



Declarações de Utilidade Pública:

MUNICIPAL: Lei nº 961 de 28/08/68 | **ESTADUAL:** Lei nº 10314 de 13/09/77

FEDERAL: Decreto de 17/09/92 – Proc. MJ nº 14554/90-441

RELATÓRIO MENSAL TÉCNICO ASSISTENCIAL

ASSOCIAÇÃO MAHATMA GANDHI – PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE
VIRADOURO

VIRADOURO
NOVEMBRO/2023



Declarações de Utilidade Pública:

MUNICIPAL: Lei nº 961 de 28/08/68 | ESTADUAL: Lei nº 10314 de 13/09/77

FEDERAL: Decreto de 17/09/92 – Proc. MJ nº 14554/90-441

Apresentação

Este relatório tem como objetivo apresentar uma breve descrição das atividades desenvolvidas entre os dias 01 á 30 de novembro de 2023 referente as metas e indicadores pactuados no âmbito do contrato de gestão para gerenciamento e execução das ações e serviços do Pronto Socorro Municipal Giovani Cusinato aos termos do contrato nº 086/2022, chamada pública 001/022 e processo administrativo 035/2022, firmado entre o município de Viradouro/SP e Hospital Mahatma Gandhi.

A Associação Mahatma Gandhi tem sob seu contrato de gestão, no município de Viradouro o Pronto Socorro Municipal Giovani Cusinato, sob o CNES 2092050, caracterizado por pronto socorro geral, tem como porta de entrada para urgências e emergências 24h.



Declarações de Utilidade Pública:
MUNICIPAL: Lei nº 961 de 28/08/68 | **ESTADUAL:** Lei nº 10314 de 13/09/77
FEDERAL: Decreto de 17/09/92 – Proc. MJ nº 14554/90-441

Quadro de metas de produção e qualidade:

Item	Indicado / descrição	Meta	Valor alcançado no mês de Novembro/2023	Fonte de verificação
1.	Número de profissionais médicos nas 24 horas de funcionamento da Unidade de Pronto Atendimento.	Mínimo de 04 profissionais médicos nas 24h, sendo 02 diurnos e 02 noturnos	100%	1. Escala mensal de profissionais 3. Registro de presença
2.	Realização de 1.800 consultas médicas na Unidade de Pronto Atendimento sob contrato de gestão.	90% das consultas médicas previstas, realizadas.	3.674 consultas; 183% da meta pactuada.	1. Planilhas de controle. 2. Códigos preconizados SIGTAP: 03.01.06.002-9; 03.01.06.009-6 e 03.01.06.010-0.
3.	Realização de 1.800 acolhimentos com classificação de risco na Unidade de Pronto Atendimento sob contrato de gestão.	90% dos acolhimentos com classificação de risco previstos, realizados.	3.633 Classificações 181% da meta pactuada.	1. Contagem e levantamento por meio de planilhas. 2. Códigos preconizados SIGTAP: 03.01.06.011-8.
4.	Pontualidade na entrega dos relatórios mensais de Prestação de Contas Assistencial e Financeira.	100% de pontualidade para todos os relatórios.	Entregue dia 22/11/2023.	Protocolo de recebimento dos relatórios pela Secretaria Municipal de Saúde.

5.	Apresentação e execução do Plano de Educação Continuada e Humanização, conforme cronograma.	90% das atividades previstas, realizadas com 90% de adesão dos profissionais.	100% realizada com 100% de adesão	<p>1. Relatório das atividades previstas e realizadas no período;</p> <p>2. Lista de presença assinada pelos participantes.</p>
6.	Elaboração e implantação dos Protocolos Clínicos Assistenciais às Urgências e Emergências no período de 12 meses, conforme cronograma apresentado e aprovado.	100% dos protocolos elaborados e implantados conforme cronograma apresentado.	100% dos protocolos previstos para o mês de <u>Novembro</u> implantados.	<p>1. Cronograma de implantação dos protocolos clínicos</p> <p>2. Apresentação das cópias dos protocolos com ata de apresentação e ciência a equipe multiprofissional.</p>
7.	Proporção de pacientes atendidos dentro do tempo de espera para atendimento médico, conforme categoria de risco.	100% dos pacientes atendidos no tempo de espera preconizado.	Indicador cumprido.	<p>1. Sistema de Informação indicado pela SMS.</p> <p>2. Relatório da Comissão Técnica de Avaliação.</p>
8.	Proporção de pacientes atendidos dentro do tempo de espera para Acolhimento com Classificação de Risco.	100% dos pacientes classificados em até 15 minutos após abertura da Ficha de Atendimento.	Indicador cumprido.	<p>1. Sistema de Informação indicado pela SMS.</p> <p>2. Relatório da Comissão Técnica de Avaliação.</p>

9.	Resolubilidade do Serviço de Ouvidoria	90% das manifestações respondidas, em 48h a partir do registro da demanda.	Durante o mês de novembro não fora recebido nenhum registro de ouvidoria.	1. Relatório do Ouvidor SUS e outros meios indicados pela SMS. 2. Relatório da Comissão Técnica de Avaliação.
10.	Implantação e execução das Comissões de Ética Médica, Revisão de Óbitos e Revisão de Prontuário Médico, nos termos das respectivas resoluções do Conselho Federal de Medicina em até 180 dias.	100% das comissões implantadas com atividades realizadas	Cumpridos, dentro do prazo pactuado para implantação.	1. Comprovante de registro das comissões perante o CFM/CRM-SP 2. Relatório das atividades de cada comissão, com atas das reuniões, ações desenvolvidas e lista de presença.

Detalhamento dos indicadores

A seguir será apresentado o detalhamento dos indicadores mensais, tais como fonte de verificação, resultado alcançado, fonte de comprovação e/ou justificativa da ação.

Indicador 1 – Número de profissionais médicos nas 24 horas de funcionamento da Unidade de Pronto Atendimento.

O indicador 1 trata de atender o dimensionamento da quantidade de profissionais médicos durante as 24h de funcionamento do pronto socorro municipal de Viradouro. A prestação de serviço médico com 2 profissionais está funcionando normalmente 24h sem limitação de quantidade de atendimento dos usuários do PS.

No Anexo 1 segue o documento fornecido pela empresa responsável pela prestação de serviços médicos, que comprova a realização dos plantões dos profissionais de acordo com o pactuado.



Declarações de Utilidade Pública:
MUNICIPAL: Lei nº 961 de 28/08/68 | ESTADUAL: Lei nº 10314 de 13/09/77
FEDERAL: Decreto de 17/09/92 – Proc. MJ nº 14554/90-441

Indicador 2 – Realização de 1.800 consultas médicas na Unidade de Pronto Atendimento sob contrato de gestão.

O indicador 2 trata da realização de 1.800 consultas médicas mensais. Para embasar o presente indicador, foi confeccionada uma planilha juntamente com um gráfico para expressar o número total de atendimentos médicos realizados no mês de novembro. Na planilha é possível verificar que existem cinco colunas, dentre elas existem uma com a denominação “QUANTIDADE SIS” que se trata dos dados retirados do relatório de estatística de atendimentos por classificação de risco o qual expressa a quantidade de atendimentos e classificações realizadas utilizando-se do sistema SIS, outra coluna está retratada com o nome “QUANTIDADE FAs FORA DO SIS” representam os atendimentos que foram feitos por meio de fichas manuais sem utilizar o ERP. Explanada a confecção do instrumento de levantamento dos dados necessários, é possível mensurar -por meio da análise dos dados expressos no anexo 2- que no mês de novembro foram realizadas 3.674 consultas.

Segue como anexo 2 a planilha de realização das consultas médicas

Indicador 3 – Realização de 1.800 acolhimentos com classificação de risco na Unidade de Pronto Atendimento sob contrato de gestão.

O indicador 3 trata da realização de 1.800 atendimentos com classificação de risco. No mês de novembro foram realizadas 3.633 classificações de risco, totalizando 181% do indicador pactuado de 1800 atendimentos de classificação de risco.

Este procedimento é realizado exclusivamente pelo enfermeiro que é responsável pelo plantão, não podendo ser executada pelo técnico de enfermagem, ficando este habilitado apenas ao acolhimento e verificação de sinais vitais.

Para compor o presente relatório, foi confeccionada uma planilha juntamente com um gráfico para expressar o número total de classificações de riscos realizadas no mês de novembro. Na planilha é possível verificar que existem cinco colunas, dentre elas existe uma com a denominação “QUANTIDADE SIS” que se trata dos dados retirados do relatório de estatística de atendimentos por classificação de risco, o qual expressa a quantidade de atendimentos e classificações realizadas por meio do sistema SIS, outra coluna está retratada com o nome “QUANTIDADE FAs FORA DO SIS” representam os atendimentos que foram feitos por meio de fichas manuais sem utilizar o ERP.

O coeficiente de 3.633 classificações de riscos foi obtido com base no anexo 2, uma vez que no mesmo são apresentadas todas as classificações de risco, os não classificados e o total de atendimentos. Desta forma foi realizado o cálculo tomando por base o total de atendimento e subtraindo a quantidade de não classificados ($3.674 - 41 = 3.633$), encontrando assim o valor de 3.633 classificações de riscos. Vale ressaltar que a parcela de 41 pacientes listados como não classificados são os utilizadores do serviço que foram acolhidos por um profissional técnico de enfermagem, o qual não realiza classificação de risco conforme exposto acima.

Segue como anexo 2 a quantidade de classificações de risco realizadas.



Declarações de Utilidade Pública:
MUNICIPAL: Lei nº 961 de 28/08/68 | ESTADUAL: Lei nº 10314 de 13/09/77
FEDERAL: Decreto de 17/09/92 – Proc. MJ nº 14554/90-441

Indicador 4 – Pontualidade na entrega dos relatórios mensais de Prestação de Contas Assistencial e Financeira.

O indicador 4 trata da entrega dos relatórios de prestação de contas assistencial e financeira com pontualidade na data estipulada, sendo esta, pactuada para o dia 25 do mês subsequente. Ficará sob os cuidados da gestão o protocolo de entrega da prestação de contas assinado pelo responsável pelo recebimento. Caso necessário, fica a critério do município solicitar cópia de tal documento.

Indicador 5 – Apresentação e execução do Plano de Educação Continuada e Humanização, conforme cronograma.

O indicador 5 trata do plano de execução da educação continuada conforme cronograma elaborado no mês de julho de 2023 e previamente aprovado, visando o crescimento profissional de toda a equipe. O referido cronograma de treinamentos e capacitações foi confeccionado visando abranger todas as categorias profissionais e todos os setores do pronto socorro para fortalecer as ações, compartilhar e produzir conhecimento, visando qualificar a prática profissional de forma contínua. Desta forma no mês de novembro foi colocado em prática o cronograma realizando o treinamento de *“Atributos e responsabilidades dos Socorristas”*.

Segue o anexo 3 sendo composto pela comprovação de realização dos treinamentos conforme previstos no cronograma de educação continuada elaborado.

Indicador 6 – Elaboração e implantação dos Protocolos Clínicos Assistenciais às Urgências e Emergências no período de 12 meses, conforme cronograma apresentado e aprovado.

O indicador 6 trata da elaboração dos protocolos clínicos a serem utilizados no Pronto Socorro Municipal. O mesmo foi elaborado pela equipe técnica juntamente com o médico RT, o cronograma de implantação de protocolos clínicos, visando trazer uma padronização nas atitudes a serem tomadas pelo corpo clínico frente as situações de urgência e emergência enfrentadas no pronto socorro.

No mês de novembro foi implantado o protocolo *“Atendimento em insuficiência cardíaca”*. Segue o anexo 4 que é composto pelo protocolo clínico implantado e a lista de presença do treinamento.

Indicador 7 – Proporção de pacientes atendidos dentro do tempo de espera para atendimento médico, conforme categoria de risco.

O indicador 7, trata da proporção dos pacientes atendidos dentro do tempo de espera estipulado pela categoria de risco, sendo ela dividida em AZUL – Até 240 minutos, VERDE – Até 120 minutos, AMARELO – Até 50 minutos, LARANJA – Até 10 minutos E VERMELHO – Atendimento imediato.

Apontamos que no mês de Novembro, buscou-se atender os usuários de acordo com o tempo preconizado e de acordo com cada classificação de risco. Conforme ofício 756.2022, protocolado na secretaria municipal de saúde de Viradouro, foi solicitado a empresa FIORILLI a elaboração de um relatório que informasse o tempo de espera para atendimento médico, uma vez que a



Declarações de Utilidade Pública:

MUNICIPAL: Lei nº 961 de 28/08/68 | ESTADUAL: Lei nº 10314 de 13/09/77

FEDERAL: Decreto de 17/09/92 – Proc. MJ nº 14554/90-441

desenvolvedora do ERP havia informado que não dispunha do relatório solicitado e que por este motivo o mesmo deveria ser criado.

Diante do fato exposto a FIORILLI não criou o novo relatório, mas apresentou como solução um relatório denominado “análise de consultas”. Foi criado pela equipe de gestão da associação mahatma Gandhi uma tabulação para o relatório fornecido, afim de encontrar uma média do tempo de espera dos pacientes para o atendimento médico.

A interpretação necessária para obter a média do tempo de espera para consulta deve ter como base dois dados fornecidos, são eles “Média tempo de espera total” e “Média tempo de espera Triagem”, estes valores são obtidos por meio da realização de média aritmética das colunas - do relatório “análise de consultas” fornecido pelo sistema SIS- “Tp_Triagem” para a média do tempo de espera da triagem e “Espera Total” para a média do tempo de espera total. Feito este embasamento sendo necessário realizar a conta matemática de subtração da “Média tempo espera total” menos a “Média Tempo Espera Triagem” (MÉDIA DE TEMPO DE ESPERA PARA CONSULTA = “Média tempo espera total” - “Média Tempo Espera Triagem”) feita esta conta, o resultado dela é a média do tempo de espera que o paciente teve entre a triagem e a consulta médica. Com base nisto é possível constatar que no mês de novembro verificou-se que a média do tempo de espera para consulta dos pacientes das categorias azul, verde, amarelo e laranja estão dentro do tempo de espera estipulado para cada classificação de risco conforme anexo 5.

Se faz exceção a classificação vermelho, contudo, vale ressaltar que os pacientes com classificação "emergente" (vermelho) recepcionados diretamente na sala de urgência, são atendidos de forma imediata, visando estabilizar o paciente e sanar a queixa do mesmo e após feito todo o atendimento é que o profissional irá realizar o lançamento da triagem e classificação de risco, e posteriormente o médico lança a consulta no sistema.

Essa justificativa se faz necessária afim de entendermos o motivo da média do tempo de espera para a classificação "emergente" (vermelho) estar acima do tempo preconizado, uma vez que conforme explicado, primeiro o paciente é atendido e depois é feito o lançamento no sistema SIS. Ficando claro assim que a média do tempo de espera para consulta médica – 19 minutos e 21 segundos para o risco vermelho- é irreal uma vez que refletem a média do tempo que a equipe ficou em atendimento ao paciente e não um tempo de espera do mesmo pelo atendimento médico.

Segue como anexo 5 a tabulação dos dados que comprovam as informações citadas acima.

Indicador 8 – Proporção de pacientes atendidos dentro do tempo de espera para Acolhimento com Classificação de Risco.

O indicador 8 trata da proporção dos pacientes que foram atendidos dentro do tempo de espera preconizado como padrão para a classificação de risco, este tempo se trata da quantidade de minutos que o paciente aguarda entre abrir a ficha e passar pela triagem do enfermeiro que por sua vez fará a classificação de risco.

No mês de novembro, buscou-se atender os usuários de acordo com o tempo preconizado como padrão para a classificação de risco. Conforme ofício 756.2022, protocolado na secretaria



Declarações de Utilidade Pública:

MUNICIPAL: Lei nº 961 de 28/08/68 | ESTADUAL: Lei nº 10314 de 13/09/77

FEDERAL: Decreto de 17/09/92 – Proc. MJ nº 14554/90-441

municipal de saúde de Viradouro, foi solicitado a empresa FIORILLI a elaboração de um relatório que informasse o tempo de espera para realizar o acolhimento e triagem, uma vez que a desenvolvedora do ERP havia informado que não dispunha do relatório solicitado e que por este motivo o mesmo deveria ser criado.

Diante do fato exposto a FIORILLI não criou o novo relatório, mas apresentou como solução um relatório denominado “análise de consultas”. Foi criado pela equipe de gestão da associação mahatma Gandhi uma tabulação para o relatório fornecido afim de encontrar uma média do tempo de espera dos pacientes para o acolhimento e classificação de risco.

A interpretação necessária para obter a média do tempo de espera para o acolhimento e classificação de risco deve ter como base a coluna “Tp_Triagem” que está presente no relatório “análise de consultas”. Tendo este embasamento é necessário realizar o tratamento dos dados e por fim realizar média aritmética da coluna “Tp_Triagem”, o resultado dela é a média do tempo de espera que o paciente teve entre a abertura da ficha e a triagem, ou seja, o tempo de espera para ser acolhido e ter seu risco classificado. Com base nisto é possível verificar no anexo 5 que no mês de novembro a média do tempo de espera de todas as classificações estão dentro do tempo padrão. Vale justificar que a classificação de risco vermelho apresenta a maior média de tempo de espera – 15 minutos e 44 segundos- contudo, este “tempo de espera” da classificação de risco vermelho é irreal, uma vez que os pacientes desta classificação sempre são atendidos imediatamente em sala de urgência, após o atendimento é lançada a triagem do paciente, sendo assim a média irreal citada ocorre devido ao tempo que o profissional fica em atendimento e não a uma espera do paciente.

Segue como anexo 5 a tabulação dos dados que comprovam as informações citadas acima.

Indicador 9 - Resolubilidade do Serviço de Ouvidoria

O indicador 9, trata da resolubilidade do serviço de ouvidoria, que é sanar os problemas e questões trazidas até a administração por meio da ouvidoria.

Atualmente o processo de ouvidoria funciona da seguinte forma: a colaboradora da SMS que recebe as ouvidorias envia a mesma via um e-mail para a Associação Mahatma Gandhi através do endereço eletrônico “administrativo2.viradouro@mgandhi.com.br “. A partir disto, as ouvidorias são respondidas via e-mail, dentro do prazo de 48 horas. Contudo todas as demandas recebidas da Secretaria Municipal de Saúde pessoalmente ou por meio do aplicativo de mensagens WhatsApp são respondidas de forma direta entre a administração do contrato e a SMS.

Até o final do mês novembro não foram registrados nenhuma ouvidoria.

A Associação Mahatma Gandhi disponibilizou na recepção do pronto socorro uma pesquisa de satisfação para livre resposta dos utilizadores do serviço do pronto socorro ou acompanhantes. Desta forma segue como anexo 6 a tabulação dos dados das pesquisas de satisfação referente ao mês de novembro.



Declarações de Utilidade Pública:
MUNICIPAL: Lei nº 961 de 28/08/68 | ESTADUAL: Lei nº 10314 de 13/09/77
FEDERAL: Decreto de 17/09/92 – Proc. MJ nº 14554/90-441

Indicador 10 – Implantação e execução das Comissões de Ética Médica, Revisão de Óbitos e Revisão de Prontuário Médico, nos termos das respectivas resoluções do Conselho Federal de Medicina em até 180 dias.

O indicador 10, trata da implantação e execução das comissões de ética médica, revisão de óbito e de prontuários médicos dentro do prazo de 180 dias.

Conforme apresentado no cronograma de implantação das comissões, as mesmas foram previstas para o prazo de até 180 dias, as comissões em questão já foram elaboradas e implantadas, em exceção da comissão de ética médica, a qual conforme orientação do CRM devido ao fato do pronto socorro não atingir a quantidade mínima de profissionais médicos necessários para a implantação e execução da referida comissão, a mesma não foi criada e implantada. Segue no anexo 7 as atas das reuniões realizadas no mês de setembro das referidas comissões implantadas;

- Revisão de Óbito
- Revisão de Prontuário

ANEXOS COMPLEMENTARES

Segue como anexo 8, outras Atas de reuniões, e implantação de rotina na unidade, onde fora observado pela equipe da coordenação necessidades para aprimoramento do processo de trabalho visando uma melhoria contínua com o intuito de aumentar ainda mais a qualidade do serviço prestado a todos os usuários do pronto socorro municipal Giovani Cusinato sendo:

- Reunião com a equipe de controlador de acesso.
- Reunião com os coordenadores do Hospital Maternidade.
- Implantação check list para internações no Hospital Maternidade.
- Manuseio do respirador portátil Takaoka.


AO HOSPITAL MAHATMA GANDHI – PRONTO ATENDIMENTO DE VIRADOURO/SP
Sr. Maria Carolina Favareto Buzon

Pelo presente instrumento, a empresa **AMUE-ATENDIMENTOS MEDICOS DE URGENCIAS E EMERGENCIAS S.A.**, devidamente inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas sob o n.º 27.996.683/0001-35, sediada na Rua Julieta Macedo Pereira, 176 – sala 102, na cidade de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, por intermédio do seu representa legal Sr. **Felipe de Prospero Belo**, portador da Carteira de Identidade Médica n.º 143.982/CRM-SP e devidamente inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas sob o n.º 522.789.052-87, apresenta a escala executada e o total de horas prestados por cada profissional no período de **01/11 a 30/11/2023** conforme discriminado abaixo:

LOCAL: VIRADOURO - UPA 24HRS							
PROFISSIONAL DE PLANTÃO							
01/11/2023-30/11/2023							
	SEG 30/10	TER 31/10	QUA 01/11	QUI 02/11	SEX 03/11	SÁB 04/11	DOM 05/11
37:00-11:00							<Sem Responsável>
37:00-13:00					Suhayla N. Dos Santos	Vanissa O. Nassbine	
37:00-19:00			(CO) Matheus G. D. Marta Nathalia P. Malheiro	Nathalia P. Malheiro (CO) Bruno De S. Tavares	Matheus G. D. Marta	Leda N. Marsari	Leda N. Marsari
11:00-16:00							Primitivo M. Garcia
13:00-19:00					(CO) Roberta P. Zancheta	(CO) Rafael S. Mazza	
16:00-17:15							<Sem Responsável>
17:15-07:00							Guilherme L. da Silva
19:00-07:00			(CO) Roberta P. Zancheta (CO) Guilherme L. da Silva	Deisy L. M. Humerez (CO) Samuel A. G. Encinas	Matheus G. D. Marta (CO) Guilherme L. da Silva	Leda N. Marsari (CO) Matheus G. D. Marta	(CO) Rafael S. Mazza
	SEG 06/11	TER 07/11	QUA 08/11	QUI 09/11	SEX 10/11	SÁB 11/11	DOM 12/11
37:00-13:00						<Sem Responsável>	
37:00-19:00	(CO) Leda N. Marsari Nathalia P. Malheiro	(CO) Samuel A. G. Encinas Bruno De S. Tavares	Nathalia P. Malheiro Bruno De S. Tavares	Matheus G. D. Marta (CO) Samuel A. G. Encinas	(CO) Leda N. Marsari Matheus G. D. Marta	Bruno De S. Tavares	Felipe L. Costa (CO) Carla J. T. Barbosa
13:00-19:00						(CO) Carla J. T. Barbosa	
19:00-07:00	(CO) Rafael A. Arantes (CO) Guilherme L. da Silva	Deisy L. M. Humerez Samuel A. G. Encinas	(CO) Bárbara L. M. Barbosa (CO) Rafael A. Arantes	(CO) Samuel A. G. Encinas (CO) Guilherme L. da Silva	(CO) Bárbara L. M. Barbosa (CO) Rafael A. Arantes	Primitivo M. Garcia (CO) Carla J. T. Barbosa	Felipe L. Costa (CO) Guilherme L. da Silva
	SEG 13/11	TER 14/11	QUA 15/11	QUI 16/11	SEX 17/11	SÁB 18/11	DOM 19/11
37:00-09:00							
37:00-19:00	Nathalia P. Malheiro Bruno De S. Tavares	(CO) Samuel A. G. Encinas Bruno De S. Tavares	(CO) Matheus G. D. Marta Nathalia P. Malheiro	(CO) Bruno De S. Tavares (CO) Samuel A. G. Encinas	(CO) Guilherme L. da Silva Bruno De S. Tavares	(CO) Samuel R. G. Tellez (CO) Carla J. T. Barbosa	Camila Goto (CO) Samuel R. G. Tellez
9:00-19:00				(CO) Louise R. Garcez	Matheus G. D. Marta		
19:00-07:00	Rafael S. Mazza (CO) Carla J. T. Barbosa	Deisy L. M. Humerez Samuel A. G. Encinas	(CO) Bárbara L. M. Barbosa Bruno De S. Tavares	(CO) Rafael A. Arantes (CO) Guilherme L. da Silva	Matheus G. D. Marta (CO) Guilherme L. da Silva	(CO) Leda N. Marsari (CO) Carla J. T. Barbosa	(CO) Rafael A. Arantes (CO) Guilherme L. da Silva
	SEG 20/11	TER 21/11	QUA 22/11	QUI 23/11	SEX 24/11	SÁB 25/11	DOM 26/11
37:00-09:00		(CO) Guilherme L. da Silva					
37:00-18:00	(CO) Leda N. Marsari						
37:00-19:00	Nathalia P. Malheiro	(CO) Samuel A. G. Encinas	Nathalia P. Malheiro Bruno De S. Tavares	(CO) Samuel A. G. Encinas (CO) Bruno De S. Tavares	Matheus G. D. Marta Bruno De S. Tavares	Samuel R. G. Tellez (CO) Bárbara L. M. Barbosa	Camila Goto Felipe L. Costa
9:00-19:00		Bruno De S. Tavares					
18:00-19:00	<Sem Responsável>						
19:00-07:00	(CO) Suhayla N. Dos Santos (CO) Guilherme L. da Silva	Deisy L. M. Humerez Samuel A. G. Encinas	(CO) Samuel R. G. Tellez (CO) Rafael A. Arantes	Deisy L. M. Humerez (CO) Samuel A. G. Encinas	Matheus G. D. Marta (CO) Rafael A. Arantes	(CO) Roberta P. Zancheta Felipe L. Costa	(CO) Bárbara L. M. Barbosa (CO) Rafael A. Arantes
	SEG 27/11	TER 28/11	QUA 29/11	QUI 30/11			
37:00-13:00			(CO) Guilherme L. da Silva				
37:00-19:00	(CO) Samuel R. G. Tellez Bruno De S. Tavares	(CO) Samuel A. G. Encinas Bruno De S. Tavares	Nathalia P. Malheiro	(CO) Samuel A. G. Encinas (CO) Bruno De S. Tavares			
13:00-19:00			(CO) Matheus G. D. Marta				
19:00-07:00	(CO) Suhayla N. Dos Santos Bruno De S. Tavares	Deisy L. M. Humerez Samuel A. G. Encinas	Bárbara L. M. Barbosa Bruno De S. Tavares	Deisy L. M. Humerez Bruno De S. Tavares			

FU: Furo | FJ: Falta Justificada | FN: Falta Não Justificada | CO: Cobertura | FR: Férias

Bárbara Luiza Martins Barbosa - 239776/SP

Setor	Tipo	Início	Fim
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	08/11/2023 19:00	09/11/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	10/11/2023 19:00	11/11/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	15/11/2023 19:00	16/11/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	25/11/2023 07:00	25/11/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	26/11/2023 19:00	27/11/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	29/11/2023 19:00	30/11/2023 07:00
		Total	6 plantões

Bruno De Souza Tavares - 223201/SP

Setor	Tipo	Início	Fim
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	02/11/2023 07:00	02/11/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	07/11/2023 07:00	07/11/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	08/11/2023 07:00	08/11/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	DIFERENCIADO	11/11/2023 07:00	11/11/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	13/11/2023 07:00	13/11/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	14/11/2023 07:00	14/11/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	15/11/2023 19:00	16/11/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	16/11/2023 07:00	16/11/2023 09:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	17/11/2023 07:00	17/11/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	21/11/2023 09:00	21/11/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	22/11/2023 07:00	22/11/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	23/11/2023 07:00	23/11/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	24/11/2023 07:00	24/11/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	27/11/2023 07:00	27/11/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	27/11/2023 19:00	28/11/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	28/11/2023 07:00	28/11/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	29/11/2023 19:00	30/11/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	30/11/2023 07:00	30/11/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	30/11/2023 19:00	01/12/2023 07:00
		Total	19 plantões

Camila Goto - 208504/SP

Setor	Tipo	Início	Fim
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	19/11/2023 07:00	19/11/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	26/11/2023 07:00	26/11/2023 19:00
		Total	2 plantões

Carla Jordana Trovo Barbosa - 43039/BA

Setor	Tipo	Início	Fim
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	11/11/2023 13:00	11/11/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	11/11/2023 19:00	12/11/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	12/11/2023 07:00	12/11/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	13/11/2023 19:00	14/11/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	18/11/2023 07:00	18/11/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	18/11/2023 19:00	19/11/2023 07:00
		Total	6 plantões

Deisy Lorena Molina Humerez - 149374/SP

Setor	Tipo	Início	Fim
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	02/11/2023 19:00	03/11/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	07/11/2023 19:00	08/11/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	14/11/2023 19:00	15/11/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	21/11/2023 19:00	22/11/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	23/11/2023 19:00	24/11/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	28/11/2023 19:00	29/11/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	30/11/2023 19:00	01/12/2023 07:00
		Total	7 plantões

Felipe Leles Costa - 241020/SP

Setor	Tipo	Início	Fim
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	12/11/2023 07:00	12/11/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	12/11/2023 19:00	13/11/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	25/11/2023 19:00	26/11/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	26/11/2023 07:00	26/11/2023 19:00
		Total	4 plantões

Guilherme Liberato da Silva - 247729/SP

Setor	Tipo	Início	Fim
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	01/11/2023 19:00	02/11/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	03/11/2023 19:00	04/11/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	PAGAMENTO A VISTA	05/11/2023 17:15	06/11/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	06/11/2023 19:00	07/11/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	09/11/2023 19:00	10/11/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	12/11/2023 19:00	13/11/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	16/11/2023 19:00	17/11/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	17/11/2023 07:00	17/11/2023 09:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	17/11/2023 19:00	18/11/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	19/11/2023 19:00	20/11/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	20/11/2023 19:00	21/11/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	21/11/2023 07:00	21/11/2023 09:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	29/11/2023 07:00	29/11/2023 13:00
		Total	13 plantões

Leda Netto Marsari - 190261/SP

Setor	Tipo	Início	Fim
Viradouro - UPA 24HRS	PAGAMENTO A VISTA	04/11/2023 07:00	04/11/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	PAGAMENTO A VISTA	04/11/2023 19:00	05/11/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	05/11/2023 07:00	05/11/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	06/11/2023 07:00	06/11/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	10/11/2023 07:00	10/11/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	18/11/2023 19:00	19/11/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	20/11/2023 07:00	20/11/2023 18:00
		Total	7 plantões

Louise Ramalho Garcez - 246569/SP

Setor	Tipo	Início	Fim
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	16/11/2023 09:00	16/11/2023 19:00
		Total	1 plantões

Matheus Guideroli Dela Marta - 197348/SP

Setor	Tipo	Início	Fim
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	01/11/2023 07:00	01/11/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	03/11/2023 07:00	03/11/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	03/11/2023 19:00	04/11/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	04/11/2023 19:00	05/11/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	09/11/2023 07:00	09/11/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	10/11/2023 07:00	10/11/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	15/11/2023 07:00	15/11/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	17/11/2023 09:00	17/11/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	17/11/2023 19:00	18/11/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	24/11/2023 07:00	24/11/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	24/11/2023 19:00	25/11/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	29/11/2023 13:00	29/11/2023 19:00
Total			12 plantões

Nathalia Pestana Malheiro - 228895/SP

Setor	Tipo	Início	Fim
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	01/11/2023 07:00	01/11/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	02/11/2023 07:00	02/11/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	06/11/2023 07:00	06/11/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	08/11/2023 07:00	08/11/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	13/11/2023 07:00	13/11/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	15/11/2023 07:00	15/11/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	20/11/2023 07:00	20/11/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	22/11/2023 07:00	22/11/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	29/11/2023 07:00	29/11/2023 19:00
Total			9 plantões

Primitivo Molina Garcia - 79490/SP

Setor	Tipo	Início	Fim
Viradouro - UPA 24HRS	PAGAMENTO A VISTA	05/11/2023 11:00	05/11/2023 16:00
Viradouro - UPA 24HRS	PAGAMENTO A VISTA	11/11/2023 19:00	12/11/2023 07:00
Total			2 plantões

Rafael Augusto Arantes - 246045/SP

Setor	Tipo	Início	Fim
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	06/11/2023 19:00	07/11/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	08/11/2023 19:00	09/11/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	10/11/2023 19:00	11/11/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	16/11/2023 19:00	17/11/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	19/11/2023 19:00	20/11/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	22/11/2023 19:00	23/11/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	24/11/2023 19:00	25/11/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	26/11/2023 19:00	27/11/2023 07:00
Total			8 plantões

Rafael Severio Mazza - 235156/SP

Setor	Tipo	Início	Fim
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	04/11/2023 13:00	04/11/2023 19:00



Viradouro - UPA 24HRS	Normal	05/11/2023 19:00	06/11/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	13/11/2023 19:00	14/11/2023 07:00
Total			3 plantões

Roberta Panzarini Zancheta - 226869/SP

Setor	Tipo	Início	Fim
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	01/11/2023 19:00	02/11/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	03/11/2023 13:00	03/11/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	25/11/2023 19:00	26/11/2023 07:00
Total			3 plantões

Samuel Alvaro Gaspar Encinas - 149406/SP

Setor	Tipo	Início	Fim
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	02/11/2023 19:00	03/11/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	07/11/2023 07:00	07/11/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	07/11/2023 19:00	08/11/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	09/11/2023 07:00	09/11/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	09/11/2023 19:00	10/11/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	14/11/2023 07:00	14/11/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	14/11/2023 19:00	15/11/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	16/11/2023 07:00	16/11/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	21/11/2023 07:00	21/11/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	21/11/2023 19:00	22/11/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	23/11/2023 07:00	23/11/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	23/11/2023 19:00	24/11/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	28/11/2023 07:00	28/11/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	28/11/2023 19:00	29/11/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	30/11/2023 07:00	30/11/2023 19:00
Total			15 plantões

Samuel Ricardo Gaspar Tellez - 103878/SP

Setor	Tipo	Início	Fim
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	18/11/2023 07:00	18/11/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	19/11/2023 07:00	19/11/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	22/11/2023 19:00	23/11/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	25/11/2023 07:00	25/11/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	27/11/2023 07:00	27/11/2023 19:00
Total			5 plantões

Suhayla Nassbine Dos Santos - 169388/SP


Setor	Tipo	Início	Fim
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	03/11/2023 07:00	03/11/2023 13:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	20/11/2023 19:00	21/11/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	27/11/2023 19:00	28/11/2023 07:00
Total			3 plantões

Vanessa Olivari Nassbine - 107459/SP

Setor	Tipo	Início	Fim
Viradouro - UPA 24HRS	Normal	04/11/2023 07:00	04/11/2023 13:00
Total			1 plantões



Valor que compõe a Nota Fiscal:

		RESUMO - HORAS EXECUTADAS		
COMPETÊNCIA:		nov/23		
SETOR	TURNO	QTDE DE HORAS	VALOR DA HORA	VALOR DA NF
CLINICO	DIURNO	707,75	R\$ 130,00	R\$ 92.007,50
CLINICO	NOTURNO	720	R\$ 130,00	R\$ 93.600,00
DIRETOR TECNICO RT			R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00
VALOR TOTAL		1427,75		R\$ 190.607,50

Em anexo, encaminhamos também as folhas de ponto devidamente assinadas pelos profissionais que executaram o serviço.

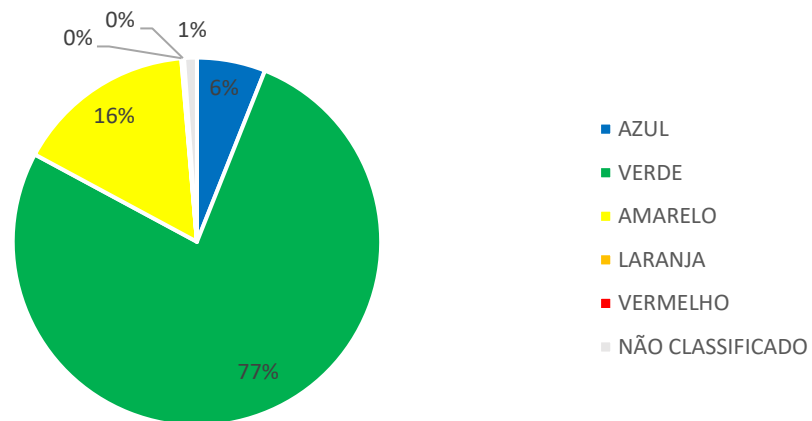
Sem mais para o momento, colocamo-nos à disposição para maiores esclarecimentos.

Ribeirão Preto, 04 de dezembro 2023.

FELIPE DE PROSPERO BELO
AMUE – ATENDIMENTOS MEDICOS DE URGENCIAS E EMERGENCIAS S.A
CNPJ: 27.996.683/0001-35

CLASSIFICAÇÕES DE RISCO PRONTO SOCORRO VIRADOURO - 11.2023

RISCO	QUANTIDADE SIS	QUANTIDADE FAs FORA DO SIS	TOTAL QUANTIDADES	ESTATÍSTICA POR CLASSIFICAÇÃO
AZUL	221	0	221	6,02%
VERDE	2820	3	2823	76,84%
AMARELO	579	1	580	15,79%
LARANJA	2	0	2	0,05%
VERMELHO	7	0	7	0,19%
NÃO CLASSIFICADO	41	0	41	1,12%
TOTAL ATENDIMENTOS			3674	100%

ESTATÍSTICA POR CLASSIFICAÇÕES DE RISCO


ASSOCIAÇÃO
**Mahatma
Gandhi**



SAÚDE É ASSIM QUE SE FAZ !

Viradouro/SP 30 DE NOVEMBO 2023.

Jonatan Cesar Neves da Fonseca
Socorrista Supervisor

Silvana Neves de Simone
Enfermeira RT
COREN-SP-569733-ENF

JONATAN CESAR N. DA FONSECA
SOCORRISTA SUPERVISOR

Silvana Neves de Simone
RT Enfermagem



Viradouro/SP 30 DE NOVEMBO 2023.

Maria Carolina Favareto Buzon
Gestora Administrativa

Silvana Neves de Simone
RT Enfermagem

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO ICC			
	Código: 01	Versão: 12/2023	Página:1	



Objetivo: prestar atendimento inicial ao paciente com ICC descompensado até a efetivação de sua regulação para o serviço de referência.

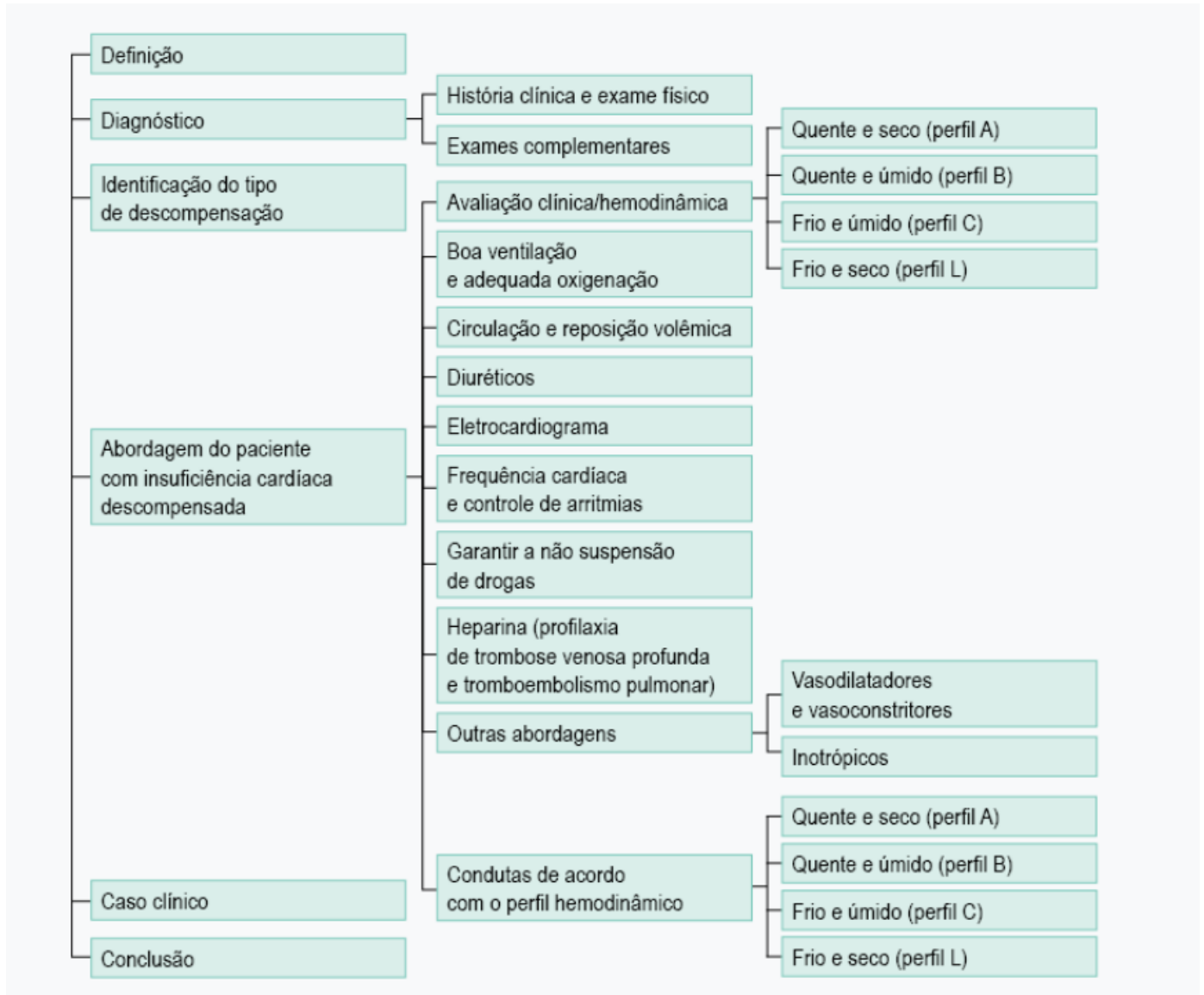
1. CLASSIFICAÇÃO DE NYHA.


Classe funcional	Definição	Descrição geral	Mortalidade
I	Paciente com doença cardíaca, mas sem limitação para atividades habituais	Assintomático	5%
II	Sintomas com atividades habituais e limitação leve	Dispneia aos moderados esforços	10%
III	Sintomas com atividades menos intensas que habituais e limitação importante	Dispneia aos pequenos esforços	30%
IV	Sintomas com qualquer atividade e ao repouso	Dispneia em repouso	50-60%

Classificação pela gravidade dos sintomas, segundo New York Heart Association (NYHA)

2. ESQUEMA DE CONDUÇÃO DO CASO DE ICC.

 <p>ASSOCIAÇÃO Mahatma Gandhi SAÚDE É ASSIM QUE SE FAZ!</p>	MANUAL DE TRABALHO			 <p>MUNICÍPIO DE VIRADOURO ESTADO DE SÃO PAULO</p>
	PROTOCOLO CLÍNICO ICC			
	Código: 01	Versão: 12/2023	Página:2	



 <p>ASSOCIAÇÃO Mahatma Gandhi SAÚDE É ASSIM QUE SE FAZ!</p>	MANUAL DE TRABALHO			 <p>MUNICÍPIO DE VIRADOURO ESTADO DE SÃO PAULO</p>
	PROTOCOLO CLÍNICO ICC			
	Código: 01	Versão: 12/2023	Página:3	

3. CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE PARA REFERÊNCIA:

I –NEED-HELP

Quando encaminhar para um centro especializado de IC?

I: IV inotrópicos / Intolerância à terapia otimizada

N: NYHA III/IV

E: Edema persistente, refratário a doses altas de diuréticos

E: Ejeção (fração - FE) $\leq 20\%$

D: Desfibrilador (choque apropriado recorrente)

H: Hospitalizações e visitas à emergência recorrente (12m)

E: Elevação persistente de peptídeos natriuréticos (BNP)

L: Lesão de órgão-alvo

P: PAS persistente $< 90\text{mmHg}$



SEMPRE OBSERVAR: Critérios de Internação:

*** Imediata:**

- EAP ou desconforto na posição sentada.
- Sat O₂ $< 90\%$ - FC > 120 bpm (na ausência de FA).
- PAS < 75 mm de Hg - Alteração do NC devido a hipoperfusão - Presença de SCA associada.

*** Urgência:**

- Hepatomegalia grave, ascite e anasarca.
- Comorbidades descompensadas (DPOC/ Pneumonia, etc).
- Sintomas de rápida progressão * Considerar: 1 / 7 Emergências Clínicas.
- Insuficiência Cardíaca Agudamente Descompensada na Sala de Urgência Sistema de Protocolos.
- Queda rápida do Na⁺ < 130 mEq/l.

 <p>ASSOCIAÇÃO Mahatma Gandhi SAÚDE É ASSIM QUE SE FAZ!</p>	MANUAL DE TRABALHO			 <p>MUNICÍPIO DE VIRADOURO ESTADO DE SÃO PAULO</p>
	PROTOCOLO CLÍNICO ICC			
	Código: 01	Versão: 12/2023	Página:4	

- Elevação rápida da CR - Sintomas persistentes em repouso, apesar de tratamento oral otimizado.

ICC DESCOMPENSADA

INICIAR AS MEDIDAS INICIAIS DE ESTABILIZAÇÃO E COLOCAR NO SISTEMA DE REGULAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA PARA REFERÊNCIA

▪ DEFINIÇÃO

Insuficiência cardíaca descompensada (ICD) é uma síndrome clínica de rápida instalação, com sinais e sintomas associados à função cardíaca alterada, que pode estar relacionada à disfunção sistólica ou diastólica, anormalidades do ritmo cardíaco ou alterações da pré e pós-carga. Na maioria das vezes, é associada com risco de morte iminente e necessita do estabelecimento de tratamento urgente.

▪ DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de IC baseia-se na história clínica, exame físico e exames complementares.

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

A IC é diagnosticada clinicamente com a avaliação cuidadosa dos sinais e sintomas. Os achados clínicos mais frequentes observados na ICD são:

- a diminuição da tolerância aos esforços, a qual se manifesta clinicamente por dispneia e fadiga;
- a retenção hídrica, resultando em estertores pulmonares, elevação da pressão venosa jugular e edema periférico.
- desvio da ponta do coração para esquerda,
- ritmo de galope,
- distensão venosa jugular e a presença de refluxo hepatojugular.

PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL

ICC

PRONTO SOCORRO MUNICIPAL GIOVANI CUSINATO – VIRADOURO/SP

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO ICC			
	Código: 01	Versão: 12/2023	Página:5	

EXAMES COMPLEMENTARES

A avaliação laboratorial na ICD tem por finalidade estabelecer o diagnóstico, estratificar a gravidade e identificar a presença de outras condições clínicas associadas, tais como: isquemia miocárdica, anemia, insuficiência renal, síndrome nefrótica, diabetes mellitus, tireotoxicose e hipotireoidismo.



Dentre os exames complementares iniciais na avaliação do paciente com dispneia e suspeita de ICD, a radiografia de tórax e o eletrocardiograma (ECG) assumem grande importância. O ECG e a radiografia de tórax normal tornam o diagnóstico de ICD pouco provável. Por outro lado, a IC é fortemente sugerida na presença de cardiomegalia ou congestão vascular pulmonar ao raio X de tórax e na presença de ondas Q na parede anterior ou bloqueios de ramo esquerdo ao ECG.

Recentemente, o desenvolvimento de testes para detecção do peptídeo natriurético do tipo B (BNP e NT-ProBNP) tem auxiliado no diagnóstico da IC. Eles possuem bom valor preditivo negativo para excluir o diagnóstico de IC. Um BNP < 100pg/mL ou NT-ProBNP < 300pg/dL têm sido sugeridos como critérios de exclusão para IC em pacientes com dispneia aguda. Um valor acima de 400pg/mL torna o diagnóstico de IC provável.

Outras condições (síndrome isquêmica aguda, insuficiência renal, fibrilação atrial, doença pulmonar obstrutiva crônica [DPOC], embolia pulmonar, idosos) podem cursar com BNP dentro da “zona cinzenta”, onde o exame é menos acurado. Importante lembrar que o BNP sofre influência da função renal. Em pacientes com clearance < 60mL/min, esses cortes deveriam ser mais altos. Além disso, fornecem informações relevantes em relação ao prognóstico e permitem potencialmente a monitorização do tratamento da ICD.

▪ IDENTIFICAÇÃO DO TIPO DE DESCOMPENSAÇÃO

A identificação da causa de descompensação da IC é fundamental na avaliação clínica e planejamento terapêutico do paciente, pois esse pode ser potencialmente reversível.

 <p>ASSOCIAÇÃO Mahatma Gandhi SAÚDE É ASSIM QUE SE FAZ!</p>	MANUAL DE TRABALHO			 <p>MUNICÍPIO DE VIRADOURO ESTADO DE SÃO PAULO</p>
	PROTOCOLO CLÍNICO ICC			
	Código: 01	Versão: 12/2023	Página:6	

A principal causa de ICA é a síndrome coronariana aguda (SCA), seguida de arritmias cardíacas, sendo a fibrilação atrial a principal. Porém, outras causas para descompensação devem ser pesquisadas em casos de ausência de SCA e arritmias, tais como infecções e doenças da tireoide.

▪ **ABORDAGEM DO PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA**

Para o bom atendimento do paciente com ICD, o médico deve ser capaz de, na abordagem inicial, realizar o diagnóstico e definir sua terapêutica imediatamente.⁹ Medidas de proteção ao paciente com ICD, que incluem oxigenioterapia, acesso venoso e monitorização (eletrocardiográfica, pressórica, respiratória), podem ser instituídas para estes pacientes.

Procurando sistematizar a abordagem, uma sequência mnemônica das condutas a serem observadas na avaliação do paciente, conforme preconizado pelo Suporte Avançado de Vida em Insuficiência Cardíaca (SAVIC), é apresentada no Quadro 1.

Quadro 1

ABORDAGEM NO SUPORTE AVANÇADO DE VIDA EM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA	
Item	Descrição
A	Avaliação clínica/hemodinâmica
B	Boa ventilação-respiração
C	Circulação com reposição volêmica – perfis L (principalmente) e C
D	Diuréticos (principalmente perfil B)

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO ICC			
	Código: 01	Versão: 12/2023	Página:7	

E	ECG (avaliar bloqueios, isquemias e arritmias)
F	Frequência cardíaca seguida de tratamento de bradi/taquiarritmias
G	Garantir a não-suspensão rotineira de medicamentos
H	Heparina (profilaxia de trombose venosa profunda e tromboembolismo pulmonar)



Fonte: Gonzalez e colaboradores (2013).9

A) AVALIAÇÃO CLÍNICA/HEMODINÂMICA

A IC pode ser classificada de diferentes formas. Ainda não existe uma classificação consensual, e há vantagens e desvantagens entre as existentes. As classificações têm como objetivo estabelecer o tratamento mais adequado de acordo com o quadro clínico específico de cada paciente no momento do diagnóstico.

Para orientação prática do tratamento adotaremos a classificação clínica/hemodinâmica, que é a mais atual e é a classificação que procura melhor descrever os aspectos clínicos da gravidade do paciente desde o momento de chegada à sala de emergência, podendo ser utilizada na terapia intensiva e em outros locais do hospital. Ela permite definir melhor o correto tratamento do paciente, tendo já sido validada em serviços de IC.¹⁰

Na classificação clínica/hemodinâmica, as diferentes formas de apresentação são facilmente caracterizadas através da abordagem clínica direta, por meio da observação da perfusão periférica do paciente e de seu grau de congestão pulmonar por meio da ausculta pulmonar e estase jugular. Ela permite fácil aplicação em todos os setores hospitalares e até mesmo fora do ambiente hospitalar. Além disso, fornece melhor avaliação diagnóstica e tratamento para os pacientes e seu prognóstico.

 <p>ASSOCIAÇÃO Mahatma Gandhi SAÚDE É ASSIM QUE SE FAZ!</p>	MANUAL DE TRABALHO			 <p>MUNICÍPIO DE VIRADOURO ESTADO DE SÃO PAULO</p>
	PROTOCOLO CLÍNICO ICC			
	Código: 01	Versão: 12/2023	Página:8	

A correta avaliação clínica do grau de congestão e da perfusão do paciente definirá se o paciente encontra-se no perfil A, B, C, ou L (Quadro 2). A classificação do paciente em um dos 4 perfis clínico/hemodinâmicos é realizada através da interpretação de sinais e dos sintomas característicos de congestão e baixo débito.

Quadro 2



SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA EM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA			
		Sinais e sintomas de congestão	
		Não	Sim
Baixa perfusão no repouso	Não	A (quente e seco)	B (quente e úmido)
	Sim	L – baixo perfil (frio e seco)	C – complexo (frio e úmido)

Fonte: Gonzalez e colaboradores (2013).⁹

O Quadro 3 apresenta os principais sinais e sintomas indicativos de hipoperfusão e congestão na ICD.

Quadro 3

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS INDICATIVOS DE HIPOPERFUSÃO E CONGESTÃO NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA	
Hipoperfusão	Congestão

 <p>ASSOCIAÇÃO Mahatma Gandhi SAÚDE É ASSIM QUE SE FAZ!</p>	MANUAL DE TRABALHO			 <p>MUNICÍPIO DE VIRADOURO ESTADO DE SÃO PAULO</p>
	PROTOCOLO CLÍNICO ICC			
	Código: 01	Versão: 12/2023	Página:9	

Pressão de pulso reduzida Sonolência/obnubilação Baixo nível de sódio Extremidades frias Hipotensão com inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA) Disfunção renal	Ortopneia Dispneia paroxística noturna Edema Estertores Distensão de veia jugular Onda larga de Valsalva
---	---

Fonte: Gonzalez e colaboradores (2013).9


Quente e seco (perfil A)

Quente e seco (perfil A) é o perfil clínico/hemodinâmico alvo para os pacientes com IC, em que não temos sinais de congestão e nem de má perfusão tecidual.

Quente e úmido (perfil B)

O perfil clínico/hemodinâmico quente e úmido (perfil B) é a mais comum das apresentações, ocorrendo entre 50 a 70% dos casos que chegam à sala de emergência ou à unidade de terapia intensiva (UTI). Caracteriza-se pela presença de elevadas pressões de enchimento ventricular. Clinicamente manifestado pela presença de estase jugular, ortopneia, dispneia de decúbito, hepatomegalia, edema de membros inferiores, entre outros sinais de congestão. Nesse grupo de pacientes, a perfusão tecidual deve estar adequada, portanto, esses pacientes devem estar com nível de consciência adequado, pulsos cheios, extremidades quentes e ausência de sinais de baixo fluxo.

Os objetivos terapêuticos no perfil B são obter uma pressão venosa jugular normal, a resolução da ortopneia e do edema periférico e a manutenção da PAS acima de, pelo menos, 80mmHg, ou os sinais de perfusão periférica adequados com manutenção da função renal. Os diuréticos são medicações de primeira linha no

 <p>ASSOCIAÇÃO Mahatma Gandhi SAÚDE É ASSIM QUE SE FAZ!</p>	MANUAL DE TRABALHO			 <p>MUNICÍPIO DE VIRADOURO ESTADO DE SÃO PAULO</p>
	PROTOCOLO CLÍNICO ICC			
	Código: 01	Versão: 12/2023	Página:10	

tratamento desse perfil clínico/hemodinâmico quente e úmido (perfil B), pela melhora da congestão pulmonar. No perfil B, os vasodilatadores são fundamentais na redução da congestão e na demanda miocárdica de oxigênio, ao promoverem redução na pré-carga e pós-carga.

Frio e úmido (perfil C)

Os pacientes que apresentam o perfil clínico/hemodinâmico frio e úmido (perfil C) representam cerca de 20% dos pacientes descompensados, sendo o grupo de maior mortalidade. Assim, o perfil C caracteriza-se tanto pela presença de elevadas pressões de enchimento ventricular quanto pelo baixo índice cardíaco.

No quadro clínico do perfil C, portanto, o paciente apresenta sintomas de congestão com dispneia, ortopneia, dispneia paroxística noturna, aumento do volume abdominal e inchaço em membros inferiores, e sinais também de congestão, associados a sintomas e sinais de baixo débito, como também descritos anteriormente (nível de consciência inadequado, pulsos finos, pulso alternante, temperatura fria de antebraço de pernas, relação entre a pressão de pulso [sistólica-diastólica] e a pressão menor que 25%, sugerindo $IC < 2,2L/min/m^2$, diminuição da diurese, pressão arterial diminuída).

Conquanto a pressão arterial (PA) seja um dos mais importantes sinais de baixo débito, ela é um dos componentes da síndrome. PAS menor do que 90mmHg não necessariamente precisa estar presente para caracterização de baixo débito. No perfil clínico/hemodinâmico frio e úmido (perfil C), há congestão evidente e, portanto, hipervolemia. Segue-se para a etapa seguinte de redução da pré-carga com uso de diuréticos. Caso não haja melhora, deve-se passar à prescrição de medicações para melhora do baixo débito. No perfil C, quando a PAS se encontra em níveis iguais ou acima de 90mmHg, e os sinais de perfusão estão melhores, a escolha de drogas inotrópicas e vasodilatadoras é a melhor opção. Quando os níveis de pressão sistólica estão abaixo de 90mmHg e a perfusão está diminuída, apesar da tentativa de melhora da pré-carga com diuréticos, as drogas inotrópicas e vasoconstritoras são a opção ideal.

Portanto, nos pacientes de perfil C em que a pressão sistólica encontra-se, em média, igual ou acima de 90mmHg, mas ainda sem melhora evidente, a melhor opção é administrar drogas como levosimendana, na

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO ICC			
	Código: 01	Versão: 12/2023	Página:11	

dose de 0,1mcg/kg/min (pode ser diminuída para 0,05 ou aumentada para 0,2mcg/kg/min) ou milrinona na dose de 0,375 a 0,750mcg/kg/min, principalmente naqueles pacientes em uso de betabloqueadores, por sua ausência de ação direta nos receptores beta-1, ou dobutamina, na dose 2-20mcg/kg/min, por possuírem efeito inotrópico e vasodilatador.

Outra opção para esses pacientes, que ainda permanecem com a pressão sistólica igual ou maior do que 90mmHg, é a utilização de vasodilatadores para melhora da pós-carga, sejam eles de forma oral, na qual são permitidos uma titulação e controle ideal, como os IECAs, bloqueadores dos receptores da angiotensina (BRAs), hidralazina e nitrato, ou endovenosos (nitroglicerina, nitroprussiato e nesiritida), que devem ser acompanhados, na maioria das vezes, de uma monitorização contínua cuidadosa para controles adequados da resistência vascular periférica e pressão capilar pulmonar.

Frio e seco (perfil L)

Entre os pacientes admitidos em serviços médicos por quadro de descompensação aguda da IC, o perfil frio e seco (perfil L), está presente em cerca de 5% das apresentações, contra cerca de 20% dos pacientes com perfil frio e úmido (perfil C) e cerca de 70% com perfil quente e úmido (perfil B).

O perfil L é muitas vezes decorrente da própria terapia da IC como, por exemplo, a hipovolemia causada por diuréticos. O “C” da circulação é o aspecto mais importante no perfil L. Observando o Quadro 3, já apresentado, podemos notar que os pacientes incluídos nesse perfil são aqueles com baixo débito cardíaco e sem evidências clínicas de uma pressão de enchimento elevada.

Comumente, esse subgrupo é constituído de pacientes estáveis e pouco sintomáticos. Esses pacientes se apresentam com quadro de congestão desprezível. Nessa fase, um teste de volume controlado por meio de avaliações clínicas, a fim de se melhorar a volemia, pode ser útil com 250mL ou mais de soro fisiológico.

B) BOA VENTILAÇÃO E ADEQUADA OXIGENAÇÃO

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO ICC			
	Código: 01	Versão: 12/2023	Página:12	



Dispositivos não invasivos devem ser utilizados para aumentar o aporte de oxigênio para os tecidos. Existem diversos dispositivos para manejo do aporte de oxigênio de acordo com a necessidade individual.

Inicialmente, dividem-se os dispositivos de baixo e alto fluxo (Quadro 4). O cateter e máscara sem reservatório são dispositivos de baixo fluxo. O primeiro consegue ofertar, no máximo, 44% de fração inspirada de oxigênio (FiO₂) com fluxo de 6L/min, e a máscara até 60% de FiO₂ com fluxo de 6-10L/min. A máscara de Venturi e a máscara com reservatório de O₂ fornecem até 50 e 100% de FiO₂, respectivamente.

Quadro 4

OXIGENOTERAPIA E SUPORTE RESPIRATÓRIO MECÂNICO			
Classe de recomendação	de	Indicação	Nível de evidência
Classe I		O ₂ suplementar aos pacientes com desconforto respiratório (visando SO ₂ > 95%, ou > 90% para pneumopatias com hipercapnia)	C
Classe II		Suporte respiratório mecânico não invasivo (CPAP ou BiPAP) para pacientes com edema agudo de pulmão sem hipotensão ou na persistência de desconforto respiratório a despeito do uso de outras formas não invasivas de ventilação	B
Classe III		Suporte respiratório mecânico invasivo para pacientes sintomáticos e/ou hipoxêmicos a despeito de suporte não invasivo ou que apresentam contraindicação a suporte não invasivo	C

Fonte: Gonzalez e colaboradores (2013).

 <p>ASSOCIAÇÃO Mahatma Gandhi SAÚDE É ASSIM QUE SE FAZ!</p>	MANUAL DE TRABALHO			 <p>MUNICÍPIO DE VIRADOURO ESTADO DE SÃO PAULO</p>
	PROTOCOLO CLÍNICO ICC			
	Código: 01	Versão: 12/2023	Página:13	

Quando a oferta de O₂, o aporte ventilatório ou a necessidade de proteção de vias aéreas não forem adequados pelos dispositivos apresentados deve ser considerada a ventilação mecânica, opção esta que não deve ser postergada na vigência do quadro agudo. Podem ser consideradas, se possível, a ventilação mecânica não invasiva (VMNI) e, ainda, a ventilação mecânica invasiva (VMI).



C) CIRCULAÇÃO E REPOSIÇÃO VOLÊMICA

Deve ser considerada a prova de volume de forma cuidadosa e monitorada nos casos em que não há evidências de congestão pulmonar ou sistêmica. O volume aumenta a pré-carga e melhora a força contrátil e o volume sistólico.

Os pacientes com perfil hemodinâmico C (frio e seco) ou A (quente e seco) têm maior benefício da reposição volêmica. Quando da decorrência de dúvida no grau de perfusão do paciente, ou pela real baixa perfusão, a infusão de 250mL de soro fisiológico 0,9% se faz necessária, seguida de uma reavaliação hemodinâmica da resposta ao fluido. O Quadro 5 apresenta a recomendação para reposição volêmica na ICD.

Quadro 5

RECOMENDAÇÕES PARA REPOSIÇÃO VOLÊMICA NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA			
Classe	de	Indicação	Nível de evidência
recomendação			
Classe I		Reposição volêmica nos pacientes com comprovação de hipovolemia	C

 <p>ASSOCIAÇÃO Mahatma Gandhi SAÚDE É ASSIM QUE SE FAZ!</p>	MANUAL DE TRABALHO			 <p>MUNICÍPIO DE VIRADOURO ESTADO DE SÃO PAULO</p>
	PROTOCOLO CLÍNICO ICC			
	Código: 01	Versão: 12/2023	Página:14	

Classe I	Valores baixos de pressão venosa central (PVC) ou pressão de oclusão da artéria pulmonar (POAP) associados a hipofluxo tecidual indicam infusão hídrica imediata	C
Classe IIa	Uso de medidas dinâmicas para avaliação de responsividade cardiovascular e volume	C
Classe IIa	Prova de volume com infusão rápida de 250mL de cristalóide na suspeita de hipovolemia	C
Classe IIb	Avaliação do débito cardíaco para orientação da reposição volêmica está indicada quando há suspeita de sobrecarga volêmica e/ou manutenção da hipoperfusão após ressuscitação inicial	C
Classe III	Utilização de valores médios da PVC para guiar a ressuscitação volêmica	B



Fonte: Gonzalez e colaboradores (2013).⁹

D) DIURÉTICOS

Todas as classes de diuréticos podem ser empregadas no manejo inicial da ICD. Os diuréticos de alça (furosemida) são os medicamentos de primeira escolha, em decorrência do seu efeito venodilatador, que já tem início nos primeiros minutos da administração endovenosa. Já tem uso consagrado, sem trabalhos que demonstrem redução na mortalidade, com grandes efeitos na hipervolemia e congestão.¹³

A Tabela 1 apresenta a dose inicial e a dose máxima de diuréticos na ICD.

Tabela 1

 <p>ASSOCIAÇÃO Mahatma Gandhi SAÚDE É ASSIM QUE SE FAZ!</p>	MANUAL DE TRABALHO			 <p>MUNICÍPIO DE VIRADOURO ESTADO DE SÃO PAULO</p>
	PROTOCOLO CLÍNICO ICC			
	Código: 01	Versão: 12/2023	Página:15	

DIURÉTICOS: DOSE INICIAL E DOSE MÁXIMA NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA



Diuréticos		Dose inicial*	Dose máxima*
Diuréticos de alça	Furosemida	20	240
	Bumetanida	0,5-2,0	10
Tiazídicos	Hidroclorotiazida	25	100
	Clortalidona	12,5	50
	Indapamida	2,5	5
Diuréticos poupadores de potássio	Espironolactona	25	50
	Amilorida	2,5	20
	Triantereno	25	100

**Em miligramas.*

Fonte: Gonzalez e colaboradores (2013).9

ELETROCARDIOGRAMA

A obtenção de ECG de 12 derivações, para diagnóstico de infarto agudo do miocárdio (IAM) ou quadro de isquemia aguda, se faz necessária na fase aguda da doença. O ECG na fase inicial é, também, de utilidade

 <p>ASSOCIAÇÃO Mahatma Gandhi SAÚDE É ASSIM QUE SE FAZ!</p>	MANUAL DE TRABALHO			 <p>MUNICÍPIO DE VIRADOURO ESTADO DE SÃO PAULO</p>
	PROTOCOLO CLÍNICO ICC			
	Código: 01	Versão: 12/2023	Página:16	

para o diagnóstico das arritmias e bloqueios avançados ainda não diagnosticados pela monitorização; deverá ser realizado nos primeiros minutos da chegada do paciente à sala de emergência.

F) FREQUÊNCIA CARDÍACA E CONTROLE DE ARRITMIAS

Taquiarritmias ou bradiarritmias, que reduzem o débito cardíaco, devem ser corrigidas. O flutter e fibrilação atrial (FA) aguda são importantes causas de descompensação nos pacientes com IC; esses pacientes têm risco de arritmias até 3,5 vezes maior do que pacientes sem IC.¹⁴

A incidência de arritmias ventriculares na IC é alta, e esses pacientes são um grupo de alto risco para morte súbita.^{2,15} Os distúrbios metabólicos devem ser investigados e corrigidos no paciente com arritmia. Drogas antiarrítmicas com propriedades inotrópicas negativas ou vasodilatadoras devem ser evitadas ou utilizadas com cautela.

G) GARANTIR A NÃO SUSPENSÃO DE DROGAS

Aspecto importante a ser considerado é a não suspensão dos betabloqueadores nos pacientes com IC que fazem uso deles, devendo a dose ser ajustada, e a suspensão somente ser realizada em casos de instabilidade hemodinâmica grave, bloqueios atrioventriculares avançados ou efeito colateral comprovadamente relacionado ao medicamento. Há várias evidências indicando que a suspensão dos betabloqueadores pode promover aumento da mortalidade; assim, deve-se evitar a suspensão sistemática dos betabloqueadores.

O Quadro 6 apresenta a recomendação do uso de betabloqueadores na ICD.

Quadro 6

**RECOMENDAÇÃO DO USO DE BETABLOQUEADORES NA INSUFICIÊNCIA
CARDÍACA DESCOMPENSADA**

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO ICC			
	Código: 01	Versão: 12/2023	Página:17	

Classe de recomendação	Indicação	Nível de evidência
Classe I	Iniciar betabloqueadores, sempre que possível, naqueles pacientes que não estavam em uso prévio, após compensação clínica/melhora da congestão pulmonar e sistêmica, ainda durante internação	A
Classe I	Manter a dose de betabloqueador em paciente que já esteja em uso crônico e que, sob nova descompensação, apresenta-se sem sinais de baixo débito	C
Classe I	Suspender o betabloqueador naqueles pacientes que já estejam em uso crônico e apresentam choque cardiogênico	C
Classe I	Após estabilização do quadro, manter betabloqueador com redução de 50% da dose naqueles pacientes que estavam em uso crônico e apresentavam sinais de baixo débito	C
Classe III	Iniciar betabloqueador precocemente naqueles pacientes que não estejam em uso prévio e apresentam choque cardiogênico, instabilidade hemodinâmica grave ou na persistência de congestão, apesar do tratamento clássico	B

Fonte: Gonzalez e colaboradores (2013).9

H) HEPARINA (PROFILAXIA DE TROMBOSE VENOSA PROFUNDA E TROMBOEMBOLISMO PULMONAR)

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO ICC			
	Código: 01	Versão: 12/2023	Página:18	

Trombose venosa profunda (TVP) e tromboembolismo pulmonar (TEP) contribuem significativamente para aumentar a morbimortalidade de pacientes com ICD de qualquer perfil. A ICD isoladamente já é considerada um fator de alto risco para TVP e TEP, com risco de evento que pode chegar a 15% em pacientes internados.¹⁶ O quadro de ICD associado a outros fatores que podem existir nesses pacientes, como broncopneumonia, obesidade, uso de cateteres venosos centrais, idade avançada, necessidade de ventilação invasiva e imobilização, pode aumentar ainda mais o risco.

A maioria dos estudos de profilaxia de TEP/TVP, em pacientes clínicos com ICD, utilizou as chamadas doses profiláticas altas de heparina, ou seja, heparina não fracionada (HNF) 5.000UI subcutânea (SC) 3 vezes ao dia, ou heparina de baixo peso molecular (HBPM) SC 1 vez ao dia – enoxaparina 40mg, dalteparina 5.000UI e nadroparina 3.800UI ou 5.700UI, respectivamente, para peso menor ou maior do que 70kg.

Contraindicações para profilaxia de TEP/TVP devem ser consideradas: sangramento interno ativo; hipotensão arterial não controlada > 180 x 110mmHg; hipersensibilidade da heparina; plaquetopenia induzida por heparina; insuficiência renal (clearance < 30mL/min); cirurgia intracraniana ou ocular recente; coleta de liquor nas últimas 24 horas. O uso de compressão pneumática intermitente deve ser discutido nesses casos.

OUTRAS ABORDAGENS

Uma vez avaliado o paciente e tomadas as medidas de suporte, é importante que estejamos conscientes da seleção clínica em que melhor se encaixa o paciente avaliado para a classificação do perfil clínico/hemodinâmico (Figura 1, apresentada a seguir). Logo após, é fundamental o seguimento da abordagem específica de cada perfil clínico/hemodinâmico, segundo as drogas vasoativas que são, muitas vezes, necessárias.

Vasodilatadores e vasoconstritores

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO ICC			
	Código: 01	Versão: 12/2023	Página:19	

Os nitratos constituem uma classe de medicamentos de grande utilidade na fase aguda da ICD, bem como na fase crônica, empregados em associação aos vasodilatadores diretos, especialmente em pacientes intolerantes aos IECAs.



O dinitrato de isossorbida é usado em casos ICD aguda, principalmente de etiologia hipertensiva e/ou isquêmica, tem pico de ação em 3 a 5 minutos, promove diminuição da pré-carga, vasodilatação coronariana e da artéria pulmonar.

A nitroglicerina pode também ser utilizada na sua forma EV, sob infusão contínua, com intuito de melhorar o desempenho miocárdico.¹⁸ Ela promove redução da pré e da pós-carga, bem como das pressões de enchimento ventricular esquerdo, melhora a perfusão das áreas isquêmicas devido à vasodilatação coronariana.

O nitroprussiato de sódio pode também ser empregado no controle da fase aguda de pacientes com ICD. Seu efeito é dado pela conversão em óxido nítrico e óxido de cianeto, tornando-se um potente vasodilatador, principalmente arterial, capaz de reduzir rapidamente a pós-carga, de forma titulável, permitindo-se atingir o efeito hemodinâmico desejado. O Quadro 7 apresenta a indicação de vasodilatadores endovenosos na ICD.

Quadro 7

INDICAÇÃO DE VASODILATADORES ENDOVENOSOS NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA			
Classe de recomendação	de	Indicação	Nível de evidência
Classe I		Nitroglicerina para tratamento da insuficiência cardíaca descompensada em pacientes sem hipotensão	B

 <p>ASSOCIAÇÃO Mahatma Gandhi SAÚDE É ASSIM QUE SE FAZ!</p>	MANUAL DE TRABALHO			 <p>MUNICÍPIO DE VIRADOURO ESTADO DE SÃO PAULO</p>
	PROTOCOLO CLÍNICO ICC			
	Código: 01	Versão: 12/2023	Página:20	

Classe I	Nitroprussiato para tratamento da insuficiência cardíaca descompensada associada à emergência hipertensiva sem evidência de isquemia miocárdica aguda	B
Classe I	Nitroprussiato em pacientes em uso de monitorização hemodinâmica invasiva e resistência vascular periférica aumentada, associada ou não a inotrópicos	B

Fonte: Gonzalez e colaboradores (2013).9

Para atingir estabilização hemodinâmica naqueles pacientes que evoluem sem cabeça de pressão, com hipotensão importante, principalmente no perfil C (frio e úmido) e L (frio e seco), a epinefrina e, especialmente, a norepinefrina têm papel fundamental na tentativa de uma rápida elevação na PA. A associação de norepinefrina e dobutamina é bastante eficaz nesses pacientes. A Tabela 2 apresenta a dose de vasodilatadores endovenosos da ICD.

Tabela 2

DOSES DE VASODILATADORES ENDOVENENOSOS DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA		
Vasodilatadores	Dose inicial	Dose máxima
Nitroglicerina	0,2mcg/kg/min	Titular até melhora ou PAS < 90mmHg
Nitroprussiato de sódio	0,3mcg/kg/min	Titular até melhora ou PAS < 90mmHg

Fonte: Gonzalez e colaboradores (2013).9

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO ICC			
	Código: 01	Versão: 12/2023	Página:21	

A utilização de vasopressores em pacientes com ICD leva à necessidade de utilização de um acesso arterial para mensuração da PA média e de um acesso central a fim de evitar os riscos de necrose tecidual e/ou oferta errática da droga, o que ocorre quando é utilizado acesso periférico.

Inotrópicos



Os inotrópicos não digitálicos são medicamentos que melhoram o desempenho ventricular, sendo utilizados para estabilização de pacientes com ICD. Podem ser necessários já na fase inicial da abordagem, conforme o perfil clínico/hemodinâmico em que o paciente se encontra.

A dobutamina é uma amina simpatomimética, potente inotrópica positiva, habitualmente utilizada nas doses de 2,5 a 15mcg/kg/min. Deve-se lembrar que, em pacientes que utilizam betabloqueadores, a dose deve ser mais elevada.¹⁸ A dopamina é uma catecolamina precursora imediata da noradrenalina, tem efeito hemodinâmico dose-dependente. Os inibidores da fosfodiesterase, a milrinona, promovem maior disponibilidade de adenosina monofosfato cíclico (AMPc), exercendo com isso efeito cardiotônico.¹⁹

Os fármacos sensibilizadores de cálcio, representados no Brasil pela levosimendana, têm mecanismo de ação dupla: primeiro inibem parcialmente a fosfodiesterase cardíaca e, depois, agem como sensibilizadores da troponina C aos íons de cálcio disponíveis.²⁰ Essa ação promove efeito cardiotônico sem aumentar a demanda de O₂ pelo miocárdio. Ao lado do seu efeito inotrópico, alteram também os canais de potássio periféricos, promovendo um efeito vasodilatador arterial. O efeito hemodinâmico traduz-se em melhora do desempenho miocárdico, redução da pré e pós-carga e melhora do fluxo coronariano, sem aumento da demanda miocárdica de oxigênio.

Os digitálicos têm seu efeito inotrópico por meio da inibição da bomba Na/K-ATPase, promovendo maior concentração de cálcio intracelular. Na fase aguda da descompensação, têm indicação no controle da FC, principalmente quando da presença de taquiarritmias supraventriculares de alta resposta (exemplo: FA de alta resposta), em que há contraindicação de outros antiarrítmicos.



O Quadro 8 apresenta as recomendações do uso de inotrópicos em ICD.

 <p>ASSOCIAÇÃO Mahatma Gandhi SAÚDE É ASSIM QUE SE FAZ!</p>	MANUAL DE TRABALHO			 <p>MUNICÍPIO DE VIRADOURO ESTADO DE SÃO PAULO</p>
	PROTOCOLO CLÍNICO ICC			
	Código: 01	Versão: 12/2023	Página:22	

Quadro 8

RECOMENDAÇÕES DO USO DE INOTRÓPICOS EM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DECOMPENSADA

Classe de recomendação	Indicação	Nível de evidência
Classe I	Dobutamina para pacientes em choque cardiogênico, para suporte hemodinâmico, independentemente da etiologia da cardiomiopatia	B
Classe IIa	Levosimendana para pacientes com sinais de baixo débito, sem choque cardiogênico, em uso de betabloqueador	B
Classe IIa	Milrinone para pacientes com sinais de baixo débito, sem choque cardiogênico, etiologia não isquêmica, em uso de betabloqueador	B
Classe IIa	Dobutamina e/ou milrinone no suporte hemodinâmico para pacientes em baixo débito e em fila de espera para transplante cardíaco em situação de prioridade	C
Classe IIb	Dobutamina, milrinone ou levosimendana para melhora dos sintomas de pacientes em baixo débito sem hipotensão arterial	B
Classe IIb	Associação de levosimendana na tentativa de retirada de dobutamina	C
Classe III	Dobutamina, milrinone ou levosimendana para pacientes sem sinais de baixo débito	B
Classe III	Dobutamina, milrinone ou levosimendana em infusão intermitente ambulatorial para pacientes com descompensações frequentes	B

 <p>ASSOCIAÇÃO Mahatma Gandhi SAÚDE É ASSIM QUE SE FAZ!</p>	MANUAL DE TRABALHO			 <p>MUNICÍPIO DE VIRADOURO ESTADO DE SÃO PAULO</p>
	PROTOCOLO CLÍNICO ICC			
	Código: 01	Versão: 12/2023	Página:23	

Classe III	Milrinone ou levosimendana para pacientes em choque cardiogênico	C
------------	--	---

Fonte: Gonzalez e colaboradores (2013).9

No momento da escolha dos inotrópicos, devemos considerar a PA do paciente e se está em uso de betabloqueador ou não. Em pacientes com PA abaixo de 85mmHg, deve-se prescrever inotrópicos vasopressores como a dopamina, noradrenalina e a dobutamina. Nos casos em que o paciente está em uso de um betabloqueador, devemos preferir inotrópicos não betaestimulantes, como a milrinona e a levosimendana. 19. Sintetize seus conhecimentos sobre as condutas na IC de acordo com o perfil clínico/hemodinâmico. Compare sua resposta com o texto a seguir.

CONDUTAS DE ACORDO COM O PERFIL HEMODINÂMICO

Como mencionado, para cada um dos perfis hemodinâmicos (A, B, C e L) há uma conduta a ser adotada.

Quente e seco (perfil A)

No perfil A, procede-se ao ajuste de medicações via oral para objetivo de redução de mortalidade e manutenção de estado volêmico estável.

Quente e úmido (perfil B)

No perfil B, há necessidade de introdução de diuréticos e IECA. Em casos mais complexos, associação de vasodilatadores parenterais. Inotrópicos não são geralmente necessários, podendo ser deletérios. Observação curta no Pronto-Socorro ou internação em casos mais graves.

Frio e úmido (perfil C)

Como regra geral, no perfil C, não se inicia o betabloqueador na vigência de descompensação do quadro.

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO ICC			
	Código: 01	Versão: 12/2023	Página:24	

Inotrópicos parenterais podem ser necessários por curto período para estabilização, embora estejam associados com taquiarritmias, hipotensão, isquemia e até aumento da mortalidade a longo prazo.



Frio e seco (perfil L)

Esse subgrupo pequeno de pacientes pode apresentar-se com poucos sintomas, sendo a prova volêmica com 250mL de cristalóide necessária antes do uso de inotrópicos.

No perfil L, é sempre importante avaliar e tratar potenciais fatores iatrogênicos ou não associados à desidratação, tais como episódios de diarreia e uso de diurético.

FLUXOGRAMAS DE ATENDIMENTO

A Figura 1 mostra fluxograma de atendimento na insuficiência cardíaca descompensada.

 <p>ASSOCIAÇÃO Mahatma Gandhi SAÚDE É ASSIM QUE SE FAZ!</p>	MANUAL DE TRABALHO			 <p>MUNICÍPIO DE VIRADOURO ESTADO DE SÃO PAULO</p>
	PROTOCOLO CLÍNICO ICC			
	Código: 01	Versão: 12/2023	Página:25	

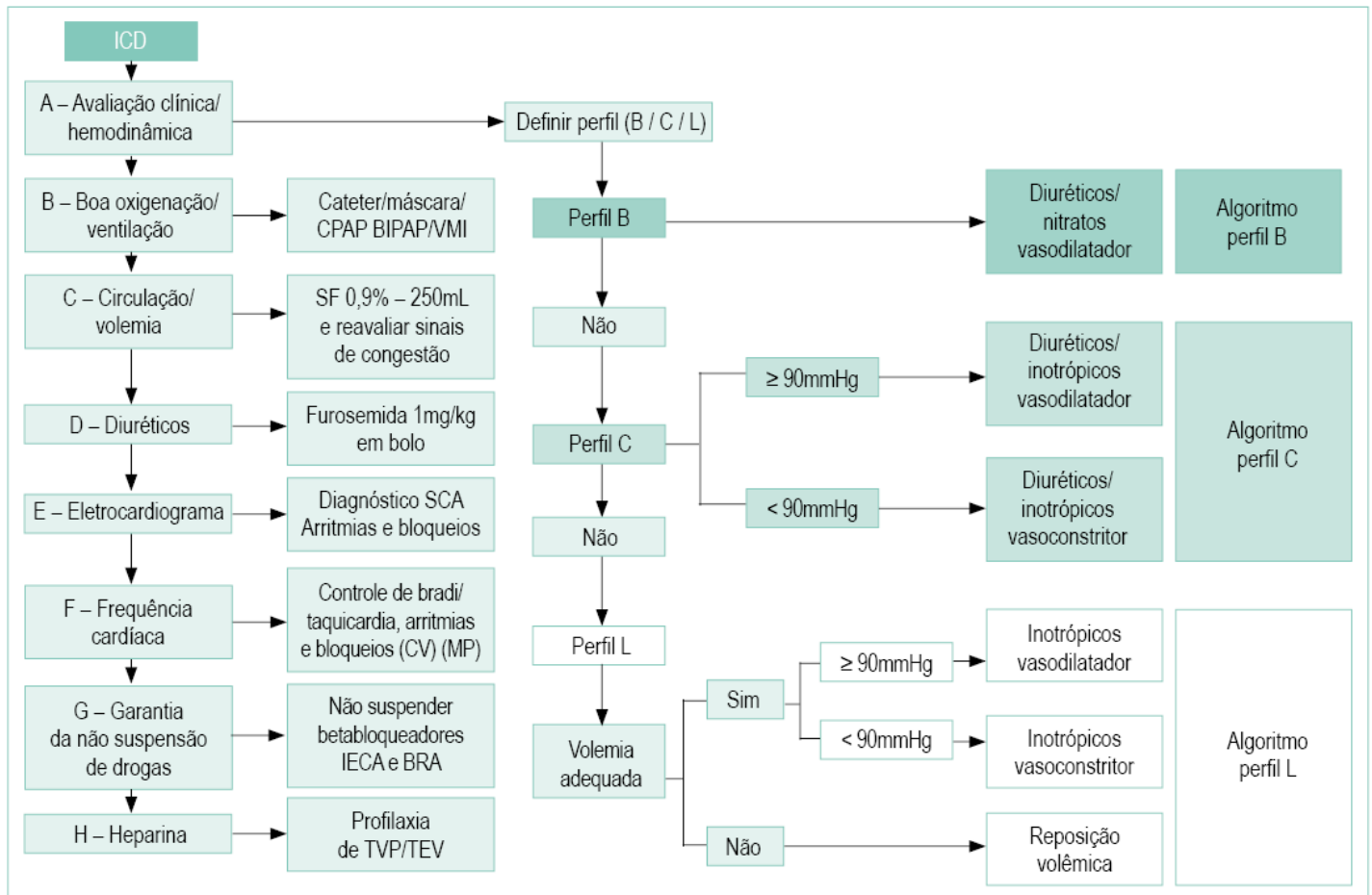




Figura 1 – Fluxograma de atendimento na ICD.

BIPAP = Pressão positiva em vias aéreas a dois níveis). CPAP = Pressão positiva contínua em vias aéreas. CV = Cardioversão. MP = Marcapasso. SCA = Síndrome coronariana aguda. TEV = Tromboembolismo venoso. TVP = Trombose venosa profunda.

Fonte: Gonzalez e colaboradores (2013).9

A Figura 2 apresenta o algoritmo para conduta no perfil B.

 <p>ASSOCIAÇÃO Mahatma Gandhi SAÚDE É ASSIM QUE SE FAZ!</p>	MANUAL DE TRABALHO			MUNICÍPIO DE VIRADOURO  ESTADO DE SÃO PAULO
	PROTOCOLO CLÍNICO ICC			
	Código: 01	Versão: 12/2023	Página:26	

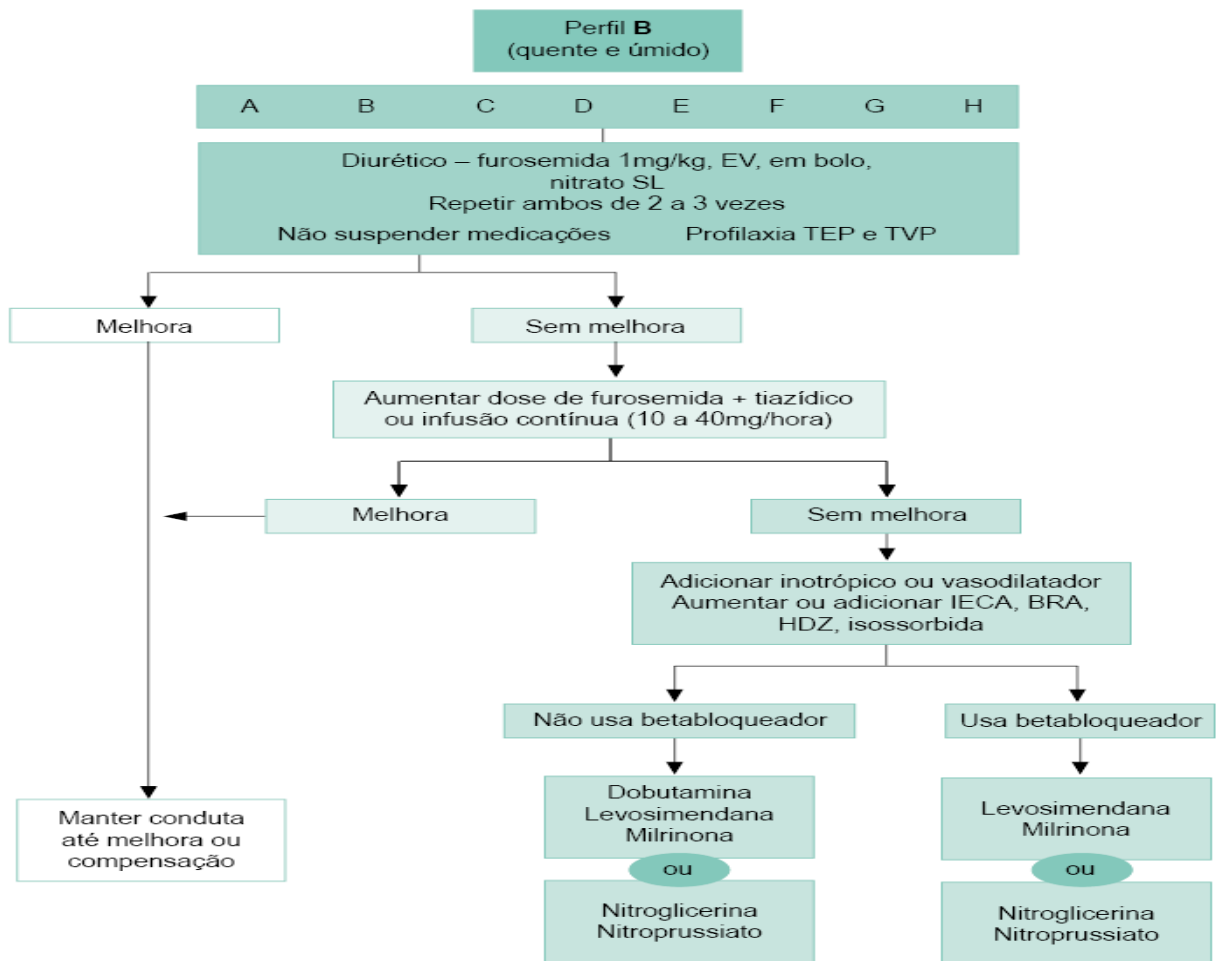



Figura 2 – Algoritmo para conduta no perfil B (quente e úmido).

HDZ = Hemodiazepínicos. Nitrato SL = Nitrato sublingual.

Fonte: Gonzalez e colaboradores (2013).9

A Figura 3 apresenta o algoritmo para conduta no perfil C.

 <p>ASSOCIAÇÃO Mahatma Gandhi SAÚDE É ASSIM QUE SE FAZ!</p>	MANUAL DE TRABALHO			 <p>MUNICÍPIO DE VIRADOURO ESTADO DE SÃO PAULO</p>
	PROTOCOLO CLÍNICO ICC			
	Código: 01	Versão: 12/2023	Página:27	

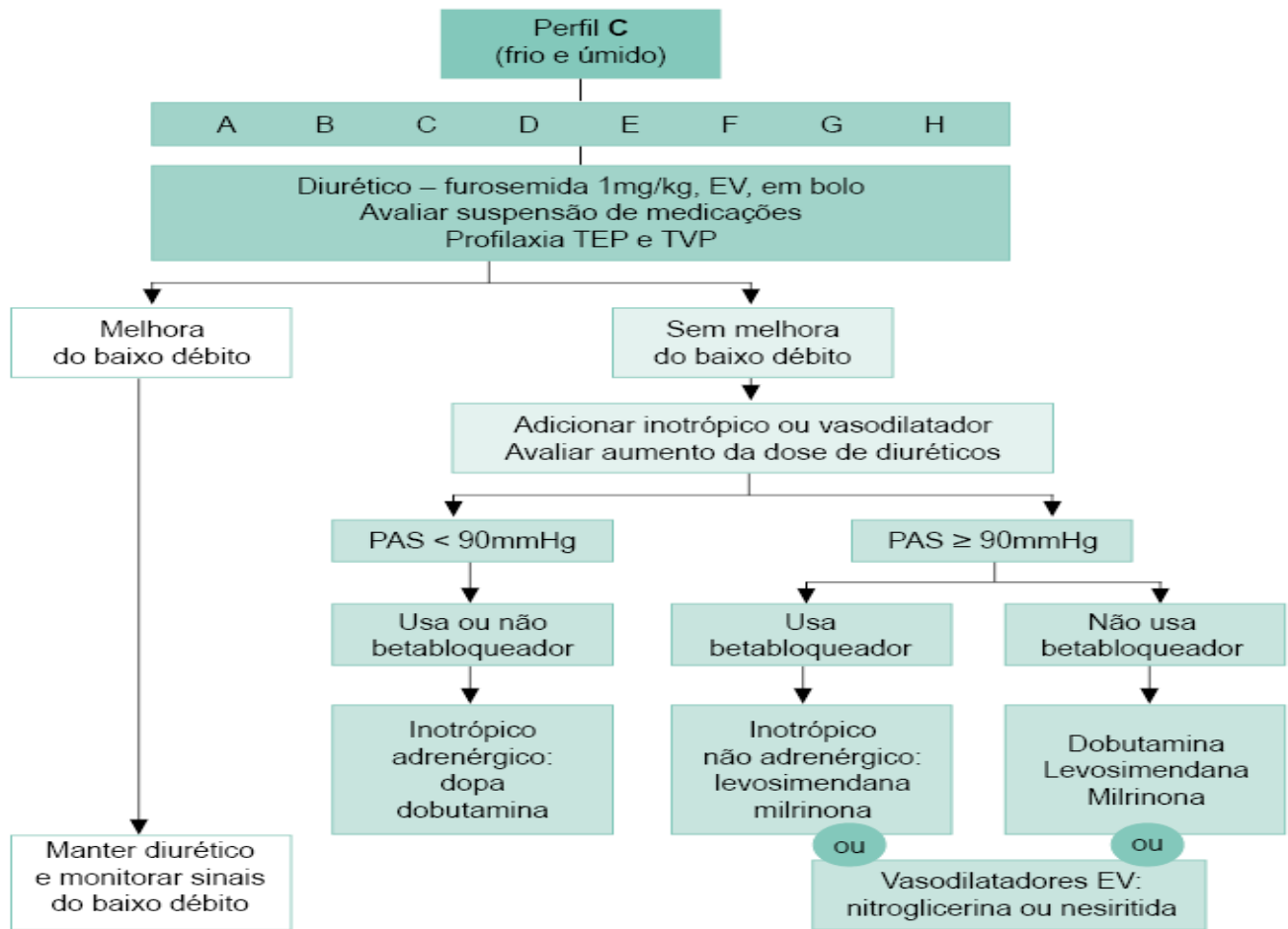


Figura 3 – Algoritmo para conduta no perfil C (frio e úmido).

Fonte: Gonzalez e colaboradores (2013).9

 <p>ASSOCIAÇÃO Mahatma Gandhi SAÚDE É ASSIM QUE SE FAZ!</p>	MANUAL DE TRABALHO			 <p>MUNICÍPIO DE VIRADOURO ESTADO DE SÃO PAULO</p>
	PROTOCOLO CLÍNICO ICC			
	Código: 01	Versão: 12/2023	Página:28	

A Figura 4 apresenta o algoritmo para conduta no perfil L.

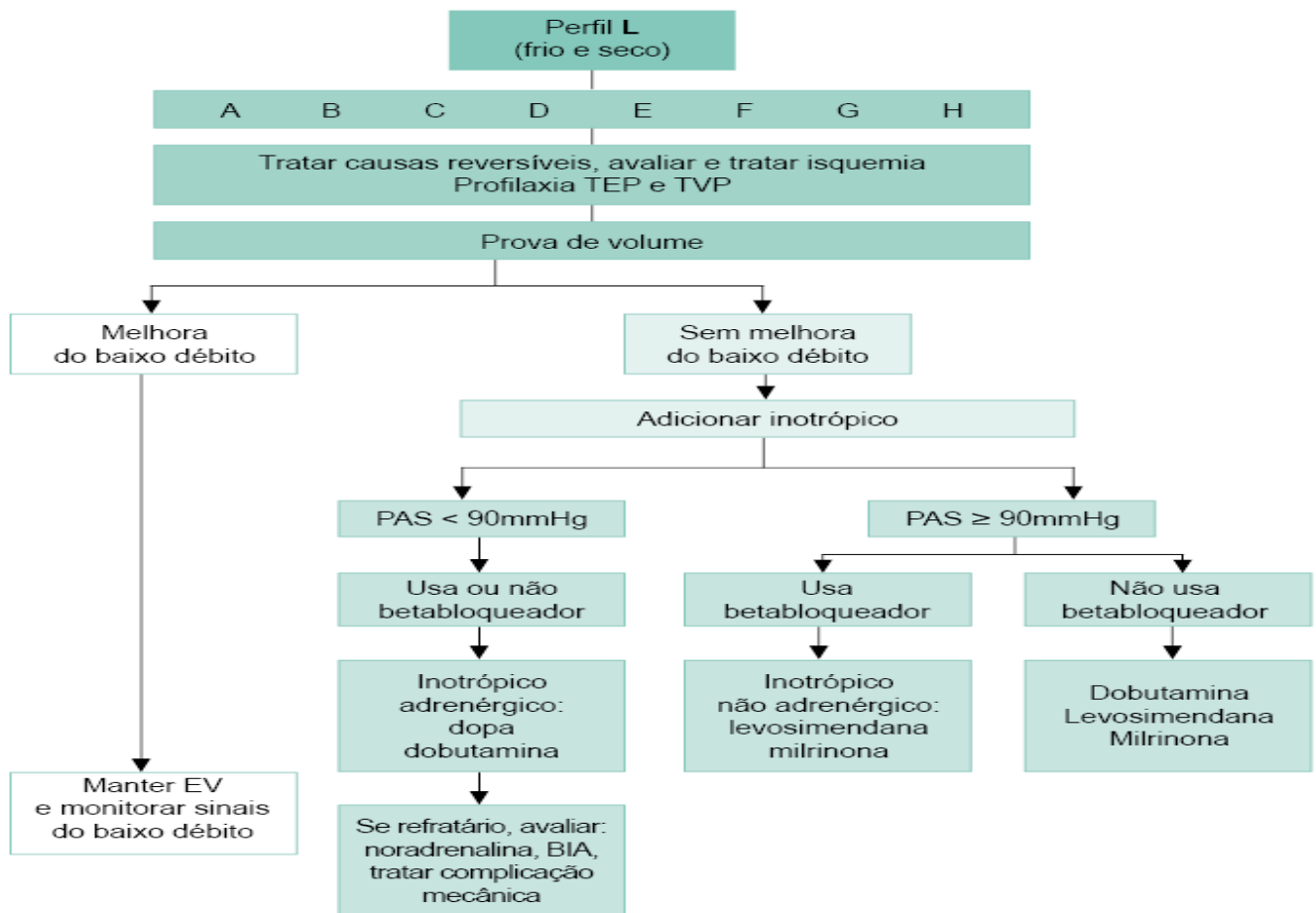


Figura 4 – Algoritmo para conduta no perfil L (frio e seco).

BIA = Balão intraórtico.

Fonte: Gonzalez e colaboradores (2013).9

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO ICC			
	Código: 01	Versão: 12/2023	Página:29	


REFERÊNCIAS:

Reis JLR, Carneiro MS, Silva FNV, Silva Neto NM. Insuficiência cardíaca aguda descompensada. In: Sociedade Brasileira de Clínica Médica; Lopes AC, Guimarães HP, Lopes RD, Vendrame LS, organizadores. PROURGEM Programa de Atualização em Medicina de Urgência e Emergência: Ciclo 9. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2015. p. 41-70 . (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 2).

Marcondes-Braga FG, Moura LAZ, Issa VS, Vieira JL, Rohde LE, Simões MV, et al. Atualização de Tópicos Emergentes da Diretriz de Insuficiência Cardíaca – 2021. Arq Bras Cardiol. 2021; [online].ahead print, PP.0-0.

Comitê Coordenador da Diretriz de Insuficiência Cardíaca. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. Arq Bras Cardiol. 2018;111(3):436-539....

Portal PEBMED: https://pebmed.com.br/insuficiencia-cardiaca-dados-atualizados-em-2020/?utm_source=artigoportal&utm_medium=copytext.

 <p>ASSOCIAÇÃO Mahatma Gandhi SAÚDE É ASSIM QUE SE FAZ!</p>	MANUAL DE TRABALHO			 <p>MUNICÍPIO DE VIRADOURO ESTADO DE SÃO PAULO</p>
	PROTOCOLO CLÍNICO ICC			
	Código: 01	Versão: 12/2023	Página:30	

PROTOCOLO CLÍNICO: ICC PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE VIRADOURO/SP		
Periodicidade de Revisão: 2 ANOS		
EQUIPE DE DESENVOLVIMENTO		
Elaboração	Data	Função
Matheus G. Dela Marta – CRM/SP: 197348	28/06/2023	R.T médico
Enfº Fábio Cegatti – Coren/SP: 0131903		Equipe técnica
Revisor	Data	Função
Matheus G. Dela Marta – CRM/SP: 197348	28/06/2023	R.T médico
Enfª Silvana Neves de Simone – Coren/SP: 569733		R.T de enfermagem
Aprovador	Data	Função



MANUAL DE TRABALHO

MUNICÍPIO DE VIRADOURO

PROTOCOLO CLÍNICO
ICC



ESTADO DE SÃO PAULO

Código: 01

Versão: 12/2023

Página:31

Matheus G. Dela Marta – CRM/SP: 197348	28/06/2023	<i>Matheus G. Dela Marta</i> R.T médico CRM/SP 197.348
Validador	Data	Função
Matheus G. Dela Marta – CRM/SP: 197348	28/06/2023	R.T médico <i>Matheus G. Dela Marta</i> Médico CRM/SP 197.348

ANEXO 5**RELATÓRIO MENSAL DA MÉDIA DE TEMPO DE ESPERA DO PACIENTE -NOVEMBRO 2023**

MÊS	CLASSIF.RISCO	MÉDIA TEMPO DE ESPERA TRIAGEM	MÉDIA TEMPO DE ESPERA CONSULTA	MÉDIA TEMPO DE ESPERA TOTAL
nov/23	AZUL	00:06:17	00:26:11	00:32:28
nov/23	VERDE	00:07:35	00:19:17	00:26:53
nov/23	AMARELO	00:07:07	00:13:35	00:20:42
nov/23	LARANJA	00:08:43	00:28:40	00:37:23
nov/23	VERMELHO	00:15:44	00:19:21	00:35:05

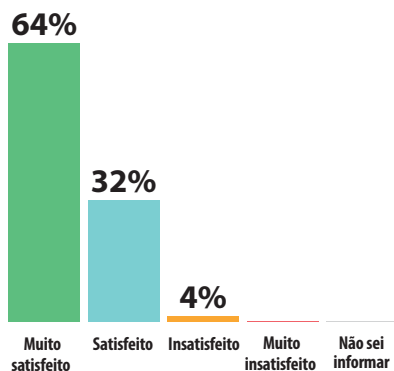
RESULTADO DA

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

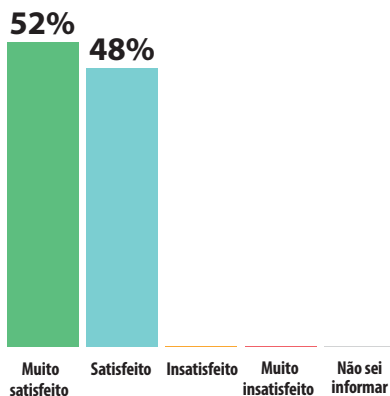
UNIDADE DE PRONTO SOCORRO VIRADOURO-SP

Novembro/2023

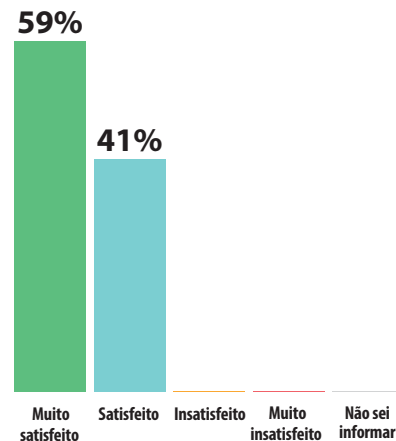
Como você avalia o atendimento
prestado pela recepção?



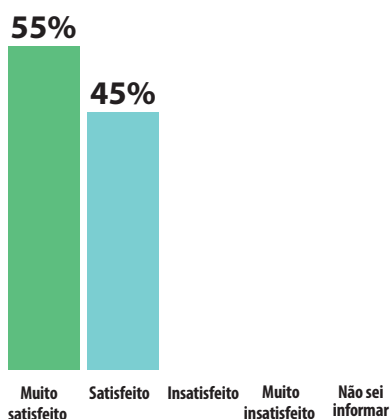
Como você avalia o atendimento
prestado pelo motorista socorrista?



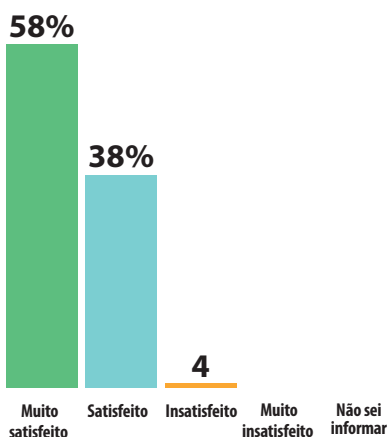
Como você avalia a limpeza e
organização do pronto socorro?



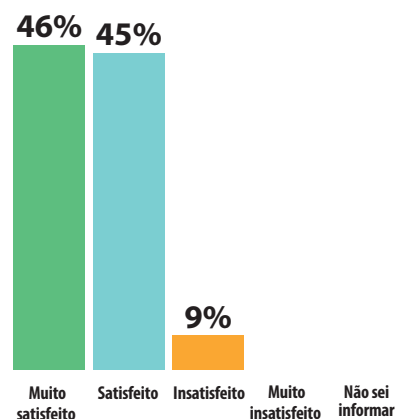
Como você avalia o atendimento
prestado pela equipe de enfermagem?



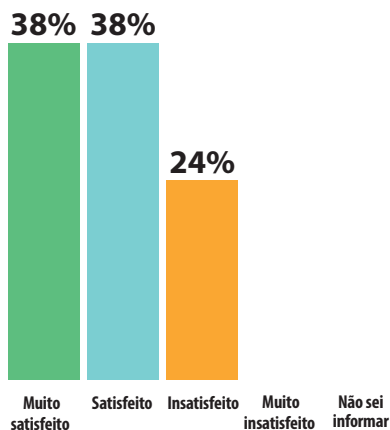
Como você avalia o
atendimento médico?



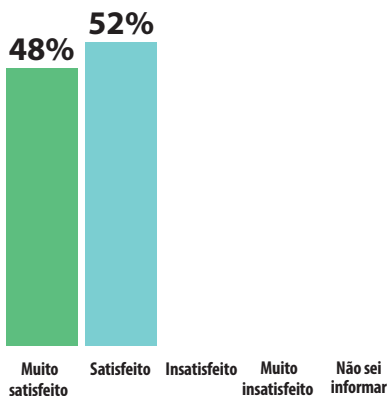
Como você avalia o tempo de
espera para o primeiro atendimento?



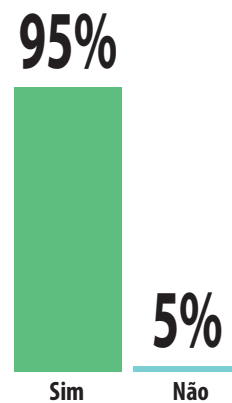
Como você avalia o tempo que
permaneceu no pronto socorro?



Como você avalia a qualidade do
atendimento prestado pelo pronto socorro?



Teve seu problema resolvido?



Em 30/11/2023, realizou-se a reunião de Ósilo do posto
Saúde Municipal de Urodeano, pelo Dr.º Máthieu
Zelo Mota CRM 19.7348, discutidos os assuntos =

Assuntos revisados:

DO: 352957 22-0

- Sessão here de Siniore
- Motivo Ausência para Mota

Obs. Agostina Maria Carolina Forceto vs participou
do reunião a mesmo encontro-se de feire.

Em 30/11/2023, realizou a reunião técnica com a
Comissão de revisão de prontuários do pronto
Socorro Municipal de Uruocema, presidida
pelo Dr. Mathew Zelo Motta (CRM 197348);

abordando os seguintes:

- Avaliação médica sobre intervenções de pontas;
- Histórico de vida e Jurgue;
- Avaliação de Enfermagem;
- Selvaço novo de Lima;
- Jéssica Ferreira Lacerda;
- Janailan Cruz Alves da Fonseca;
- Juciane, Artur Gull do Carmo;
- ~~Matheus~~ ~~Carvalho~~ ~~da~~ ~~Mota~~

Obs: A gestora Márcia Cavalião Franco irá participar
do reunião a mesma encontro se de férias. —



HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO

CNPJ: 72.938.079/0001-07

Inscrição Estadual: ISENTO

Declarado de Utilidade Pública Municipal, Estadual e Federal.

Registrado no Conselho Nacional de Assistência Social.

Rua do Hospital, 53 – Telefax: (17) 3392-1911.

CEP: 14.740-000 – Viradouro-SP.

ATA DE REUNIÃO

Data: 22/11/2023

Horário: 14:00 Hs

Local: HMSVP

Pauta:

- FLUXO DE INTERNAÇÕES NOTURNAS
DEFINIÇÕES: PACIENTES ESTAVEL, NO MAXIMO ATÉ MEIA NOITE,
(exceto algumas exceções)
TRANSFERIDO ADEQUADAMENTE: Cadeiras ou maca, cateter ou máscara de oxigênio, acesso venoso em boa infusão e passagem de plantão.
- TROCA DE PLATÃO: Respeitar 1 hora antes e após para receber internações.
- ESTERELIZAÇÃO: Conforme necessidades da unidades, montagem de materiais adequada
- INTERNAÇÃO PRÉVIA: Conforme avaliação e ciência do Dr Leandro

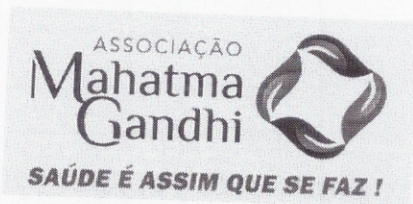
Participantes:

- EDINEIA PRATES DE SOUZA

- SILVANA NEVES DE SIMONE

- LEANDRO FRANCISCHINI DIBE

Dr. Leandro Francischini Dibe
Médico - CRM. 129536
PM. Viradouro



PRONTO SOCORRO MUNICIPAL GIOVANI CUSINATO
RUA DO HOSPITAL, Nº 53, PRONTO SOCORRO, CENTRO, VIRADOURO – SP, CEP: 14740-000 CNPJ: 45.709.912/0001-75

ATA DE CIÊNCIA

ENTREGUE UMA COPIA DO CHEKLIST.

-Ckeklist de internação -Hospital Maternidade São Vicente de Paulo.

ASSINATURAS:

NOME FUNCIONÁRIO	FUNÇÃO	ASSINATURA
Edinéia do C. Protes	Enf. RT	
Antônio Carlos de Almeida	Enfermeiro	
Leandro F. Dibe		 Dr. Leandro F. Dibe Clínica Médica CRM 129.838

Viradouro/SP, 28 novembro de 2023.

Coordenadores responsáveis

Maria Carolina Favareto Buzon
COREN-SP 468.329-ENF.
Gestora Administrativa

Maria Carolina Favareto
Gestor Administrativo

Silvana Neves de Simone
Enfermeira RT
COREN-SP-569733-ENF

Silvana Neves de Simone
Enfermeira RT – COREN-SP 569733-ENF



PRONTO SOCORRO MUNICIPAL GIOVANI CUSINATO

RUA DO HOSPITAL, Nº 53, PRONTO SOCORRO, CENTRO, VIRADOURO – SP, CEP: 14740-000 CNPJ: 45.709.912/0001-75

ATA DE REUNIÃO E CIÊNCIA

- ACOLHIMENTO
- HUMANIZAÇÃO
- ÉTICA PROFISSIONAL
- PROATIVIDADE
- ESCLARECER DUVIDAS DOS PACIENTES/ACOMPNAHNTTE
- CONDUZIR CONFLITOS
- TRABLAHO EM EQUIPE
- SIGILO PROFISSIONAL

ASSINATURAS CONTROLADOR DE ACESSO

NOME FUNCIONÁRIO	FUNÇÃO	ASSINATURA
Rafael H Gregorio	CONTROLADOR	Rafael
João Silva	controlador	João Silva
Veraldina Pereira	controlador	Veraldina
Angela D. Gomes S	controlador	Angela
Francine Gerlin de Silva	controlador	Francine

Viradouro/SP, 29 novembro de 2023.

Coordenadores responsáveis

Maria Carolina Favareto Buzon
COREN-SP: 468.329-ENF.
Gestora Administrativa

Maria Carolina Favareto
Gestora Administrativa

Silvana Neves de Simone
Enfermeira RT
COREN-SP-569733-ENF

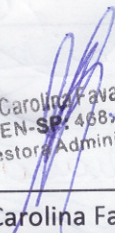
Silvana Neves de Simone
Enfermeira RT - COREN SP 569733 ENF

ASSOCIAÇÃO
**Mahatma
Gandhi**

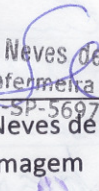


SAÚDE É ASSIM QUE SE FAZ !

Viradouro/SP 14 DE NOVEMBO 2023.


Maria Carolina Favareto Buzon
COREN-SP-468329-ENF.
Gestora Administrativa

Maria Carolina Favareto Buzon
Gestora Administrativa


Silvana Neves de Simone
Enfermeira RT
COREN-SP-569733-ENF
Silvana Neves de Simone
RT Enfermagem

RT Enfermagem