente: esse momento evita que patógenos presentes no ambiente de saúde contaminem o paciente. Um exemplo é quando um patógeno presente em uma maçaneta é transferido ao paciente através das mãos de um profissional.

2. Antes de realizar procedimento limpo/asséptico: ao entrar na

área do paciente, o profissional de saúde toca em diversas superfícies. Portanto, antes de realizar algum procedimento limpo, como uma punção, injeção ou curativo, o profissional deve higienizar novamente as mãos para evitar a contaminação do sítio do procedimento

3. Após o risco de exposição a fluidos corporais: isso evita a contaminação do profissional com patógenos presentes no paciente. Quando utilizando luvas, o passo deve ser realizado após a remoção das mesmas.

4. Após tocar o paciente: depois de terminar o procedimento, o profissional pode tocar novamente o paciente por algum motivo. As mãos devem ser higienizadas novamente.

5. Após tocar superfícies próximas ao paciente: uma variante do momento 4, quando o profissional toca uma superfície próxima ao paciente ao invés do próprio paciente. As mãos devem ser higienizadas novamente.

Cabe ressaltar que estes momentos são um modelo simplificado, e devem ser adaptados para cada circunstância e procedimento, levando-se em consideração o uso de luvas estéreis, cateteres e dispositivos etc.

Simplificando, as mãos devem ser higienizadas nas seguintes situações:

- Quando estiverem visivelmente sujas (lavar com água e sabão)
- Antes e depois de ir ao banheiro (com água e sabão)
- Antes e depois do contato com qualquer paciente
- Ao mudar de um sítio corporal infectado para um limpo durante um procedimento
- Antes e após colocar luvas
- Antes e depois de manipular dispositivos invasivos

As estratégias multimodais no controle de infecção (além da la-

vagem de mãos)

A prevenção de infecções relacionadas aos cuidados em saúde, porém, não passa somente pelo esforço individual de cada indivíduo para higienizar as mãos com técnica e no momento adequado: são necessárias ações estruturais. Para tanto foi desenvolvido a Estratégia Multimodal da OMS para a Melhoria das práticas de higienização das Mãos, publicada em um manual .A estratégia multimodal é composta por cinco componentes-chave:

- 1. Mudança de sistema:** fornecimento de estrutura adequada para implementar a higienização das mãos, como
 - a. Fornecimento de pias, sabonete e papel toalha
 - b. Fornecimento de antissépticos como álcool em gel em pontos de assistência (por exemplo: nos quartos dos pacientes, nos corredores)
- 2. Formação/Educação:** educar os profissionais sobre a higienização das mãos, principalmente com uso dos Cinco Momentos
- 3. Avaliação e retroalimentação (*feedback*):** avaliar por meio de dados e indicadores as práticas de higiene, a infraestrutura existente, as percepções dos colaboradores e fornecer de volta aos funcionários informações sobre os resultados e desempenho
- 4. Lembretes no local de trabalho:** lembrar os funcionários sobre a higienização das mãos por meio de cartazes, adesivos, folhetos, etc.
- 5. Clima de segurança institucional:** contempla a criação de um ambiente propício para a segurança do paciente, com participação ativa dos profissionais, parceria com pacientes, consciência individual, etc (ver mais sobre Cultura de Segurança na Introdução deste manual).

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos**. Brasília: Anvisa, 2009.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Hand Hygiene Recommendations. *In*: CDC (Ed.). **Guidance for Healthcare Providers about Hand Hygiene and COVID-19**, 2020.

HIROSE, R.; Ikegaya, H.; Naito, Y.; Watanabe, N. *et al.* Survival of SARS-CoV-2 and influenza virus on the human skin: Importance of hand hygiene in COVID-19. **Clin Infect Dis**, Oct 3 2020.

Kratzel, A.; Todt, D.; V'kovski, P.; Steiner, S. *et al.* Inactivation of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 by WHO-Recommended Hand Rub Formulations and Alcohols. **Emerg Infect Dis**, 26, n. 7, p. 1592-1595, Jul 2020.

Macdonald, A.; Dinah, F.; Mackenzie, D.; Wilson, A. Performance feedback of hand hygiene, using alcohol gel as the skin decontaminant, reduces the number of inpatients newly affected by MRSA and antibiotic costs. **J Hosp Infect**, 56, n. 1, p. 56-63, Jan 2004.

Meyerowitz, E. A.; Richterman, A.; Gandhi, R. T.; Sax, P. E. Transmission of SARS-CoV-2: A Review of Viral, Host, and Environmental Factors. **Ann Intern Med**, 174, n. 1, p. 69-79, Jan 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Guia para a Implementação da Estratégia Multimodal da OMS para a Melhoria da Higiene das Mãos**. Genebra: OMS, 2009a.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First Global Patient Safety Challenge Clean Care Is Safer Care**. Geneva: 2009b. 9789241597906.

Ran, L.; Chen, X.; Wang, Y.; Wu, W. *et al.* Risk Factors of Healthcare Workers With Coronavirus Disease 2019: A Retrospective Cohort Study in a Designated Hospital of Wuhan in China. **Clin Infect Dis**, 71, n. 16, p. 2218-2221, Nov 19 2020.

Rotter, M. L. Hand washing and hand disinfection. *In*: Mayhall, C.

G. (Ed.). **Hospital epidemiology and infection control**. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996. p. 1052-1068.

Sax, H.; Allegranzi, B.; Uckay, I.; Larson, E. *et al.* 'My five moments for hand hygiene': a user-centred design approach to understand, train, monitor and report hand hygiene. **J Hosp Infect**, 67, n. 1, p. 9-21, Sep 2007.

Van Doremalen, N.; Bushmaker, T.; Morris, D. H.; Holbrook, M. G. *et al.* Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1. **N Engl J Med**, 382, n. 16, p. 1564-1567, Apr 16 2020.

CAPÍTULO 9

META 6. RISCO DE LESÕES POR PRESSÃO

Lesões por Pressão (LPP)

O desenvolvimento da LP pode causar danos significativos ao paciente, dificultando o processo de recuperação funcional, podendo causar dor e desenvolver outras complicações além do agravamento de seu estado de saúde. A LP está associada a um número maior de internações prolongadas, sepse, mortalidade, elevado custo financeiro, e ao aumento da carga de trabalho da equipe de saúde.

A LP é uma lesão localizada na pele ou tecidos subjacentes, secundária a um aumento de pressão externa, ou pressão em combinação com cisalhamento. Ocorre em virtude de mudanças degenerativas da pele e/ou tecido subcutâneo expostos às forças de pressão e cisalhamento sobre a proeminência óssea e pode ser classificada de acordo com a destruição tecidual, em categorias com uma variação de 1 a 4, de acordo com a gravidade.

Está relacionada alguns fatores de risco, tais como: imobilidade, integridade musculoesquelética alterada, uso de órteses, próteses e aparelhos restritivos, estado alterado da consciência, sensibilidade reduzida, umidade excessiva, emagrecimento, rotina de reposicionamento inadequado, superfície de apoio inadequada, sobrecarga em áreas corporais de risco, falta de higiene corporal de hidratação/proteção da pele.

Quadro 7. Classificação de Lesões por Pressão (NPUAP, 2018)

Lesão por pressão - Estágio 1	Pele íntegra com eritema que não embranquece. Pode parecer diferentemente em pele de pigmentação escura. Presença de eritema branqueável ou alterações na sensação, temperatura ou consistência podem preceder mudanças visuais.
Lesão por pressão - Estágio 2	Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme. Leito da ferida viável, rosa ou vermelho, úmido, pode se apresentar como uma flictena com exsudato seroso intacto ou rompido. Tecido adiposo (gordura) e tecidos mais profundos não estão visíveis.
Lesão por pressão - Estágio 3	Perda da pele em sua espessura total. Tecido adiposo (gordura) é visível na úlcera. O tecido de granulação e a margem descolada da lesão estão frequentemente presentes. Esfacelo e/ou escara podem ser visíveis. Descolamento e tunelização no leito da lesão também podem ocorrer.
Lesão por pressão - Estágio 4	Perda da pele em sua espessura total e perda tissular. Exposição ou palpação direta de tecidos como fâscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso na úlcera. Bordas despregadas, descolamentos e/ou tunelização ocorrem frequentemente. A profundidade pode variar conforme a localização anatômica.
Lesão por Pressão não Estadiável	•Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível. •Tecido em que a extensão do dano tecidual •no interior da úlcera não pode ser confirmada •porque está coberto por esfacelo ou escara. •Se o esfacelo ou escara for removido, a LP •poderá ser reclassificada.

CLASSIFICAÇÃO DAS LESÕES POR PRESSÃO

sigla @ibraenf



Imagens adaptadas National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)

O Protocolo de Prevenção de Lesão por Pressão, publicado pelo Ministério da Saúde, preconiza medidas que devem ser adotadas por todos os profissionais de saúde em ambiente hospitalar. Em sua maioria, os casos de LP podem ser evitados através da identificação dos pacientes em risco, utilizando ferramentas validadas e pela adoção de medidas preventivas, seguindo seis etapas essenciais:

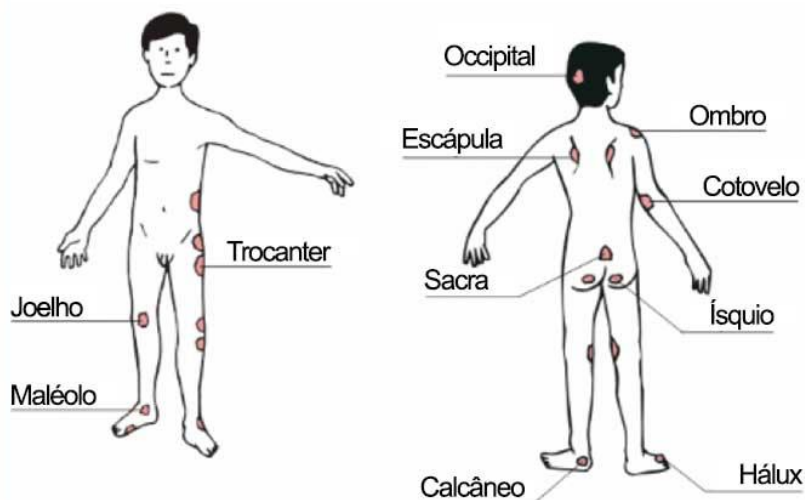
- avaliação de LP na admissão de todos os pacientes;
- reavaliação diária de risco de desenvolvimento de LP de todos os pacientes internados;
- inspeção diária da pele;
 - manejo da umidade e manutenção do paciente seco e com a pele hidratada;

- otimização da nutrição e da hidratação;
- minimização da pressão.

Quadro 8. Medidas de prevenção de lesão por pressão

Considerar os indivíduos acamados e/ou confinados a uma cadeira de rodas como estando em risco de desenvolver lesão por pressão.
Utilizar uma avaliação de risco estruturada, como a Escala de Braden, para identificar os indivíduos em risco de lesão por pressão o mais rapidamente possível.
Repetir a avaliação de risco em intervalos regulares e em qualquer alteração no estado clínico do paciente.
Inspecionar toda a pele no momento da admissão assim que possível.
Inspecionar a pele pelo menos diariamente para sinais de lesão por pressão, especialmente eritema não branqueável.
Avaliar os pontos de pressão, como o sacro, cóccix, nádegas, calcâneos, ísquio, trocânter, cotovelos e abaixo dispositivos médicos.
Ao inspecionar a pele com pigmentação escura, olhar para as mudanças no tom de pele, temperatura da pele e consistência do tecido em comparação com a pele adjacente.
Utilizar produtos de limpeza da pele com pH equilibrado.
Utilizar hidratantes de pele diariamente sobre a pele seca.
Evitar posicionar um indivíduo em uma área de eritema ou lesão por pressão.
Reposicionar todos os indivíduos em risco de lesão por pressão, a não ser que contraindicado devido à condição clínica.
Determinar a frequência de reposicionamento, considerando a superfície de apoio em uso.
Avaliar a capacidade do indivíduo se alimentar de forma independente.
Incentivar todos os indivíduos em risco de lesão por pressão para consumir líquidos adequados e uma dieta equilibrada.

Regiões de incidência das úlceras por pressão:



É recomendado fazer uso de escalas para estimar o risco de lesão nos pa- cientes internados, proporcionando e direcionando a implementação de medidas preventivas precocemente. É necessário conhecer e estabelecer qual a escala mais acurada para avaliar o risco para LP em cada perfil de pacientes.

A Escala de Braden avalia seis itens: percepção sensorial, umidade, ati- vidade, mobilidade, nutrição e fricção e cisalhamento. Com exceção do último item que apresenta um escore de 1 a 3, os outros pontuam de 1 a 4. O total pode variar de 6 a 23 pontos. **Escalas de Avaliação de Risco para Lesão por Pressão (LPP)**

A avaliação do risco para desenvolvimento de **Lesão por Pressão (LPP)** deve ser realizada de forma sistemática na admissão do paciente e reavaliada periodicamente, utilizando instrumentos validados que orientem a implementação de medidas preventivas.

1. Escala de Braden (Adulto)

A **Escala de Braden** é a ferramenta mais utilizada para avaliação de risco em pacientes adultos hospitalizados.

Domínios avaliados:

- Percepção sensorial
- Umidade
- Atividade
- Mobilidade
- Nutrição
- Fricção e cisalhamento

Classificação do risco:

- **19–23:** Sem risco
- **15–18:** Risco leve
- **13–14:** Risco moderado
- **10–12:** Risco alto
- **≤ 9:** Risco muito alto

		Pontuação			
		1	2	3	4
Fatores de Risco	Percepção Sensorial	Totalmente limitado	Muito limitado	Levemente limitado	Nenhuma limitação
	Umidade	Completamente molhado	Muito molhado	Ocasionalmente molhado	Raramente molhado
	Atividade	Acamado	Confinado à cadeira	Anda ocasionalmente	Anda frequentemente
	Mobilidade	Totalmente	Bastante limitado	Levemente limitado	Não apresenta limitações
	Nutrição	Muito pobre	Provavelmente inadequada	Adequada	Excelente
	Fricção e Cisalhamento	Problema	Problema potencial	Nenhum problema	-
Total		Risco Brando 15 a 16	Risco Moderado 12 a 14	Risco Severo Abaixo de 11	-

2. Escala de Braden Q (Pediátrica)

A avaliação de risco para lesão por pressão deve ser realizada para todos os pacientes, utilizando a escala de Braden (a partir de 5 anos) ou Braden-Q (de 1 a 5 anos).

A avaliação de risco para lesão por pressão deve ser realizada em pacientes internados nas primeiras 24 horas e reavaliado no máximo a cada 48 horas ou se alteração do quadro clínico do paciente.

Escala de Braden

A pontuação varia de 6 a 23 pontos, sendo:

Sem risco	19 a 23
Baixo risco	15 a 18
Moderado risco	13 a 14
Alto risco	10 a 12
Muito alto risco	≤ 9

Confira a seguir os detalhes da Escala de Braden:

Percepção Sensorial: Capacidade de reagir significativamente a pressão relacionada ao desconforto.	1- Totalmente limitado: Não reage (não geme, não se segura a nada, não se esquivar) a estímulo doloroso devido ao nível de consciência diminuindo ou devido a sedação, ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo.	2- Muito limitado: Somente reage a estímulo doloroso. Não é capaz de comunicar o desconforto exceto através de gemido ou agitação. Ou possui alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.	3- Levemente limitado: Responde ao comando verbal, mas nem sempre é capaz de comunicar o desconforto ou expressar necessidade de ser mudado de posição ou tem um certo grau de deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4- Nenhuma limitação: Responde ao comando verbais. Não tem déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto.
Umidade: Nível ao qual a pele é exposta à umidade.	1- Completamente molhada: A pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina, etc. A umidade é detectada às movimentações do paciente.	2- Muito molhada: A pele está frequentemente mas, nem sempre molhada. A roupa de cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno.	3- Ocasionalmente molhada: A pele fica ocasionalmente molhada requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia.	4- Raramente molhada: A pele geralmente está seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos intervalos de rotina.
Atividade: Grau de atividade física.	1- Acamado: Confinado a cama.	2- Confinado a cadeira: A capacidade de andar está severamente limitada ou nula. Não é capaz de sustentar o próprio peso e/ou precisa ser ajudado a se sentar.	3- Anda ocasionalmente: Anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte de cada turno na cama ou cadeira.	4- Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos 2 vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada 2 horas durante as horas em que está acordado.

- **Escala de Braden-Q**
- A pontuação varia de 7 a 28 pontos, sendo:

Risco leve	26 a 28
Moderado risco	21 a 25
Alto risco	≤ 20

MOBILIDADE Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo.	1- Completamente imóvel: Não faz mudanças, nem mesmo pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda.	2- Muito limitado: Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades, mas é incapaz de fazer mudanças completamente sozinho.	3- Levemente limitado: Faz mudanças frequentes, embora pequenas, na posição do corpo ou das extremidades sem ajuda.	4- Nenhuma limitação: Faz mudanças importantes e frequentes na posição do corpo sem ajuda.
ATIVIDADE Grau de atividade física	1- Acamado: Permanece no leito o tempo todo.	2- Restrito a cadeira: A capacidade de deambular está gravemente limitada ou inexistente. Não consegue sustentar o próprio peso e/ou precisa de ajuda para sentar-se em uma cadeira ou cadeira de rodas.	3- Deambulação ocasional: Deambula ocasionalmente durante o dia, porém por distâncias bem curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte do turno no meio ou na cadeira.	4- Crianças jovens demais para deambular ou deambulam frequentemente: Deambula fora do quarto pelo menos duas vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada duas horas durante as horas está acordado.
PERCEPÇÃO SENSORIAL Capacidade de responder de maneira apropriada ao desconforto relacionado à pressão.	1- Completamente limitada: Não responde ao estímulo doloroso (não geme, não se encolhe ou se agarra) devido à diminuição do nível de consciência, ou sedação ou limitação da capacidade de sentir dor na maior parte da superfície corporal.	2- Muito limitada: Responde apenas ao estímulo doloroso. Não consegue comunicar desconforto, exceto por gemido ou inquietação; ou apresenta alguma disfunção sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.	3- Levemente limitada: Responde aos comandos verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, ou apresenta alguma disfunção sensorial em uma ou duas extremidades que limita a capacidade de sentir dor.	4- Nenhuma alteração: Responde aos comandos verbais. Não apresenta <i>deficit</i> sensorial que limite a capacidade de sentir ou comunicar dor ou desconforto.
UMIDADE Grau de exposição da pele à umidade.	1- Constantemente úmida: A pele fica constantemente úmida por suor, urina, etc. A umidade é percebida cada vez que o paciente é movimentado ou mudado de posição.	2- Frequentemente úmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, úmida. A roupa de cama precisa ser trocada pelo menos a cada oito horas.	3- Ocasionalmente úmida: A pele está ocasionalmente úmida, necessitando de troca de roupa de cama a cada 12 horas.	4- Raramente úmida: A pele geralmente está seca, as trocas de fraldas são feitas de rotina e as roupas de cama necessitam ser trocadas apenas a cada 24h.

Variação – 7,28 pontos. Escore 28: sem risco de lesão por pressão; Escore 7: risco máximo.

Importância na prática assistencial

A utilização das escalas de Braden e Braden Q permite:

- Identificação precoce de pacientes em risco
- Implementação de medidas preventivas individualizadas
- Redução da incidência de lesões por pressão
- Monitoramento de indicadores de qualidade assistencial

Boas práticas recomendadas

- Avaliar o paciente na admissão
- Reavaliar diariamente ou conforme mudança clínica
- Registrar os resultados em prontuário
- Implementar medidas preventivas conforme o nível de risco
- Integrar os dados aos indicadores institucionais de segurança

Conclusão

A aplicação sistemática das escalas de Braden (adulto) e Braden Q (pediátrica) constitui uma estratégia essencial para a prevenção de Lesão por Pressão, contribuindo para a segurança do paciente e a qualidade na assistência.

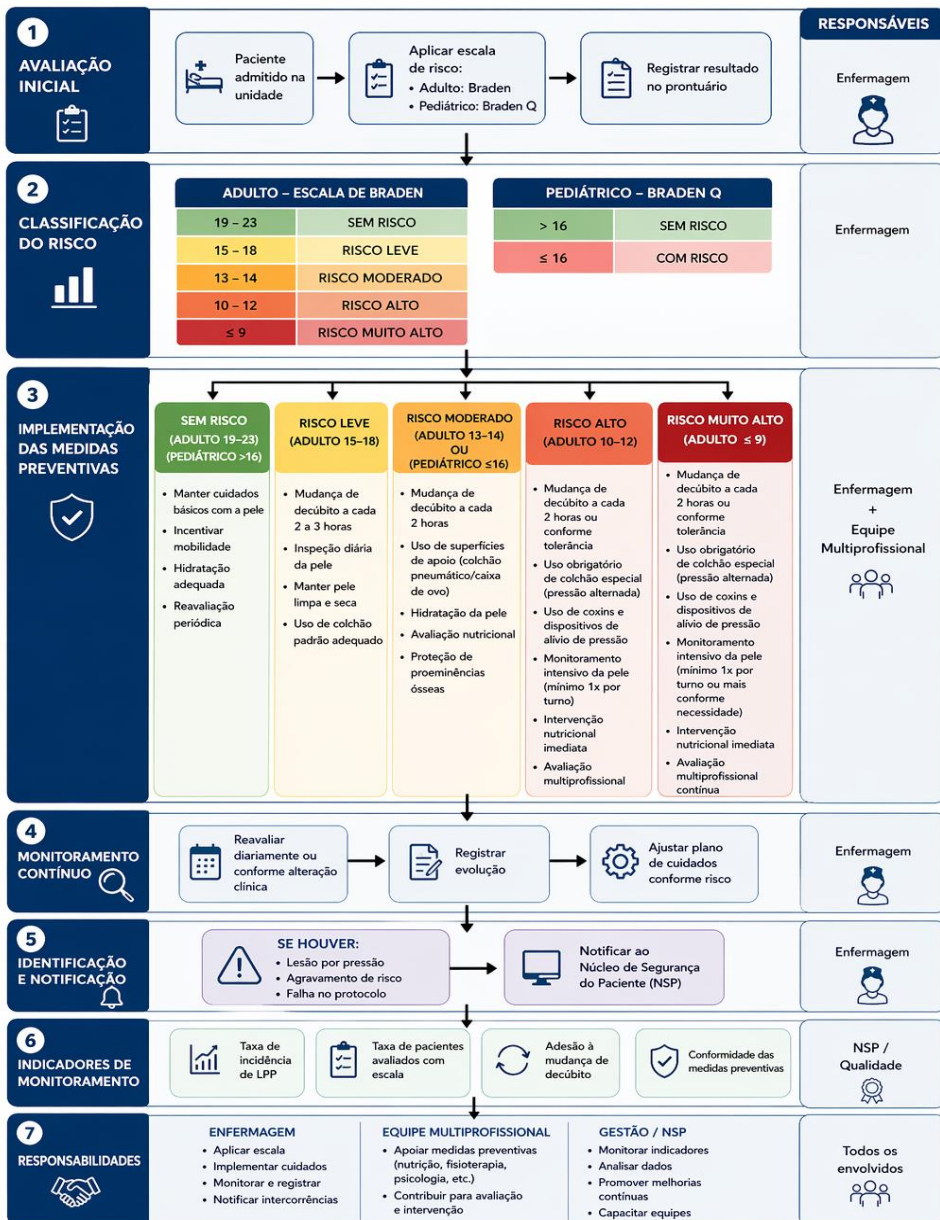
Modelos de colchín para posicionamento de Pacientes



Foto: Igor Lima do Nascimento



FLUXO DE PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO (LPP) BASEADO NA ESCALA DE BRADEN (ADULTO) E BRADEN Q (PEDIÁTRICA)



OBJETIVO: Prevenir o desenvolvimento de Lesão por Pressão, garantindo segurança, qualidade do cuidado e redução de eventos adversos.

2. LESÃO POR PRESSÃO EM DECORRÊNCIA DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Lesões por pressão são alguns dos eventos adversos mais comuns no ambiente hospitalar e há grande preocupação em prevenir que essas lesões surjam em decorrência de procedimentos cirúrgicos. Pesquisas internacionais (1) mostram que a incidência de lesões derivadas de cirurgias varia de 12,2% em Portugal a 13% nos Estados Unidos. No Brasil, país continental e com inúmeras particularidades regionais, há grande variação da ocorrência dessas lesões: enquanto em um município do Triângulo Mineiro estudos apontam até 74% de incidência, em São Paulo essa taxa está em torno de 10,1%.

Realizado por profissionais brasileiros do setor e publicado na Revista Latino-Americana de Enfermagem, estudo (1) contribui para a compreensão do cenário no país. Visando avaliar o risco de os pacientes desenvolverem as lesões e fazer associações diversas, a pesquisa observou 278 pacientes submetidos a cirurgias eletivas entre fevereiro e maio de 2017 e identificou que 77% deles sofreram com alguma lesão perioperatória por posicionamento – a maioria em estágio 1 – e que 56,5% deles apresentou alto risco para o desenvolvimento desses eventos. Além disso, apontou que mulheres, idosos e pessoas com índice de massa corporal alterado se mostraram mais propensas a lesões.

Seguindo o lema de que a prevenção é o melhor caminho, este mesmo estudo nacional indica que a Escala de Avaliação de Risco para Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico (ELPO) possibilita identificar precocemente as chances de o paciente desenvolver as lesões permitindo, assim, a adoção de estratégias preventivas para assegurar a segurança e a qualidade do cuidado.

Apontado como instrumento confiável por ter sido desenvolvido com base em evidências recentes, a escala considera uma pontuação que varia de 7 a 35 pontos, sendo que quanto maior a pontuação, maior o risco. No estudo em questão, foram consideradas as seguintes variáveis para classificação do risco dos pacientes: duração da cirurgia, tipo de anestesia, posicionamento cirúrgico, superfície de suporte, posicionamento de membros superiores e inferiores, comorbidades e idade do paciente.

Algumas observações relevantes do estudo nacional:

- – A redução da temperatura corporal em $0,55^{\circ}\text{C}$ aumenta em 20,2% o risco de lesão
- – O tempo de duração do procedimento anestésico-cirúrgico é um dos fatores de risco mais significativos, já que longos períodos de imobilização e exposição à pressão causam anóxia, necrose tecidual e consequente lesão de pele
- – O tipo de anestesia também impacta no risco
- – A não utilização de superfícies de suporte no período intraoperatório aumenta o risco de lesões por pressão
- – A diabetes mellitus é um dos fatores de risco
- Partindo para o cenário internacional, um estudo publicado pelo Journal of Clinical Nursing (2) analisou 208 pacientes de nove especialidades cirúrgicas para descrever a incidência, as características clínicas e a progressão de lesões por pressão em pacientes submetidos a cirurgias com duração superior a quatro horas. Na ocasião, 21,2% desenvolveram 70 lesões por pressão nos primeiros dois dias após a cirurgia, sendo que mais da metade (52,9%) das lesões ocorreram nos calcanhares e 15,7% na área

sacral. No total, 12% dos pacientes observados foram prejudicados pelas lesões.

- Outro estudo, dessa vez publicado no AORN Journal (3), reforça a percepção de que a formação de lesões por pressão ocasionadas pelo posicionamento do paciente na sala de cirurgia aumenta o tempo de internação desse paciente e, como consequência, os custos hospitalares. Durante oito meses, o estudo observou pacientes que foram submetidos a cirurgias com duração de três horas e indicou que o tipo de posicionamento do paciente, a superfície da mesa cirúrgica e a avaliação da pele do paciente no momento pós-anestesia estão associadas ao desenvolvimento de lesões por pressão.



A Escala ELPO é utilizada no período pré-operatório para avaliar o risco de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico. Deve ser aplicada pela equipe antes do início do procedimento, considerando sete critérios: posição cirúrgica, tempo de cirurgia, tipo de anestesia, superfície de apoio, posicionamento dos membros, comorbidades e idade. A soma da pontuação classifica o paciente em menor risco (≤ 19 pontos) ou maior

risco (≥ 20 pontos). Pacientes de maior risco exigem medidas preventivas intensificadas, como uso de superfícies especiais, proteção de proeminências ósseas e monitoramento contínuo durante o intra e pós-operatório.

ESCALA DE ELPO					
ITENS	ESCORES				
	5	4	3	2	1
TIPO DE POSIÇÃO CIRÚRGICA	LITOTÔMICA	PRONA	TRENDELENBURG	LATERAL	SUPINA
TEMPO DE CIRURGIA	> 6 H	>4H ATÉ 6H	>2H ATÉ 4H	>1H ATÉ 2H	ATÉ 1H
TIPO DE ANESTESIA	GERAL E REGIONAL	GERAL	REGIONAL	SEDEÇÃO	LOCAL
SUPERFÍCIE DE SUPORTE	SEM USO DE SUPERFÍCIE DE SUPORTE, SUPORTES RÍGIDOS OU PERNEIRAS ESTREITAS	COLCHÃO DA MESA CIRÚRGICA DE ESPUMA (CONVENCIONAL) E COXINS DE ALGODÃO	COLCHÃO DA MESA CIRÚRGICA DE ESPUMA (CONVENCIONAL) E COXINS DE ESPUMA	COLCHÃO DA MESA CIRÚRGICA DE ESPUMA (CONVENCIONAL) E COXINS DE VICOELÁSTICO	COLCHÃO DA MESA CIRÚRGICA VISCOELÁSTICO E COXINS DE VISCOELÁSTICO
POSIÇÃO DOS MEMBROS	ELEVAÇÃO DOS JOELHOS > 90º E ABERTURA DE MMII > 90º OU ABERTURA DE MMSS > 90º	ELEVAÇÃO DOS JOELHOS > 90º OU ABERTURA DOS MMII > 90º	ELEVAÇÃO DOS JOELHOS > 90º E ABERTURA DE MMII > 90º OU PESCOÇO SEM ALINHAMENTO ESTERNAL	ABERTURA < 90º DOS MMSS	POSIÇÃO ANATÔMICA
COMORBIDADES	LP OU NEUROPATIA PREVIAMENTE DIAGNOSTICADA OU TVP	OBESIDADE OU DESNUTRIÇÃO	DIABETES MELLITUS	DOENÇA VASCULAR	SEM COMORBIDADES
IDADE DO PACIENTE	≥ 80 ANOS	ENTRE 70 E 79 ANOS	ENTRE 60 E 69 ANOS	ENTRE 40 E 59 ANOS	ENTRE 18 E 39 ANOS

Classificação de Risco – Escala ELPO

- 7 a 19 pontos: Baixo risco para lesões por posicionamento cirúrgico
- 20 a 35 pontos: Alto risco para lesões por posicionamento cirúrgico

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevenção da Lesão por Pressão (LPP) constitui uma prioridade na segurança do paciente e na qualidade da assistência em saúde, sendo reconhecida como um importante indicador assistencial. Trata-se de um evento, em grande parte, evitável, desde que adotadas práticas

sistematizadas, baseadas em evidências e integradas ao processo de cuidado.

A aplicação rotineira de instrumentos de avaliação de risco, como a Escala de Braden (adulto), Braden Q (pediátrica) e a Escala ELPO no contexto cirúrgico, possibilita a identificação precoce de pacientes vulneráveis em diferentes cenários assistenciais, permitindo a implementação de medidas preventivas específicas e oportunas.

Destaca-se que a efetividade deste protocolo depende do comprometimento de toda a equipe multiprofissional, da adesão às rotinas estabelecidas, da capacitação contínua dos profissionais e do monitoramento sistemático por meio de indicadores. A atuação proativa, aliada à cultura de segurança, contribui para a prevenção de danos e para a melhoria dos desfechos assistenciais.

Ressalta-se, ainda, a importância do registro adequado das avaliações e intervenções, bem como da notificação de não conformidades e eventos adversos, permitindo a análise crítica dos processos e o aprimoramento contínuo das práticas institucionais.

Dessa forma, a consolidação de um cuidado seguro, humanizado e de qualidade está diretamente relacionada à incorporação efetiva deste protocolo na rotina assistencial, garantindo a proteção do paciente e a excelência dos serviços de saúde.

Referências

Aranha J.S.; Silva, J.L.L.; Almeida, G.L.; Lima, V.F.; Santos, G.L.A.; Souza, R.F.; Oliveira, F.A.L.; Pereira, R.L.
Intervenções de enfermagem na prevenção de Skin Tears. Brazilian Journal of Development. 6(6): 36849-36860, 2020.

Amaral, A.F.S.; Pulido, K.C.S.; Santos, V.L.C.G.
Prevalência de lesões por fricção em pacientes hospitalizados com câncer. Rev. Esc. Enferm USP. 46 (especial); 44-50, 2012.

Castanheira, L.S.; Alvarenga, A.W.; Correia, A.R.; Campos D.M.P. **Escala de predição de risco para lesão por**

pressão em pacientes crítica- mente enfermos: revisão integrativa. Enfermagem em Foco, 9 (2): 55-61, 2018.

Farris, M.K.; Petty, M.; Hamilton, J.; Walters, S.A.; Flynn, M.A. **Medical adhesive-related skin injury prevalence among adult acute care patients: a single-center observational study.** J Wound Ostomy Continence Nurs. 42(6):589–98, 2015.

Fumarola, S.; Allaway, R.; Callaghan, R.; Collier, M.;

LeBlanc, K.; Baranoski, S.; Christensen, D.; Langemo, D.;

Olkoski, E.; Assis, G.M. **Aplicação de medidas de prevenção para úlce- ras por pressão pela equipe de enfermagem antes e após uma cam- panha educativa.** Esc. Anna Nery, 20 (2): 363-369, 2016.

Pulido, K.C.S.; Peres, G.R.P.; Gonçalves, T.C.; Campinili, F. **Prevalência de lesão por fricção e fatores associados: revisão sistemática.** Rev Esc Enferm USP, 49(4):674-80, 2015.

Pinheiro, R.V.; Salomé, G.M.; Miranda, F.D.; Alves, J.R.; Reis, F.A. Men- donça A.R. **Algoritmos para prevenção e tratamento de lesão por fricção.** Acta Paul Enferm, 34:eAPE03012, 2021.

Rayner, R.; Carville, K.; Leslie, G.; Dhaliwal, S.S. **A risk model for the prediction of skin tears in aged care residents: A prospective cohort study.** Int Wound J, 16(1):52–63, 2019.

Santos E.I. **Skin tear treatment and prevention by nurses: an inte- grative literature review.** Rev Gauch Enferm, 35 (2): 142–149, 2014, 2014.

3M. **Reducing me Risk Of Superficial Skin Damage Related To Adhesive Use.** Disponível em: <https://multimedia.3m.com/mws/me- dia/114095O/reducing-adhesive-trauma-problem- solution.pdf>

Souza L.M.; Teixeira, G.S; Silva, D.M.; Ruiz, L.S.; Coppola, I.S.; Meirelles,

L.C.S. Prevalence of skin tears in hospitalized adults and older adults. Rev Esc Enferm USP, 55:e03683, 2021.

Strazzieri-Pulido, K.C. **Adaptação cultural e validação do instrumen- to STAR Skin Tear Classification System, para a língua portuguesa no Brasil** [dissertação]. São Paulo: USP;2010.

Wechi, J.S.; Amante, L.N.; Salum N.C.; Matos, E.; Martins, T. **Escala de Braden: instrumento norteador para a prevenção de úlceras por pressão.** Estima–Brazilian Journal of Enterostomal Therapy, 15 (3): 145-151, 2

CAPÍTULO 10

META 6. RISCO DE QUEDA

FINALIDADE

Reduzir a ocorrência de queda de pacientes nos pontos de assistência e o dano dela decorrente, por meio da implantação/implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco do paciente, garantam o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro, e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais.

2. ABRANGÊNCIA

As recomendações deste protocolo aplicam-se aos servidores e colaboradores de assistência à saúde da FCECON e incluem todos os pacientes que recebem cuidado neste estabelecimento, abrangendo o período total de permanência do paciente seja por internação hospitalar, emergencial ou ambulatorial.

3.JUSTIFICATIVA

De modo geral, a hospitalização aumenta o risco de queda, pois os pacientes se encontram em ambientes que não lhes são familiares, muitas vezes são portadores de doenças que predispõem à queda (demência e osteoporose) e muitos dos procedimentos terapêuticos, como as múltiplas prescrições de medicamentos, podem aumentar esse risco. Quedas de pacientes produzem danos em 30% a 50% dos casos, sendo que 6% a 44% desses pacientes sofrem danos de natureza grave, como fraturas, hematomas subdurais e sangramentos, que podem levar ao óbito. A queda pode gerar impacto negativo sobre a mobilidade dos pacientes, além de ansiedade, depressão e medo de cair de novo, o que acaba por aumentar o risco de nova queda. As quedas em pacientes hospitalizados podem

causar danos graves como fraturas, hematomas intracranianos, sangramentos e até óbitos, gerando impactos negativos como sequelas, medo, depressão e contribuem também para aumentar o tempo de permanência hospitalar e os custos assistenciais, redução da credibilidade na qualidade da assistência, gera ansiedade na equipe de saúde, além de produzir repercussões na credibilidade da instituição e de ordem legal (ANVISA, 2013). Dentre os pacientes que sofreram queda, há relatos de maior ocorrência em pacientes em transferência para ambientes de cuidado de longa permanência. As quedas em crianças são consideradas com elevada incidência para esse grupo etário (DE SOUZA PEREIRA et al, 2012). As ocorrências de quedas em pacientes pediátricos relacionam-se competências motoras, (in) capacidade avaliar o risco, curiosidade inata, níveis crescentes de independência, comportamentos desafiadores, utilização incorreta de equipamentos (BORDALO e CALDEIRA, 2016). Estudo aponta que as quedas são comuns entre os meninos e decorreram principalmente de pisos molhados, tropeços em equipamentos e em objetos largados ao chão e que a maior parte dos eventos ocorre na presença dos pais (POLL, et al2014). Considerando todas as repercussões decorrentes das quedas nos pacientes, familiares, profissionais e serviços de saúde, faz-se necessário adotar-se medidas para eliminá-las ou reduzi-las (BRASIL, 2013). Com relação aos fatores ambientais e organizacionais, podem ser citados: pisos desnivelados, objetos largados no chão, altura inadequada da cadeira, insuficiência e inadequação dos recursos humanos.

As intervenções com multicomponentes tendem a ser mais efetivas na prevenção de quedas. Fazem parte dessas intervenções:

- Avaliação do risco de queda;
- Identificação do paciente com risco com a sinalização à beira do leito ou quadro de identificação,
- Agendamento dos cuidados de higiene pessoal;
- Revisão periódica da medicação;

- Atenção aos calçados utilizados pelos pacientes,
- Educação dos pacientes e dos profissionais,
- Notificação da ocorrência de queda para identificação de suas possíveis causas.

4.DEFINIÇÃO:

Por definição entende-se queda como “o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial por circunstâncias multifatoriais que comprometem a estabilidade, resultando ou não em dano. Essas lesões podem ocasionar limitações e incapacidades temporárias ou permanentes” (BRASIL, 2013). Considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão. A queda pode ocorrer da própria altura, da maca/cama ou de assentos (cadeira de rodas, poltronas, cadeiras, cadeira higiênica, banheira, vaso sanitário, trocador de fraldas, bebê conforto, berço etc.)

4.1. Tipos de Quedas:

- Paciente se desloca de maneira não intencional indo o corpo ao chão;
- Paciente é amparado durante a queda (mesmo que não chegue ao chão);
- Paciente escorrega de uma cadeira/ poltrona/vaso sanitário/leito para o chão.

4.2. Fatores que predispõem a queda:

Os principais fatores predisponentes ao risco de queda relacionado aos clientes atendidos na instituição são divididos em:

- Crianças
- Idade > 65 anos
- Sexo Feminino – maior expectativa de vida, maior propensão às quedas e osteoporose.

Psico – Cognitivos

- Declínio Cognitivo (perda discreta de memória, não demencial, cuja causa vai desde estresse ou noites mal dormidas até fases iniciais de processos da doença de Alzheimer).

Condições de Saúde/ Doenças Crônicas

- A V E prévio
- Tontura
- Hipotensão Postural
- Baixo índice de massa corpóreo
- Anemia
- Insônia
- Incontinência ou urgência miccional
- Artrite/ Osteoartrose
- História prévia de quedas

Funcionalidade

- Dificuldade de desenvolvimento das Atividades da Vida Diária (AVD)
- Necessidade de dispositivo de auxílio à marcha
- Inatividade

Comprometimento Sensorial

- Comprometimento visual

Equilíbrio Corporal

- Marcha e mobilidade alteradas

Uso de medicações

- Benzodiazepínicos
- Antiarrítmicos
- Anti-histamínicos
- Antipsicóticos
- Antidepressivos
- Digoxina
- Diuréticos

- Laxativos
- Relaxantes musculares
- Vasodilatadores
-

5. AVALIAÇÃO DE RISCO PARA QUEDAS

5.1 Pacientes Internados:

O preenchimento da escala de MORSE para avaliação de risco de queda será realizado pelo enfermeiro, nas primeiras 24 horas de internação. O grau de risco de queda será conforme a presença de fatores predisponentes identificados, tais como:

- Criança < 5 anos;
- Idoso >65 anos sem acompanhantes;
- Uso de diuréticos e laxantes (causadores de urgências urinárias e intestinais);
- Distúrbios neurológicos (crise convulsiva, delírio, demência, parestesia e plegia);
- Dificuldade de marcha; Déficit sensitivo (visão, audição e tato);
- Alteração do nível de consciência e Indicador de repouso no leito por resultados laboratoriais.

A equipe deverá proceder da seguinte maneira:

- ♣ Preencher a Escala de Morse na SAE aos pacientes em risco de queda.
 - Pacientes e/ou familiares deverão ser orientados pela equipe de enfermagem, sobre a necessidade do cumprimento das medidas preventivas identificadas individualmente.
 - O enfermeiro deverá entregar Orientação para Prevenção de Queda em Ambiente Hospitalar por escrito na primeira avaliação e colocar-se a disposição para o esclarecimento de qualquer dúvida que posteriormente venha a surgir.
 - Todos os pacientes internados, independentemente do Grau de Risco para Queda (Alto ou Baixo) devem ser reavaliados diariamente, até a alta ou sempre que um fator predisponente seja identificado para os pacientes de baixo risco de queda.
 - Pacientes e/ou familiares devem assinar a avaliação da Escala de Morse na SAE, em local específico, de

acordo com a avaliação ou reavaliação, declarando ciência do grau do risco de queda, da necessidade do cumprimento das medidas preventivas e do recebimento, no momento da 1ª Avaliação do folder de Orientação para Prevenção de Queda em Ambiente Hospitalar.

- O profissional de enfermagem que realizou o preenchimento da Escala de Morse, deverá assinar em local específico, de acordo com a avaliação ou reavaliação e colocar sua matrícula institucional.
- O enfermeiro deverá colocar acima da cabeceira da cama do paciente, placa de Identificação de Risco para Queda para alertar toda a equipe multidisciplinar.
- No caso de crianças, o símbolo da placa de IRQ indica a necessidade de acompanhante. Para pacientes adultos, o símbolo da placa de IRQ indica restrição de deambulação desacompanhado, alertando a necessidade de acompanhamento de um familiar ou profissional da enfermagem.
- No encaminhamento externo ou interno identificar os impressos, através de carimbo de alerta de pacientes com Risco para Queda.

5.2 Pacientes Externos:

A avaliação de Risco para Queda em pacientes externos deverá ser realizada através dos seguintes fatores predisponentes:

- Criança ≤ 5 anos;
- Idoso > 65 anos sem acompanhantes;
- Dificuldade de marcha, déficit sensitivo (visão, audição e tato);
- Distúrbios neurológicos (crise convulsiva, ataxia, delírio, demência, paresia, parestesia e plegia);
- Alteração do nível de consciência e uso de medicação que altera o sistema nervoso central (sedação, opióides e outros).

A equipe deverá proceder da seguinte maneira:

- Receber o cliente de acordo com a rotina do setor;
- Identificar pacientes com risco de queda através do preenchimento da escala de Morse presente na SAE;
- Carimbar prescrição ou solicitação de exames ou procedimentos com o alerta para pacientes com risco de queda;
- Orientar clientes e/ou familiares sobre a necessidade do cumprimento das medidas preventivas para risco de queda;

6. NOTIFICAÇÃO E AÇÕES NA OCORRÊNCIA DE QUEDA

- No caso de ocorrer queda, colocar paciente no leito, comunicar o enfermeiro de plantão para avaliação e exame físico;
- Após avaliação, em caso de dano, chamar médico plantonista para avaliar e solicitar possíveis exames adicionais;
- Registrar no prontuário as informações de ocorrência de queda e a conduta médica;
- Notificação no Formulário de Incidentes/Eventos Adversos ao Núcleo de Segurança do Paciente.
- Orientar novamente paciente e acompanhante sobre as medidas preventivas para queda.

A **Escala de Morse** é um instrumento amplamente utilizado para avaliar o risco de **quedas em pacientes adultos** no ambiente hospitalar. Deve ser aplicada na admissão e reavaliada periodicamente ou sempre que houver mudança no estado clínico do paciente.

A escala considera seis critérios: histórico de quedas, diagnóstico secundário, uso de dispositivos auxiliares para deambulação, terapia intravenosa, marcha e estado mental. Cada item recebe uma pontuação específica, cuja soma classifica o paciente em níveis de risco.

De forma geral, a classificação é:

- **0–24 pontos:** baixo risco
- **25–44 pontos:** risco moderado
- **≥ 45 pontos:** alto risco

A partir dessa avaliação, devem ser implementadas medidas preventivas

proporcionais ao risco, como orientação ao paciente, identificação com pulseira de risco, supervisão na deambulação e adequação do ambiente. A utilização sistemática da Escala de Morse contribui para a redução de quedas e para a promoção da segurança do paciente.

ESCALA MORSE		
Nº	CATEGORIA	ESCORE
1	Histórico de queda recente - Não Sim	0 25
2	Diagnóstico secundário - Não Sim	0 15
3	Auxílio para deambular Nenhum/ Acamado/ Auxiliado por profissional da saúde Muleta/ Bengala/ Andador Mobiliário/ Parede	0 15 30
4	Terapia Endovenosa/ Dispositivo Endovenosos salenizado ou heparenizado Não Sim	0 20
5	Marcha Normal/ Sem deambulação/ Acamado/ cadeira de rodas Frac Comprometida/ Cambaleante	0 10 20
6	Estado Mental Orientado/ Capaz quanto a sua capacidade/ limitação Superestima capacidade/ Esquece limitações	0 15
Total		
@TALK_NURSING		

Boas práticas para redução do risco de quedas

No quadro abaixo destacamos as principais intervenções para redução do risco de quedas.

Quadro 1. Práticas eficazes para o alcance da Meta 6.
Redução do risco de quedas.

	Boas práticas	Atenção
1.	Avaliar o risco de queda do paciente.	Pesquisar histórico de quedas; revisar medicamentos em uso; avaliar marcha e equilíbrio; uso de dispositivos de locomoção como andadores e bengalas e avaliações do ambiente. Aplicar instrumentos que avaliem o risco de queda: Escala de Morse para adultos e Escala de Humpty Dumpty para as crianças.
2.	Implementar intervenções com base no risco avaliado do paciente (e o seu contexto) para redução de quedas.	
3.	Educar a equipe sobre os protocolos institucionais para a redução de quedas.	
4.	Educar o paciente e a sua família sobre as estratégias institucionais e individuais para a redução de queda.	

5.	Avaliar a eficácia de todas as atividades de redução de queda.	Exemplos: uso de indicadores de incidência de quedas e avaliação das quedas que apresentem lesões. Monitoramento de adesão ao protocolo de prevenção de queda.
----	--	--

Fonte: Adaptado The Joint Commission, 2020.

Importância	Intervenções
CUIDADOS UNIVERSAIS PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS PROATIVIDADE (Equipe multidisciplinar)	Atender e programar as necessidades de ajuda: ida ao banheiro, troca de fraldas, uso de papagaio ou comadre.
	Movimentação da cama para a poltrona (com transfer, elevador de pacientes ou em duas pessoas).
	Avaliar continuamente a possibilidade de retirada de dispositivos (desinvasão).
AMBIENTE SEGURO (Infraestrutura)	Deixar a campainha, mesa auxiliar, telefone e outros itens utilizados com frequência ao alcance do paciente.
	Manter o chão limpo e seco.
	Manter área livre para deambulação.
	Manter o ambiente organizado.
	Propiciar iluminação adequada e utilizar “luz noturna”.
	Manter a cama baixa e travada. Manter as grades superiores da cama elevadas.

EDUCAÇÃO E SENSIBILIZAÇÃO (Família)	Informar ao paciente e familiares sobre o risco e cuidados necessários para evitar uma queda.
	Evitar deixar o paciente sozinho.
	Comunicar a enfermagem sempre que precisar se ausentar.
	Solicitar ajuda para movimentar o paciente
	Orientar quanto ao uso de sapatos adequados, roupas de tamanho e ajuste adequados.
	Orientar paciente/família da disposição e funcionamento dos móveis e equipamentos no quarto e localização do banheiro.

Prevenção de quedas em pacientes pediátricos

Em pacientes pediátricos, a ocorrência de quedas se relaciona às habilidades motoras das crianças que variam de acordo com a sua faixa etária, pela incapacidade de avaliar os riscos relacionados a quedas pela equipe, pela curiosidade inata e comportamentos desafiadores das crianças e pela utilização incorreta de equipamentos. As quedas costumam ser mais frequentes em meninos e decorreram principalmente de pisos molhados, tropeços em equipamentos e em objetos deixados no chão e acontecem majoritariamente na presença dos pais. (BORDALO et al 2013; POLL, 2014)

As condições ambientais, tais como leitos inadequados à idade da criança, grades destravadas, salas de jogos, determinados brinquedos e comportamento de risco dos pais que deixam esquecidas as grades laterais baixas enquanto a criança está sozinha proporcionam também maiores riscos de quedas em crianças (Paiva, 2021). Os profissionais da área da saúde, em destaque os profissionais de enfermagem, são fundamentais na vigilância da criança hospitalizada e devem ser capacitados quanto aos fatores de risco de queda e melhores práticas, mitigando assim possíveis quedas (CAMPOS, 2019).

Revisão que objetivou identificar as intervenções de enfermagem na prevenção de quedas em idade pediátrica durante o internamento hospitalar quanto os instrumentos de avaliação do risco de queda em pediatria, mapeou sete artigos que concluíram que a educação direcionada às crianças e famílias foi fundamental para as intervenções, referentes aos principais instrumentos de avaliação do risco de queda em crianças, foram identificadas as seguintes escalas: Humpty Dumpty Falls Scale, Graf Pif, Cummings, I'm Safe e Champs. (Brás, 2020)

A Escala de Humpty Dumpty foi criada baseada na análise registos de enfermagem de um estudo realizado em um hospital pediátrico americano, com 153 crianças que sofreram queda durante um ano. As crianças que caíram mais tinham idade menor de três anos e superior a 13 anos, estiveram internadas devido doença neurológica (convulsões), doenças respiratórias (asma) e doenças gastrointestinais (desidratação ou vômitos). A escala Humpty Dumpty avalia: 1. Idade; 2. Sexo; 3. Diagnóstico; 4. Deficiências cognitivas; 5. Fatores ambientais; 6. Tempo de pós-operatório e 7. Consumo de medicamentos. O escore desta escala varia entre 7 e 23 pontos, sendo que quanto maior o escore, maior o risco de quedas. Crianças com escore entre 7 e 11 pontos possuem baixo risco de quedas, acima de 12 pontos, alto risco de quedas (BRÁS, 2020).

Ferramenta de Avaliação de Risco de Quedas Escala Humpty Dumpty (RODRIGUES, ESA, 2020)

Para avaliação de cada parâmetro, você deverá escolher apenas um critério.

Parâmetros	Critérios	Pontuação
Idade	Menos de 3 anos	4
	3 a 6 anos	3
	7 a 12 anos	2
	Acima de 13 anos	1
Sexo	Masculino	2
	Feminino	1
Diagnóstico	Neurológico	4
	Alterações da oxigenação (diagnóstico respiratório, desidratação, anorexia, anemia, síncope/tonturas)	3
	Transtornos psíquicos	2
	Outros diagnósticos	1
Fatores ambientais	História de queda/bebê em cama	4
	Crianças com aparelhos auxiliares de marcha / Bebê em berço / Quarto com muito equipamento / Quarto com iluminação fraca	3
	Criança acamada	2
	Criança que deambula	1
Medicação utilizada	Uso de 2 ou mais dos seguintes medicamentos: sedativos, hipnóticos, barbitúricos, antidepressivos, laxantes, diuréticos, narcóticos	3
	1 dos medicamentos acima mencionados	2
	Outros medicamentos / Nenhum	1
Deficiências cognitivas	Não consciente de suas limitações	3
	Esquece suas limitações	2
	Orientado de acordo com suas capacidades	1
Cirurgia / Sedação / Anestesia	Há 24 horas	3
	Há 48 horas	2
	Há mais de 48 horas / Nenhum	1
Total		Soma

Quadro 5. Boas práticas na prevenção de quedas em crianças.

Intervenções
Cama na posição mais baixa, travada e grades da cama para cima
Avaliar a distância entre as grades, de acordo com a criança

Uso de calçados e roupas de tamanho adequadas
Manter o trajeto livre de objetos
Iluminação adequada
Educação em saúde relacionada ao risco de quedas
Evitar que a criança fique sozinha no leito
Orientar criança ou familiar sobre mudanças na prescrição medicamentosa potencializadoras de quedas
Orientar ao familiar/acompanhante a não deitar na cama ou berço

Fonte: adaptado Costa-Silva

Considerações Finais

A prevenção de quedas é um componente essencial da segurança do paciente e da qualidade da assistência, sendo reconhecida como indicador sensível do cuidado em saúde. Trata-se de um evento potencialmente evitável, que pode ocasionar danos físicos, prolongamento da internação e aumento dos custos assistenciais.

A utilização sistemática de instrumentos de avaliação de risco, como a **Escala de Morse** para pacientes adultos e a **escala pediátrica de avaliação de risco de quedas (ex.: Humpty Dumpty)**, possibilita a identificação precoce de pacientes vulneráveis em diferentes faixas etárias, permitindo a implementação de medidas preventivas individualizadas e eficazes.

A efetividade deste protocolo está diretamente relacionada ao comprometimento da equipe multiprofissional, à adesão às práticas estabelecidas, à capacitação contínua dos profissionais e ao monitoramento sistemático por meio de indicadores. Destaca-se ainda a importância da comunicação efetiva, do envolvimento do paciente e familiares, e da adequação do ambiente como estratégias fundamentais na prevenção de quedas.

Ressalta-se a necessidade de registro adequado das avaliações, reavaliação periódica do risco e notificação de incidentes, permitindo a análise crítica dos processos e o aprimoramento contínuo das práticas institucionais.

Dessa forma, a incorporação deste protocolo na rotina assistencial contribui para a redução de eventos adversos, promovendo um cuidado mais seguro,

qualificado e centrado no paciente.

As estratégias de prevenção de quedas em crianças devem enfatizar a educação de profissionais e familiares, a criação de ambientes seguros e devem ser multifacetadas (WHO, 2008). Para a escolha de intervenções precisas e melhores, faz-se necessário identificar o nível de risco e atuar consoante a ele, prevenir possíveis quedas, aumentando assim a segurança das crianças em contextos pediátricos. (Almeida R, 2010).

Referências

ANVISA, MINISTÉRIO DA SAÚDE, FIOCRUZ. **Protocolo de Prevenção de Quedas**. Ministério da Saúde, 2013.

THE JOINT COMMISSION. **National Patient Safety Goals Effective**. January 2019 Hospital Accreditation Program.

CAMERON ID, DYER SM, PANAGODA CE, MURRAY GR, HILL KD, CUMMING RG, KERSE N. **Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals**. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 9. Art. No.: CD005465. DOI: 10.1002/14651858.CD005465.pub4. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30191554/>. Acesso em abr/22

RODRIGUES ESA. **Adaptação transcultural e validação da Falls Assessment Tool – me Humpty Dumpty Sacale para a cultura brasileira**. Campinas. Dissertação (Mestrado Ciências da Saúde) – Universidade Estadual de Campinas, 2020.

KRUSCHKE C, BUTCHER HK. **Evidence-Based Practice Guideline: Fall Prevention for Older Adults**. *J Gerontol Nurs*. 2017 Nov 1;43(11):15-21. doi: 10.3928/00989134-20171016-01. PMID: 29065212.

MORSE JM, MORSE RM, TYLKO SJ. **Development of a scale to identify the fall-prone patient**. *Can J Aging* 1989;8:366-7.

KAFANTOGIA, K., KATSAFOUROU, P., TASSIOU, A., & VASSOU, N. (2017). **Falls among hospitalized patients**. *Journal of Frailty, Sarcopenia and Falls*, 2(3), 53.

URBANETTO, J. D. S., CREUTZBERG, M., FRANZ, F., OJEDA, B. S., GUSTAVO, A. D. S., Bittencourt, H. R., ... & Farina, V. A. (2013). **Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa**. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47, 569-575.

, Niterói, 2019.

Considerações Finais

A implementação das Metas Internacionais de Segurança do Paciente constitui um pilar fundamental para a qualificação da assistência em saúde, promovendo a redução de riscos e a prevenção de eventos adversos nos diversos níveis de atenção.

A adoção sistemática dessas metas — identificação correta do paciente, comunicação efetiva, segurança na prescrição e administração de medicamentos, cirurgia segura, higienização das mãos e prevenção de quedas e lesão por pressão — fortalece a organização dos processos assistenciais e contribui para um cuidado mais seguro, padronizado e centrado no paciente.

A efetividade deste protocolo está diretamente relacionada ao engajamento de toda a equipe multiprofissional, ao fortalecimento da cultura de segurança, à educação permanente dos profissionais e ao monitoramento contínuo por meio de indicadores assistenciais. Destaca-se, ainda, a importância da atuação do Núcleo de Segurança do Paciente na condução das estratégias, análise de incidentes e implementação de melhorias.

Ressalta-se que a segurança do paciente deve ser compreendida como responsabilidade compartilhada entre profissionais, gestores, pacientes e familiares, sendo essencial a comunicação transparente, o registro adequado das ações e a notificação de não conformidades.

Dessa forma, a incorporação das Metas Internacionais de Segurança do Paciente à rotina institucional contribui para a excelência dos serviços de saúde, a redução de danos evitáveis e a promoção de um cuidado mais seguro, humanizado e de qualidade.

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 1/2026
GESTÃO DA UPA 24H CONSELHEIRO PAULINO

ANEXO VII

**- MANUAL DE ACOLHIMENTO E
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

MANUAL OPERACIONAL DE ACOLHIMENTO, CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, NOTIFICAÇÃO, ORIENTAÇÃO SOCIAL E APOIO PSICOSSOCIAL NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24H CONSELHEIRO PAULINO – NOVA FRIBURGO- RJ



MANUAL OPERACIONAL DE ACOLHIMENTO, NOTIFICAÇÃO, ORIENTAÇÃO SOCIAL E APOIO PSICOSSOCIAL NA UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

O acolhimento, enquanto diretriz fundamental da Política Nacional de Humanização (PNH), configura-se como eixo estruturante das práticas assistenciais e de gestão nos serviços de urgência e emergência, transcendendo a lógica tradicional de atendimento baseada exclusivamente na ordem de chegada. Trata-se de uma postura ética e organizacional que implica reconhecer o usuário em sua integralidade, considerando suas necessidades de saúde, seu contexto social e seu grau de sofrimento físico e psíquico.

No âmbito das unidades de urgência e emergência, especialmente nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), o acolhimento assume papel estratégico na organização do processo de trabalho, diante de cenários frequentemente marcados por alta demanda assistencial, superlotação, fragmentação do cuidado e desafios na articulação com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A Unidade de Pronto Atendimento 24h Conselheiro Paulino, situada no município de Nova Friburgo, integrante da Rede de Urgência e Emergência do estado do Rio de Janeiro, desempenha função essencial como porta de entrada intermediária do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo responsável pelo atendimento de demandas espontâneas e referenciadas, de natureza clínica, pediátrica e traumática, com funcionamento ininterrupto.

Nesse contexto, o acolhimento com avaliação e classificação de risco constitui dispositivo tecnoassistencial indispensável para a organização do fluxo de atendimento, permitindo a priorização dos usuários com base em critérios clínicos e de vulnerabilidade, em consonância com protocolos instituídos, como o Protocolo de Manchester. Sua aplicação contribui para a redução de riscos, a melhoria da segurança do paciente e a promoção de maior equidade no acesso aos serviços de saúde.

A Portaria nº 2.048/2002 do Ministério da Saúde estabelece a obrigatoriedade da implantação do acolhimento com classificação de risco nas unidades de urgência e emergência, devendo este processo ser realizado por profissional de saúde de nível superior, devidamente capacitado, com base em protocolos previamente definidos. Complementarmente, a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) nº 423/2012 reforça a competência do enfermeiro na realização da classificação de risco, destacando sua responsabilidade na avaliação clínica inicial e na organização do fluxo assistencial.

Mais do que um instrumento de triagem, o acolhimento com classificação de risco representa uma mudança de paradigma no modelo de atenção, promovendo a

humanização das práticas em saúde, a qualificação da escuta e o fortalecimento do vínculo entre usuários, familiares e equipes multiprofissionais.

Adicionalmente, a complexidade do cuidado em urgência e emergência exige a incorporação de abordagens ampliadas que considerem não apenas os aspectos clínicos, mas também as dimensões sociais e psicológicas envolvidas no processo de adoecimento. Nesse sentido, destacam-se as ações de orientação social, notificação e apoio psicossocial, fundamentais para a integralidade do cuidado, especialmente em situações de vulnerabilidade, violência, sofrimento psíquico e desestruturação familiar.

A articulação entre os diferentes profissionais da equipe — incluindo enfermagem, medicina, serviço social e psicologia — e a integração com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde são elementos essenciais para garantir a continuidade do cuidado, a resolutividade das ações e a efetividade das intervenções realizadas.

Dessa forma, o presente Manual Operacional estabelece diretrizes e procedimentos para o acolhimento, notificação, orientação social e apoio psicossocial na Unidade de Pronto Atendimento 24h Conselheiro Paulino, com o objetivo de qualificar o acesso, organizar os fluxos assistenciais e assegurar um atendimento humanizado, seguro e resolutivo aos usuários do Sistema Único de Saúde.

TRAJETÓRIA E CENÁRIO

A organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no estado do Rio de Janeiro caracteriza-se por elevada demanda nos serviços de urgência e emergência, com desafios relacionados à superlotação, fragmentação dos fluxos assistenciais e necessidade contínua de qualificação do acesso e da resolutividade do cuidado.

No município de Nova Friburgo, localizado na Região Serrana, observa-se um cenário demográfico e epidemiológico que impacta diretamente a organização dos serviços de saúde. Com população estimada em aproximadamente 203.417 habitantes (IBGE, projeções 2025/2026), o município apresenta crescimento populacional contínuo, perfil de envelhecimento progressivo e predominância de população adulta, com idade média em torno de 40 anos.

A densidade demográfica de cerca de 203,05 hab/km², associada à extensão territorial de 935,4 km², que abrange áreas urbanas e distritos rurais, impõe desafios logísticos e assistenciais relacionados ao acesso oportuno aos serviços de saúde, especialmente em situações de urgência e emergência.

O município configura-se como referência regional em saúde na Região Serrana II, dispondo de importante rede assistencial composta por Atenção Primária, serviços especializados, unidades hospitalares com destaque para o Hospital Municipal Raul Sertão

e unidades de pronto atendimento, que atuam de forma complementar na garantia da assistência integral aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse contexto, a Unidade de Pronto Atendimento 24h Conselheiro Paulino assume papel estratégico como componente da Rede de Urgência e Emergência (RUE), atuando como porta de entrada intermediária entre a Atenção Primária e a atenção hospitalar. Sua função envolve o acolhimento, a classificação de risco, a estabilização clínica e o encaminhamento responsável dos usuários, conforme a complexidade do caso.

A elevada demanda espontânea, muitas vezes decorrente de limitações no acesso oportuno à Atenção Primária, somada ao perfil epidemiológico da população e à sazonalidade de agravos (doenças respiratórias, traumas, condições crônicas agudizadas), contribui para a sobrecarga dos serviços de urgência, impactando diretamente o tempo de espera e a qualidade da assistência.

A UPA Conselheiro Paulino dispõe de estrutura física e capacidade operacional compatíveis com atendimento de média complexidade, incluindo 18 leitos de observação (adulto, pediátrico, sala vermelha e isolamento), 14 poltronas de hipodermia e suporte diagnóstico e terapêutico 24 horas, como laboratório, radiologia e eletrocardiografia. Conta ainda com consultórios médicos clínicos e pediátricos, sala de procedimentos, assistência farmacêutica e apoio multiprofissional, incluindo serviço social.

A presença de áreas específicas para acolhimento e classificação de risco, com salas dedicadas e profissionais capacitados, reforça a importância da adoção de protocolos estruturados, como o Protocolo de Manchester, como instrumento para organização do fluxo assistencial e priorização dos atendimentos conforme a gravidade clínica.

Diante desse cenário, torna-se imprescindível a implementação de práticas assistenciais que promovam a humanização do cuidado, a qualificação do acesso e a eficiência operacional. O acolhimento com classificação de risco configura-se, portanto, como estratégia central para reorganização dos processos de trabalho, garantindo atendimento baseado em critérios clínicos, equidade e segurança do paciente.

Além disso, a efetiva integração da UPA com os demais pontos da rede incluindo Atenção Primária, unidades hospitalares, serviços especializados e sistemas de regulação é fundamental para assegurar a continuidade do cuidado, reduzir reinternações, evitar permanências prolongadas e promover desfechos assistenciais mais resolutivos.

Dessa forma, a consolidação de um modelo assistencial baseado no acolhimento, na escuta qualificada, na atuação multiprofissional e na articulação em rede contribui para o fortalecimento do SUS no âmbito municipal, promovendo um cuidado centrado no usuário, na integralidade da atenção e na humanização das práticas em saúde.

2. OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral

Estabelecer diretrizes e padronizar os processos de acolhimento com classificação de risco, notificação, orientação ao usuário e apoio psicossocial na Unidade de Pronto Atendimento 24h Conselheiro Paulino, no município de Nova Friburgo, visando qualificar o acesso aos serviços de saúde, organizar os fluxos assistenciais e garantir atendimento humanizado, seguro e resolutivo aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

2.2 Objetivos Específicos

- a) Implantar e fortalecer o acolhimento como diretriz transversal das práticas assistenciais, promovendo escuta qualificada e atendimento humanizado;
- b) Classificar os usuários conforme o grau de risco e vulnerabilidade, com base em protocolos estabelecidos, assegurando priorização adequada dos atendimentos;
- c) Reduzir o tempo de espera para atendimento dos casos de maior gravidade, contribuindo para a segurança do paciente;
- d) Padronizar os processos de notificação de agravos, eventos e situações de relevância em saúde pública, conforme normativas vigentes;
- e) Garantir orientação clara, acessível e contínua aos usuários e acompanhantes quanto ao fluxo de atendimento, tempo de espera e cuidados necessários;
- f) Integrar ações de apoio psicossocial ao cuidado assistencial, considerando os determinantes sociais da saúde e as situações de vulnerabilidade;
- g) Fortalecer a atuação multiprofissional e a corresponsabilização das equipes no processo de cuidado;
- h) Promover a articulação da unidade com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde, assegurando a continuidade do cuidado;
- i) Monitorar e avaliar continuamente os processos assistenciais por meio de indicadores de qualidade e desempenho;
- j) Contribuir para a melhoria das condições de trabalho das equipes, por meio da organização dos fluxos e padronização das práticas.

3. FUNDAMENTAÇÃO NORMATIVA

O presente Manual Operacional fundamenta-se no arcabouço legal e normativo que regula a organização, o funcionamento e a prestação de serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como nas diretrizes específicas da Rede de Urgência e Emergência, da Política Nacional de Humanização e das normativas relacionadas à vigilância em saúde, segurança do paciente e atuação multiprofissional.

As principais referências normativas que orientam este manual incluem:

3.1 Legislação Do Sistema Único De Saúde (Sus)

Constituição Federal de 1988 – Estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantindo acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde;

Lei nº 8.080/1990 – Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e o funcionamento dos serviços de saúde;

Lei nº 8.142/1990 – Trata da participação da comunidade na gestão do SUS e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros;

3.2 Normativas da Rede de Urgência e Emergência

Portaria nº 2.048/2002 – Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, que estabelece a obrigatoriedade do acolhimento com classificação de risco;

Portaria nº 1.600/2011 – Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Urgência e Emergência (RUE);

Portaria nº 10/2017 – Consolida diretrizes para organização e funcionamento da Rede de Urgência e Emergência;

3.3 Política Nacional de Humanização (PNH)

Política Nacional de Humanização (PNH) – Estabelece o acolhimento como diretriz ética e operacional, com foco na escuta qualificada, vínculo e responsabilização;

3.4 Normativas de Classificação de Risco e Enfermagem

Resolução COFEN nº 423/2012 – Normatiza a atuação do enfermeiro na classificação de risco em serviços de urgência e emergência;

Lei nº 7.498/1986 – Dispõe sobre a regulamentação do exercício profissional da enfermagem;

3.5 Vigilância em Saúde e Notificação Compulsória

Portaria de Consolidação nº 4/2017 – Define a lista nacional de doenças e agravos de notificação compulsória;

Lei nº 6.259/1975 – Dispõe sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica no país;

3.6 Segurança Do Paciente

Portaria nº 529/2013 – Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP);

RDC nº 36/2013 – Estabelece ações para a segurança do paciente em serviços de saúde;

3.7 Normativas Complementares

Protocolos institucionais de acolhimento e classificação de risco (ex.: Protocolo de Manchester);

Diretrizes da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro e da Secretaria Municipal de Saúde de Nova Friburgo;

Normas internas da Unidade de Pronto Atendimento 24h Conselheiro Paulino;

3. DIRETRIZES GERAIS

- I. O atendimento de urgência e emergência será organizado com base na classificação de risco, sendo vedada a priorização por ordem de chegada;
- II. O acolhimento é responsabilidade de toda a equipe multiprofissional;
- III. Deve ser assegurada escuta qualificada e atendimento humanizado;
- IV. A assistência deve considerar aspectos biopsicossociais;
- V. A comunicação com usuários e acompanhantes deve ser clara e contínua.

4. PROCEDIMENTOS DE NOTIFICAÇÃO

4.1 Notificação Assistencial

Registro obrigatório em prontuário;

Comunicação imediata de casos graves;

Acionamento de equipes de retaguarda;
Registro de eventos adversos ao NSP.

4.2 Notificação Compulsória

Violência interpessoal e autoprovocada;
Doenças de notificação obrigatória;
Acidentes de trabalho;
Registro em sistema oficial dentro do prazo legal.

4.3 Comunicação Com Familiares

Informações periódicas sobre estado clínico;
Comunicação humanizada em ambiente reservado;
Protocolo específico para comunicação de óbito e acolhimento à família.

4. PROCEDIMENTOS DE NOTIFICAÇÃO

5.1 Recepção Administrativa

Organização do fluxo de acordo com senha de atendimento;
Cadastro e identificação do usuário conforme protocolo institucional;
Orientações iniciais;
Atendimento humanizado.

5.2 Acolhimento Com Classificação De Risco

Realizado por enfermeiro capacitado:
Escuta qualificada;
Avaliação clínica;
Verificação de sinais vitais;
Classificação por risco conforme Protocolo de Manchester.

Observação Importante:

Nenhum paciente poderá ser dispensado sem atendimento, devendo obrigatoriamente ser acolhido, classificado e atendido de acordo com sua necessidade, garantindo seu acesso ao sistema único de saúde.

5.3 Responsabilidade Pela Classificação De Risco

A Classificação de Risco nos serviços de urgência e emergência é atividade privativa do enfermeiro, conforme a Resolução COFEN nº 661/2021.

O profissional deve possuir capacitação específica no protocolo institucional adotado, como o Protocolo de Manchester.

Sua atuação é respaldada pela Lei nº 7.498/1986 (Art. 11, inciso I, alínea “m”), que prevê a execução de cuidados de maior complexidade e tomada de decisão imediata.

Ressalta-se que não compete ao enfermeiro a dispensa de pacientes ou o encaminhamento sem avaliação médica, sendo tais atribuições exclusivas do profissional médico.

A QUEM SE DESTINA?

a todos os usuários que procuram as portas dos serviços de urgência e emergência da rede SUS, no âmbito de atendimento do HECN, no momento definido pelo próprio usuário como de necessidade aguda ou de urgência.

COMO SE APLICA?

Trata-se de um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de intervenção em saúde médica e de cuidados de enfermagem, conforme o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento.

Esse processo ocorre por meio de escuta qualificada e tomada de decisão baseada em protocolos institucionais aliados ao julgamento clínico e à experiência do enfermeiro.

Ao chegar ao serviço de urgência/emergência com demanda aguda, o usuário é acolhido pelos profissionais da portaria/recepção ou estagiários (profissionais de saúde) e encaminhado para identificação.

Após a identificação, o usuário é direcionado ao espaço conforme fluxo institucional. Quando destinado à classificação de risco, o enfermeiro realiza escuta qualificada, aferição de sinais vitais e, com base no protocolo, classifica o usuário de acordo com o grau de risco estabelecido no protocolo de Manchester.

6. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E TEMPOS DE ATENDIMENTO

Quadro 1- Classificação De Risco E Tempos De Atendimento

Classificação	Prioridade	Tempo Máximo	Conduta
Vermelho	Emergência	Imediato	Atendimento imediato
Laranja	Muito urgente	Até 10 min	Prioridade elevada
Amarelo	Urgente	Até 60 min	Reavaliação contínua
Verde	Pouco urgente	Até 120 min	Ordem de prioridade

Classificação	Prioridade	Tempo Máximo	Conduta
Azul	Não urgente	Até 240 min	Possível encaminhamento

6.1 Conduta Conforme Classificação De Risco

Vermelho:

Encaminhamento imediato à sala de emergência, para atendimento médico e de enfermagem imediato.

Laranja:

Encaminhamento prioritário à sala de emergência ou unidade intermediária, para atendimento.

Amarelo:

Aguardar atendimento em sala priorizada, sob supervisão contínua. Reavaliação a cada 30 minutos ou imediatamente em caso de piora clínica.

Verde:

Aguardar atendimento em sala de espera, com orientação quanto à ordem de prioridade. Reavaliação em caso de alteração do quadro clínico.

Azul:

Aguardar atendimento em sala de espera, com orientação quanto à ordem de prioridade. Reavaliação em caso de alteração do quadro clínico.

6.2 Reavaliação E Monitoramento

Amarelo: reavaliação a cada 30 minutos;

Verde: reavaliação a cada 90 minutos;

Azul: conforme necessidade;

Controle do tempo de espera em sistema;

Justificativa obrigatória para atrasos;

Comunicação ao usuário.

Observação: Cabe a todos os profissionais da instituição em caso de percepção de agravamento do paciente que está aguardando atendimento solicitar ao enfermeiro a reclassificação imediata do mesmo.

7. ORIENTAÇÃO AO USUÁRIO E ACOMPANHANTE

O Unidade de Pronto Atendimento 24 horas Conselheiro Paulino, do Município de Nova Friburgo -RJ, assegura que usuários e acompanhantes recebam orientações claras, padronizadas e humanizadas em todas as etapas do atendimento, desde a admissão até a alta hospitalar, promovendo segurança assistencial, transparência e acolhimento qualificado.

As orientações são realizadas pela equipe multiprofissional, por meio de comunicação verbal, sinalização institucional e materiais educativos, contemplando:

Tabela – Orientações Ao Paciente E Familiares No Atendimento do UPA

Eixo de Orientação	Descrição Institucional	Finalidade / Objetivo Assistencial
Classificação de risco	Informação sobre o acolhimento com classificação de risco, conforme protocolos institucionais, destacando que o atendimento é priorizado de acordo com a gravidade clínica e não por ordem de chegada.	Garantir priorização segura dos pacientes conforme risco clínico, promovendo equidade e segurança assistencial.
Tempo estimado de atendimento	Esclarecimento quanto aos tempos previstos para atendimento médico, realização de exames, definição de conduta e, quando necessário, internação, considerando a complexidade assistencial e o perfil de urgência e emergência.	Promover transparência, reduzir ansiedade do usuário e alinhar expectativas sobre o fluxo assistencial.
Direitos e deveres	Orientação baseada na legislação vigente e nas diretrizes do SUS, incluindo direito à informação, privacidade, dignidade, presença de acompanhante conforme critérios assistenciais e responsabilização no cuidado.	Assegurar cidadania em saúde, respeito ao usuário e fortalecimento da responsabilização no cuidado.
Fluxo assistencial do UPA 24 horas Conselheiro Paulino	Explicação das etapas do atendimento, incluindo recepção, acolhimento, atendimento médico, apoio diagnóstico e terapêutico (SADT), observação, encaminhamento para unidade de maior complexidade ou alta médica para residência .	Garantir compreensão do percurso assistencial e integração dos serviços prestados.
Normas institucionais	Orientações sobre visita, permanência de acompanhantes, protocolos de segurança do paciente (identificação segura, prevenção de	Promover segurança do paciente, organização institucional e ambiente assistencial seguro.

Eixo de Orientação	Descrição Institucional	Finalidade / Objetivo Assistencial
	quedas, controle de infecção) e regras de convivência no ambiente hospitalar.	
Comunicação clara e acessível	Utilização de linguagem simples, objetiva e adequada ao perfil sociocultural da população atendida na região, garantindo compreensão efetiva das informações e adesão ao plano terapêutico.	Melhorar comunicação em saúde, adesão ao tratamento e humanização do cuidado.
Orientação para alta	Fornecimento de instruções sobre continuidade do cuidado, uso de medicações, sinais de alerta e necessidade de retorno ou acompanhamento na rede de atenção.	Garantir continuidade do cuidado, reduzir reinternações e fortalecer a rede de atenção à saúde.

A UPA 24 horas Conselheiro Paulino adota práticas alinhadas à Política Nacional de Humanização e aos princípios da segurança do paciente, fortalecendo o vínculo entre equipe, paciente e acompanhante e garantindo uma assistência integral, segura e centrada no usuário.

8. APOIO SERVIÇO SOCIAL

O UPA 24 horas Conselheiro Paulino dispõe de Serviço Social atua de forma estratégica na identificação e intervenção sobre determinantes sociais que impactam o processo saúde-doença, desenvolvendo as seguintes ações:

Atendimento às demandas sociais identificadas durante o cuidado;

Articulação com a rede de proteção social (assistência social, sistema de justiça, conselhos e demais dispositivos da rede);

Orientação quanto aos direitos sociais, previdenciários e de acesso às políticas públicas;

Atuação em situações de vulnerabilidade social, risco, abandono, negligência e violação de direitos;

Apoio nos processos de alta responsável e continuidade do cuidado na rede.

9. APOIO SERVIÇO DE ODONTOLOGIA

A UPA 24 horas Conselheiro Paulino dispõe de Serviço de Odontologia que atua de forma resolutiva no atendimento às urgências e emergências odontológicas, contribuindo para o alívio da dor, controle de infecções e estabilização de agravos agudos, desenvolvendo as seguintes ações:

Atendimento às demandas odontológicas de urgência e emergência identificadas durante o acolhimento e classificação de risco;
 Realização de diagnóstico clínico e intervenções imediatas para alívio da dor;
 Execução de procedimentos de urgência, como exodontias simples, drenagem de abscessos e curativos provisórios;
 Controle de infecções odontogênicas e hemorragias bucais;
 Atendimento inicial de traumas dentários e suporte em casos de lesões bucomaxilofaciais;
 Prescrição medicamentosa conforme avaliação clínica e protocolos vigentes;
 Orientação aos usuários quanto aos cuidados pós-atendimento e continuidade do tratamento;
 Encaminhamento para a rede de atenção à saúde, quando necessário, garantindo a continuidade do cuidado.

Orientações quanto às normas institucionais e participação no cuidado.

Quadro 2 – Atribuições dos Profissionais no A UPA 24 horas Conselheiro Paulino

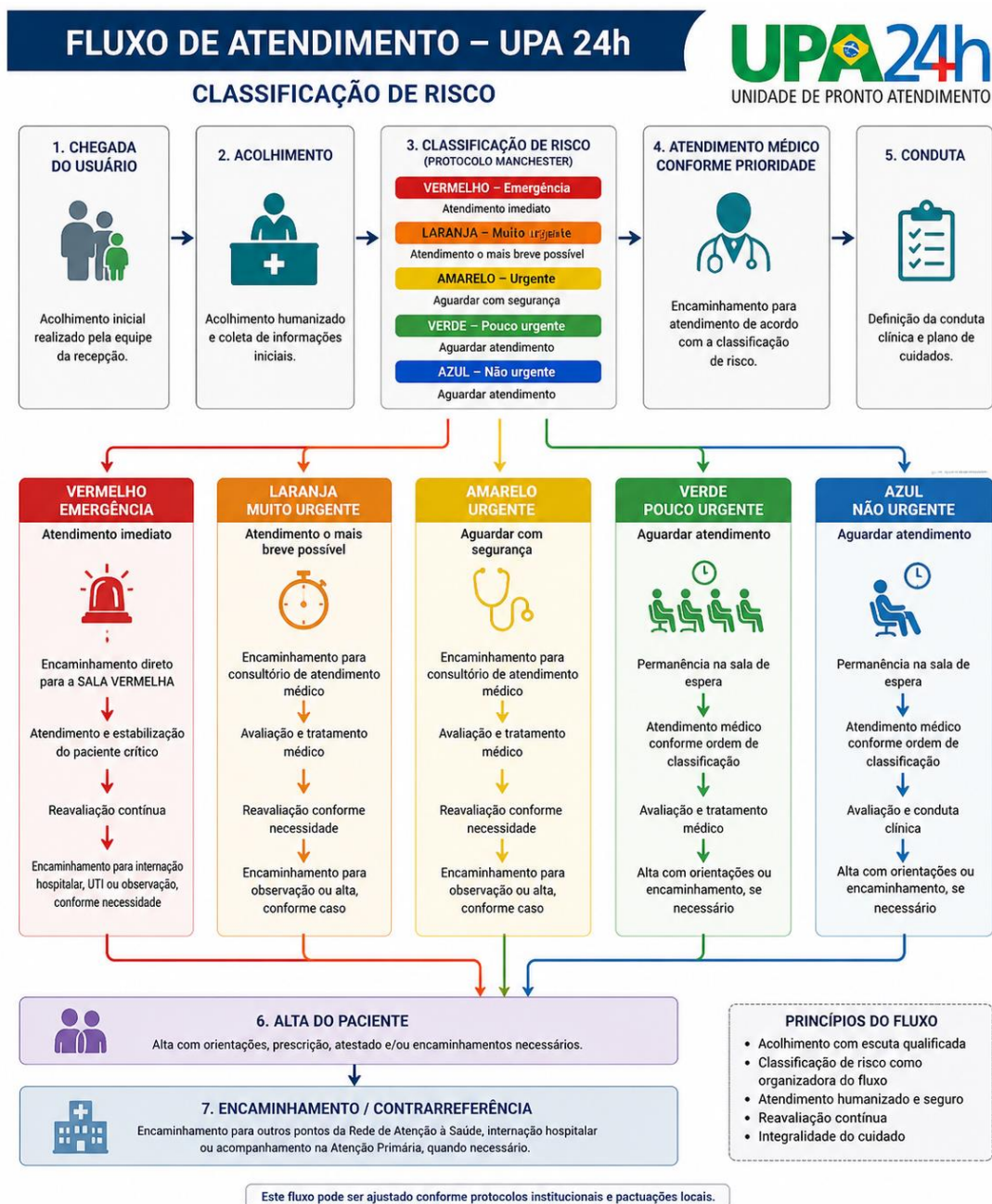
Categoria Profissional	Atribuições
Recepção	Acolher, orientar e direcionar usuários; realizar cadastro e registros; encaminhar para classificação de risco; organizar documentos e fluxo; prestar informações sobre serviços e rede de referência.
Técnico/Auxiliar de Enfermagem	Acolher e preparar o paciente; verificar sinais vitais; apoiar a classificação de risco; encaminhar usuários conforme fluxo; monitorar e sinalizar necessidade de reclassificação.
Enfermeiro	Realizar acolhimento e classificação de risco; definir prioridade conforme protocolo; registrar e sinalizar classificação; orientar usuários; reavaliar pacientes; supervisionar a equipe de enfermagem.
Enfermeiro Responsável Técnico (RT)	Responder tecnicamente pelo serviço de enfermagem da unidade; assegurar o cumprimento das normas legais, éticas e sanitárias vigentes; supervisionar e orientar a equipe de enfermagem quanto às boas práticas assistenciais; planejar, organizar e avaliar as atividades de enfermagem; garantir a qualidade e segurança do cuidado prestado; implementar e monitorar protocolos assistenciais e de segurança do paciente; gerenciar escalas de trabalho da equipe; assegurar a adequada provisão e utilização de materiais e insumos; monitorar indicadores assistenciais e propor melhorias; promover educação permanente da equipe; assegurar o correto registro das

	informações em prontuário; atuar de forma integrada com a equipe multiprofissional e apoiar a gestão da unidade.
Equipe Médica	Realizar atendimento médico aos usuários em regime de urgência e emergência; executar anamnese, exame físico e diagnóstico clínico; solicitar e interpretar exames complementares; instituir condutas terapêuticas imediatas; realizar procedimentos inerentes ao atendimento de urgência; classificar e reavaliar pacientes conforme gravidade; garantir a estabilização clínica dos casos graves; registrar adequadamente as informações em prontuário; prescrever medicamentos conforme protocolos vigentes; orientar pacientes e familiares; encaminhar para internação ou outros pontos da rede quando necessário; atuar de forma integrada com a equipe multiprofissional; cumprir protocolos institucionais, normas éticas e de biossegurança.
Médico Responsável Técnico (RT)	Responder tecnicamente pelo serviço médico da unidade; assegurar o cumprimento das normas legais, éticas e sanitárias vigentes; supervisionar e orientar a equipe médica quanto às boas práticas assistenciais; garantir a qualidade e segurança do atendimento prestado; atuar na elaboração, implantação e revisão de protocolos clínicos e assistenciais; apoiar a gestão na organização das escalas médicas; monitorar indicadores assistenciais e propor melhorias; atuar na interface com órgãos reguladores e fiscalizadores; promover educação permanente da equipe; assegurar o adequado registro das informações em prontuário.
Serviço Social	Acolher pacientes e familiares; orientar sobre direitos sociais; atuar em vulnerabilidades e violências; articular com a rede de proteção social.
Cirurgião-Dentista	Realizar atendimento odontológico de urgência e emergência; executar diagnóstico clínico; promover alívio da dor; realizar procedimentos como exodontias simples, drenagem de abscessos e curativos provisórios; controlar infecções e hemorragias; atender traumas dentários; prescrever medicamentos conforme protocolos; registrar informações em prontuário; orientar pacientes quanto aos cuidados e continuidade do tratamento; encaminhar para outros níveis de atenção quando necessário.
Auxiliar/Técnico em Saúde Bucal (ASB/TSB)	Auxiliar o cirurgião-dentista durante os atendimentos; organizar e preparar o consultório e materiais; realizar limpeza, desinfecção e esterilização de instrumentais; auxiliar no controle de infecção; apoiar o acolhimento do paciente; realizar ações de apoio conforme protocolos e sob supervisão do cirurgião-dentista.
Vigilância	Garantir segurança e controle de acesso; proteger usuários e patrimônio; atuar em situações de risco.

Auxiliar de Transporte
(quando houver)

Realizar transporte seguro de pacientes; garantir conforto e privacidade; apoiar o fluxo assistencial interno.

9. FLUXO OPERACIONAL



10. RESPONSABILIDADES

10.1 Equipe de Recepção

- a) Realizar o acolhimento inicial do usuário;
- b) Efetuar cadastro e atualização de dados no sistema;
- c) Orientar o fluxo de atendimento na unidade;
- d) Garantir encaminhamento adequado para classificação de risco.

10.2 Equipe de Enfermagem (Classificação de Risco)

- a) Realizar acolhimento com escuta qualificada;
- b) Classificar o paciente conforme protocolo de classificação de risco vigente;
- c) Identificar sinais de gravidade e priorizar atendimento;
- d) Registrar informações em prontuário;
- e) Reavaliar pacientes conforme tempo preconizado.

10.3 Médico Plantonista

- a) Realizar atendimento clínico conforme prioridade estabelecida;
- b) Diagnosticar e instituir conduta terapêutica;
- c) Solicitar e interpretar exames;
- d) Estabilizar pacientes graves;
- e) Definir alta, observação ou encaminhamento;
- f) Registrar atendimento em prontuário.

10.4 Médico Responsável Técnico (RT)

- a) Supervisionar tecnicamente o serviço médico;
- b) Garantir cumprimento de normas legais e assistenciais;
- c) Implementar e monitorar protocolos;

- d) Apoiar a gestão e organização do serviço;
- e) Monitorar indicadores assistenciais.

10.5 Enfermeiro Responsável Técnico (RT)

- a) Coordenar o serviço de enfermagem;
- b) Garantir a qualidade da assistência;
- c) Supervisionar a equipe de enfermagem;
- d) Implementar protocolos assistenciais;
- e) Promover educação permanente.

10.6 Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

- a) Executar cuidados de enfermagem conforme prescrição;
- b) Auxiliar nos atendimentos e procedimentos;
- c) Monitorar sinais vitais;
- d) Registrar informações em prontuário;
- e) Cumprir normas de biossegurança.

10.7 Equipe Multiprofissional

- a) Atuar de forma integrada no cuidado ao paciente;
- b) Apoiar na avaliação e conduta terapêutica;
- c) Contribuir para continuidade do cuidado;
- d) Registrar atendimentos conforme área de atuação.

10.8 Serviço de Odontologia

- a) Realizar atendimentos de urgência e emergência odontológica;
- b) Aliviar dor e controlar infecções;
- c) Executar procedimentos odontológicos de urgência;

- d) Orientar pacientes;
- e) Encaminhar para continuidade do tratamento quando necessário.

10.9 Serviço Social

- a) Identificar demandas sociais;
- b) Articular com a rede de proteção social;
- c) Orientar sobre direitos sociais;
- d) Apoiar alta responsável;
- e) Atuar em situações de vulnerabilidade.

10.10 Gestão da Unidade

- a) Garantir recursos humanos e materiais adequados;
- b) Assegurar funcionamento contínuo da unidade;
- c) Monitorar indicadores de desempenho;
- d) Promover qualidade e segurança do paciente;
- e) Garantir cumprimento das normas institucionais e sanitárias.

11. INDICADORES DE E QUALIDADE

A UPA 24 horas Conselheiro Paulino estabelece um conjunto de indicadores de qualidade voltados ao monitoramento contínuo da eficiência operacional, segurança do paciente e experiência do usuário, subsidiando a tomada de decisão e a melhoria contínua dos processos assistenciais.

Os principais indicadores adotados são:

Quadro 3- Indicadores de qualidade

INDICADOR	OBJETIVO	FÓRMULA DE CÁLCULO	META	PERIODICIDADE
Tempo médio de atendimento	Avaliar a agilidade do atendimento inicial	Soma do tempo entre chegada e atendimento ÷ nº total de pacientes atendidos	≤ 60 minutos (classificação geral)	Mensal
Percentual dentro do tempo preconizado	Verificar conformidade com protocolos de classificação de risco	(Nº de atendimentos dentro do tempo padrão ÷ nº total de atendimentos) x 100	≥ 90%	Mensal
Satisfação do usuário	Avaliar a percepção do usuário sobre a qualidade do serviço	(Nº de avaliações positivas ÷ nº total de avaliações) x 100	≥ 85%	Mensal
Taxa de reclassificação de risco	Monitorar a necessidade de reavaliação clínica	(Nº de pacientes reclassificados ÷ nº total de pacientes classificados) x 100	≤ 5%	Mensal
Eventos adversos	Monitorar a segurança do paciente e ocorrência de incidentes	(Nº de eventos adversos notificados ÷ nº total de atendimentos) x 100	≤ 2%	Mensal

12. DISPOSIÇÕES FINAIS

O presente Manual Operacional da UPA 24h Conselheiro Paulino constitui instrumento normativo orientador das práticas assistenciais e administrativas, devendo ser seguido por todos os profissionais da unidade.

Este documento será revisado periodicamente, ou sempre que necessário, visando à atualização de seus conteúdos, à incorporação de melhorias nos processos de trabalho e à

plena conformidade com a legislação vigente, normativas do Sistema Único de Saúde (SUS) e diretrizes institucionais.

As revisões deverão considerar indicadores de desempenho, resultados assistenciais, auditorias internas e externas, além de recomendações de órgãos reguladores e acreditadores, assegurando a melhoria contínua da qualidade, segurança do paciente e eficiência operacional.

Os casos omissos serão analisados pela gestão da unidade, em conjunto com as áreas técnicas responsáveis, garantindo decisões alinhadas aos princípios da ética, legalidade, humanização e integralidade do cuidado.

O HECN reafirma seu compromisso com a excelência assistencial, a segurança do paciente e a oferta de serviços resolutivos e humanizados à população atendida.

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 1/2026
GESTÃO DA UPA 24H CONSELHEIRO PAULINO

ANEXO VIII

- REGIMENTO INTERNO



INVISA
INSTITUTO VIDA E SAÚDE

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

— ● —
**DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA 24 H
CONSELHEIRO PAULINO**

CUIDAR DE VIDAS | INSPIRAR CONFIANÇA | GERAR VALOR

Sumário

1. INTRODUÇÃO	3
CAPÍTULO I	4
DOS CONCEITOS E DEFINIÇÕES	4
CAPÍTULO II	5
DA FINALIDADE	5
CAPÍTULO III	6
DA COMPETÊNCIA, ORGANIZAÇÃO E POSIÇÃO INSTITUCIONAL	6
CAPÍTULO IV	8
DA COMPOSIÇÃO ORGANIZACIONAL	8
CAPÍTULO V	9
DO PESSOAL E DOS REQUISITOS PROFISSIONAIS	9
CAPÍTULO VI	11
DO PESSOAL E DE SUAS ATRIBUIÇÕES	11
I – GESTÃO ADMINISTRATIVA	11
II – SERVIÇOS OPERACIONAIS E APOIO	13
III – SERVIÇO DE ENFERMAGEM	14
IV – SERVIÇO SOCIAL	15
V – SERVIÇO MÉDICO	16
VI – SERVIÇO FARMACÊUTICO	17
CAPÍTULO VII	18
DA JORNADA DE TRABALHO	18
CAPÍTULO VIII	19
DA CONDUTA, POSTURA PROFISSIONAL E APRESENTAÇÃO PESSOAL	19
CAPÍTULO IX	20
DOS NÚCLEOS, COMISSÕES E COMITÊS	20
Seção I – Das Comissões Assistenciais Obrigatórias	20
Seção II – Dos Núcleos Estratégicos	21
CAPÍTULO X	22
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS	22
CONSIDERAÇÕES FINAIS	23