



INSTITUTO DE GESTÃO  
E CIDADANIA

	<p>de vida, por estar relacionada a maior privacidade, tranquilidade, estabelecimento do vínculo e consequentemente diminuição de tempo entre as mamadas e ao ganho de peso no período pós-natal (Saraiva, 2004).</p>
Respeito ao período sensível	<p>A existência de um período sensível, imediatamente após o parto, foi evidenciada em estudo de Gaspareto e Bussat (1994) e durante esta fase, um contato intenso e ininterrupto da mãe com o seu bebê proporcionam a receptividade mais precoce da mãe e sua adaptação, dando prosseguimento ao vínculo que começou a ser estabelecido já na vida intra-uterina. Outros benefícios deste contato inicial incluem o fato de a amamentação ocorrer mais cedo e o estreitamento da atração emocional.</p>
Avaliação da vitalidade do RN	<p>de hipotermia em recém-nascidos de termo, com boa vitalidade, desde que cobertos com campos pré-aquecidos. Nesse momento, pode-se iniciar a amamentação. A Organização Mundial de Saúde recomenda que o aleitamento materno seja iniciado na primeira hora de vida, pois se associa a um maior período de amamentação, melhor interação mãe-bebê e menor risco de hemorragia materna.</p>
Contato pele a pele	<p>Os bebês interagem mais com suas mães, ficam mais aquecidos e choram</p>



	menos, quando colocados no colo da mãe; são mais amamentados e amamentaram por mais tempo, quando tiveram contato pele a pele precoce; possivelmente tiveram mais chances de ter um bom relacionamento inicial com suas mães, mas isso foi difícil de medir (Moore ER, Anderson GC, Bergman N, 2007).
Touca	A colocação da touca no RN, logo após o desprendimento do pólo cefálico, ainda no canal de parto, evita a perda de calor através no couro cabeludo, diminuindo os riscos de hipotermia do recém-nascido (Manual Merck, 2009).
Clampeamento oportuno/tardio	Clampeamento oportuno do cordão aumenta a média neonatal do hematócrito venoso dentro de uma faixa fisiológica; Nem diferenças significativas nem efeitos nocivos foram observados entre os grupos; Além disso, esta intervenção parece reduzir a taxa de anemia neonatal; Esta prática tem se mostrada segura e deve ser implementada para aumentar o armazenamento de ferro neonatal ao nascimento (Cernadas JM, 2006).
Estimulo a amamentação na 1ª hora de vida	A amamentação exclusiva durante os 06 primeiros meses de vida, seguida do aleitamento materno continuado dos 6 aos 11 meses de idade, foi a intervenção isolada mais efetiva para prevenir mortalidade infantil, estimando



	que ela previna 13% de todas as mortes em menores de cinco anos (Chaparro CM, Lutter C, 2007).
--	--

INSTITUTO DE GESTÃO E CIDADANIA

## II. PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA CIRURGIA

No âmbito Hospitalar poderão ser desenvolvidas atividades relacionadas a Pequenas cirurgias e Cirurgia Geral de forma eletiva e/ou emergencial, em consonância com os fluxos estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, em conjunto com a administração da unidade de saúde e o IGC.

### PROTOCOLO PARA CIRURGIA SEGURA

#### 1. Finalidade

A finalidade deste protocolo é determinar as medidas a serem implantadas para reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos e a mortalidade cirúrgica, possibilitando o aumento da segurança na realização de procedimentos cirúrgicos, no local correto e no paciente correto, por meio do uso da Lista de Verificação de Cirurgia Segura desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde – OMS.

#### 2. Justificativa

O volume anual de cirurgias de grande porte foi estimado entre 187 e 281 milhões, a partir de dados de 56 países, o que representa, aproximadamente, uma cirurgia para cada 25 pessoas por ano. Nas últimas décadas, as técnicas cirúrgicas foram bastante aperfeiçoadas, aumentando as oportunidades de tratamento de patologias complexas. No entanto, esses avanços também aumentaram de modo expressivo, o potencial de ocorrência de erros que podem resultar em dano para o paciente e levar à incapacidade ou à morte.

Revisão sistemática realizada em 2008 sobre a ocorrência de eventos adversos em pacientes internados revelou que 01 (um) em cada 150 (cento e



cinquenta) pacientes hospitalizados morre em consequência de um incidente. O mesmo estudo revelou que quase dois terços dos eventos adversos ocorridos em ambiente hospitalar foram associados ao cuidado cirúrgico. As taxas de eventos adversos em cirurgia geral variam, segundo diferentes estudos e métodos de avaliação, entre 2% e 30%<sup>5</sup>.

Os problemas associados à segurança cirúrgica são bem conhecidos nos países desenvolvidos, porém menos estudados nos países em desenvolvimento. Há relatos internacionais de recorrentes e persistentes ocorrências de cirurgias em locais errados, em órgãos vitais como pulmões e cérebro, além de pacientes que tiveram o rim, a glândula adrenal, a mama ou outro órgão sadio removido. A atenção que tais eventos invariavelmente atraem na mídia abala a confiança do público nos sistemas de saúde e nos profissionais de saúde.

29

Estima-se que as cirurgias em local errado e no paciente errado ocorram em cerca de 01 em cada 50.000 a 100.000 procedimentos nos Estados Unidos (EUA), equivalendo a 1.500 a 2.500 eventos adversos deste tipo por ano. Uma análise de eventos sentinelas relatados pela *Joint Commission* (JC), dos EUA, entre 1995 e 2006, apontou que 13% dos eventos adversos relatados devia-se a cirurgias em sítios errados.

A literatura corrobora com a suposição de que a cirurgia em local errado é mais comum em certas especialidades, particularmente em cirurgias ortopédicas. Em um estudo com 1.050 cirurgiões de mão, 21% relataram ter realizado pelo menos uma cirurgia em local errado em suas carreiras. Uma análise dos acionamentos de seguros para erro médico que ocorreram após cirurgias ortopédicas demonstraram que 68% derivaram de cirurgias em locais errados.

Existem evidências de que a Lista de Verificação de Cirurgia Segura reduz complicações e salva vidas. Estudo realizado em 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. Um estudo holandês mostra uma queda nas





complicações entre pacientes cirúrgicos de 15,4% para 10,6% e da mortalidade de 1,5% para 0,8%.

**INSTITUTO DE GESTÃO  
E CIDADANIA**

A Lista de Verificação foi aprovada por 25 países, que declararam ter mobilizado recursos para sua implementação e, em novembro de 2010, 1.788 hospitais no mundo haviam relatado o seu uso. Nos últimos quatro anos, com o apoio da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), dos EUA, um grupo de especialistas das áreas de qualidade do cuidado e segurança do paciente, conduziu uma abrangente e rigorosa revisão sistemática sobre a evidência científica do que denominaram de Estratégias para a Segurança do Paciente (Patient Safety Strategies - PSSs). O estudo indicou a implementação de 22 estratégias com evidências suficientemente robustas para melhorar a segurança, considerando entre as estratégias, a implementação da Lista de Verificação de Cirurgia Segura como fortemente recomendada.

30

### 3. Abrangência

O protocolo para Cirurgia Segura deverá ser aplicado em todos os locais dos estabelecimentos de saúde em que sejam realizados procedimentos, quer terapêuticos, quer diagnósticos, que impliquem em incisão no corpo humano ou em introdução de equipamentos endoscópios, dentro ou fora de centro cirúrgico, por qualquer profissional de saúde.

### 4. Definições

**4.1. Lista de Verificação:** lista formal utilizada para identificar, comparar e verificar um grupo de itens/procedimentos.

**4.2. Demarcação de Lateralidade:** demarcação de local ou locais a ser 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).



INSTITUTO DE GESTÃO  
E CIDADANIA

**4.3. Condutor da Lista de Verificação:** profissional de saúde (médico ou profissional da 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.

**4.4. Segurança Anestésica:** conjunto de ações realizadas pelo anesthesiologista, 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.

31

**4.5. Equipe cirúrgica:** equipe composta por cirurgiões, anesthesiologistas, profissionais de enfermagem, técnicos e todos os profissionais envolvidos na cirurgia.

## 5. Intervenção

Muitos fatores concorrem para que um procedimento cirúrgico seja realizado de forma segura: profissionais capacitados, ambiente, equipamentos e materiais adequados para a realização do procedimento, conformidade com a legislação vigente, entre outros. Entretanto, este protocolo trata especificamente da utilização sistemática da Lista de Verificação de Cirurgia Segura como uma estratégia para reduzir o risco de incidentes cirúrgicos. Baseia-se na Lista de Verificação de Cirurgia Segura e no Manual de Cirurgia Segura, desenvolvidos pela OMS.

**Todas as instruções contidas neste protocolo deverão ser adequadas à realidade de cada instituição, respeitando-se os princípios de cirurgia segura.**

A Lista de Verificação divide a cirurgia em **três fases:**

I - Antes da indução anestésica;



**INSTITUTO DE GESTÃO  
E CIDADANIA**

II - Antes da incisão cirúrgica; e

III - Antes do paciente sair da sala de cirurgia.

Cada uma dessas fases corresponde a um momento específico do fluxo normal de um procedimento cirúrgico. Para a utilização da Lista de Verificação, 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 até a sua solução.

32

### **5.1. Antes da indução anestésica:**

O condutor da Lista de Verificação deverá:

**5.1.1.** Revisar verbalmente com o próprio paciente, sempre que possível, que sua identificação tenha sido confirmada.

**5.1.2.** Confirmar que o procedimento e o local da cirurgia estão corretos.

**5.1.3.** Confirmar o consentimento para cirurgia e a anestesia.

**5.1.4.** Confirmar visualmente o sítio cirúrgico correto e sua demarcação

**5.1.5.** Confirmar a conexão de um monitor multiparâmetro ao paciente e seu funcionamento.

**5.1.6.** Revisar verbalmente com o anestesiológico, o risco de perda sanguínea do paciente, dificuldades nas vias aéreas, histórico de reação alérgica e se a verificação completa de segurança anestésica foi concluída.

### **5.2. Antes da incisão cirúrgica (Pausa Cirúrgica)**

Neste momento, a equipe fará uma pausa imediatamente antes da incisão cirúrgica para realizar os seguintes passos:

R. Catulo da Paixão Cearense, 135  
Sala 1002 (10º Andar) - Triângulo - Juazeiro do Norte/CE  
(88) 2156-9263 | lgcce.com.br | CNPJ 24.127.105/0001-74

**Marilda dos Santos Rocha**  
Diretora Executiva  
Instituto de Gestão e Cidadania  
CNPJ: 24.127.105/0001-74



**5.2.1.** A apresentação de cada membro da equipe pelo nome e função.

**5.2.2.** A confirmação da realização da cirurgia correta no paciente correto, no sítio cirúrgico correto.

**5.2.3.** A revisão verbal, uns com os outros, dos elementos críticos de seus planos para a cirurgia, usando as questões da Lista de Verificação como guia.

**5.2.4.** A confirmação da administração de antimicrobianos profiláticos nos últimos 60 minutos da incisão cirúrgica.

**5.2.5.** A confirmação da acessibilidade dos exames de imagens necessários.

33

### **5.3. Antes do paciente sair da sala de cirurgia**

A equipe deverá revisar em conjunto a cirurgia realizada por meio dos seguintes passos:

**5.3.1.** A conclusão da contagem de compressas e instrumentais.

**5.3.2.** A identificação de qualquer amostra cirúrgica obtida.

**5.3.3.** A revisão de qualquer funcionamento inadequado de equipamentos ou questões que necessitem ser solucionadas.

**5.3.4.** A revisão do plano de cuidado e as providencias quanto à abordagem pós-operatória e da recuperação pós-anestésica antes da remoção do paciente da sala de cirurgia.

## **6. Procedimento operacional**

### **6.1. Antes da indução anestésica**

A etapa - antes da indução anestésica - requer a presença do anesthesiologista e da equipe de enfermagem.

Segue o detalhamento de cada um dos procedimentos desta etapa:





**6.1.1.** Confirmar a identificação do paciente, do sítio cirúrgico, do procedimento e do consentimento informado.

**INSTITUTO DE GESTÃO  
E CIDADANIA**

O condutor da Lista de Verificação confirma verbalmente com o paciente sua identificação, o tipo de procedimento planejado, o sítio cirúrgico e a assinatura do consentimento para cirurgia.

Quando a confirmação pelo paciente não for possível, como no caso de crianças ou pacientes incapacitados, um tutor ou familiar poderá assumir esta função.

34

Os Termos de Consentimento Informados - cirúrgicos e anestésicos - devem ser assinados pelo paciente ou seu representante legal, após os esclarecimentos feitos por médico membro da equipe cirúrgica, antes do encaminhamento do paciente para o local de realização do procedimento cirúrgico.

#### **6.1.2.** Demarcar o sítio cirúrgico

A identificação do sítio cirúrgico deverá ser realizada por médico membro da equipe cirúrgica antes do encaminhamento do paciente para o local de realização do procedimento.

Sempre que possível, tal identificação deverá ser realizada com o paciente acordado e consciente, que confirmará o local da intervenção. A instituição deverá ter processos definidos por escrito para lidar com as exceções, como, por exemplo, recusa documentada do paciente, de modo a garantir a segurança cirúrgica.

O condutor deverá confirmar se o cirurgião fez a demarcação do local da cirurgia no corpo do paciente naqueles casos em que o procedimento cirúrgico envolve lateralidade, múltiplas estruturas ou múltiplos níveis. Nestes casos, a demarcação deverá ser realizada no corpo do paciente em local que indica a estrutura a ser operada com o uso de caneta dermográfica.



O símbolo a ser utilizado deverá ser padronizado pela instituição e deve permanecer visível após preparo da pele e colocação de campos cirúrgicos. Devem-se evitar marcas ambíguas como “x”, podendo ser utilizado, por exemplo, o sinal de alvo para este fim.

#### 6.1.3. Verificar a segurança anestésica

O condutor completa a próxima etapa solicitando ao anestesiológico que confirme a conclusão da verificação de segurança anestésica.

35

#### 6.1.4. Verificar o funcionamento do monitor multiparamétrico

Antes da indução anestésica, o condutor confirma que um monitor multiparamétrico tenha sido posicionado no paciente e que esteja funcionando corretamente.

#### 6.1.5. Verificar alergias conhecidas

O condutor deverá perguntar ou confirmar se o paciente possui uma alergia conhecida, mesmo se o condutor tenha conhecimento prévio a respeito da alergia. Em caso de alergia, deverá confirmar se o anestesiológico tem conhecimento e se a alergia em questão representa um risco para o paciente. Se algum membro da equipe cirúrgica tem conhecimento sobre uma alergia que o anestesiológico desconheça, esta informação deverá ser comunicada.

#### 6.1.6. Verificar a avaliação de vias aéreas e risco de aspiração

O condutor deverá confirmar verbalmente com o anestesiológico se este avaliou objetivamente se o paciente possui uma via aérea difícil. O risco de aspiração também deverá ser levado em consideração como parte da avaliação da via aérea.

#### 6.1.7. Verificar a avaliação de risco de perda sanguínea

O condutor deverá perguntar ao anestesiológico se o paciente tem risco de perder mais de meio litro de sangue (> 500 ml) ou mais de 7 ml/kg em



crianças durante a cirurgia a fim de assegurar o reconhecimento deste risco e garantir a preparação para essa eventualidade.

**INSTITUTO DE GESTÃO  
E CIDADANIA**

## **6.2. Antes da incisão cirúrgica (Pausa Cirúrgica)**

A Pausa Cirúrgica é uma pausa momentânea feita pela equipe imediatamente antes da incisão cutânea a fim de confirmar que as várias verificações essenciais para a segurança cirúrgica foram empreendidas e que envolveram toda equipe.

36

### **6.2.1. Identificar todos os membros da equipe**

O condutor solicitará que cada pessoa na sala se apresente pelo nome e função. Nas equipes cujos membros já estão familiarizados uns com os outros, o condutor pode apenas confirmar que todos já tenham sido apresentados, mas quando ocorrer a presença de novos membros ou funcionários que tenham se revezado dentro da sala cirúrgica desde o último procedimento, estes devem se apresentar.

### **6.2.2. Confirmar verbalmente a identidade do paciente, o sítio cirúrgico e o procedimento.**

Imediatamente antes da incisão cirúrgica, é conduzida uma nova confirmação pela equipe cirúrgica (cirurgião, anestesilogista e equipe de enfermagem) do nome do paciente, do procedimento cirúrgico a ser realizado, do sítio cirúrgico e, quando necessário, do posicionamento do paciente.

### **6.2.3. Verificar a previsão de eventos críticos**

O condutor da Lista de Verificação conduz uma rápida discussão com o cirurgião, anestesilogista e enfermagem a respeito de riscos graves e planejamentos operatórios.

### **6.2.4. Prever etapas críticas, possíveis eventos críticos, duração da cirurgia e perda sanguínea.**



O cirurgião deverá informar à equipe quais são as etapas críticas e os possíveis eventos críticos e a perda sanguínea prevista.

**INSTITUTO DE GESTÃO  
E CIDADANIA**

#### **6.2.5. Revisar eventuais complicações anestésicas**

O anestesiológista deverá revisar em voz alta o planejamento e as preocupações específicas para ressuscitação cardiopulmonar. Deverá informar também a previsão do uso de sangue, componentes e hemoderivados, além da presença de comorbidades e características do paciente passíveis de complicação, como doença pulmonar ou cardíaca, arritmias, distúrbios hemorrágicos, etc..

37

#### **6.2.6. Confirmar verbalmente a revisão das condições de esterilização, equipamentos e infraestrutura.**

O instrumentador ou o técnico que disponibiliza o equipamento para a cirurgia deverá confirmar verbalmente a realização da esterilização e sua confirmação por meio do indicador de esterilização, demonstrando que a esterilização tenha sido bem sucedida. Além de verificar se as condições dos equipamentos, bem como infraestrutura tenham sido avaliadas pela enfermagem.

#### **6.2.7. Verificar a realização da profilaxia antimicrobiana**

O condutor perguntará em voz alta se os antimicrobianos profiláticos foram administrados durante os últimos 60 minutos antes da incisão da pele. O membro da equipe responsável pela administração de antimicrobianos (geralmente o anestesiológista) deverá realizar a confirmação verbal.

#### **6.2.8. Verificar exames de imagem**

O condutor deverá perguntar ao cirurgião se exames de imagem são necessários para a cirurgia. Em caso afirmativo, o condutor deverá confirmar verbalmente que os exames necessários para realização segura do procedimento cirúrgico estão na sala e expostos de maneira adequada para uso durante a cirurgia.





**INSTITUTO DE GESTÃO  
E CIDADANIA**

### **6.3. Antes do paciente deixar a sala de cirurgia**

#### **6.3.1. Confirmar o nome do procedimento**

O condutor deverá confirmar com o cirurgião e a equipe exatamente qual procedimento foi realizado.

#### **6.3.2. Verificar a correta contagem de instrumentais, compressas e agulhas.**

O profissional de enfermagem ou o instrumentador deverá confirmar verbalmente a conclusão das contagens finais de compressas e agulhas. Nos casos de cirurgia com cavidade aberta, a conclusão da contagem de instrumental também deve ser confirmada.

#### **6.3.3. Confirmar a identificação da amostra**

O profissional 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 com indicação anatômica do local de origem da amostra e quaisquer outras indicações orientadoras.

#### **6.3.4. Documentar problemas com equipamentos**

O condutor deve assegurar que os problemas com equipamentos que tenham ocorrido durante a cirurgia sejam identificados, relatados e documentados pela equipe.

#### **6.3.5. Rever as medidas para a recuperação pós-operatória**

O cirurgião, o anestesiológico e o profissional de enfermagem deverão revisar o plano de recuperação pós-operatória, focando particularmente em questões anestésicas ou cirúrgicas que possam interferir nesta recuperação.

### **7. Estratégias de monitoramento e indicadores**



**INSTITUTO DE GESTÃO  
E CIDADANIA**

- Percentual de pacientes que recebeu antibioticoprofilaxia no momento adequado;
- Número de cirurgias em local errado;
- Número de cirurgias em paciente errado;
- Número de procedimentos errados;
- Taxa de mortalidade cirúrgica intrahospitalar ajustada ao risco; e
- Taxa de adesão à Lista de Verificação.

39

### **III. PROTOCOLO ASSISTENCIAL EM NEONATOLOGIA**

#### **ATENDIMENTO AO RECÉM-NASCIDO NA SALA DE PARTO**

Embora a grande maioria dos recém-nascidos não necessite de intervenção para fazer a transição da vida intra para a extrauterina, aproximadamente 10% precisa de algum auxílio para iniciar a respiração após o nascimento e menos de 1% requer medidas mais extensivas de reanimação. Manobras de reanimação podem ser necessárias de maneira inesperada, sendo essencial o conhecimento e a habilidade de todos os profissionais que atendem ao recém-nascido em sala de parto. Para que o atendimento não se retarde, a história e o preparo e checagem do material deve ser antecipado ao nascimento.

A reanimação neonatal consiste em uma série de passos que devem ser realizados sequencialmente e sua progressão depende da avaliação simultânea da respiração e da frequência cardíaca, baseados nas diretrizes publicadas pelo *International Liaison Committee on Resuscitation* (ILCOR). Deve-se lembrar da utilização das precauções padrão que compreendem a lavagem/higienização correta das mãos e o uso de luvas, aventais, máscaras ou proteção facial para evitar o contato do profissional com material biológico do paciente.



Para identificar os recém-nascidos que precisarão de reanimação faz-se necessário a avaliação rápida da vitalidade do concepto na sala de parto através de três aspectos: gestação a termo, recém-nascido respirando ou chorando e recém-nascido com um tônus muscular adequado. Se essas três características estiverem presentes, a criança deve ser mantida seca e aquecida, porém não deve ser afastado da mãe e favorecer o clampeamento tardio do cordão umbilical (mínimo 1 a 3 minutos). Entretanto, se uma ou mais dessas três características estiverem ausentes na primeira avaliação do recém nascido, é recomendado iniciar a reanimação neonatal. Cabe ressaltar que, para prematuros com idade gestacional inferior a 34 semanas e com boa vitalidade ao nascer, deve ser favorecido o clampeamento do cordão após cerca de 60 segundos. O clampeamento do cordão será imediato para todos que apresentarem-se deprimidos ao nascer; o recém-nascido deve ser recepcionado em campos aquecidos e colocado sob calor radiante. Naqueles com peso inferior a 1500g, logo depois posicionar o paciente sob fonte de calor radiante e antes de secá-lo, introduz o corpo, exceto a face, dentro de saco plástico e, a seguir, realizam-se as manobras necessárias. Todos os procedimentos da reanimação são executados no RN envolto pelo saco plástico, sendo este retirado somente depois da estabilização térmica na unidade de terapia intensiva.

Para aqueles bebês nascidos banhados em líquido amniótico meconial e não vigorosos, acrescenta-se, ainda, aos passos iniciais da reanimação a aspiração traqueal, pois atualmente não há suficiente evidência para recomendar mudança da conduta.

Porém, se a intubação for prolongada ou sem imediato sucesso, deve-se considerar o início da ventilação, especialmente em persistente bradicardia.

## ROTINAS DA SALA DE PARTO

1. Verificar as gestantes internadas no Centro Obstétrico e preencher os antecedentes na ficha de atendimento ao recém-nascido (RN);
2. Verificar o funcionamento e a disponibilidade do material e equipamentos para atendimento ao RN na sala de parto;

3. Atender o RN ao nascer (junto ao interno de medicina deverá haver a presença do neonatologista e/ou residente de pediatria);

4. Realizar o exame físico assim que o RN for liberado do colo materno (caso não tenha sido necessária reanimação neonatal);

- Assegurar a identificação do RN por meio de pulseira que contenha nome de mãe, data e horário do nascimento;

- Medidas antropométricas: peso, estatura e perímetro cefálico;

- Após o RN ter permanecido junto a mãe pelos primeiros 30 minutos de vida (nos casos em que não foi necessária a reanimação neonatal), conduzir o RN para o berço de calor radiante para proceder ao exame físico;

- Realizar o exame físico segmentar, verificando a presença ou não de malformações;

- Calcular a idade gestacional (baseando-se pela data da última menstruação (DUM) correta, ultrassonografia gestacional precoce, pelo método do CAPURRO somático ou Ballard (estes dois últimos na incerteza da DUM ou do USG);

- Classificar o RN quanto ao peso do nascimento e quanto à idade gestacional na curva de crescimento intra-uterino (como pequeno para a idade gestacional (PIG), adequado (AIG) ou grande (GIG).

5. Preenchimento completo da Ficha de Atendimento ao RN no centro Obstétrico, dos dados neonatais da ficha do Centro Latino Americano de Perinatologia (CLAP) e da folha de procedimentos hospitalares (na lacuna descrita como outros anotar: atendimento ao RN por pediatra no Centro Obstétrico);

6. Fazer a prescrição;

7. Solicitar exames complementares que forem necessários, mediante diagnósticos realizados durante o exame físico do RN.

## PRESCRIÇÃO APÓS O NASCIMENTO

a) Exemplo:

1. Rotinas de admissão

2. PVPI 2,5% ocular (para prevenção de oftalmia gonocócica)





3. Vitamina K, 1 mg IM (para prevenção de doença hemorrágica do RN)
4. SM à vontade (mães com teste anti-HIV negativo do último trimestre)
5. Ao Alojamento Conjunto
6. HGT com 2, 6, 12 horas e após de 8/8h (RN GIG, PIG, prematuro, filho de mãe diabética)
7. Vacina para Hepatite B - 0,5 ml, IM (quando não houver HBsAg materno testado no pré-natal).

**SOLICITAR:** Tipagem sanguínea, fator Rh e Coombs direto do sangue do cordão de todos os recém-nascidos filhos de mães Rh negativo ou com tipagem sanguínea desconhecida.

**COBRAR:**

1. HIV teste rápido para as mães que não tiverem realizado anti-HIV no último trimestre.
2. VDRL de internação de todas as mães.

**IV - SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO – SADT**

O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT diz da disponibilização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico aos usuários da unidade. A subdivisão dos exames serão feitas conforme classificação utilizada pela NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde/SUS para os procedimentos do SIA/SUS - Sistema de Informação Ambulatorial e suas respectivas tabelas.

Entende-se por SADT interno, a disponibilização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico a usuários atendidos nas unidades de Urgência e Emergência, internados e no atendimento ambulatorial do próprio Hospital. SADT externo, é a disponibilização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico a usuários encaminhados pela Central de Regulação ou outro processo regulador definido pela Secretaria Municipal de saúde.

**Marilda dos Santos Rocha**  
Diretora Executiva  
Instituto de Gestão e Cidadania  
CNPJ: 24.127.105/0001-74



**INSTITUTO DE GESTÃO  
E CIDADANIA**

## 1 Diagnóstico por Imagem/Imagiologia

O hospital apresenta em seu parque tecnológico, equipamentos para realização de exames de imagem com objetivo de esclarecimento diagnóstico, nos atendimentos de urgência, emergência e aos pacientes internados na unidade.

Diagnóstico por imagem ou Imagiologia é uma especialidade médica que se ocupa do uso das tecnologias de imagem para realização de diagnósticos.

No Brasil o Conselho Federal de Medicina reconhece a especialidade pelo nome de "Radiologia e Diagnóstico por imagem". O médico após cursar 6 anos da faculdade de medicina, deve realizar mais 3 anos de Residência em Radiologia (R1, R2, R3) para tornar-se Médico Radiologista. As provas de acesso para Residência Médica em Radiologia estão entre as mais concorridas. Há também a possibilidade do Médico Radiologista realizar subespecialização (Quarto ano de Residência Médica - R4) em áreas específicas como, neurorradiologia, angiorradiologia, radiologia intervencionista, radiologia pediátrica, imagiologia do sistema músculoesquelético e outras.

Será disponibilizado na unidade de saúde os serviços de Raio X, transfontanela e ultrassonografia obstétrica, sendo estes exames essenciais para diagnóstico e definição de conduta médica, principalmente nos casos de urgência e emergência.

## 2 Eletrocardiografia

O eletrocardiograma (ECG) é um exame de saúde na área de cardiologia no qual é feito o registro da variação dos potenciais elétricos gerados pela atividade elétrica do coração. O aparelho que registra o



eletrocardiograma é o eletrocardiógrafo. São usados sensores no peito e no abdômen. Pode ser usado no pulso.

**INSTITUTO DE GESTÃO  
E CIDADANIA**

O exame é habitualmente efetuado por técnicos em enfermagem e interpretado por médicos, pode ser utilizado em situações eletivas ou de urgência e emergência cardiovascular. O coração apresenta atividade eléctrica por variação na concentração citosólica de ions cálcio. Os eletrodos sensíveis e colocados em pontos específicos do corpo registam esta diferença eléctrica.

44

O exame é indicado como parte da análise de doenças cardíacas, em especial as arritmias cardíacas. Também muito útil no diagnóstico de infarto agudo do miocárdio sendo exame de escolha nas emergências juntamente com a dosagem das enzimas cardíacas.

O aparelho registra as alterações de potencial eléctrico entre dois pontos do corpo. Estes potenciais são gerados a partir da despolarização e repolarização das células cardíacas. Normalmente, a atividade eléctrica cardíaca se inicia no nodo sinusal (células auto-rítmicas) que induz a despolarização dos átrios e dos ventrículos.

Esse registro mostra a variação do potencial eléctrico no tempo, que gera uma imagem linear, em ondas. Estas ondas seguem um padrão rítmico, tendo denominação particular. O exame não apresenta riscos, eventualmente podem ocorrer reações dermatológicas em função do gel necessário para melhorar a qualidade do exame.

Para se realizar o exame eletrocardiograma (ECG), o cardiopneumologista (CPL) (Também designado por técnico de cardiopneumologia) deve inicialmente explicar ao paciente cada etapa do processo. O ambiente da sala deve estar com temperatura agradável (nem muito quente nem muito frio). O paciente deve estar descansado há pelo menos 10 minutos, sem ter fumado tabaco há pelo menos 40 minutos e estar calmo. Deve ser investigado quanto ao uso de remédios que esteja usando, ou que costume usar esporadicamente.

Com o paciente em decúbito dorsal, palmas viradas para cima, o técnico determina a posição das derivações precordiais (V1 a V6) corretas;



em seguida é colocado o gel de condução nos locais pré determinados, como sendo a zona precordial, e membros, são conectados aos eletrodos do eletrocardiógrafo. Às vezes é necessária uma tricotomia (corte dos pelos) em parte do precórdio, principalmente em homens. É então registrado o eletrocardiograma de repouso. Os sinais elétricos podem ser vistos com um osciloscópio, mas geralmente são registrados em papel quadriculado. Correntemente existem eletrocardiógrafos digitais, com relatório automático. No entanto deve ter-se sempre em conta que esses resultados devem ser analisados pelo cardiologista, pois muitas vezes esses aparelhos têm erros no algoritmo de diagnóstico.

### 3 Laboratório de Análises Clínicas

Exame laboratorial é o conjunto de exames e testes realizados a pedido do médico, em laboratórios de análises clínicas, visando um diagnóstico ou confirmação de uma patologia ou para um check-up (exame de rotina).

As análises clínicas são executadas por farmacêuticos, biomédicos, biólogos, bioquímicos e médicos. Estes profissionais são supervisionados e tem seu trabalho validado pelo responsável técnico legal pelo laboratório clínico (RT no Brasil).

A fiscalização do laboratório fica a cargo da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e dos técnicos de nível superior por seus respectivos conselhos profissionais. Nesta área, o analista clínico analisa os fluidos biológicos humanos ao passo que o patologista examina os tecidos através da análise microscópica de cortes histológicos.

A sequência de ações dentro de um laboratório onde são realizados exames laboratoriais inicia-se com a coleta do material a ser analisado e termina com a emissão de um laudo diagnóstico.

Na fase pré-analítica, o paciente é orientado, é realizado a coleta, a manipulação e conservação do material que posteriormente será analisado. É





nesta fase onde ocorrem a maioria dos erros. Logo após, serão analisados os materiais e será feito um laudo pelo profissional habilitado.

**INSTITUTO DE GESTÃO  
E CIDADANIA**

A fase analítica, com os avanços tecnológicos é realizada através de aparelhos automatizados que garantem um maior percentual de acertos. Nos laudos, os principais erros são unidades erradas, erro de digitação, não informação de interferentes no exame, etc.

Dentro deste contexto, existem diversos fatores que podem interagir com o resultado do exame, resultando em um falso-negativo ou falso-positivo: medicamentos utilizados pelo paciente, sua resposta metabólica, jejum, transporte do material, centrifugação, metrologia, reagentes, calibração e manutenção dos equipamentos, entre outros.

46

## V – AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO E MATERIAL DE CONSUMO

O serviço de aquisição de material e medicamento será realizado pelo setor de compras do IGC, mediante solicitação do farmacêutico responsável pela unidade gerida. O procedimento estará detalhado em regimento interno do instituto, onde conta manual de aquisição e compras, que será disponibilizado pela direção da unidade para os colaboradores que atuam diretamente nesta função, sendo as atribuições as abaixo citadas:

- ✓ Adquirir novos produtos e conhecer novos fornecedores no mercado de material médico e insumos;
- ✓ Estabelecer e manter atualizado um cadastro geral de materiais;
- ✓ Estabelecer e manter atualizado um cadastro de fornecedores;
- ✓ Emitir as tomadas de preços ou diretamente contatar os fornecedores e identificar as melhores condições de fornecimento;
- ✓ Obedecer às especificações técnicas dos materiais a serem adquiridos;
- ✓ Efetuar todas as compras em nome da instituição;

- ✓ Desenvolver os meios de transporte das mercadorias, caso seja necessário, assim como as respectivas empresas prestadoras desses serviços;
- ✓ Manter a Direção da unidade sempre informada quanto aos problemas de aquisição e/ou atrasos de entrega dos materiais comprados pela Instituição;
- ✓ Garantir o suprimento constante de todos os recursos materiais necessários ao funcionamento da unidade.

## VI - SERVIÇO DE NUTRIÇÃO

A Unidade de Nutrição e Dietética será o setor responsável por prover alimentação adequada aos usuários e colaboradores, incluindo os serviços técnicos, operacionais e administrativos, disponibilização de equipamentos, transporte interno e externo de alimentação e apoio à nutrição clínica e ambulatorial, nas áreas de produção normal e dietoterápica, para usuários internados, acompanhantes legalmente constituídos, servidores e/ou colaboradores, assegurando uma alimentação balanceada e em condições higiênico-sanitárias adequadas.

## VII - SERVIÇOS DE ROUPARIA E LAVANDERIA

O Serviço de Processamento de Roupas representa um serviço de apoio logístico, tem por objetivo disponibilizar a roupa em condições de reuso para os usuários, visitantes, funcionários e acompanhantes. Portanto deverá disponibilizar a roupa certa, na quantidade certa, na hora certa e no local certo.

A lavanderia terá papel importante dentro do contexto hospitalar: da eficácia de seu funcionamento depende a eficiência do Hospital, tendo como principais reflexos os aspectos:

- Controle de infecção;



**INSTITUTO DE GESTÃO  
E CIDADANIA**

- Recuperação, conforto e segurança do usuário;
- Facilidade, segurança e conforto da equipe de trabalho;
- Redução dos custos operacionais;
- Racionalização de tempo e material.

Para desenvolvimento das atribuições de forma eficaz e condizente com o controle da infecção cruzada e necessário que todos os seus funcionários estejam engajados numa só filosofia de trabalho que engendre e estabeleça uma relação de confiança e, sobretudo, competência. A contaminação da roupa depende da quantidade de sua sujidade e da origem desta sujidade.

48

Portanto as roupas sujas de fezes, urina, secreções purulentas, sangue, secreções vaginais, uretrais e outras certamente contem muito mais quantidades de micro-organismos do que as roupas com sujidade não provenientes de usuários, como alimentos, líquidos diversos, poeira etc. Por meio das roupas pode-se desencadear um processo de infecção em uma dada ala ou setor da unidade de saúde.

Todo Hospital tem a sua Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), que consiste num grupo de profissionais da área de saúde de nível superior, formalmente designado para planejar, elaborar, manter, avaliar e implementar o programa de controle de infecção hospitalar, adequado as características e necessidades da unidade hospitalar.

### **VIII - SERVIÇO DE HIGIENIZAÇÃO**

O Serviço de Limpeza é aquele destinado a prevenir e garantir a limpeza e higiene das instalações utilizadas pelos profissionais e usuários do Hospital.

O seu adequado funcionamento permite além de conforto aos usuários do Hospital e de seus funcionários, um controle nas infecções hospitalares. Para tal, o serviço contará com uma equipe atuando nas 24 horas dividida nos seguintes setores: -



Ambulatorial – A este caberá, no período de funcionamento do atendimento ambulatorial, garantir a higiene de pisos e superfícies assim como a reposição de insumos tais como papel higiênico, toalhas de papel e sabonete nas pias e banheiros permitindo o adequado controle da infecção hospitalar e conforto aos usuários e funcionários do ambulatório e administração.

- Hospitalar - A este caberá, durante as 24 horas do dia, garantir a higiene de pisos e superfícies assim como a reposição de insumos tais como papel higiênico, toalhas de papel e sabonete nas pias e banheiros permitindo o adequado controle da infecção hospitalar e conforto aos usuários e funcionários do hospital.

- Área externa – A este caberá, durante as 24 horas do dia, garantir a higiene da área externa de acesso ao hospital e ambulatório tais como jardins, necrotério, banheiros públicos, vestiários dos funcionários.

A limpeza dos setores de internação será sempre dividida em:

- Limpeza terminal – Realizada no momento da alta do usuário. Neste momento, caberá ao profissional da limpeza a desinfecção completa do piso, parede e mobiliário conforme a recomendação da CCIH.

- Limpeza concorrente – Limpeza diária realizada em cada setor individualmente, independente da permanência do usuário no leito. Cada setor devesa fornecer uma programação semanal de limpeza e desinfecção visando manter em excelentes condições de higiene geladeiras, áreas de preparo de medicação e farmácias setoriais.

### **Rotina de funcionamento da limpeza**

Deverá ocorrer a cada turno de trabalho de forma padronizada e através de profissional habilitado utilizando equipamentos de proteção individuais adequados a realização da limpeza. Deverá ser evitada a limpeza no momento da visita dos familiares. O profissional devesa estar disponível durante todo o turno de forma que seja possível a realização de limpeza imediata de sujidades que por ventura venham a aparecer apos a limpeza concorrente.





- Setores específicos tais como centro cirúrgico, emergência e UTI deverão ter uma programação definida de modo que permita a limpeza do setor sem o comprometimento da assistência prestada.

- Um supervisor de área deverá a cada turno visitar os setores sob a sua responsabilidade garantindo que as eventuais correções sejam efetuadas em tempo hábil.

## IX - DO NÚCLEO DE MANUTENÇÃO GERAL – NMG

As áreas físicas, instalações, mobiliários, equipamentos e afins das Unidades gerenciadas pelo IGC serão mantidos estado de conservação e higiene adequados e sob a responsabilidade do Núcleo de Manutenção geral – NMG.

O NMG estará subordinado a Diretoria Operacional e contará com um técnico de manutenção contratado pelo IGC para acompanhamento e monitoramento dos serviços prestados pelas contratadas. Este técnico deverá, junto com a equipe central do IGC e das empresas contratadas, elaborar e implantar os protocolos de manutenção de cada serviço do Hospital, bem como dos equipamentos e mobiliários.

No caso de serviços extras que exijam profissionais de diferentes áreas ou com uma maior complexidade, serão contratadas empresas especializadas para realizar o serviço de acordo com os protocolos de manutenção elaborados ou projeto.

No caso de equipamentos hospitalares, de climatização e demais equipamentos será acompanhada a manutenção conforme determina o fabricante, sendo acionado o mesmo enquanto estiver na garantia. Também deverá ser elaborado pelo NMG o Plano de Gerenciamento de Equipamentos Médicos. NMG irá elaborar nos primeiros 90 dias de gerenciamento um cronograma de manutenção preventiva por serviço para uso das Unidades e conhecimento da SESAU. Todos os laudos de manutenção, preventiva ou corretiva, serão arquivados no Núcleo.

**Marilda dos Santos Rocha**  
Diretora Executiva  
Instituto de Gestão e Cidadania  
CNPJ: 24.127.105/0001-74