



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
DEZEMBRO/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 31 de dezembro 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 Dezembro/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.	3.649 consultas; 182% 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.	3.612 Classificações 180% 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 20/12/2023.	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>Dezembro</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 dezembro 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 dezembro. 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 dezembro foram realizadas 3.649 consultas totalizando 182% do indicador pactuado de 1800 atendimentos de consultas médicas.

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 dezembro foram realizadas 3.612 classificações de risco, totalizando 180% 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 3.612 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 ($3.649 - 37 = 3.612$), encontrando assim o valor de 3.612 classificações de riscos. Vale ressaltar que a parcela de 37 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 dezembro foi colocado em prática o cronograma realizando o treinamento de *“Humanização ao paciente”*.

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 dezembro foi implantado o protocolo *“Assistência ao paciente em surto psicótico”*.

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 Dezembro, 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



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 que informasse o tempo de espera para atendimento médico, 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 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 dezembro 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 – 22 minutos e 23 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.



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

No mês de dezembro, 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 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 dezembro 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 – 09 minutos e 29 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 Dezembro 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 dezembro.



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 Giovanni Cusinato sendo:

- Reunião com equipe de Enfermeiros
- Reunião com equipe de Técnicos Enfermagem

FINANCEIRO ENTRADA/SAÍDA

01/12/2023~31/12/2023

Bárbara Luiza Martins Barbosa - 239776/SP

Setor	Início	Fim
Viradouro - UPA 24HRS	16/12/2023 07:00	16/12/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	16/12/2023 19:00	17/12/2023 07:00
Total		2 plantões

Bianca Borges de Oliveira Silva - 249010/SP

Setor	Início	Fim
Viradouro - UPA 24HRS	31/12/2023 07:00	31/12/2023 19:00
Total		1 plantões

Bruno De Souza Tavares - 223201/SP

Setor	Início	Fim
Viradouro - UPA 24HRS	01/12/2023 07:00	01/12/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	04/12/2023 19:00	05/12/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	05/12/2023 07:00	05/12/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	06/12/2023 07:00	06/12/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	06/12/2023 19:00	07/12/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	07/12/2023 19:00	08/12/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	08/12/2023 07:00	08/12/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	09/12/2023 07:00	09/12/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	09/12/2023 19:00	10/12/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	10/12/2023 19:00	11/12/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	11/12/2023 07:00	11/12/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	11/12/2023 19:00	12/12/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	12/12/2023 07:00	12/12/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	13/12/2023 07:00	13/12/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	13/12/2023 19:00	14/12/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	14/12/2023 07:00	14/12/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	14/12/2023 19:00	15/12/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	15/12/2023 07:00	15/12/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	18/12/2023 19:00	19/12/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	19/12/2023 07:00	19/12/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	20/12/2023 07:00	20/12/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	20/12/2023 19:00	21/12/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	21/12/2023 19:00	22/12/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	22/12/2023 07:00	22/12/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	23/12/2023 19:00	24/12/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	25/12/2023 07:00	25/12/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	26/12/2023 07:00	26/12/2023 12:00
Viradouro - UPA 24HRS	27/12/2023 07:00	27/12/2023 19:00



Viradouro - UPA 24HRS	28/12/2023 07:00	28/12/2023 19:00
Total		29 plantões

Camila Goto - 208504/SP

Setor	Início	Fim
Viradouro - UPA 24HRS	03/12/2023 07:00	03/12/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	16/12/2023 19:00	17/12/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	17/12/2023 07:00	17/12/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	27/12/2023 19:00	28/12/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	31/12/2023 07:00	31/12/2023 19:00
Total		5 plantões

Carla Jordana Trovo Barbosa - 253133/SP

Setor	Início	Fim
Viradouro - UPA 24HRS	02/12/2023 07:00	02/12/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	03/12/2023 07:00	03/12/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	03/12/2023 19:00	04/12/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	10/12/2023 07:00	10/12/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	11/12/2023 19:00	12/12/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	22/12/2023 19:00	23/12/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	23/12/2023 07:00	23/12/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	24/12/2023 07:00	24/12/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	24/12/2023 19:00	25/12/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	25/12/2023 07:00	25/12/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	25/12/2023 19:00	26/12/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	29/12/2023 07:00	29/12/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	29/12/2023 19:00	30/12/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	30/12/2023 19:00	31/12/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	31/12/2023 19:00	01/01/2024 07:00
Total		15 plantões

Carlos Augusto Nunes Junior - 246982/SP

Setor	Início	Fim
Viradouro - UPA 24HRS	08/12/2023 19:00	09/12/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	31/12/2023 19:00	01/01/2024 07:00
Total		2 plantões

Deisy Lorena Molina Humerez - 149374/SP

Setor	Início	Fim
Viradouro - UPA 24HRS	05/12/2023 19:00	06/12/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	07/12/2023 19:00	08/12/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	12/12/2023 19:00	13/12/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	14/12/2023 19:00	15/12/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	19/12/2023 19:00	20/12/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	26/12/2023 19:00	27/12/2023 07:00
Total		6 plantões

Felipe Leles Costa - 241020/SP

Setor	Início	Fim
Viradouro - UPA 24HRS	09/12/2023 19:00	10/12/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	10/12/2023 07:00	10/12/2023 19:00



Viradouro - UPA 24HRS	10/12/2023 19:00	11/12/2023 07:00
Total	3 plantões	

Guilherme Liberato da Silva - 247729/SP

Setor	Início	Fim
Viradouro - UPA 24HRS	01/12/2023 19:00	02/12/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	02/12/2023 21:00	03/12/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	06/12/2023 21:00	07/12/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	08/12/2023 07:00	08/12/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	09/12/2023 07:00	09/12/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	17/12/2023 19:00	18/12/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	21/12/2023 18:00	21/12/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	21/12/2023 19:00	22/12/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	26/12/2023 08:00	26/12/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	28/12/2023 19:00	29/12/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	30/12/2023 07:00	30/12/2023 19:00
Total	11 plantões	

Italo Gabriel Beltrame Vazzoler - 53182/PR

Setor	Início	Fim
Viradouro - UPA 24HRS	22/12/2023 13:00	22/12/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	26/12/2023 07:00	26/12/2023 08:00
Viradouro - UPA 24HRS	26/12/2023 12:00	26/12/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	29/12/2023 07:00	29/12/2023 19:00
Total	4 plantões	

Louise Ramalho Garcez - 246569/SP

Setor	Início	Fim
Viradouro - UPA 24HRS	01/12/2023 07:00	01/12/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	13/12/2023 19:00	14/12/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	20/12/2023 19:00	21/12/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	22/12/2023 07:00	22/12/2023 13:00
Total	4 plantões	

Matheus Guideroli Dela Marta - 197348/SP

Setor	Início	Fim
Viradouro - UPA 24HRS	01/12/2023 19:00	02/12/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	07/12/2023 07:00	07/12/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	08/12/2023 19:00	09/12/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	15/12/2023 19:00	16/12/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	21/12/2023 07:00	21/12/2023 18:00
Viradouro - UPA 24HRS	22/12/2023 19:00	23/12/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	24/12/2023 19:00	25/12/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	25/12/2023 19:00	26/12/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	29/12/2023 19:00	30/12/2023 07:00
Total	9 plantões	

Melissa Galdino Dias - 232228/SP

Setor	Início	Fim
Viradouro - UPA 24HRS	15/12/2023 07:00	15/12/2023 19:00
Total	1 plantões	

Nathalia Pestana Malheiro - 228895/SP

Setor	Início	Fim
Viradouro - UPA 24HRS	04/12/2023 07:00	04/12/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	06/12/2023 07:00	06/12/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	06/12/2023 19:00	06/12/2023 21:00
Viradouro - UPA 24HRS	11/12/2023 07:00	11/12/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	13/12/2023 07:00	13/12/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	18/12/2023 07:00	18/12/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	20/12/2023 07:00	20/12/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	21/12/2023 07:00	21/12/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	27/12/2023 07:00	27/12/2023 19:00
Total		9 plantões

Rafael Augusto Arantes - 246045/SP

Setor	Início	Fim
Viradouro - UPA 24HRS	02/12/2023 07:00	02/12/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	02/12/2023 19:00	02/12/2023 21:00
Viradouro - UPA 24HRS	17/12/2023 07:00	17/12/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	17/12/2023 19:00	18/12/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	23/12/2023 07:00	23/12/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	27/12/2023 19:00	28/12/2023 07:00
Total		6 plantões

Rafael Severio Mazza - 235156/SP

Setor	Início	Fim
Viradouro - UPA 24HRS	04/12/2023 19:00	05/12/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	18/12/2023 19:00	19/12/2023 07:00
Total		2 plantões

Samuel Alvaro Gaspar Encinas - 149406/SP

Setor	Início	Fim
Viradouro - UPA 24HRS	04/12/2023 07:00	04/12/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	05/12/2023 07:00	05/12/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	05/12/2023 19:00	06/12/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	07/12/2023 07:00	07/12/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	12/12/2023 07:00	12/12/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	12/12/2023 19:00	13/12/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	14/12/2023 07:00	14/12/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	19/12/2023 07:00	19/12/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	19/12/2023 19:00	20/12/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	26/12/2023 19:00	27/12/2023 07:00
Total		10 plantões

Samuel Ricardo Gaspar Tellez - 103878/SP

Setor	Início	Fim
Viradouro - UPA 24HRS	02/12/2023 19:00	03/12/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	03/12/2023 19:00	04/12/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	16/12/2023 07:00	16/12/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	18/12/2023 07:00	18/12/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	30/12/2023 07:00	30/12/2023 19:00



Viradouro - UPA 24HRS	30/12/2023 19:00	31/12/2023 07:00
Total	6 plantões	

Suhayla Nassbine Dos Santos - 169388/SP


Setor	Início	Fim
Viradouro - UPA 24HRS	15/12/2023 19:00	16/12/2023 07:00
Viradouro - UPA 24HRS	23/12/2023 19:00	24/12/2023 07:00
Total	2 plantões	

Washington Luiz Rodrigues Filho - 238100/SP

Setor	Início	Fim
Viradouro - UPA 24HRS	24/12/2023 07:00	24/12/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	28/12/2023 07:00	28/12/2023 19:00
Viradouro - UPA 24HRS	28/12/2023 19:00	29/12/2023 07:00
Total	3 plantões	

Plantões	
Total Geral	130

Valor que compõe a Nota Fiscal:

 AMUE EMERGÊNCIAS MÉDICAS	RESUMO - HORAS EXECUTADAS			
COMPETÊNCIA:	dez/23			
SETOR	TURNO	QTDE DE HORAS	VALOR DA HORA	VALOR DA NF
CLINICO	DIURNO	672	R\$ 136,50	R\$ 91.728,00
CLINICO - Valor Diferenciado de final de ano	24/12 - DIURNO	24	R\$ 273,00	R\$ 6.552,00
CLINICO - Valor Diferenciado de final de ano	24/12 - NOTURNO	24	R\$ 273,00	R\$ 6.552,00
CLINICO - Valor Diferenciado de final de ano	25/12 - DIURNO	24	R\$ 273,00	R\$ 6.552,00
CLINICO - Valor Diferenciado de final de ano	25/12 - NOTURNO	24	R\$ 273,00	R\$ 6.552,00
CLINICO - Valor Diferenciado de final de ano	31/12 - DIURNO	24	R\$ 273,00	R\$ 6.552,00
CLINICO - Valor Diferenciado de final de ano	31/12 - NOTURNO	24	R\$ 273,00	R\$ 6.552,00
CLINICO	NOTURNO	672	R\$ 136,50	R\$ 91.728,00
DIRETOR TECNICO RT			R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00
VALOR TOTAL		1488		R\$ 227.768,00



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, 08 de janeiro 2024.

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

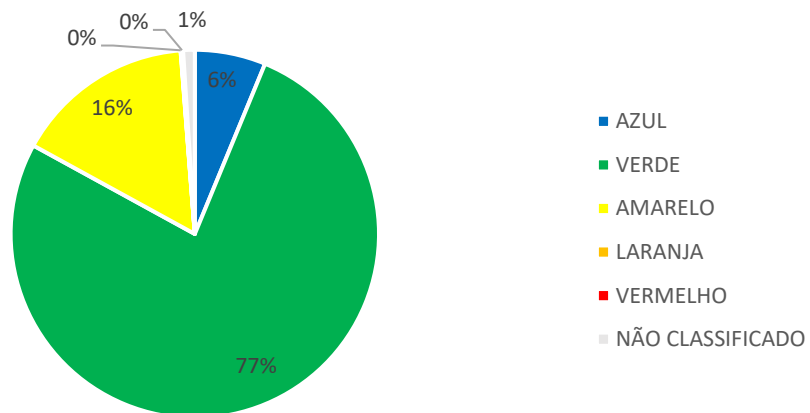
ANEXO 2



CLASSIFICAÇÕES DE RISCO PRONTO SOCORRO VIRADOURO - 12.2023

RISCO	QUANTIDADE SIS	QUANTIDADE FAs FORA DO SIS	TOTAL QUANTIDADES	ESTATÍSTICA POR CLASSIFICAÇÃO
AZUL	227	1	228	6,25%
VERDE	2795	3	2798	76,68%
AMARELO	575	2	577	15,81%
LARANJA	1	1	2	0,05%
VERMELHO	7	0	7	0,19%
NÃO CLASSIFICADO	37	0	37	1,01%
TOTAL ATENDIMENTOS			3649	100%

ESTATÍSTICA POR CLASSIFICAÇÕES DE RISCO





PRONTO SOCORRO MUNICIPAL GIOVANI CUSINATO

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

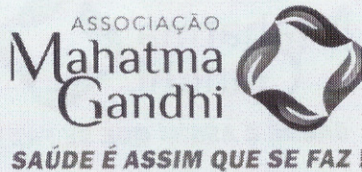
TREINAMENTO: ENF SILVANA NEVES DE SIMONE

TEMA: HUMANIZAÇÃO AO PACIENTE

ASSINAM A SEGUINTE ATA: ENFERMAGEM

NOME FUNCIONÁRIO	FUNÇÃO	ASSINATURA
Michele d. Serafini	Enf.	
Diana Cordeiro Bernal	Enf.	
Elaine Pereira Custodio	Sec. Enf.	
Alcides J. Y. M. M.	Tec. Enf.	
Ediane de Jesus de Jesus	Tec. Enf.	
Ediane BSC de S.	Tec. Enf.	
Cristiano R. Ramalho	Enfermeiro	
Rafaela J. da Silva Chube	Tec. enf.	
Celso Jose Batista	T.E	
Luciana Romão	S. E	
Elielton P. Nolin	TE	
Tamara dos Santos Azevedo	Enf. Sec.	
Vanilla Pereira Pereira	Sec.	
Helene J. do C.	Sec. enf.	
Jayce Souza Gomes	Enf.	
Francis Marcelino	Tec. Enf.	
Wendell Monteiro de Jesus	Enf.	
Adriano Cunha	Enfermeiro	
Luciano J. Garcia	Enf.	

ANEXO 4



PRONTO SOCORRO MUNICIPAL GIOVANI CUSINATO



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

TREINAMENTO: DR BRUNI TAVARES

TEMA: ASSISTENCIA EM PACIENTE EM SURTO PSICÓTICO

ASSINAM A SEGUINTE ATA: ENFERMAGEM

NOME FUNCIONÁRIO	FUNÇÃO	ASSINATURA
Diana C. Bernal	Enf	Diana
Michele F. Serphin	Enf	Michele
Eliziana Pereira Custodio	Sec Enf	Eliziana Custodio
Alheus P. Y. ...	Tec. Enf	Alheus
Fabiane Mendes de Paula	Tec. Enf	Fabiane
Emanuel Rosa de ...	Tec. Enf	Emanuel
Carolina R. ...	Enfermeira	Carolina
Debele F. de ...	Tec. enf	Debele
Celso Jose Batista	T.E	Celso
Rogério ...	S.C	Rogério
Elielton P. ...	TE	Elielton
Tainá dos Santos ...	Enf	Tainá dos Santos
Daniela ...	Sec.	Daniela
Alina F. ...	Sec. enf.	Alina
Thays ...	Enf	Thays
Renata ...	Tec. Enf	Renata
Wilson ...	Enf	Wilson
Patricia ...	Enfermeira	Patricia
Luciana ...	Enfermeira	Luciana
Luana ...	Sec. Enf	Luana

 <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 MEDIDAS ASSISTENCIAIS NO SURTO PSICÓTICO			
	Código: 01	Versão: 01/2024	Página:1	

1. Introdução

O protocolo de contenção tem a finalidade de garantir uma assistência multidisciplinar no monitoramento, implementação e definição de critérios que justifiquem a aplicação das condutas ao usuário com agitação psicomotora e heteroagressividade. E que o procedimento seja realizado de forma segura e humanizada. A contenção é utilizada na saúde como forma de proteger e garantir a segurança do paciente, com o intuito de prevenir quedas e retiradas de dispositivos. Nos ambientes de saúde pode ser definida como qualquer método que impeça ou limite as ações de uma pessoa. É utilizada com maior frequência em pacientes com patologias neurológicas, agitação e psicopatias, mesmo na ausência de evidências do seu benefício. A sua utilização deve ter sempre fim terapêutico e nunca deverá ocorrer como punição ou intimidação dos usuários. A contenção deve ser por tempo limitado e, tão logo possível, desde que considerado seguro, suspensa.

A contenção mecânica (ou física) é um ato de exceção a ser utilizado em pacientes que estejam oferecendo riscos a si mesmos ou a terceiros, em geral nos casos não responsivos às tentativas de contenção verbal ou química, ou quando estas nem mesmo são, de início, possíveis. Pode ser necessária em qualquer cenário: condições primariamente psiquiátricas, assim como condições clínicas e neurológicas diversas. Seus objetivos e indicações consistem basicamente em assegurar a integridade do paciente, a continuidade de tratamento e a segurança dos profissionais e demais envolvidos no cuidado. (SOUZA, SANTANA, CAPELETTO et al., 2019).

2. Siglas e definições

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO MEDIDAS ASSISTENCIAIS NO SURTO PSICÓTICO			
	Código: 01	Versão: 01/2024	Página:2	

HMG - Hospital Mahatma Gandhi

APM - Agitação Psicomotora

ASG - Antipsicótico de Segunda Geração

BZD - Benzodiazepínicos

CFM - Conselho Federal de Medicina

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem

COREN/SP - Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo

CREMESP - Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

VO - Via Oral



IM - Intramuscular

IV - Intravenoso

MS/GM - Ministério da Saúde Gabinete do Ministro

SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem

3. Objetivos

 <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 MEDIDAS ASSISTENCIAIS NO SURTO PSICÓTICO			
	Código: 01	Versão: 01/2024	Página:3	

- Padronizar as intervenções farmacológicas e não-farmacológicas para o manejo dos pacientes em situações de agitação psicomotora internados no HMG;
- Orientar a equipe multiprofissional sobre a postura e intervenção adequadas nos casos de pacientes com APM;
- Estimular a discussão da equipe assistencial sobre casos pertinentes.

4. Regulamentação

A contenção mecânica está fundamentada no Código de Ética Médica, nas Resoluções e Pareceres do Conselho Federal de Medicina e nas Portarias do Ministério da Saúde que normatizam os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): Resolução CFM 2.057/2013, Resolução CFM 1.952/2010, Processo Consulta nº 8.589/10 - CFM (01/11), Parecer nº 1.317/01-CRM/PR, Portaria 224/1992, Portaria MS/GM 336/2002, Portaria MS/GM 3088/2011 e Portaria MS/GM 121/2012.

O Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo orienta que o profissional Enfermeiro pode prescrever a contenção, se houve protocolo compartilhado, anexos 1 e 2 (Protocolos Clínico Institucional), autorizando a contenção. Aos técnicos e auxiliares de enfermagem cabe a execução da contenção sob supervisão do Enfermeiro mediante prescrição de enfermagem na SAE.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) publicou a Resolução n.º 427 em 2012, corroborando com o preconiza do na Joint Commission em seu Manual de Intervenção Não Violenta da Crise, publicado em 2009. O Artigo 1º atribui como privativo do enfermeiro. O Artigo 2º salienta que tal prática só deverá ser usada quando forem esgotados todos os outros meios disponíveis para prevenir dano imediato ou iminente ao paciente ou aos

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO MEDIDAS ASSISTENCIAIS NO SURTO PSICÓTICO			
	Código: 01	Versão: 01/2024	Página:4	

demais (Capeletto et al., 2021).

É obrigação dos gestores e dos responsáveis pelas instituições de saúde mental oferecer as condições de segurança aos pacientes e aos seus profissionais de saúde e condições físicas adequadas ao atendimento dos pacientes, que vão desde boas instalações e equipe multiprofissional, bem como capacitação técnica a todos os profissionais de saúde para exercerem todas as suas funções terapêuticas necessárias à correta assistência aos doentes, inclusive contenção, quando necessária.

O Parecer No. 175.956 do CREMESP é de suma importância, pois lança luz em um procedimento extremamente importante no manejo do paciente com transtorno mental grave, que deve ser conduzido com respeito e cuidado, objetivando única e exclusivamente a oferta do tratamento mais apropriado para o paciente.

5. Justificativa

A agitação pode ser definida como aumento da atividade psicomotora associada a uma experiência subjetiva de tensão podendo ser observada por meio de manifestações clínicas, como fala com conteúdo ameaçador, tensão muscular, hiperatividade, impaciência, desconfiança, podendo em algumas ocasiões os pacientes agitados apresentar o juízo crítico da realidade prejudicado o que pode levar o paciente a uma dificuldade de reconhecimento do seu quadro, não reconhecendo a necessidade de ajuda (Mantovani, et al 2010; Del-Ben, et al 2017).

Para que os serviços dentro da rede de atenção primária possam atender efetivamente as demandas dos usuários é necessário o entendimento e ampliação do cuidado ao paciente em agitação psicomotora ou agressividade. A atenção deve ir além de apenas silenciar os sintomas e isolar o

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO MEDIDAS ASSISTENCIAIS NO SURTO PSICÓTICO			
	Código: 01	Versão: 01/2024	Página:5	

usuário, devendo o profissional estar capacitado e disposto a atuar, reorganizando seus processos de trabalho, articulando práticas, buscando superar estigmas, preconceitos e estereótipos, sempre que necessário, buscando um olhar na direção dos direitos humanos e integralidade do cuidado (Zeferino, et al 2016).

Segundo SOOD, MCSTAY (2009) 6% dos atendimentos em serviços de emergência é por “agitação psicomotora ou comportamento agressivo, sendo assim, os profissionais que atuam em serviços de Saúde em algum momento podem se deparar com pacientes agitados ou agressivos”.

A equipe deve entender a agressividade do paciente como mais um sintoma a ser considerado no quadro clínico e como sinal de sofrimento psíquico que pode comprometer sua integridade física e de outros. A agitação psicomotora ou agressiva pode ser decorrente de diferentes tipos de condições clínicas por isso uma investigação clínica que permita estabelecer um diagnóstico diferencial amplo deve ser considerada. Entre as causas médicas gerais mais comumente associadas a estados agudos de agitação psicomotora podem ser citadas: hipoglicemia, hipóxia, traumatismo crânio encefálico, acidente vascular cerebral, estados pós ictais, transtornos mentais, intoxicação por substâncias psicoativas, síndrome de abstinência alcoólica. O manejo do paciente agitado ou violento exige dos profissionais habilidades diversas, grande agilidade e articulação (Mantovani, et al 2010; Del-Ben, et al 2017).

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO MEDIDAS ASSISTENCIAIS NO SURTO PSICÓTICO			
	Código: 01	Versão: 01/2024	Página:6	

6. Finalidades



Pacientes agitados e/ou agressivos, com risco iminente de queda, auto ou heteroagressão;

- Pacientes que, impossibilitados de julgamento adequado, demonstram risco evidente de fuga;
- Por solicitação do próprio paciente para garantir diagnóstico e tratamento;
- Em todos os casos, sempre que possível, contenção verbal e química devem ser tentadas antes da contenção física.

7. Procedimento

Antes de realizar a contenção mecânica propriamente dita, deve-se tentar algumas formas de manejo que engloba a organização do espaço físico a adequação de atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde.

7.1 Medidas não-farmacológicas

 <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 MEDIDAS ASSISTENCIAIS NO SURTO PSICÓTICO			
	Código: 01	Versão: 01/2024	Página:7	

A primeira abordagem é a verbal, baseada no diálogo empático, demonstrando respeito e garantido a segurança do paciente e dos outros. O profissional deve dizer seu nome e sua função ao paciente, explicando, sempre que possível, o que está sendo feito.

Ao interagir com o paciente agitado, o profissional deve manter uma distância segura, com respeito ao espaço pessoal do paciente. Nestes casos, o profissional não deve realizar a abordagem desacompanhado, evitando contato visual prolongado ou posturas que podem ser percebidas como ameaça. Deve ser dada atenção ao que paciente está fazendo ou falando. Jamais virar as costas para um paciente agitado. Usar palavras e sentenças simples, de fácil entendimento.

7.2 Manejo Ambiental:

Organização do espaço físico deve ser a primeira medida a ser considerada, antecedendo o atendimento de emergência propriamente dito, ela visa aumentar a segurança do paciente, da equipe e de outras pessoas inseridas no local, buscando ajudar o paciente a controlar seu impulso agressivo e para evitar que esse comportamento progrida algumas condutas devem ser tomadas com:

- Retirada de objetos ou aparelhos que possam ser quebrados ou mesmo usados como armas;
- Fácil acesso à porta tanto para a equipe como para o paciente, já que alguns pacientes persecutórios podem se sentir acuados, o que aumentaria o risco de agressão física;

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO MEDIDAS ASSISTENCIAIS NO SURTO PSICÓTICO			
	Código: 01	Versão: 01/2024	Página:8	

- O paciente não deve ser atendido por um único membro da equipe, a presença de outros profissionais de saúde no local de atendimento ajuda a coibir comportamentos violentos de maneira significativa;
- Ao menor indício de hostilidade ou agitação, o paciente deve ser imediatamente avaliado. Quanto mais cedo o paciente for abordado, menor é o risco de evolução para comportamento violento;
- A exposição a estímulos ambientais deve ser reduzida ao máximo e pessoas desestabilizadoras para o paciente – como, por exemplo, um membro da equipe com quem o paciente tem uma relação conflituosa que o paciente envolveu em seus delírios – deve ser afastado do paciente naquele momento de agitação. (Del-Ben, et al 2017);
- A fala deve ser pausada, objetiva e clara, tomando-se o cuidado para evitar entonações ou frases hostis ou demasiadamente autoritárias;
- O paciente deve ser estimulado a expressar seus sentimentos em palavras e a equipe deve reforçar a capacidade do paciente de autocontrole;
- Estabelecer vínculo de confiança e respeito em que o paciente se sinta acolhido e com seu sofrimento reconhecido;
- Evitar movimentos bruscos e olhar diretamente para o paciente
- Manter alguma distância e evitar fazer anotações;
- Assegurar ao paciente que você pretende ajudá-lo a controlar seus impulsos.

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO MEDIDAS ASSISTENCIAIS NO SURTO PSICÓTICO			
	Código: 01	Versão: 01/2024	Página:9	

7.3 Desescalada verbal

A desescalada verbal é uma técnica de interação complexa e dinâmica na qual o paciente é conduzido a um estado de calma enquanto a relação terapêutica se estabelece. Deve ser preferencialmente conduzida por 1 (uma) pessoa da equipe que interage de modo direto com o paciente.

A comunicação deve ser calma, utilizando linguagem simples e concisa, realizando repetições do conteúdo para checagem e garantia da compreensão. O paciente deve ser respeitado enquanto sujeito e em seu espaço pessoal, tendo seus desejos e necessidades escutados atentamente pelo profissional.

A condução não deve assumir tom provocativo ou reacionário, evitando influências contratransferenciais e sendo capaz de estabelecer regras e limites claros para o paciente que deve ser encorajado a participar de seu processo de cuidado.

7.3.1 Elementos essenciais da técnica de desescalada verbal



(TALK – DOWN):

- Falar com o paciente de modo seguro, calmo e relaxado;
- Responder calmamente, mantendo atitude firme;
- Oferecer bebida, alimentação e cobertor se solicitados pelo paciente;
- Ser flexível no diálogo e assegurar ao paciente que ele foi compreendido;

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO MEDIDAS ASSISTENCIAIS NO SURTO PSICÓTICO			
	Código: 01	Versão: 01/2024	Página:10	

- Não realizar julgamentos sobre os comportamentos do paciente;
- Usar frases curtas e compreensíveis, repetindo sempre que necessário;
- Não confrontar o paciente em relação às suas ideias ou razões, somente pactuações que acalmem e assegurem o paciente;
- Informar de modo claro ao paciente sobre a expectativa de que ele se acalme e de que a equipe está disponível para ajudá-lo neste sentido;
- Redirecionar a conversa quando a abordagem de determinados produzirem comportamentos disruptivos;
- Estabelecer limites enquanto são ofertadas possibilidades realistas e aceitáveis de melhora dos sintomas para o paciente;
- Em situações de violência, informar ao paciente de que esta é inaceitável, propondo a resolução de problemas através do diálogo;
- Informar ao paciente a possibilidade de utilização de recursos como contenção física ou farmacológica se necessárias.

7.4 Manejo farmacológico:

 <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 MEDIDAS ASSISTENCIAIS NO SURTO PSICÓTICO			
	Código: 01	Versão: 01/2024	Página:11	

A tranquilização ou “tranquilização rápida” objetiva acalmar sem sedar, o que permite ao paciente participar do seu processo de cuidado. Formulações orais devem ser priorizadas, mas a via IM e IV podem ser usadas como alternativas, nesta ordem de preferência, sendo desencorajada a via IV em virtude de maior exposição a sérios efeitos colaterais.

O objetivo do uso da medicação como manejo de pacientes agitados, não é a sedação excessiva (considerada como um efeito colateral indesejável), mas sim a tranquilizar o paciente o mais rápido possível, reduzindo os riscos a que está exposto e ocorrência de efeitos colaterais, permitindo posteriormente a continuidade da investigação diagnóstica ou abordagem terapêutica (Del-Ben, et al 2017).

É desnecessária a utilização da via endovenosa para os procedimentos de sedação em psiquiatria. A utilização da via oral deve ser utilizada sempre que houver cooperação do paciente. A via intra – muscular deve ser utilizada sempre que for necessário ação farmacológica rápida em pacientes não cooperativos. Os seguintes esquemas de medicação (VO e IM) são usualmente utilizados para pacientes adultos e poderão ser repetidos, após 30 minutos da primeira aplicação, caso não tenha havido sedação adequada do paciente:

Medicação

Haloperidol 1ml/5mg 1 amp + prometazina 25mg/ml 2 ml 1 amp IM

Haloperidol 01 ampola IM (1ml; 5mg) + Midazolam 01 ampola IM (3ml; 15mg)

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO MEDIDAS ASSISTENCIAIS NO SURTO PSICÓTICO			
	Código: 01	Versão: 01/2024	Página:12	

Em pacientes com quadro de intoxicação alcoólica há maior risco de depressão respiratória, já que o álcool exerce ação depressiva sobre o Sistema Nervoso Central. Nestes casos a utilização de benzodiazepínicos, como o Midazolam, e outros agentes com grande perfil de sedação devem ser evitados. Um esquema seguro para estes casos seria:

Medicação

Haloperidol 1ml/5mg 1 amp IM com repetição da dose em 30 min S/N

São Necessários cuidados redobrados ao medicar pacientes idosos, pois são mais vulneráveis aos efeitos adversos dos antipsicóticos tradicionais. Nestes casos, metade da dose utilizada em adultos jovens é geralmente suficiente.

A via IM de administração é preferida para os casos de maior severidade e comportamento violento, o que leva à opção da utilização de combinação de medicações em detrimento de monoterapia. Nesses casos, considera-se que os efeitos colaterais são mais intensos e frequentes.

A repetição das medicações pode ser realizada em casos específicos, considerando a dose máxima de cada droga. A mudança do recurso farmacológico deve ser optada nos casos de falha com doses máximas. A administração oral deve ser retomada assim que possível.

Nos casos de APM decorrente de intoxicação por substâncias depressoras do SNC (ex: álcool, opioides e certas medicações), deve

ser evitada a combinação com BZD para o tratamento da APM. Nesses



	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO MEDIDAS ASSISTENCIAIS NO SURTO PSICÓTICO			
	Código: 01	Versão: 01/2024	Página:13	

casos, o Haloperidol é o fármaco com maior segurança estabelecida pelos estudos até o momento.

Nos casos de APM decorrente de abstinência por substância, os BZD são preferidos em relação aos antipsicóticos.

APM associada a delirium exige investigação e tratamento da causa clínica, o que é imperioso em relação a qualquer intervenção com psicofármacos. Nos casos de necessidade de controle farmacológico, deve-se optar por ASG desde que o delirium não seja decorrente do uso ou abstinência de substâncias depressoras do SNC. Haloperidol e Risperidona, quando utilizados, devem ser administrados em doses baixas. BZD devem ser evitados em virtude do risco de piora do quadro. Entre os idosos, deve-se considerar sempre a possibilidade de delirium como causa da APM, especialmente nos casos com alterações da atenção, desorientação e alteração nos níveis de consciência. Na exclusão de causas clínicas, ansiedade e transtornos afetivos são as causas psiquiátricas mais frequentes de APM nessa população.

7.5 Medicações orais recomendadas para tranquilização rápida

 <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 MEDIDAS ASSISTENCIAIS NO SURTO PSICÓTICO			
	Código: 01	Versão: 01/2024	Página:14	

Medicação	Dose (mg)	Início de ação (h)	Meia-vida (h)	Repetição se necessário (h)	DOSE MÁXIMA EM 24 h
Risperidona	2-3	1	24	1	8
Risperidona + Lorazepam	2 + 2	1	24	1	6/6
Olanzapina	10	1-2/4-6	21-54	2/4	30
Haloperidol	5-15	1-4	15-37	8	15
Risperidona + Clonazepam	2 + 2	1	20-40	1	6/6
Clonazepam	2	1-3	20-40	1	8
Diazepam	10	0,5-1,5	20-80	1	60
Lorazepam	2-4	2	8-16	2	4

7.6 Medicações intramusculares recomendadas para tranquilização rápida

Medicação	Dose (mg)	Início de ação	Meia-vida	Repetição se necessário	Dose Máxima em 24 h (mg)
Haloperidol	2,5–10	30 min	15-37 h	30 min	30
Haloperidol + Midazolam	2,5 + 7,5-15	20 min	15 h	30 min	30 para o Haloperidol
Haloperidol + Prometazina	2,5-10 + 25-50	30 min	15-37 h	30 min	30/100
Lorazepam *	2-4	20-30 min	13-18 h	1 h	4
Midazolam	Até 15	15-20 min	90-150 min	30 min	-
Haloperidol + Lorazepam*	5 + 2	30 min	18 h	1 h	15/4

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO MEDIDAS ASSISTENCIAIS NO SURTO PSICÓTICO			
	Código: 01	Versão: 01/2024	Página:15	

8. Contenção física e mecânica:

Esse procedimento deverá estar prescrito pelo médico em prescrição eletrônica e/ou física.

Quando as intervenções verbais, não verbais e medicamentosas descritas anteriormente não são suficientes para o controle da situação, pode ser necessário o uso de isolamento, contenção física ou contenção mecânica. Para uma melhor compreensão e realização do procedimento, considera-se importante, entender a diferenciação entre contenção física e contenção mecânica, termos normalmente usados como sinônimos por profissionais da saúde. A contenção física se caracteriza pela imobilização do paciente por várias pessoas da equipe que o seguram firmemente no solo. Já a contenção mecânica se caracteriza pelo uso de faixas de couro ou tecido, em quatro ou cinco pontos, que fixam o paciente ao leito.

9. Decisão da contenção e papel de cada profissional

Quanto à competência de quem tomará a decisão da contenção, a Resolução 1.598/2000 do Conselho Federal de Medicina dispõe que cabe ao profissional médico a decisão de estabelecer a restrição ao paciente.

O Conselho regional de Enfermagem de São Paulo, na Resolução do Conselho Federal de Enfermagem 427/2012 orienta que o profissional Enfermeiro pode prescrever a contenção, se

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO MEDIDAS ASSISTENCIAIS NO SURTO PSICÓTICO			
	Código: 01	Versão: 01/2024	Página:16	

houver protocolo compartilhado autorizando a contenção, cabendo aos técnicos e auxiliares de enfermagem à execução da contenção sob supervisão do Enfermeiro.

Marcolan (2004) defende que, diferentes profissionais que pertencem à equipe, podem e devem participar da contenção física/mecânica e da decisão pelo procedimento, desde que, capacitados para tal, considerando que a assistência ao paciente centrada na equipe multiprofissional em varias instituições pelo país, vem dando bons resultados além do fato de que a retirada do poder de decisão depositados nas mãos de uma só profissão diminui o impacto da violência perpetrada contra o paciente e consequentemente coibi o abuso.

10. Procedimento de contenção física

A contenção física se caracteriza pela imobilização do paciente por várias pessoas da equipe que o seguram firmemente no solo (STEINERT; LEPPING, 2009 apud MANTOVANI et al., 2009). Nesse caso, não se utiliza nenhum dispositivo mecânico, apenas técnicas manuais para limitar as ações do paciente, quando esse oferece perigo para si e para terceiros, caracterizando como intervenção de segurança e não como recurso terapêutico (ALLEN; CURRIER, 2004).

A contenção física do paciente é utilizada para segurar, conduzir e restringir os movimentos físicos do paciente. Para que a técnica seja usada de forma adequada sem correr os riscos de ferir seriamente o paciente ou o profissional ou ambos, necessita de no mínimo cinco profissionais para executá-la.

Para justificar o uso mínimo de cinco profissionais na contenção física, deve-se pela distribuição deles nas partes do corpo a serem seguras: uma para cada membro superior, uma para cada membro

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO MEDIDAS ASSISTENCIAIS NO SURTO PSICÓTICO			
	Código: 01	Versão: 01/2024	Página:17	

inferior, um para o tórax e cabeça. Dessa forma é possível, na maioria das vezes contermos de forma adequada o paciente, evitando que ocorram riscos de grandes lesões para ele e para os profissionais. Enfatiza-se que pequenas lesões podem ocorrer durante o procedimento como: hiperemias causadas ao segurar com força o paciente, escoriações na pele provocadas por unhas e musculatura dolorida em função da força empregada no final da contenção.

Na contenção física, a força é tão importante quanto o posicionamento, também o conhecimento sobre a imobilização das áreas corporais do paciente. Existem situações em que o paciente é muito alto, muito forte ou está muito agressivo e serão necessários mais do que cinco pessoas para controlá-lo. Cada equipe deve ter um coordenador, embora todos os participantes devam ser preparados para assumir esse papel a qualquer momento.

A equipe ao abordar o paciente necessita ficar posicionada em semicírculo, reduzindo a área em volta do paciente, assim limitando a sua movimentação.

	MANUAL DE TRABALHO			MUNICÍPIO DE VIRADOURO ESTADO DE SÃO PAULO
	PROTOCOLO CLÍNICO MEDIDAS ASSISTENCIAIS NO SURTO PSICÓTICO			
	Código: 01	Versão: 01/2024	Página:18	



(Foto 1) Posicionamento da equipe

Não se aconselha o posicionamento atrás do paciente no início da abordagem, pois, um paciente com delírio persecutório pode ficar mais agressivo com a situação dificultando o procedimento.

A contenção deve ser utilizada quando todas as medidas de controle e de colaboração do paciente acabarem, para isso o coordenador deve observar o comportamento sugestivo para agressão e tomar

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO MEDIDAS ASSISTENCIAIS NO SURTO PSICÓTICO			
	Código: 01	Versão: 01/2024	Página:19	

iniciativa de executar o procedimento com a equipe já treinada, sendo o responsável para dar os comandos necessários para uma abordagem sincronizada e eficaz.

A equipe deve previamente combinar uma frase ou palavra a ser proferida pelo coordenador como sendo a senha, para que ao final da verbalização, todos os profissionais consigam realizar a contenção de forma sincronizada. Outra estratégia é a utilização de frases longas que permitam o preparo do profissional para a ação, como: “Precisamos conversar sobre seu tratamento”, “O senhor está um pouco alterado, vamos para outro ambiente conversar”.

Para restringir o paciente os profissionais que estão na linha de cintura do paciente irão segurar os membros superiores, um de cada lado; Os profissionais que estão em linha diagonal irão segurar os membros; inferiores, um de cada lado;



(Foto 2). Segurando os membros superiores

	MANUAL DE TRABALHO			MUNICÍPIO DE VIRADOURO ESTADO DE SÃO PAULO
	PROTOCOLO CLÍNICO MEDIDAS ASSISTENCIAIS NO SURTO PSICÓTICO			
	Código: 01	Versão: 01/2024	Página:20	



(Foto 3). Segurando o membro inferior

O profissional (coordenador) irá se posicionar atrás do paciente e segurar a cabeça e o tórax do paciente de forma concomitante. Uma mão se apoia no tórax do paciente, por baixo da axila e a outra segura a região frontal, para que seja controlada a cabeça e se evite possíveis lesões por mordedura;

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO MEDIDAS ASSISTENCIAIS NO SURTO PSICÓTICO			
	Código: 01	Versão: 01/2024	Página:21	



(Foto 4). Segurando o tórax e a cabeça.

Assim deve-se ficar o posicionamento dos profissionais:

	MANUAL DE TRABALHO			MUNICÍPIO DE VIRADOURO ESTADO DE SÃO PAULO
	PROTOCOLO CLÍNICO MEDIDAS ASSISTENCIAIS NO SURTO PSICÓTICO			
	Código: 01	Versão: 01/2024	Página:22	



(Foto 5). Posicionamento da equipe

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO MEDIDAS ASSISTENCIAIS NO SURTO PSICÓTICO			
	Código: 01	Versão: 01/2024	Página:23	

11. Medidas a serem evitadas

São proibidas para serem aplicadas por profissionais da saúde e não são terapêuticas as medidas:



- De dar chave de braço,
- Torção de punho, pisar no pé,
- Enforcamento ou segurar o paciente passando os membros superiores do profissional por baixo das axilas do paciente, em seguida cruzando as mãos e prendendo a região occipital da cabeça (fotos 6, 7 e 8).



Foto 6: Imobilização de pescoço

Foto7: Enforcamento

Foto 8: Chave de braço

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO MEDIDAS ASSISTENCIAIS NO SURTO PSICÓTICO			
	Código: 01	Versão: 01/2024	Página:24	

12. Contenção mecânica

Esse procedimento deverá estar prescrito pelo médico em prescrição eletrônica e/ou física.

A contenção mecânica é uma medida terapêutica que deve ser usada de forma adequada e específica para que surta o efeito desejado, de maneira segura e eficaz, evitando danos aos pacientes e aos profissionais envolvidos na técnica. É um procedimento que, se não aplicada com critério e cuidados, pode desencadear complicações que vão muito além da do trauma psicológico envolvido em uma abordagem agressiva e sem consentimento. São complicações clínicas graves, como: desidratação, redução da perfusão em extremidades, fraturas, depressão respiratória e até mesmo morte súbita, contudo ela deve ser o último recurso a ser utilizado para controlar condutas violentas. (MARCOLAN, 2004; STUART e LARAIA, 2001; KAPLAN, SADOCK, GREBB, 2010).

Após todos os profissionais estarem posicionados e o paciente restringido fisicamente, é imprescindível colocá-lo numa maca ou no leito, onde será contido pelas faixas que deverão estar localizadas de forma próxima e de fácil acesso.

Após a contenção física do paciente, os profissionais devem se posicionar em frente à maca ou leito, mantendo o paciente elevado para ser posicionado à cima do leito (Foto 9), após isso deve-se mover o paciente em direção a cabeceira (Foto 10). O paciente deve ser mantido em posição anatômica, com os membros inferiores levemente afastados, os membros superiores ao lado do corpo e com as palmas das mãos voltadas para cima. Cada profissional que segura um membro específico do paciente deverá manter o mesmo membro fixado ao leito (Foto 11).

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO MEDIDAS ASSISTENCIAIS NO SURTO PSICÓTICO			
	Código: 01	Versão: 01/2024	Página:25	

O profissional que está posicionado no membro inferior necessita imobilizar o joelho e o tornozelo (principais articulações), usando cada uma de suas mãos para essas áreas, colocando todo o peso da parte superior do corpo contra a área segura e fixando-a contra o colchão.



Foto 9: Posicionamento em frente ao leito/maca Foto 10: Movimento em direção a cabeceira Foto 11: Membros imobilizado ao leito

	MANUAL DE TRABALHO			MUNICÍPIO DE VIRADOURO ESTADO DE SÃO PAULO
	PROTOCOLO CLÍNICO MEDIDAS ASSISTENCIAIS NO SURTO PSICÓTICO			
	Código: 01	Versão: 01/2024	Página:26	

O profissional que está posicionado no membro superior necessita imobilizar o pulso e a fossa anticubital (principais articulações), usando cada uma de suas mãos para essas áreas, colocando todo o peso da parte superior do corpo contra a área segura e fixando-a contra o colchão.

As faixas devem estar presentes e ser de fácil acesso no ambiente em que o paciente está sendo contido, ou levadas pela equipe durante a abordagem.

O profissional que está livre (coordenador) para aplicar as faixas no paciente deve decidir por onde começar o procedimento, devendo iniciar sempre pelo membro que está sendo seguro e apresenta o maior risco de ser solto pelo paciente.



Foto 12 a,b: Coordenador colocando as faixas |



	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO MEDIDAS ASSISTENCIAIS NO SURTO PSICÓTICO			
	Código: 01	Versão: 01/2024	Página:27	

O tórax deve ser a última área a ser contida por faixa, após todos os membros já estarem contidos, devido à necessidade prévia de se ter um adequado posicionamento dos membros superiores (Foto 13).

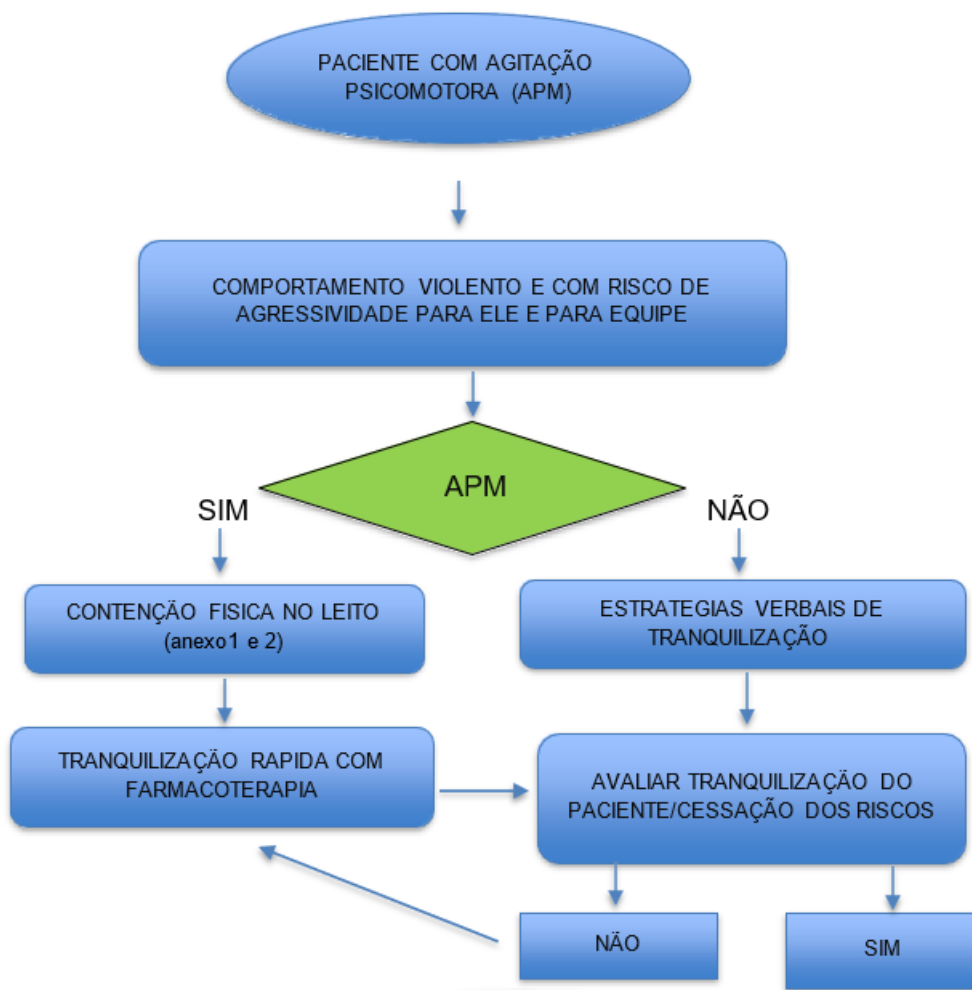




Foto 13: Colocação da faixa

Após a contenção mecânica deve-se investigar a causa, que pode ser de origem clínica ou psiquiátrica, que levou a alteração do comportamento e agitação do paciente. O representante legal ou a família do paciente deve ser informado tão logo possível.

 <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 MEDIDAS ASSISTENCIAIS NO SURTO PSICÓTICO			
	Código: 01	Versão: 01/2024	Página:28	

13. Fluxograma





 <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 MEDIDAS ASSISTENCIAIS NO SURTO PSICÓTICO			
	Código: 01	Versão: 01/2024	Página:29	

SUSPENDER A RESTROÇÃO FÍSICA GRADUALMENTE (MMIII E OPTAR PELA ADMINISTRAÇÃO ORAL E MEDICAÇÕES OU MESMO A RETIRADA.

14. Formulário do protocolo de contenção

PROTOCOLO DE CONTENÇÃO MECÂNICA HOSPITAL MAHATMA GANDHI									
PACIENTE: _____		LEITO: _____		UNIDADE: _____		DATA ADMISSÃO ____/____/____			
DATA/CONTENÇÃO ____/____/____		HORA (*): _____		ACEITAÇÃO: SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO (<input type="checkbox"/>)					
MOTIVO: AGITAÇÃO PSICOMOTORA (<input type="checkbox"/>) AUTO SOLICITADA (<input type="checkbox"/>) INFRAÇÕES DE NORMAS INTERNAS (<input type="checkbox"/>) QUAIS: _____									
JUSTIFICATIVA: _____									
AGRESSÃO: À EQUIPE (<input type="checkbox"/>) À FAMÍLIA (<input type="checkbox"/>) AUTO AGRESSÃO (<input type="checkbox"/>) AO PATRIMÔNIO (<input type="checkbox"/>) A OUTRO PACIENTE (<input type="checkbox"/>) NÃO HOUE AGRESSÃO (<input type="checkbox"/>)									
CARIMBO/ASSINATURA: _____									
AUX/TÉC ENFERMAGEM		ENFERMEIRO			MÉDICO				
CONDUTA: CONTENÇÃO MEDICAMENTOSA (<input type="checkbox"/>) MEDICAÇÃO PRESCRITA: _____									
CONTENÇÃO MECÂNICA (<input type="checkbox"/>) CLEXANE 20MG SUBCUTANEO SC (<input type="checkbox"/>)									
HORA DA CONTENÇÃO (*)	SINAIS VITAIS	15 MIN	30 MIN	45 MIN	PRIMEIRA HORA	SEGUNDA HORA	TERCEIRA HORA	QUARTA HORA	
PRESSÃO ARTERIAL	PA=	PA=	PA=	PA=	PA=	PA=	PA=	PA=	
FREQUENCIA CARDIACA	FC=	FC=	FC=	FC=	FC=	FC=	FC=	FC=	
FREQUENCIA RESPIRAÇÃO	FR=	FR=	FR=	FR=	FR=	FR=	FR=	FR=	
SATURAÇÃO O2	SO2%=	SO2%=	SO2%=	SO2%=	SO2%=	SO2%=	SO2%=	SO2%=	
TEMPERATURA	T°=	T°=	T°=	T°=	T°=	T°=	T°=	T°=	
TEMPO RECARGA CAPILAR ≤ 3 sg	TRC=	TRC=	TRC=	TRC=	TRC=	TRC=	TRC=	TRC=	
NECESSIDADE DE MEDICAÇÃO	SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO (<input type="checkbox"/>) QUAL: _____				GLICEMIA=				
CARIMBO/ASSINATURA:					SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO (<input type="checkbox"/>) QUAL: _____				
					<p style="text-align: center;">A PRESCRIÇÃO DA CONTENÇÃO MECÂNICA É UM ATO MÉDICO, CONFORME RESOLUÇÃO CFM N° 1952/2010. PORTANTO O MÉDICO DEVE PRESCREVER IMEDIATAMENTE APÓS O PROCEDIMENTO DE CONTENÇÃO.</p>				
DURANTE CONTENÇÃO MANTER DECÚBITO ELEVADO 45° SEM INGESTÃO HÍDRICA E ALIMENTAR									

 <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 MEDIDAS ASSISTENCIAIS NO SURTO PSICÓTICO			
	Código: 01	Versão: 01/2024	Página:30	

14.1 Anexo I

<u>PROTOCOLO DE CONTENÇÃO FÍSICA/MECÂNICA HOSPITAL MAHATMA GANDHI</u>		
<p>OBS: SE NECESSARIO DAR CONTINUIDADE EM OUTRO PROTOCOLO, DEVE-SE MANTER PACIENTE POR 30 MINUTOS SEM CONTENÇÃO, COM PRESENÇA CONTINUA DA ENFERMAGEM DURANTE ESSE PERÍODO. NO SEGUNDO PROTOCOLO CONTINUAR MANTENDO HIDRATAÇÃO COM SOROTERAPIA PRESCRITA SF 0,9% 500ml 8/8 HORAS EM 24H, EM PACIENTES SEM COMORBIDADES PRÉVIAS: CARDIOPATIA, DIABETES, DOENÇA RENAL.</p>		
<p>_____ AUX/TÉC EMFERMAGEM</p>	<p>_____ ENFERMEIRO</p>	<p>_____ MÉDICO</p>

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO MEDIDAS ASSISTENCIAIS NO SURTO PSICÓTICO			
	Código: 01	Versão: 01/2024	Página:31	

15 Duração e retirada da contenção mecânica



O tempo de duração da contenção deve-se ser discutido pela equipe, sendo observado cada caso de forma individual. De forma geral, se o paciente não apresenta mais o comportamento que gerou a contenção mecânica, ou apresenta-se em estado de consciência, ou consegue fazer um contrato de liberação e/ou seu estado psíquico é avaliado como melhorado, chegou o momento de se preceder a sua liberação. A liberação deve ser embasada em aspectos técnicos ponderada pela opinião da equipe multiprofissional, sendo adequado o maior número de profissionais participantes da avaliação para liberar o paciente. Deve se fazer o contrato com o paciente a respeito de sua liberação, deixando claros os motivos da sua contenção: a necessidade de proteção individual e coletiva.

De modo claro e imperativo, sem ser em tom de ameaça, deve ser orientado que, caso volte a apresentar o comportamento anteriormente descrito, ou, outro comportamento que seja avaliado como de risco, poderá ser necessária uma nova contenção física/mecânica.

Em seguida deve ser orientado sobre a retirada das faixas de contenção (iniciar pelos MMII), de modo vagaroso, sem sua participação na retirada das faixas, deixando a cargo dos profissionais todo o processo.

É preciso orientá-lo que ao final da retirada das faixas, não se levante de forma brusca e/ou rápida, por que há possibilidade de que sobrevenha a hipotensão ortostática. Orienta-se movimentar cada membro liberado, de forma regular, flexionando-o por alguns breves instantes.

Um deve ser responsável por coordenar a ação os demais profissionais devem se posicionar um de cada lado do paciente, prontos para intervir, se houver agitação novamente.

 <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 MEDIDAS ASSISTENCIAIS NO SURTO PSICÓTICO			
	Código: 01	Versão: 01/2024	Página:32	

Inicia-se a liberação do paciente pela retirada da faixa do membro inferior do lado não dominante, onde o coordenador da ação fica lateralizado ao membro inferior a ser desamarrado e com o seu corpo na altura do joelho do paciente, afastando o rosto para evitar receber um golpe. , orientar a flexão/extensão (mobilização precoce no leito). Cerca de um minuto após, procede-se a retirada da faixa do membro superior do lado contrário ao membro inferior liberado.

Aguarda-se novamente cerca de um minuto enquanto o paciente é avaliado, devendo neste momento movimentar os membros livres, continuando a liberação agora do outro membro inferior que se encontra amarrado. Novamente se completa o intervalo de espera e pela ordem de liberação do outro membro superior, a avaliação é feita e em seguida finaliza-se com a retirada da faixa do tórax.

Ressaltamos a necessidade imperativa de se realizar observação e a avaliação rotineiras do paciente, tomando todo o cuidado para não ocorrer descuidos na assistência, pela crença errônea de que não oferece mais perigo ou necessita de cuidados.

16. Classificação de risco

A construção desse Protocolo inspirou-se no Protocolo de Manchester que garante a utilização de critérios uniformes de classificação de risco ao longo do tempo e com diferentes equipes e, assim, a prioridade de atendimento e classificação do risco em saúde mental será categorizada através das cores:



- Tentativa de suicídio;

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO MEDIDAS ASSISTENCIAIS NO SURTO PSICÓTICO			
	Código: 01	Versão: 01/2024	Página:33	

- Alterações importante nos sinais vitais;
- Episódio depressivo grave com ou sem sintomas psicóticos associado à ideação suicida, planejamento e/ou história anterior de tentativa de suicídio;
- Episódio de Mania (euforia) com sintomas psicóticos associado a comportamento inadequado com risco para si e/ou terceiros
- Autonegligência grave associada à comorbidades orgânicas
- Intoxicação aguda por substâncias psicoativas (medicamentos, álcool e outras drogas)
- Quadro psicótico com delírios, alucinações, confusão mental, ansiedade intensa,
- Pânico e impulsividade com risco para si e/ou terceiros
- Episódio de agitação psicomotora, agressividade auto e/ou heterodirigida, com ideação, planejamento e/ou tentativa de homicídio ou suicídio;
- Quadro de alcoolismo ou dependência química a outras drogas com sinais de agitação e/ou agressividade auto e/ou heterodirigida, várias tentativas anteriores de tratamento extra-hospitalar sem êxito com riscos elevado psicossocial.
- Alterações de sinais vitais
- Quadro depressivo grave com ou sem sintomas psicóticos, com ideação suicida sem planejamento, porém sem apoio sociofamiliar que possibilite tratamento extrahospitalar;

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO MEDIDAS ASSISTENCIAIS NO SURTO PSICÓTICO			
	Código: 01	Versão: 01/2024	Página:34	

- Quadro psicótico com sintomas agudos, sem sinais de agitação psicomotora e/ou agressividade auto e/ou heterodirigida, porém sem apoio sociofamiliar;
- Alcoolismo ou dependência química a outras substâncias com sinais de abstinência leve ou moderado que não consegue se abster com programa de tratamento extrahospitalar, evidência de risco social;
- Episódio de Mania (euforia) com sintomas psicóticos
- Vítimas de violência sexual;
- Episódio de alteração aguda da consciência e comportamento (agitação, letargia, confusão mental, rebaixamento, desmaios, etc.);
- Determinações judiciais;
- Quadro depressivo moderado com ou sem ideação suicida, com apoio sociofamiliar que possibilite tratamento extra-hospitalar;
- Quadro psicótico com sintomas agudos, sem sinais de agitação psicomotora e/ou agressividade auto e heterodirigida, com apoio sociofamiliar que possibilite tratamento extra-hospitalar;

 <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 MEDIDAS ASSISTENCIAIS NO SURTO PSICÓTICO			
	Código: 01	Versão: 01/2024	Página:35	

- Alcoolismo ou dependência química a outras drogas com sinais de abstinência leve que consegue participar de programa de tratamento especializado ambulatorial
- Episódio Dissociativo/ Conversivo
- Histórico psiquiátrico pregresso com tentativa de suicídio e/ou homicídio e internação prévia
- Episódio psicótico agudo ou transtorno crônico reagudizado;
- Síndrome Depressiva leve aguda, crônica ou recorrente;
- Transtorno Afetivo Bipolar: episódio depressivo ou maníaco leve/ moderado;
- Insônia;
- Síndromes conversivas, sintomas psicossomáticos, crises de ansiedade
- Distúrbios de relacionamento interpessoal;
- Episódios de uso nocivo/abusivo de álcool ou outras substâncias psicoativas
- Condições crônicas estabilizadas
- Manutenção do acompanhamento ambulatorial multiprofissional para pacientes com transtornos mentais crônicos em uso de medicação estabilizados
- Trocas e requisições de receitas médicas
- Orientações e apoio familiar

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO MEDIDAS ASSISTENCIAIS NO SURTO PSICÓTICO			
	Código: 01	Versão: 01/2024	Página:36	

17. Materiais

- Prescrição medica eletronica e/ou fisica
- Leito em quarto de observação com lençol limpo;Travesseiro;
- Cinco faixas de tecido de algodão duplo dobrado com 2,5 m de comprimento e 0,6 cm de largura, com várias costuras ao longo do comprimento para contenção de membro; Uma faixa para contenção de tórax;
- Luvas de procedimentos;

Referências Bibliográficas

BRAGA, I. P. et al. Contenção física no hospital psiquiátrico: estudo transversal das práticas e fatores de risco. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 65, n. 1, p. 53-59, mar. 2016. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000103>.

BRASIL. Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990: Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO MEDIDAS ASSISTENCIAIS NO SURTO PSICÓTICO			
	Código: 01	Versão: 01/2024	Página:37	

BRASILIA: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: . . Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 1.559, de 1º de agosto de 2008: Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (COREN-SP).

Parecer COREN-SP 019/2012- CT, de 2012. Contenção de pacientes mediante a prescrição por “telemedicina” em APH e em outras situações. Disponível em

<http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2012_19.pdf>. Acesso em: 05 de abril. 2017.

CHAVES, T. V. et al. Crack cocaine craving: behaviors and coping strategies among current and former users. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1168- 1175, Dec. 2011.

<https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000066>.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 427, de 7 de

maio de 2012. Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 175-176, 10 maio 2012.

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO MEDIDAS ASSISTENCIAIS NO SURTO PSICÓTICO			
	Código: 01	Versão: 01/2024	Página:38	

DAMÁSIO, J.; CARVALHO, S. Doenças do movimento induzidas por fármacos: a importância dos Psicofármacos. Acta Médica Portuguesa, Lisboa, v. 24, S4, p. 915- 922, 2011.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo Estadual de Classificação de risco em Saúde Mental. Vitória: Secretaria Municipal de Saúde, 2018.

Lei Nº 10.216, de 06 de abril de 2001: Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

MINISTERIO DA SAUDE. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). MI-mhGAP
ManualMde

Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde. Versão 2.0. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2018. Com algumas adaptações à realidade local.



	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO MEDIDAS ASSISTENCIAIS NO SURTO PSICÓTICO			
	Código: 01	Versão: 01/2024	Página:39	

POP.UAP.011PROTOCOLOAGITAOPSICOMOTORA.pdf

<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hu-univasf/aceso-a-informacao/normas/protocolos-institucionais/aceso> em 20/05/2023.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Departamento de Atenção a Saúde das Pessoas. Protocolo de contenção física e mecânica. Ribeirão Preto – São Paulo, 2018.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ. Norma geral de regulação do fluxo assistencial hospitalar em saúde mental. Paraná: 2016. Disponível em: Sistema Manchester de classificação de Risco: Classificação de Risco na Urgência e Emergência. Tradução do livro Emergency Triage / Manchester Triage Group; editado por Kevin Mackway- Jones, Janet Marsden, Jill Windle, 2ª edição. Editora: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. 2010.

 <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 MEDIDAS ASSISTENCIAIS NO SURTO PSICÓTICO			
	Código: 01	Versão: 01/2024	Página:40	

PROTOCOLO CLÍNICO: MEDIDAS ASSISTENCIAIS NO SURTO PSICÓTICO PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE VIRADOURO/SP		
Periodicidade de Revisão: 2 ANOS		
EQUIPE DE DESENVOLVIMENTO		
Elaboração	Data	Função
Matheus G. Dela Marta – CRM/SP: 197348	03/01/2024	R.T médico <i>Matheus G. Dela Marta</i> Médico CRM/SP 197.348
Enfº Fábio Cegatti – Coren/SP: 0131903		Equipe técnica
Revisor	Data	Função
Matheus G. Dela Marta – CRM/SP: 197348	04/01/2024	R.T médico <i>Matheus G. Dela Marta</i> Médico CRM/SP 197.348
Enfª Silvana Neves de Simone – Coren/SP: 569733		R.T de enfermagem
Aprovador	Data	Função
Matheus G. Dela Marta – CRM/SP: 197348	04/01/2024	R.T médico <i>Matheus G. Dela Marta</i> Médico CRM/SP 197.348
Validador	Data	Função
Matheus G. Dela Marta – CRM/SP: 197348	04/01/2024	R.T médico <i>Matheus G. Dela Marta</i> Médico CRM/SP 197.348

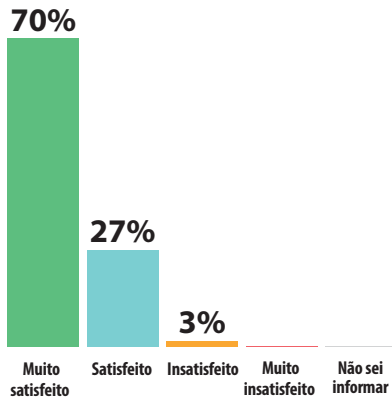
**PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL
MEDIDAS ASSISTENCIAIS NO SURTO PSICÓTICO
PRONTO SOCORRO MUNICIPAL GIOVANI CUSINATO – VIRADOURO/SP**

ANEXO 5

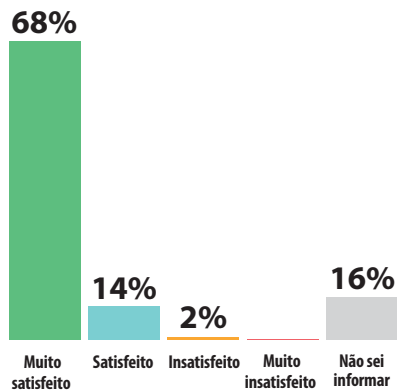
RELATÓRIO MENSAL DA MÉDIA DE TEMPO DE ESPERA DO PACIENTE - DEZEMBRO 2023				
MÊS	CLASSIF.RISCO	MÉDIA TEMPO DE ESPERA TRIAGEM	MÉDIA TEMPO DE ESPERA CONSULTA	MÉDIA TEMPO DE ESPERA TOTAL
dez/23	AZUL	00:07:44	01:27:43	01:19:59
dez/23	VERDE	00:07:51	00:21:54	00:29:45
dez/23	AMARELO	00:07:56	00:22:18	00:14:21
dez/23	LARANJA	00:00:57	01:39:29	01:40:26
dez/23	VERMELHO	00:09:29	00:22:23	00:12:55

Dezembro/2023

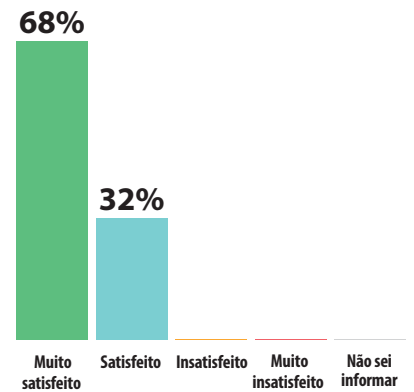
Como você avalia o atendimento prestado pela recepção?



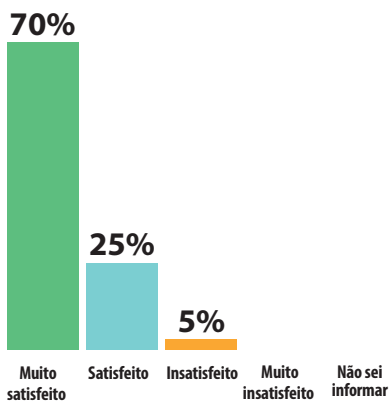
Como você avalia o atendimento prestado pelo motorista socorrista?



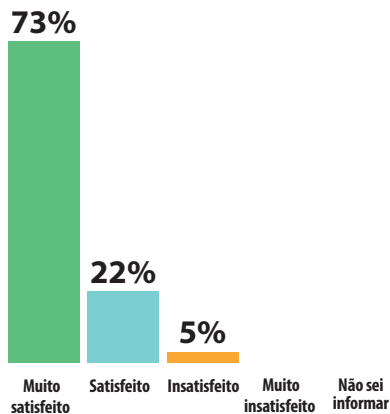
Como você avalia a limpeza e organização do pronto socorro?



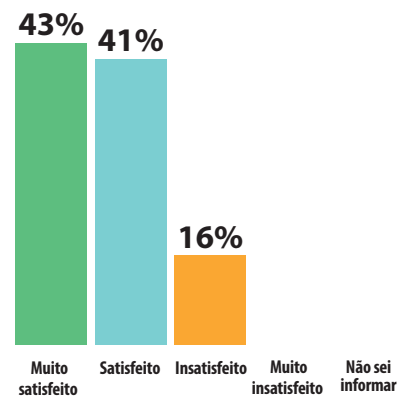
Como você avalia o atendimento prestado pela equipe de enfermagem?



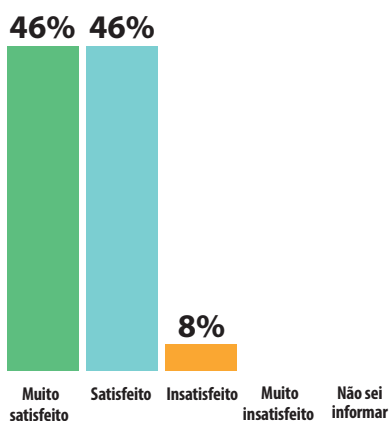
Como você avalia o atendimento médico?



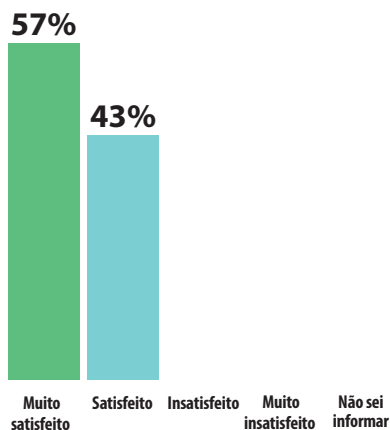
Como você avalia o tempo de espera para o primeiro atendimento?



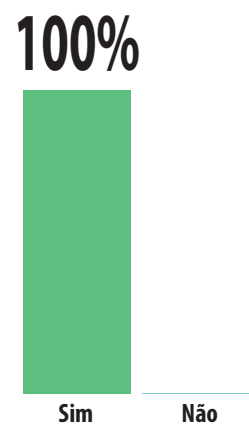
Como você avalia o tempo que permaneceu no pronto socorro?



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



Teve seu problema resolvido?



Em 29/12/2023, realizado a reunião técnica com a comissão de revisão de óbitos do município de São Paulo Municipal de Ubatuba, presidida pelo Dr.ª Mãe de Deus Costa CRM 197348:

Óbitos Suspeitos.

20-35295728-0

20-35295725-5

20-35295726-3

20-35295727-1

- Selma Mes de Lino

- Maria Carolina Favaretto

- ~~Maria Carolina Favaretto~~

- ~~Ass. C. 11.~~

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

em 29/12/2023, realizado a reunião com
a Comissão de revisão de protuberâncias do ponto
Seraso Municipal de Unoadem, presidida,
pelo Dr. Mother Zelo Mota CRM 197348.

Objetivos da reunião:

- Protocolo de Dengue e Covid
- Evoluções médicas sobre intervenções de pontos e
protocolos implantados.
- Evoluções de Enfermagem.

- Silvana Nere de Lima
- Maria Caroline Favato
- Jonathan Cesar Neri da Fonseca
- Serasos. Esf. Cona, .
- ~~Maria Carolina Favato~~
- ~~Maria Carolina Favato~~

Maria Carolina Favato
COREN-SP: 468.329-ENF.
Gestora Administrativa

