



---

GUIA DO MÉDICO RESIDENTE

---

2025



**Reitor**

Ir. Manuir José Mentges

**Vice-Reitor da PUCRS**

Ir. Marcelo Bonhemberger.

**Decano da Escola de Medicina**

Prof. Dr. Leonardo, de Araújo Pinto

**Diretor Técnico do HSL**

Dr. Fabiano Ramos

**Coordenador da Comissão de Residência Médica**

Prof. Dr. Ricardo Breigeiron

**Representante dos Médicos Residentes**

Residente Marianna Martini Fischmann

**Secretários:**

Monique Zanin

Leonardo de Leon

**Secretaria da COREME:**

E-mail: [coreme@pucrs.br](mailto:coreme@pucrs.br)

<http://www.pucrs.br/medicina/residencia-medica/>

Fone: 3320 3378



## SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| <b>INTRODUÇÃO</b> .....   | 2  |
| <b>INSTÂNCIAS COMPROMETIDAS</b> .....   | 3  |
| <b>MÉDICO RESIDENTE</b> .....   | 4  |
| Competências do Médico Residente.....   | 5  |
| Direitos e Obrigações dos Médicos Residentes.....   | 5  |
| Aprovação e término do período.....   | 8  |
| Avaliações dos Médicos Residentes.....  | 8  |
| Férias.....   | 9  |
| Participações em congressos.....  | 9  |
| Certificado - Atestado de frequência.....   | 9  |
| <b>ESTÁGIOS OPTATIVOS</b> .....   | 10 |
| Afastamento do Médico Residente: Licença médica   Gala, luto, paternidade   Gestação..... | 10 |
| <b>INTEGRAÇÃO DOS NOVOS RESIDENTES AO HOSPITAL SÃO LUCAS PUCRS E SERVIÇOS</b> .....       |    |
| <b>ATIVIDADES DOS RESIDENTES NOS SETORES DO HSL</b> .....                                 | 10 |
| Orientações gerais.....   | 11 |
| 1- Obtenção de senha de acesso.....   | 11 |
| 2- Prescrição médica.....   | 12 |
| 3- Atendimento de Urgência.....   | 12 |
| 4- Solicitação de Materiais para Procedimentos .....                                      | 12 |
| 5- Grupos de Apoio.....   | 13 |
| 6- Preparo de Pacientes para Exames especiais.....  | 13 |
| 7- Coleta de Exames.....  | 13 |
| 8- Fluxo de Acidentes Biológicos.....   | 13 |
| <b>LABORATÓRIO PATOLOGIA CLÍNICA</b> .....  | 14 |
| <b>SERVIÇO DE NUTRIÇÃO</b> .....  | 14 |
| <b>SERVIÇO DE FARMÁCIA</b> .....  | 18 |
| <b>COMISSÃO DA REVISÃO DE PRONTUÁRIOS</b> .....   | 23 |
| <b>REGULAÇÃO SUS</b> .....  | 39 |
| Apêndice.....   | 43 |



## **INTRODUÇÃO**

A Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) institui a Residência Médica como modalidade de ensino destinada a médicos egressos de cursos de graduação em Medicina, credenciados pelo Ministério de Educação.

A reunião dos programas de Residência Médica de todas as especialidades (PRMs) é administrada pela Comissão de Residência Médica (COREME), que por sua vez está vinculada ao Decanato da Escola de Medicina (EM) e a Direção Técnica e Clínica do Hospital São Lucas (HSL) da PUCRS, vinculados a Pró-Reitoria Acadêmica desta Universidade.

O presente Manual contém as diretrizes, os direitos e os deveres do Médico Residente (MR), que regulamentam os PRMs desta Instituição.

Qualquer norma que eventualmente não esteja contida neste documento poderá ser esclarecida na COREME, no Regulamento dos Cursos de Pós-Graduação em Medicina da PUCRS e no Regimento da Universidade.

A COREME reúne-se mensalmente na primeira segunda feira de cada mês, em atividade conjunta com o Colegiado da EM.

## **INSTÂNCIAS COMPROMETIDAS**

A COREME é constituída por:

- Coordenador;
- Vice Coordenador;
- Coordenadores dos Núcleos de Formação Específica da Escola de Medicina;
- Médico Residente representante de seus pares;



- Assessor da Direção do HSL;
- Decano e Decano Associado da Escola de Medicina.

O representante dos MR é escolhido e oficialmente indicado pelos demais MR em eleição direta, a cada início de ano letivo, em um processo de responsabilidade dos Médicos Residentes da PUCRS. Deve ser escolhido e indicado entre os médicos residentes, excluídos os de 1º ano. Um MR suplente pode ser escolhido entre os de primeiro ano. Essas indicações dos MR deverão ser feitas à COREME no início de cada ano letivo. A não indicação implicará na ausência de tais representantes nas atividades da COREME, até que ocorram as formalidades previstas.

Os PRMs têm suas estruturas concentradas nos Núcleos de Formação Específica da Escola de Medicina e nos Serviços Médicos do HSL/PUCRS, distribuindo-se de acordo com as várias especialidades médicas.

Os PRMs são de responsabilidade dos Coordenadores dos Núcleos de Formação Específica, Chefes do Serviço do HSL e Supervisores dos respectivos Núcleos.



## **MÉDICO RESIDENTE**

### **COMPETÊNCIAS DO MÉDICO RESIDENTE**

Compete ao MR:

- a)** Cumprir o PRM nos seus vários níveis, dedicando-se com esmero e afincamento a fim de adquirir comportamentos, habilidades e conhecimentos científicos concernentes à formação médica profissional, no sentido de promover e recuperar a saúde do ser humano, sob a orientação dos preceptores.
- b)** Procurar sempre exercer suas atividades em conjunto harmônico com os demais profissionais de saúde, de forma cooperativa, educada e fraterna.
- c)** Executar todas as atividades previstas nos PRMs, concernentes às tarefas, trabalhos científicos e pesquisas, assim como participar do sistema de avaliação de desempenho no âmbito da COREME.
- d)** Ser pontual, assíduo e ter bom desempenho no cumprimento dos planos de ensino e trabalho previstos nos PRMs.
- e)** Comparecer às reuniões marcadas e convocadas pelo coordenador da COREME, pelos coordenadores dos núcleos de formação específica, pelos chefes de serviço e pelos supervisores de programa.
- f)** Usar o crachá oficial em todas as atividades previstas nos PRMs.
- g)** Usar vestimentas vinculadas à assistência exclusivamente nas áreas assistenciais em consonância com a Norma Regulamentadora Nº 32, item 2.4.6.2 do Ministério do Trabalho.
- h)** Integrar-se ao processo de ensino-aprendizagem dos vários cursos de graduação e pós-graduação desta Universidade.



- i) Frequentar todas as atividades teóricas-práticas conforme programação.
- j) Registrar sua presença por assinatura em todos as atividades teóricas programadas.

## **DIREITOS E OBRIGAÇÕES DOS MÉDICOS RESIDENTES**

### **Bolsa de estudos:**

É concedida bolsa de estudos ao MR, no valor mensal estipulado pela CNRM-MEC, com validade de 12 meses, renovável ou não de acordo com o aproveitamento do MR.

Esta bolsa de estudos poderá ser suspensa temporariamente quando o MR infringir os regulamentos, quando cometer falta disciplinar considerada grave, quando infringir dispositivos contidos em legislação específica em vigor ou em caso de ausência não justificada.

Para formalizar sua posição dentro da PUCRS, o MR deverá assinar o Contrato de Residência Médica, nos primeiros 30 dias de atividade na Instituição, junto ao Setor de Recursos Humanos do HSL.

Algumas bolsas de estudos são patrocinadas pelo Ministério da Saúde através do Programa Pró-Residência Médica. As demais são custeadas diretamente pelo HSL. Os MRs serão informados no momento da matrícula a que grupo pertencem.

Cada novo MR recebe um (01) jaleco com identificação pessoal e da PUCRS, crachá e local adequado para repouso durante o período de trabalho.



### **Alimentação:**

O Serviço de Nutrição e Dietética conta com restaurante para funcionários e residentes.

Horário de funcionamento do Restaurante:

- Lanche da manhã - 7:30 às 9:30
- Almoço – 11:00 às 14:00
- Lanche da tarde – 15:00 às 17:00
- Jantar – 19:00 às 20:30
- Ceia - 22:30 às 24:00
- Café madrugada - 4:30 às 5:30

Para melhor atendimento no restaurante devem ser observadas as seguintes orientações:

- Usar o crachá; (para utilizar o restaurante do HSL, o médico residente obrigatoriamente deverá estar **sempre portando crachá** (em caso de extravio do mesmo, uma 2ª via deverá ser solicitada junto ao RH do Hospital).

OBS: Não será liberado o uso do restaurante sem o uso de crachá.

- Evitar entrar com o estetoscópio ou outros equipamentos de uso no atendimento ao paciente;
- Evitar sair com alimentos do restaurante para consumir nas unidades;
- Fazer um consumo consciente dos descartáveis.
- Não é permitido o uso do restaurante somente para consumo de líquidos nos horários de almoço e jantar.



- Em situações especiais, quando houver necessidade de dieta especial, o MR deverá entrar em contato com o Serviço de Nutrição, pessoalmente ou pelo ramal 2549/3032 para a solicitação.

## REGRAS DE SEGURANÇA RELACIONADAS AO CUIDADO COM PACIENTE

1. **Uniforme:** o jaleco deve estar limpo sem identificação da instituição ou, quando identificada, a mesma deve ser exclusivamente do HSL-PUC ou de serviço relacionado ao hospital (ex. INCer). Os uniformes de cor verde são de uso EXCLUSIVAMENTE de área fechada, bloco cirúrgico. Já os uniformes de cor azul são destinados às áreas assistenciais abertas. Estes podem ser usados nas dependências internas do hospital, mas seu uso nas áreas externas do hospital é **expressamente proibido**.
2. **Cumprimento da NR 32**
  - a. Quando em área assistencial o profissional deve usar jaleco ou uniforme padronizado para área específica (ex. bloco cirúrgico, UTI, etc), sapatos sempre fechados (sapatos tipo Crocs e semelhantes são permitidos desde que fechados e sem fenestras). Adornos, como anéis, alianças, pulseiras, relógios e brincos são proibidos quando em áreas assistenciais. O cabelo deve estar preso, quando comprido, sempre que estiver em área assistencial. O uso de crachá para acesso e trânsito nas dependências do hospital é obrigatório. Em caso de esquecimento, uma identificação provisória deve ser solicitada no balcão de identificação no momento de acessar o hospital.
  - b. Mantenha as unhas sempre limpas e aparadas e se pintadas o esmalte deve estar íntegro.
3. **Procedimentos: deve-se respeitar o local para procedimentos, pois para cada procedimento são necessários processos que garantam a segurança do paciente e do profissional.**
  - a. **Sala de procedimentos:** cateteres centrais, paracentese, toracocentese, punção lombar. Sempre com uso de técnica asséptica, medidas de barreira completas e uso de orientação ecográfica sempre que possível. Na necessidade de sedação endovenosa, o procedimento deve ser feito no bloco cirúrgico.
  - b. **Bloco cirúrgico e UTI:** procedimentos que envolvam sedação endovenosa ou manipulação cirúrgica maior como por exemplo: drenagem de tórax, pericardiocentese, manipulação de abdome aberto como troca de curativos a vácuo, lavagem de cavidade. Estes não poderão ser feitos na sala de procedimentos do 6º norte.
  - c. **Beira do leito:** gasometria arterial, punções venosas periféricas, sondagem vesical e enteral.
4. **Plano Terapêutico:** Utilizando o exemplo da aviação que, consciente do risco que é voar, planeja cada etapa do voo, queremos minimizar os riscos inerentes na assistência ao paciente, prevendo as eventuais intercorrências, tornado sua jornada mais segura no Hospital.

O Núcleo de Segurança do Paciente do HSL-PUC quer incentivar a cultura institucional de trabalhar pensando no Plano Terapêutico do paciente. Para isso orientamos que acrescentem a pergunta no final dos rounds: "Qual é o plano para este paciente?"

Muito mais que os exames solicitados, o início do antibiótico ou aguardar por algum exame, ter um Plano Terapêutico significa prever o que faremos se os exames confirmarem nossa hipótese diagnóstica e caso o tratamento seja ou não exitoso. Também estimarmos se a recuperação da cirurgia ocorrerá na UTI ou no leito de enfermaria, o momento em que a alta será possível e as ações necessárias para tornarmos o tempo de exposição aos riscos de uma internação, o menor possível. O Plano Terapêutico deverá ser preenchido nas primeiras 24 horas da internação do paciente. O Sistema de prescrição passará a exigir seu preenchimento a partir de 25 de fevereiro de 2019.

5. **Conhecimento e cumprimento das ROP's (Required Organizational Practices).** São práticas organizacionais exigidas com foco em garantir a segurança no processo de cuidado em saúde.

|  |
|--|
| Notificação de eventos                                 |
| Plano de segurança do paciente                         |
| Relatórios sobre segurança do paciente                 |
| Análise prospectiva de segurança do paciente           |
| Papel do paciente e família na segurança               |
| Identificação do paciente                              |
| Abreviações perigosas                                  |
| Reconciliação de medicamentos                          |
| Práticas de segurança na assistência cirúrgica         |
| Transferência de informações nas transições do cuidado |
| Uso Racional de Antibióticos                           |
| Controle de eletrólitos concentrados                   |
| Segurança no uso de heparina                           |
| Medicamentos de alta vigilância                        |
| Treinamento em bomba de infusão                        |
| Segurança no uso de narcóticos                         |
| Programa de manutenção preventiva                      |
| Treinamento em segurança do paciente                   |
| Antibioticoprofilaxia cirúrgica                        |
| Conformidade da higiene das mãos                       |
| Treinamento sobre higiene das mãos                     |
| Diretrizes de prevenção e controle de infecção         |
| Taxa de infecção                                       |
| Reprocessamento  |
| Práticas seguras para o uso de medicamentos injetáveis |
| Estratégia de prevenção de quedas                      |
| Avaliação de riscos à segurança no domicílio           |
| Prevenção de úlceras de pressão                        |
| Prevenção de suicídio                                  |
| Profilaxia do tromboembolismo venoso (TEV)             |



6. **Cumprimento das capacitações em EAD e presenciais do perfil médico residente conforme programação anual da instituição:** o cumprimento do cronograma de EADs e treinamentos presenciais é de responsabilidade do residente, devendo manter em dia os treinamentos e capacitações institucionais dentro do seu perfil.
7. **O médico em treinamento deve acionar a preceptoria para orientação sempre que for chamado para avaliar um paciente com gatilho laranja ou vermelho e sempre que tiver necessidade de orientação mesmo que o motivo do acionamento seja outro.**

### **ATENÇÃO!**

**Não é permitida a entrada no Restaurante e em outras áreas do Hospital com as roupas de uso exclusivo do Bloco Cirúrgico ou dos dormitórios (jaleco verde).**

### **Sanções disciplinares:**

Podem ser aplicadas as seguintes sanções aos MR (além das previstas na legislação da PUCRS e nos demais diplomas legais referentes à Residência Médica):

- Advertência verbal;
- Advertência escrita;
- Suspensão temporária das atividades práticas, participando apenas das atividades teóricas.
- Desligamento do PRM e cancelamento da bolsa de estudo somente após orientação judicial e consulta da CNRM (Comissão Nacional de Residência Médica).

Conforme a falta cometida e a critério da COREME, a penalidade poderá não seguir a sequência prevista acima. As penalidades serão registradas na ficha individual do MR. As falhas reincidentes serão, sempre, consideradas graves.



O encaminhamento da sanção disciplinar será feito pelo supervisor do Programa de Residência Médica, com conhecimento do Coordenador do Núcleo de Formação Específica e da Chefia do Serviço onde o MR estiver estagiando, em memorando à COREME.

A COREME reunirá o MR e o Supervisor do Programa, onde será decidida a penalidade.

Em qualquer situação, fica assegurado o direito de defesa ao MR.

A situação será relatada na reunião mensal da COREME seguinte ao ocorrido.



**ATENÇÃO: É VEDADO AO MÉDICO RESIDENTE:**

1. O exercício profissional remunerado, dentro ou fora do HSL, **durante sua jornada de atuação nos diferentes serviços do Hospital.**
2. Ausentar-se do HSL/PUCRS durante o período de trabalho, sem prévia autorização de sua chefia imediata.
3. Delegar a outrem sua responsabilidade prevista no seu Programa de Residência Médica.

**Aprovação e término do período**

Ao final do Programa de Residência Médica, o MR que tiver sido aprovado pelo sistema geral de avaliação, previsto pela COREME, e pelos específicos de cada Serviço, receberá um Certificado da PUCRS, com os registros na Pró-Reitoria Acadêmica (PROACAD) e na CNRM-MEC (Comissão Nacional de Residência Médica – Ministério da Educação).

**O MR que não alcançar média mínima (7,0) no trimestre, nas avaliações cognitivas e de habilidades, deverá repeti-lo para que possa passar à fase seguinte ou concluir seu Programa de Residência Médica.**

Neste caso, o término de seu estágio será retardado por um período igual ao do que foi reprovado, sendo sua bolsa de estudos suspensa na data de término previsto do Programa. No período de repetição, não haverá pagamento da bolsa.

O MR que interromper seu Programa de Residência Médica receberá somente declaração relativa ao tempo cursado efetivamente.



Informações sobre a situação específica de cada Programa de Residência Médica no CNRM/MEC (pré-credenciamento, credenciamento ou recredenciamento) poderão ser obtidas pelos interessados junto à secretaria da COREME.

### **Avaliações dos Médicos Residentes**

A Comissão de Residências, no exercício de suas atribuições determina que a avaliação dos médicos deverá estar de acordo com o artigo 13 da Resolução nº 02/2006 de 17 de maio de 2006 da CNRM (ver Apêndice). Na avaliação periódica do Residente serão utilizadas as modalidades de prova escrita, oral, prática ou de desempenho por escala de atitudes, que incluam atributos tais como: comportamento ético, relacionamento com a equipe de saúde e com o paciente, interesse pelas atividades e outros a critério da COREME da Instituição.

A frequência mínima das avaliações é trimestral, realizadas pelos preceptores dos setores de atuação do residente. Os critérios e os resultados de cada avaliação deverão ser do conhecimento do Médico Residente. A promoção do Médico Residente para o ano seguinte, bem como a obtenção do certificado de conclusão do programa dependem de:

- a) Cumprimento integral da carga horária do Programa;
- b) Aprovação obtida por meio do valor médio dos resultados das avaliações realizadas durante o ano, com nota mínima definida no Regimento Interno da Comissão de Residência Médica da Instituição.

### **Férias**

Os MRs têm direito a férias (30 dias) referentes a cada ano de programa, que devem ser gozadas em acerto com Supervisão do Programa, em acordo com a Coordenação do Núcleo de Formação Específica e a Chefia do Serviço e informado à COREME em memorando. É vedado ao médico residente gozar mais de 30 dias de férias/ano no último ano de Residência.

A escala de férias poderá ser enviada pelo Supervisor do Programa no início de cada ano ou encaminhado via memorando (com a aprovação do Coordenador do Departamento e do Chefe do Serviço) com antecedência de até 15 dias do início das férias.



### **Participações em Congressos**

O residente terá direito a afastamento para comparecer a Congressos Científicos desde que não cause prejuízo às suas atividades no Programa de Residência, nem ao funcionamento adequado do Serviço ao qual esteja vinculado. A solicitação deverá ser feita com antecedência mínima de 30 (trinta) dias ao Chefe do Serviço e/ou ao Supervisor do Programa, com concordância do Coordenador do Núcleo de Formação Específica e do Chefe do Serviço. Terá prioridade de liberação para participar de atividades científicas os residentes de segundo ou terceiro anos e, entre estes, os que forem apresentar trabalhos científicos no evento. No caso de vários autores, o Supervisor do Programa determinará o número de participantes.

O residente deverá apresentar o comprovante de frequência e relatório do evento; caso contrário, poderá acarretar impedimento de futuras participações e a reposição dos dias correspondentes ao evento ao término da residência, sem remuneração.

### **Do estágio optativo em universidades e instituições de ensino e estágios em outras instituições.**

O residente candidato a estágio em outras instituições deverão encaminhar solicitação ao Coordenador do PRM mencionando o estágio e a Instituição pleiteada, bem como cronograma, plano de atividades e ficha de avaliação (conforme modelo da COREME).

O estágio optativo deve ser aprovado pelo Supervisor do PRM e referendado pela COREME-HSL e, ao seu término, o residente deverá apresentar ao Coordenador do PRM a ficha de avaliação preenchida e assinada pelo responsável pelo estágio ou por um representante da Instituição onde se realizou o estágio. Durante o estágio o residente ficará subordinado às normas da Instituição que está estagiando.

A modalidade de estágio optativo durante a Residência deve ser em Instituições com PRM credenciados pelo MEC ou Instituições de excelência na área médica.



O período do estágio optativo deve ser de até 30 (trinta) dias, e o residente receberá a bolsa regularmente nesse período da instituição de origem.

### **Certificado - Atestado de Frequência**

O Residente que tiver sido aprovado em seu respectivo Programa, receberá Certificado de Conclusão de Residência. Na área médica este certificado constituirá comprovante hábil de especialista na área, para fins legais, junto ao Sistema Federal de Ensino e ao Conselho Federal de Medicina. (Resolução 06/80-CNRM) (Ver Apêndice).

O Residente que desistir do Programa tem direito a receber atestado de frequência, sem direito a qualquer tipo de certificado.

### **AFASTAMENTO DO MÉDICO RESIDENTE**

#### **LICENÇA MÉDICA:**

Em caso de Licença Médica, por período que ultrapasse a 15 dias consecutivos, nos primeiros 15 dias o Residente fará jus à bolsa paga pelo MEC. Ultrapassados os 15 dias consecutivos o Residente deverá requerer auxílio-doença junto ao INSS.

Quando o afastamento exceder 30 (trinta) dias / ano (consecutivos ou somatórios) este mesmo período deverá ser repostado integralmente, ao término da Residência, sem remuneração.

Em caso de doença o Residente deverá apresentar atestado médico, dentro de 48 horas, ao Chefe de Serviço ou Supervisor de Programa. Este atestado deverá ser encaminhado à secretaria da Comissão de Residência Médica (COREME) para anotação em sua ficha. Cabe a qualquer das partes, quando julgar necessário, solicitar ao COSSBE - Coordenação de Saúde, Segurança e Bem-Estar /Gerência de Saúde do Trabalhador/UFJF-, avaliação do afastamento. Esta solicitação, assinada por dois ou mais membros do Serviço, deve ser encaminhada à Coordenação Geral.

O tempo máximo que um residente poderá ficar afastado do programa será de quatro meses, após este prazo, será automaticamente desligado do programa.



**CASAMENTO, LUTO E PATERNIDADE:**

- Licença Casamento: 8 (oito) dias.
- Licença luto: 3 (três) dias.
- Licença Paternidade: 5 (cinco) dias.

A ausência por outros motivos deverá ser solicitada à Chefia do Serviço ou da área, ficando “sub judice”.

**GESTAÇÃO:**

O Residente terá direito à licença paternidade de 5 (cinco) dias ou à licença-maternidade de 120 (cento e vinte) dias de acordo com o inciso nº 2 do artigo 4º da Lei 6932, de 07 de julho de 1981. Esta licença deverá ser encaminhada a Comissão de Residências. (Ver apêndice).

**INTEGRAÇÃO DOS NOVOS RESIDENTES AO HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUCRS E SERVIÇOS**

Será realizada no dia 01 de março de cada ano, das 8h00 às 13h00, a recepção aos novos médicos residentes pela COREME, Direção da Escola de Medicina e Direção Médica e Técnica do HSL PUCRS para conhecimento, boas-vindas e esclarecimento de dúvidas sobre as informações e conteúdo do Guia do Residente.

A participação dos novos residentes nessa atividade é obrigatória. O não comparecimento a este evento será caracterizado como falta grave, a ser registrada na ficha de desempenho individual do MR/aluno e encaminhada à Comissão Estadual de Residência Médica (CEREM) e Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).



## ORIENTAÇÕES GERAIS

### 1. Obtenção de Senha de Acesso ao Sistema de Informações Médicas

O sistema de informações médicas do HSL a que os MR estão diretamente envolvidos contempla os seguintes módulos:

- 1) Prescrição médica
- 2) Sumário de alta
- 3) Resultados de exames de laboratório

Para liberação da senha individual de acesso ao sistema, o MR deverá apresentar seu número de CREMERS ao Setor de Informática, conforme cronograma a ser divulgado. Na ocasião, será disponibilizado treinamento para a utilização do sistema.

Os contatos com o setor de informática podem ser feitos pelo RAMAL 3004 e 3114

Supervisor: Carlos Alexandre Polanczyk

Treinamento e Suporte Técnico:

João Fábio Machado, Gilson Marcanth e Robledo Gonsales da Silva

### 2. Prescrição médica:

- a. Usar prescrição eletrônica; o uso de prescrição manual só será aceito em condições excepcionais.
- b. **A prescrição médica deve ser entregue até às 13h para não haver atraso no início da administração.**

- c. Nas prescrições manuais deve constar o nome legível do médico e sua assinatura e Nº do CREMERS para que possam ser validadas.
- d. As pastas com prescrição atualizada devem ser entregues no posto de enfermagem para os funcionários responsáveis pela digitação.
- e. Comunicar ao ENFERMEIRO sempre que houver alteração na prescrição médica.
- f. **As prescrições entram em vigor a partir das 18h.**
- g. As medicações de urgência devem ser prescritas separadamente e comunicado à enfermaria para que sua administração possa ser iniciada o mais breve possível.
- h. As pastas e exames dos pacientes devem permanecer na unidade.
- i. O enfermeiro e o médico devem estar em perfeita comunicação inclusive sobre alterações nas prescrições médicas.
- j. Informar em prescrição eletrônica a previsão de alta para o dia seguinte; isso facilitará os trâmites administrativos, contatos com familiares e assistência social e influirá na previsão de nova ocupação do leito.

### 3- Solicitação de materiais para procedimentos:

A solicitação de materiais especiais deve ser feita através de prescrição, de preferência com antecedência para que o pedido possa ser encaminhado ao Centro de Materiais.

Os materiais e as medicações que necessitem de laudo ou memorando especiais devem ser entregues junto com a prescrição.

Respeitar os locais para fazer procedimentos de forma segura:

- a. **Sala de procedimentos:** cateteres centrais, paracentese, toracocentese, punção lombar. Sempre com uso de técnica asséptica, medidas de barreira completas e uso de orientação ecográfica sempre que possível. **Na necessidade de sedação endovenosa, o procedimento deve ser feito no bloco cirúrgico.**
- b. **Bloco cirúrgico e UTI:** procedimentos que envolvam sedação endovenosa ou manipulação cirúrgica maior como por exemplo: drenagem de tórax, pericardiocentese, manipulação de abdome aberto como troca de curativos a vácuo, lavagem de cavidade. Estes não poderão ser feitos na sala de procedimentos do 6º norte.



#### **4 - Preparo de pacientes para exames especiais**

Pode ser prescrito tanto pelo MR quanto pelo enfermeiro da Unidade, porém quando a prescrição for feita pelo médico, devem ser comunicados à enfermagem os seguintes ítems:

- Tipo de exame
- Necessidade de NPO
- Local onde será realizado o exame (Bloco Cirúrgico; CDI, hemodinâmica, etc)

#### **5 - Coleta de Exames:**

Rotina nos andares: 6hs, 14hs e 20hs.

As coletas de **urgência** não entram na rotina e podem ser feitas pelos médicos, enfermeiros ou auxiliares de enfermagem. Os pedidos de exames de urgência, entretanto, devem **sempre** ser entregues para o ENFERMEIRO

##### **5.1 - Laboratório de patologia clínica**

Normas gerais para coleta de material para exames

Usualmente um período de quatro horas de jejum é satisfatório para a coleta de material para a execução da grande maioria dos exames, desde que a última refeição não tenha sido rica em proteínas e gorduras. Alguns exames específicos, entretanto, necessitam de um período maior de jejum precedendo a coleta de material (contatar o Laboratório em caso de dúvida).

##### **5.2 - Coleta de secreções de lesões, e pesquisa de fungos:**

São procedimentos realizados pelo bioquímico, enfermeira ou coletador do Laboratório, e também pelos técnicos de enfermagem, seguindo orientações contidas no Manual de Coleta para exames microbiológicos.



### **5.3 - Procedimentos realizados necessariamente por médicos:**

Punção suprapúbica, traqueal, pulmonar e ganglionar; coleta de líquido amniótico, liquor, líquido sinovial e lavado brônquico.

Hematologia: ramal 2644

Bioquímica: ramal 2340

Hormônios/Marcadores Tumorais: ramal 2340

Imunologia: ramal 2394

Microbiologia: ramal 2640

## **6 - Serviço de Nutrição e Dietética**

### **6.1 - Nutrição Clínica:**

O SND conta com nutricionista nas unidades de internação que realizam junto aos pacientes, entre outras atividades:

- Triagem nutricional e avaliação nutricional com definição do nível assistencial;
- Monitoramento de evolução nutricional do paciente conforme nível assistencial;
- Cálculo de plano alimentar;
- Evolução em prontuário;
- Orientação nutricional para alta hospitalar;
- Participação em rounds;
- Atendimentos em ambulatórios.

Para a realização da triagem e avaliação nutricional são utilizadas as seguintes ferramentas:

- Ficha de triagem nutricional adulto NRS 2002
- Ficha de Avaliação Subjetiva Global (ASG)
- Ficha de triagem e a Avaliação Nutricional de Idosos (MAN)
- Ficha de Avaliação Nutricional Pediátrica: de 0 a 2 anos e de 2 a 19 anos;
- Ficha de avaliação Nutricional para Gestantes.

Quanto a Orientação Nutricional para alta hospitalar sempre que possível solicitar com antecedência de 24h de 2ª a 6ª feira à nutricionista da unidade para que a mesma possa calcular o plano alimentar, realizar a orientação necessária e os familiares terem tempo hábil para aquisição dos produtos, quando for o caso.

#### **6.1. Horário das refeições dos pacientes nos andares:**

**Desjejum:** 7h

**Colação:** 9h e 30min (de acordo com a dieta)

**Almoço:** 11h

**Lanche:** 14h e 30 min.

**Janta:** 17h

**Ceia:** 20h

**Esquemas dietéticos especiais:** 22h.

**6.2.** As prescrições de dietas realizadas dentro do horário de rotina da unidade de internação serão checadas pelo SND no prontuário eletrônico do paciente.

**6.3.** As modificações de dieta serão feitas, sempre, em prescrição suplementar. Rasuras na prescrição anterior e modificações feitas à mão não serão vistas pelo serviço.

**6.4.** As prescrições dietoterápicas são acompanhadas e avaliadas por nutricionistas.

**6.5.** As unidades de internação dispõem de nutricionista responsável pela triagem e avaliação nutricional, anamnese alimentar, monitoramento alimentar do paciente, cálculo de dieta e

orientação nutricional para alta. Qualquer necessidade as mesmas podem ser contatadas pelos ramais ou bips.

#### 6.6. Ramais e Bips:

| Unidades  | Ramal<br>Copa | Nutricionista (ramal/<br>bip) |
|---|---------------|-------------------------------|
| UTI geral, UTICV, SR s e quimioterapia            |               | Bip 124                       |
| UTI Emergência, UTI Cirúrgica, UTIPOCC EMA e PPUC |               | Bip 264                       |
| 5º andar  | 2627          | 2205 Bip 134                  |
| Lactário  | 2245          | 2205                          |
| 6º andar  | 2223          | 2223                          |
| 7º andar  | 2257          | 2426                          |
| 8º andar  | 2523          | 2611                          |
| 9º andar  | 2695          | 2497                          |
| Produção e Distribuição                           |               | 3144                          |
| Secretaria SND                                    |               | 3032 e 2597                   |
| Copa central                                      | 2573          |                               |
| Clínica   |               | Bip 215                       |
| Supervisão  |               | 3140                          |

**6.7.** As solicitações de orientação nutricional para alta deverão ser realizadas com no mínimo 24 horas de antecedência, de 2ª a 6ª feira. Para que familiares e acompanhantes possam receber as informações necessárias e organizarem-se quanto aos produtos e utensílios que serão utilizados.

**6.8.** O SND é responsável pela elaboração e distribuição das refeições. A administração ao paciente por via oral ou enteral, é de responsabilidade da enfermagem.

**6.9.** Nas prescrições de dieta hipossódica, o paciente não receberá sal adicional. Se houver necessidade de sal adicional, deverá ser prescrita a quantidade.

Exemplo: Dieta hipossódica com 2g sal;

**6.10.** Os comunicados de NPO para exame, para cirurgia ou pausa alimentar, bem como de suas liberações, serão informadas ao SND, por memorando, pela enfermagem.

**6.11.** Exames que necessitem de preparo alimentar especiais devem ser comunicados ao SND com antecedência para que sejam feitos os devidos ajustes no plano alimentar do paciente e para que o mesmo seja orientado adequadamente.

**6.12.** O SND disponibiliza atendimento por nutricionistas para acompanhamento ambulatorial.

### **6.13. Característica das dietas padronizadas**

| <b>TIPOS DE DIETA</b>            | <b>CARACTERÍSTICAS</b>   |
|----------------------------------|--|
| <b>HÍDRICA</b>                   | Água filtrada ou mineral s/gás, chá claro sem açúcar   |
| <b>DIETA LÍQUIDA RESTRITA</b>    | Água filtrada ou mineral s/gás, chá claros, sucos concentrados, gelatina, caldo de canja, caldo de carne.  |
| <b>DIETA LÍQUIDA RESTRITA/DM</b> | Água filtrada ou mineral s/gás, chá claros c/adoçante, sucos concentrados diet, gelatina diet, caldo de canja, caldo de carne.   |
| <b>DIETA LÍQUIDA COMPLETA</b>    | Todos os itens da dieta líquida restrita mais leite, vitaminas, café c/ leite, caldo de feijão, suco concentrado, sopas liquidificadas, iogurte                                |
| <b>DIETA LÍQUIDA COMPLETA/DM</b> | Todos os itens da dieta líquida restrita mais leite, vitaminas s/açúcar, café c/ leite c/adoçante, caldo de feijão, suco concentrado diet, sopas liquidificadas, iogurte diet. |



|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| <b>DIETA LÍQUIDA COMPLETA/HCHP</b> | Todos os itens da dieta líquida completa, por ser hipercalórica e hiperproteica acrescenta-se suplementos nutricionais.   |
| <b>DIETA LÍQUIDA PASTOSA</b>       | Alimentos oferecidos em consistência líquida pastosa. Ex: papa de fruta, sopa liquidificada, caldo de feijão, flan, mingau, vitamina, iogurte e gelatina.   |
| <b>DIETA LÍQUIDA PASTOSA/DM</b>    | Alimentos oferecidos em consistência líquida pastosa respeitando-se as orientações para pacientes diabéticos. Ex: papa de fruta, sopa liquidificada, caldo de feijão, flan diet, mingaus s/açúcar, vitaminas s/açúcar, iogurte diet e gelatinas diet. |
| <b>DIETA PASTOSA</b>               | Todos os alimentos que compõem uma dieta normal em consistência pastosa, alguns alimentos podem ser liquidificados.   |
| <b>DIETA PASTOSA/DM</b>            | Todos os alimentos que compõem uma dieta para DM em consistência pastosa, alguns alimentos podem ser liquidificados.  |
| <b>DIETA BRANDA</b>                | Alimentos abrandados pelo cozimento, com restrição de temperos, baixos teores de gordura e sem frituras, sem saladas cruas e sem vegetais ácidos e flatulentos, sem chocolate.  |
| <b>DIETA BRANDA/DM</b>             | Todos os alimentos que compõem uma dieta para DM com alimentos abrandados pelo cozimento, com restrição de temperos, baixos teores de gordura e sem frituras, sem saladas cruas e sem vegetais ácidos e flatulentos.                                  |
| <b>DIETA DM</b>                    | Dieta de consistência normal, sem açúcar e sem frituras e conforme as recomendações, calculada conforme o valor calórico prescrito pelo nutricionista após avaliação, ex: DM 1200 kcal, DM 1400 kcal, DM 1600 kcal, DM 1800 kcal, DM 2000 kcal.       |

|   |  |
|---|--|
| <b>DIETA POBRE EM COLESTEROL</b>              | Dieta de consistência normal, pobre em gorduras. Ex: leite desnatado, carne magra e restante da alimentação preparada com pouca gordura.   |
| <b>DIETA HIPOSSÓDICA</b>                      | Dieta de consistência normal preparada sem sal adicional, acrescida ou não de gramas de sal adicional, conforme prescrição médica.   |
| <b>DIETA HIPOPROTÉICA</b>                     | Dieta de consistência normal com redução ou restrição do teor protéico, conforme prescrição médica e/ou avaliação nutricional. Ex.; hipoproteica 40g, hipoproteica 60g, dieta sem proteína animal.                           |
| <b>DIETA POBRE RESÍDUOS</b>                   | Dieta de consistência normal, elaborada com alimentos sem resíduos lácteos ou fibras insolúveis. Ex: frutas, como banana ou maçã sem casca, canja, vegetais pobres em fibras e outros alimentos de acordo com a dieta.       |
| <b>DIETA POBRE EM POTÁSSIO</b>                | Dieta de consistência normal com restrição de alimentos ricos em potássio.   |
| <b>DIETA<br/>HIPERPROTÉICA /HIPERCALÓRICA</b> | Dieta de consistência normal, acrescida em calorias e proteínas de alto valor biológico, conforme a prescrição e/ou avaliação nutricional.   |
| <b>DIETA RICA EM FIBRAS</b>                   | Dieta de consistência normal, acrescida de fibras solúveis e insolúveis, conforme a prescrição e ou avaliação nutricional.   |
| <b>DIETA SEM LACTOSE</b>                      | Dieta de consistência normal, com ausência de leite e derivados lácteos e de alimentos cujas composições estejam presentes.  |
| <b>DIETAS PARA SITUAÇÕES ESPECÍFICAS</b>      | Diets líquidas Fase 1 e Fase 2 para pós-operatório de cirurgias da obesidade mórbida<br>Dieta líquida fria para pós-operatório de cirurgia da otorrino<br>Dieta líquida fria /DM para pós-operatório de cirurgia da otorrino |



|                        |   |
|------------------------|---|
|                        | Dieta líquida fria para pós-operatório de cirurgia da bucofacial<br>Dieta líquida fria/DM para pós-operatório de cirurgia da bucofacial   |
| <b>DIETA POR SONDA</b> | Formulações industrializadas administradas por BI padronizadas para várias situações definidas conforme avaliação do nutricionista. No caso de dieta modulada o uso é predominantemente pediátrico e será oferecida de 2/2h ou 3/3h. Pausas além das previstas como, por exemplo, para banho ou repouso, e alterações de volume da nutrição enteral devem ser discutidas com a nutricionista. |

## 7. Serviço de farmácia

A Comissão de Farmácia e Terapêutica é responsável pela padronização de materiais e medicamentos a serem utilizados no HSL, sendo composta por médicos, farmacêuticos, administradores, enfermeiros e representante do setor de compras do hospital.

### 7.1. Solicitação de Medicamentos Não Padronizados:

Preenchimento de formulário específico com justificativa, posologia e duração do tratamento;  
Avaliação farmacêutica e / ou Comissão de Farmácia e Terapêutica para eventual substituição por alternativa padronizada. Se for liberada a compra, aguardar 24 horas para a aquisição.

### 7.2. Solicitação de Medicamentos de Uso Restrito:

Somente dispensados mediante preenchimento de formulário próprio com justificativa de uso e duração do tratamento; necessária autorização do convênio em alguns casos;  
Realizada avaliação farmacêutica e/ou Comissão de Farmácia e Terapêutica.



### **7.3. Solicitação de Tuberculostáticos:**

Somente através de preenchimento de formulário próprio, disponível no Suprimentos (térreo).

### **7.4. Solicitação de Nutrição Parenteral:**

Até 11:30 (segunda a sexta) - laudo de procedimentos especiais (início) + prescrição

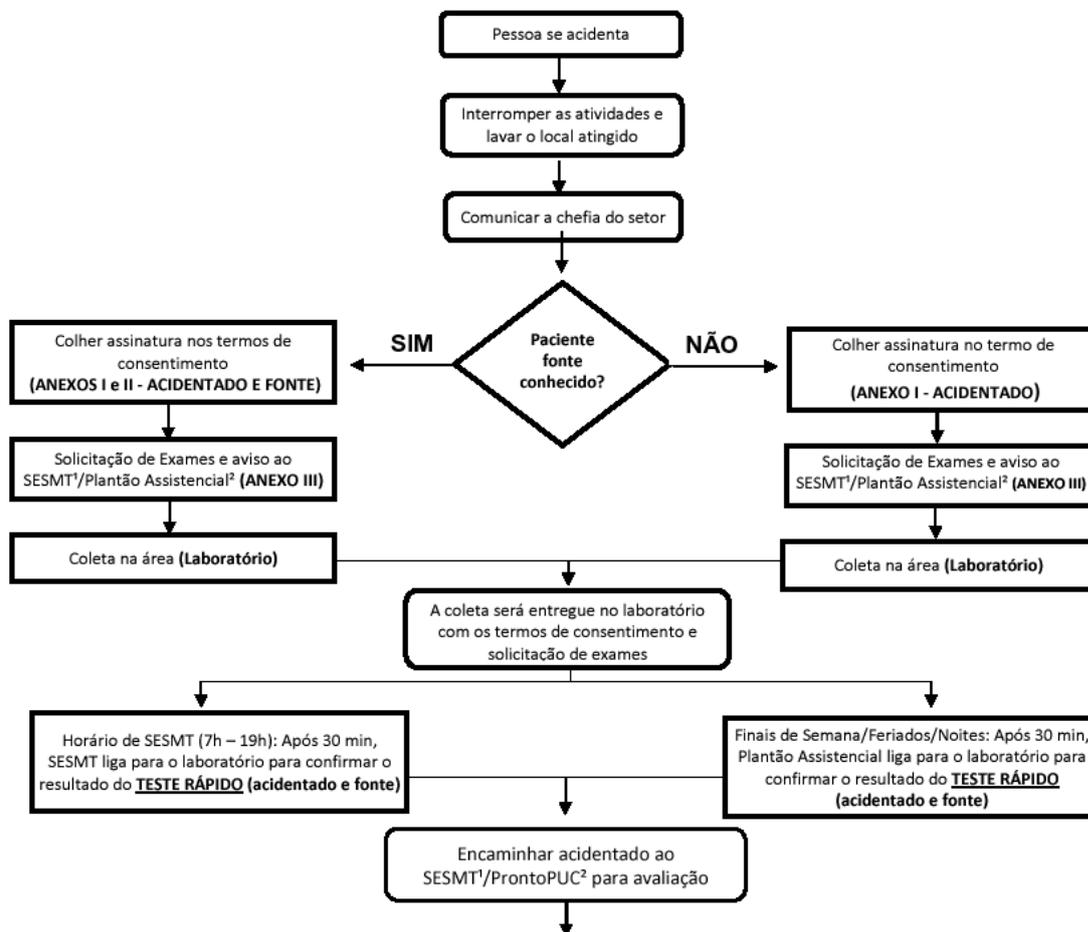
### **7.5. Solicitação de Quimioterapia:**

Manhã até 9h, tarde até 15h (segunda a sexta) e finais de semana e feriados até 9 h

### **7.6. Retirada de receituários para psicotrópicos:**

No Suprimentos (térreo) 8:00 as 12:00, 13:00 as 17:00 (segunda a sexta)

### 8. Fluxo de Acidentes Biológicos



<sup>1</sup> em horários de funcionamento SESMT

<sup>2</sup> Finais de semana / feriados/ noites

| RESULTADO TESTE RÁPIDO |                 |                                   |
|------------------------|-----------------|-----------------------------------|
| Resultado Acidentado   | Resultado Fonte | Indicação PEP                     |
| (+)                    | (+)             | Sem Indicação de uso              |
| (+)                    | (-)             | Sem Indicação de uso              |
| (-)                    | (+)             | Indicação de uso                  |
| (-)                    | (-)             | Sem indicação de uso <sup>3</sup> |
| (+)                    | Desconhecido    | Sem Indicação de uso              |
| (-)                    | Desconhecido    | Indicação de uso #                |

# se fonte desconhecida, considerar como positivo (+)

<sup>3</sup>Quando fonte tiver história de exposição de risco nos últimos 30 dias

A PESSOA ACIDENTADA DEVERÁ SE APRESENTAR À SEGURANÇA OCUPACIONAL DE FORMA IMEDIATA OU NO PRIMEIRO DIA ÚTIL (EM CASOS DE FINAIS DE SEMANA) PARA REGISTRO E INVESTIGAÇÃO DO ACIDENTE, INDEPENDENTEMENTE DE COINCIDIR COM O DIA DE FOLGA.



FLUXOGRAMA E PASSO A PASSO PARA ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO

( passo a passo)

**1) Horário de Funcionamento do SESMT**

**PESSOA ACIDENTADA:**

- 1º. Interromper imediatamente suas atividades.
- 2º. Comunicar imediatamente a chefia ou o (a) enfermeiro (a) responsável pelo local de trabalho no turno vigente.

**ENFERMEIRO OU GESTOR IMEDIATO**

- 3º. Orientar o acidentado a lavar exaustivamente a (as) área (s) atingida (s), durante 10 a 15 minutos) com água corrente se exposição percutânea e com água corrente ou soro fisiológico, para exposição de mucosa
- 4º. Identificar o paciente-fonte e o perfuro-cortante (modelo, tipo, fabricante) e, posteriormente realizar o descarte adequado deste perfuro-cortante.
- 5º. Imprimir os formulários padrões disponíveis na intranet: acessando intranet – formulários padrões- Serviço Médico do trabalho- Formulários Padrões para Acidentes de Trabalho com Material Biológico:
  - Termo Consentimento Informado – acidentado
  - Termo Consentimento Informado – fonte
  - Solicitações de exames
- 6º. Preencher os documentos
- 7º. Solicitar coleta dos exames do paciente-fonte e do acidentado para o Laboratório (ramal 2226).
- 8º. Comunicar ao paciente-fonte sobre o procedimento que será realizado, solicitando sua assinatura no termo de consentimento informado. No caso de paciente fonte não internado, deverá orientá-lo a não sair do HSL enquanto não preencher termo de consentimento e realizar a coleta; informar que o resultado estará disponível no setor Entrega de Exames.
- 9º. Solicitar a assinatura do funcionário acidentado no termo de consentimento informado.
- 10º. Comunicar a ocorrência ao SESMT (ramal 2360 ou 2696).

**LABORATÓRIO**

- 11º. Deslocar-se ao local do acidente, executar as coletas e retornar ao laboratório com os tubos de sangue coletados, juntamente com os documentos solicitação de exames e termos de consentimentos devidamente preenchidos e assinados

**OBS: O TESTE RÁPIDO É REALIZADO SOMENTE NO LABORATÓRIO.  
PACIENTE FONTE CRIANÇA ENTRE 0 A 18 MESES A COLETA DEVE SER DA MÃE.**

- 12º. Comunicar o SESMT – Medicina do Trabalho o resultado dos exames.

- 13º. Contatar o laboratório, aproximadamente 30 minutos após a entrega do material, caso ainda não tenha recebido a informação, solicitando o resultado do teste rápido da **PESSOA ACIDENTADA** e **PACIENTE FONTE** (caso desconhecido, considerá-lo positivo)
  - 14º. Ligar para o setor/ local onde ocorreu o acidente e solicitar encaminhamento do acidentado ao SESMT – Medicina do Trabalho, portando documento de identificação oficial, preferencialmente RG (não inclui crachá).
  - 15º. Definir pelo uso ou não da quimioprofilaxia (anti-retroviral – PEP – Profilaxia pós exposição). Se indicada, deve preferencialmente iniciar em até 2 h.
  - 16º. Preencher o formulário de solicitação de quimioprofilaxia (anexo IV e V), descartando hipótese de gestação. Em caso positivo, deverá ser prescrita a profilaxia antirretroviral para gestantes.
  - 17º. Encaminhar o acidentado para aquisição das medicações na Farmácia Central do HSL.
  - 18º. Orientar retorno ao SESMT – Medicina do Trabalho, para acompanhamento de 30,60 e 180 dias.
  - 19º. Encaminhar ao SESMT – Engenharia de Segurança do Trabalho, para investigação e registro da ocorrência com prazo máximo de 24 horas úteis da ocorrência do acidente.
- ***NO CASO DO PACIENTE FONTE SE NEGAR A REALIZAR O PROCEDIMENTO, O ACIDENTE DEVERÁ SER CONSIDERADO COMO PACIENTE FONTE DESCONHECIDA.***
  - ***CASO O FUNCIONÁRIO SE NEGUE A REALIZAR O TESTE RÁPIDO, NÃO HAVERÁ INDICAÇÃO PARA USAR A QUIMIOPROFILAXIA.***

#### **FARMÁCIA CENTRAL DO HSL**

- 20º. Entregar a medicação para o tratamento de 28 dias.

#### **2) Finais de Semana, Feriados ou entre 19:00 e 07:00 horas**

#### **PESSOA ACIDENTADA:**

- 1º. Interromper imediatamente suas atividades.
- 2º. Comunicar imediatamente a chefia ou o (a) enfermeiro (a) responsável pelo local de trabalho no turno vigente.

#### **ENFERMEIRO OU GESTOR IMEDIATO**

- 3º. Orientar o acidentado a lavar exaustivamente a (as) área (s) atingida (s), durante 10 a 15 minutos) com água corrente se exposição percutânea e com água corrente ou soro fisiológico, para exposição de mucosa
- 4º. Identificar o paciente-fonte e o perfuro-cortante (modelo, tipo, fabricante) e, posteriormente realizar o descarte adequado deste perfuro-cortante.
- 5º. Imprimir os formulários padrões disponíveis na intranet: acessando intranet – formulários padrões- Serviço Médico do trabalho- Formulários Padrões para Acidentes de Trabalho com Material Biológico:
  - Termo Consentimento Informado – acidentado
  - Termo Consentimento Informado – fonte
  - Solicitações de exames
- 6º. Preencher os documentos
- 7º. Solicitar coleta dos exames do paciente-fonte e do acidentado para o Laboratório (ramal 2226).



- 8º. Comunicar ao paciente-fonte sobre o procedimento que será realizado, solicitando sua assinatura no termo de consentimento informado. No caso de paciente fonte não internado, deverá orientá-lo a não sair do HSL enquanto não preencher termo de consentimento e realizar a coleta; informar que o resultado estará disponível no laboratório.
- 9º. Solicitar a assinatura do funcionário acidentado no termo de consentimento informado.
- 10º. Comunicar a ocorrência ao Plantão Assistencial pelo telefone **984501795** ou BIP **324**.

#### **LABORATÓRIO**

- 11º. Deslocar-se ao local do acidente, executar as coletas e retornar ao laboratório com os tubos de sangue coletados, juntamente com os documentos solicitação de exames e termos de consentimentos devidamente preenchidos e assinados

**OBS: O TESTE RÁPIDO É REALIZADO SOMENTE NO LABORATÓRIO.**  
**PACIENTE FONTE CRIANÇA ENTRE 0 A 18 MESES A COLETA DEVE SER DA MÃE.**

- 12º. Comunicar ao Plantão Assistencial pelo telefone **984501795** ou BIP **324** que os resultados dos exames estão disponíveis no sistema.

#### **PLANTÃO ASSISTENCIAL**

- 14º. Contatar o laboratório cerca de 30 min após a ocorrência do acidente questionando sobre a finalização dos resultados dos exames, caso ainda não tenha recebido a informação.
- 15º. Comunicar a recepção do ProntoPUC pelo ramal **2743** e/ou a enfermeira da classificação pelo ramal **2750**, que houve um acidente com material biológico, que os exames já estão disponíveis e que o acidentado irá descer para ser avaliado.
- 16º. Avisar o acidentado para dirigir à emergência do ProntoPUC, portando documento de identificação oficial, preferencialmente RG (não inclui crachá).
- 17º. Comunicar ao SESMT - Medicina do Trabalho pelo e-mail [karine.velchani@pucrs.br](mailto:karine.velchani@pucrs.br) com cópia para [alexandre.escobar@pucrs.br](mailto:alexandre.escobar@pucrs.br) e [marcia.afonso@pucrs.br](mailto:marcia.afonso@pucrs.br), que durante o seu plantão houve a ocorrência de um acidente com material biológico e os procedimentos adotados. O SESMT – Medicina do Trabalho, com estas informações, dará seguimento ao acompanhamento.
- 18º. Orientar o acidentado que deve comparecer ao SESMT – Medicina do Trabalho (Térreo) e Engenharia de Segurança do Trabalho (3º andar), para investigação e registro da ocorrência com prazo máximo de 24 horas úteis da ocorrência do acidente.

#### **PRONTO PUC – recepção**

- 19º. Abrir atendimento de urgência, considerando plano/convênio SESMT. Em caso de alunos ou terceiro plano/convênio aluno/terceiros. A classificação de risco deve ser definida como Laranja.

#### **PRONTO PUC – Médico Plantonista**

- 20º. Avaliar a necessidade de prescrição da profilaxia, baseando-se na análise dos resultados dos testes rápidos e nos padrões estabelecidos na tabela "RESULTADO TESTE RÁPIDO", se indicada, deve preferencialmente iniciar em até 2 h.



- 21°. Preencher o formulário de solicitação de quimioprofilaxia (anexo IV e V), descartando hipótese de gestação. Em caso positivo, deverá ser prescrita a profilaxia antirretroviral para gestantes.
- 22°. Encaminhar o acidentado para aquisição das medicações na Farmácia Central do HSL.
- 23°. Orientar a pessoa acidentada para comparecer ao SESMT – Medicina do Trabalho em até 24h ou no primeiro dia útil, independentemente de este coincidir com o dia de folga.

#### **FARMÁCIA CENTRAL DO HSL**

- 24°. Entregar a medicação para o tratamento de 28 dias.

### **9. Segurança**

É obrigatório o uso do jaleco identificado e do crachá nas dependências do HSL.

Os objetos pessoais dos médicos residentes devem ser guardados nos armários chaveados. O fechamento automático da porta de acesso a essa área não pode ser obstruído.

### **10. Uso de mídias sociais**

O setor de Comunicação do Hospital São Lucas da PUCRS (HSL) trabalha para zelar pela imagem da Instituição por meio do acompanhamento do que é veiculado nas mídias sociais. Para tanto, conta com o auxílio do Setor de Conteúdo e Relacionamento Digital, da Assessoria de Comunicação e Marketing da PUCRS, para monitorar as informações e imagens divulgadas do HSL. Tendo em vista o amplo alcance que os conteúdos publicados na internet atingem e as implicações na ética profissional, torna-se relevante observar as orientações institucionais existentes para o uso apropriado dessas ferramentas, quando empregadas em nome da Instituição ou por iniciativa pessoal.

### **11. Emergência Hospital São Lucas da PUCRS**

A Emergência do HSL realiza anualmente mais de 60.000 atendimentos, entre pacientes SUS e convênios com mais de 11.000 atendimentos em sala vermelha e laranja (pacientes graves), sendo a Emergência responsável por grande parte das internações do Hospital.



### **11.1. Estrutura Física da Emergência:**

#### **I - Emergência adulta**

##### **ProntoSUS**

2 consultórios (médico e de classificação de risco)

13 leitos

Sala de medicação com 6 poltronas

##### **ProntoPUC (convênio e particular)**

5 consultórios (4 médicos e 1 de classificação de risco)

Sala Amarela (Medicação e Observação) com 12 poltronas e 2 leitos/box

##### **Unidade de AVE (Acidente Vascular Encefálico)**

5 leitos de internação

##### **Salas vermelha e laranja SUS**

1 box vermelho (SUS, convênio e particular)

2 leitos laranja (SUS)

##### **Salas vermelha e laranja convênios**

8 leitos (convênios e particular)

#### **II - Emergência pediátrica**

2 consultórios (médico e de classificação de risco) - SUS

3 consultórios (2 médicos e 1 de classificação de risco) - convênio e particular

8 leitos de observação



1 box vermelho (atendimento de urgências)

Sala de medicação com 3 cadeiras (SUS)

Sala de medicação com 3 cadeiras (convênio e particular)

### **11.2. Classificação de risco**

O sistema de classificação de risco é obrigatório por lei no Brasil. Ele prioriza o atendimento dos pacientes mais graves e é aplicado por enfermeiros capacitados especificamente para realizar esse trabalho. Os pacientes primeiro tem sua classificação de risco realizada (antes do boletim de atendimento).

Desde 2015, a Emergência do HSL passou a adotar um método reconhecido mundialmente, o *Emergency Severity Index (ESI)*. Esse sistema é dividido em cinco níveis. Inicialmente analisa-se a gravidade. Os casos mais graves são representados pela cor vermelha e utilizados para quem precisa atendimento imediato e uma intervenção salvadora de vida, como intubação endotraqueal, colocação de dreno de tórax ou de acesso venoso para ressuscitação volêmica. A classificação seguinte é a laranja, para o paciente que não pode esperar mais de dez minutos pelo atendimento médico. Trauma craniano com perda de consciência, dor torácica ou dor intensa são algumas das situações que se encaixam nessa categoria. Para os casos menos graves, analisa-se a complexidade, de acordo com a necessidade de recursos terapêuticos a serem utilizados, além da consulta médica.



### Os cinco níveis

#### **Emergência:**

Risco de morte. Necessidade de atendimento imediato.

#### **Muita Urgência:**

Situação de alto risco, necessidade de atendimento o mais breve possível.

#### **Urgência:**

Necessidade de atendimento rápido, mas pode aguardar.

#### **Pouca Urgência:**

A situação pode esperar atendimento.

#### **Não Urgência:**

São situações que podem ser atendidas eletivamente.

Dr. David Kerber – Coordenador da Linha de Cuidados Urgência e Emergência HSL/PUCRS

### **12. Serviço de Controle de Infecção (SCI) do HSL PUCRS**

O aumento exponencial das infecções hospitalares, mais recentemente chamadas de infecções relacionadas a assistência à saúde (IRAS), é uma realidade em todos os lugares do mundo, sendo atualmente considerado um problema de saúde pública.

Essas infecções causam aumento no tempo de internação dos pacientes, morbimortalidade e conseqüentemente dos custos. Apenas com o trabalho interdisciplinar temos condições de melhorar a qualidade no atendimento aos nossos pacientes e realizar de forma adequada a prevenção das IRAS. O SCI atua em todas as áreas do HSL PUCRS com o objetivo de, junto com



todos os profissionais, minimizar os riscos de infecções na instituição ou na melhor condução dos casos quando estas ocorrerem.

Contamos com a colaboração de todos na constante luta contra as IRAS e ficamos sempre à disposição para juntos garantirmos um melhor atendimento aos nossos pacientes.

Dr. Fabiano Ramos - Chefe do SCI do HSL PUCRS - Ramal 2288/3459

### **13. Serviço de Hemoterapia**

Localizado no 2º andar, funciona 24h/dia, mas atende doadores no horário comercial. Ramal: 2694 Sala dos médicos: 2171

Informar aos familiares dos pacientes para que providenciem doadores para reposição (ou antecipadamente, no caso de reserva para cirurgias)

#### **13.3. Reservas para cirurgias**

Sempre que possível, encaminhar o paciente com antecedência para coleta de amostra e demais orientações. Para pacientes internados, solicitar pelo sistema; em ambulatório, em um receituário, informando o tipo de cirurgia, data e quantidade de sangue necessária (basear-se, para casos padrão, no Manual para Uso Racional do Sangue – se houver necessidade de quantidade maior, justificar).

#### **13.4. Reações transfusionais**

Todas as intercorrências em pacientes que estão recebendo transfusões devem ser informadas através do ramal 2694 para que o Protocolo para Reações Transfusionais seja iniciado, quando for o caso. As reações também devem ser notificadas no “Sistema de Notificações” disponível na Intranet do HSL.



## 14. Comissão da Revisão de Prontuários

A Comissão de Revisão de Prontuários constitui-se de equipe multiprofissional, com reuniões ordinárias mensais e extraordinárias. No escopo de trabalho estão os processos de documentação dos serviços assistenciais e administrativos da instituição frente aos cuidados prestados aos usuários do Hospital São Lucas, os documentos necessários à composição do prontuário, o registro correto e seguro, a racionalidade e preservação das informações, a revisão periódica dos registros aos usuários, a normatização dos impressos e formulários, a capacitação dos colaboradores e a qualificação contínua dos registros. A equipe é coordenada pelo Doutor Fernando Anschau.

### 14.1. Objetivos do prontuário

O prontuário representa o conjunto de documentos padronizados que se destinam ao registro dos cuidados profissionais prestados ao paciente pelos serviços de saúde públicos ou privados. Compõe assim, um conjunto de documentos relativos à história de vida do paciente e de sua doença, escrita de modo claro, conciso e acurada, sob o ponto de vista médico-social, buscando-se garantir a necessária uniformidade estatística.

Deste modo o prontuário constitui peça integrante das ações dos profissionais de saúde, com todas as implicações profissionais, legal e ética. Tem valor individual específico para o cliente e valor coletivo como elemento de estudo de uma casuística clínica. Representa um tipo de contrato, sendo o instrumento de ligação entre os profissionais e o paciente de valor legal e jurídico e com implicações como tal.

## 15. Regulação SUS

### 15.1 O que é “Regulação”?

É a autorização fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde para consultar, realizar exames ou procedimentos e internar no hospital.



### **15.2. Internações Eletivas**

Para internar os pacientes pelo convênio SUS de forma eletiva os mesmos necessitam de regulação. Como é fornecida esta regulação?

A regulação é solicitada pela Unidade de Saúde mais próxima da residência do paciente e encaminhada para o hospital. A escolha do estabelecimento de saúde é de exclusividade da Central de Marcação de Consultas Especializadas da Secretaria Municipal de Saúde.

### **15.3. Internação de Urgência**

Paciente que internou via emergência e recebeu regulação para ESTA internação, terá o atendimento pelo SUS até a alta DESTA internação.

Arelado a internação de urgência o paciente tem direito a duas consultas de retorno no Ambulatório na especialidade que o paciente internou.

Após a alta, caso necessite realizar exames ou seguimento ambulatorial, deverá seguir a rotina estabelecida pela coordenação dos ambulatórios para receber nova regulação.

Sugerimos que o familiar entre em contato com a Coordenação dos ambulatórios durante a internação.

### **15.4. Atendimentos Ambulatoriais- Consultas e Interconsultas**

Paciente que possui regulação para alguma especialidade só pode consultar e fazer procedimentos relacionados a esta especialidade e ao CID (Cadastro Internacional de Doenças), no qual veio regulado.

Caso seja necessário encaminhar o paciente para outra especialidade para a continuidade do tratamento, o médico da especialidade a qual o paciente possui regulação, deverá solicitar uma **INTERCONSULTA em formulário próprio**.

O paciente deverá regular a Interconsulta na Coordenação dos Ambulatórios e, posteriormente agendar.



### **15.5. atendimentos Ambulatoriais e definição de procedimentos cirúrgicos**

Sempre que definido a conduta cirúrgica durante uma consulta, o médico deverá gerar uma guia cirúrgica- AIH (Autorização para Internação Hospitalar), mesmo que a data ainda não esteja definida.

A guia deve ser entregue ao paciente.

Posteriormente, de acordo com a agenda do preceptor, os agendamentos dos procedimentos cirúrgicos devem ser agendados no 4 andar do HSL.

### **15.6. Internação para procedimentos cirúrgicos**

O **CONSENTIMENTO INFORMADO** é elemento necessário ao exercício da medicina, sendo um direito do paciente e um dever do médico.

Os esclarecimentos ao paciente e o preenchimento do respectivo TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO devem ser realizados pelo médico assistente, em consulta que antecede o procedimento.

No momento da internação no Hospital São Lucas da PUCRS, o paciente deverá apresentar o referido documento devidamente preenchido e assinado.

A ausência do Termo de Consentimento Informado inviabilizará a internação e o procedimento.

### **15.7. Captação de Clientes**

O Hospital São Lucas da PUCRS realiza diariamente diversas ações para maximização da ocupação de leitos de convênio/particular de diversas especialidades.

### **15.8. Para transferências ou internações e unidade aberta (andar) e unidade fechada (UTI):**

Entrar em contato com o setor de Gerenciamento de Leitos (24h) no telefone (51) 3320-5196 ou Tel. e WhatsApp (51) 984741339 e informar a necessidade de transferência ou nova internação;

Possuir os seguintes dados: Nome completo, indicação clínica, médico assistente, data de nascimento e CPF, para que seja gerada a solicitação de vaga no sistema MV (Estes dados são obrigatórios para atender as normas de Segurança do Paciente);



Para convênios, será necessário o número do cartão do plano de saúde para verificação de elegibilidade;

Após análise da disponibilidade de Leitos e da Cobertura do Plano de Saúde, o Gerenciamento de Leitos confirmará a transferência com o Hospital ou local Origem e equipe médica do HSL.

**15.9. Para encaminhamento para unidades de Emergência:**

Encaminhamento para unidade de Emergência Pediátrica: (51) 3320-5198 (24horas)

Encaminhamento para unidade de emergência Adulto: (51) 3320-5199 (24horas)



## APÊNDICE

**1 - RESOLUÇÃO CNRM Nº 02 /2006, de 17 de maio de 2006:** *Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências.*

**Art. 13.** Na avaliação periódica do Médico Residente serão utilizadas as modalidades de prova escrita, oral, prática ou de desempenho por escala de atitudes, que incluam atributos tais como: comportamento ético, relacionamento com a equipe de saúde e com o paciente, interesse pelas atividades e outros a critério da COREME da Instituição.

**§ 1º.** A frequência mínima das avaliações será trimestral.

**§ 3º** Os critérios e os resultados de cada avaliação deverão ser do conhecimento do Médico Residente.

**Art. 14.** A promoção do Médico Residente para o ano seguinte, bem como a obtenção do certificado de conclusão do programa, dependem de :

- a) cumprimento integral da carga horária do Programa;
- b) aprovação obtida por meio do valor médio dos resultados das avaliações realizadas durante o ano, com nota mínima definida no Regimento Interno da Comissão de Residência Médica da Instituição.

**2- LEI Nº 12.514, DE 28 DE OUTUBRO DE 2011:** *Dá nova redação ao art. 4o da Lei no 6.932, de 7 de julho de 1981, que dispõe sobre as atividades do médico-residente; e trata das contribuições devidas aos conselhos profissionais em geral.*

**§ 2o** O médico-residente tem direito, conforme o caso, à licença paternidade de 5 (cinco) dias ou à licença-maternidade de 120 (cento e vinte) dias.

**1 - RESOLUÇÃO CNRM 06/80:** *A Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), no uso de sua atribuição prevista no art. 5º do Decreto nº 80.281, de 05 de setembro de 1977, e considerando o disposto no Art. 1º do Regimento Interno publicado no DOU de 25/08/78, resolve:*

**Art. 1º.** A expedição dos certificados de Residência Médica (CRM) será regulamentada pelas normas constantes nesta Resolução.



Art. 2º. A expedição dos CRM é de responsabilidade da instituição que oferece o programa de credenciado na CNRM.

Art. 3º. As instituições responsáveis por programas de residência Médica deverão enviar à CNRM, até 30 de junho de cada ano, a relação dos Médicos Residentes matriculados nos respectivos programas.

Art. 4º. O CRM deverá conter, no mínimo, as seguintes referências: nome da Instituição que expede o certificado; número e data do credenciamento do programa pela CNRM; nome do Médico concluinte da Residência Médica; área básica, área de concentração; duração do programa; assinatura do Diretor da Instituição, do Coordenador do Programa e do Médico Residente; local e data.

Art. 5º. O certificado só terá validade após registro no CNRM, em livro próprio, que contenha as informações constantes no certificado. Parágrafo único. É de responsabilidade das instituições o envio à CNRM dos certificados expedidos. Essa, após o devido registro, encaminhará os mesmos à instituição de origem.

Art. 6º. Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação no Diário Oficial da União, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, 19 de dezembro de 1980.

Tarcísio Guido Della Senta - Presidente da Comissão Nacional de Residência Médica.

(Publicada no D. O. U. DE 15/01/1981).