



DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE DE JACUPIRANGA

PLANO DE TRABALHO

EM CONCORDÂNCIA COM O EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CONTRATAÇÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL PARA ADMINISTRAÇÃO, GERENCIAMENTO E OPERACIONALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE JACUPIRANGA E ATIVIDADES CORRELATAS DE CONSERVAÇÃO E MANUTENÇÃO DE PRÓPRIOS PÚBLICOS PERMISSIONADOS.

À PREFEITURA MUNICIPAL DE JACUPIRANGA
À PREFEITA MUNICIPAL, EXMA. SRA. DÉBORA CRISTINA VOLPINI ANDRÉ
AO DMS – DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE DE JACUPIRANGA
AO DIRETOR DE SAÚDE, ILMO. SR. LINEU PINTO

PROPONENTE: INCS – INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CNPJ/MF: N° 09.268.215/0001-62

Matriz: Rua Emygdia Campolim, 131, Parque Campolim, Sorocaba, SP, CEP 18047-626
Telefones para Contato: 15 3035-2779 / 15 99131-9718 / 17 99761-2796
Contatos por e-mail: thiago.rocha@incs.org.br & antonio.pereira@incs.org.br

Diretor de Operações do INCS – INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE:

SR. THIAGO LENCKI ROCHA: _____

OBJETO:

Contratação de Organização Social para a prestação de serviços técnicos especializados de operacionalização, gerenciamento e execução das ações e serviços de saúde na Unidade de Pronto Atendimento de Jacupiranga, nos termos do CONTRATO DE GESTÃO, localizada no Município de Jacupiranga, Estado de São Paulo.



PRAZO:

A vigência do Contrato de Gestão será de 12 (doze) meses, contados da emissão da ordem de serviço, e passível de renovação anual mediante o cumprimento de PLANO DE TRABALHO e nos termos da Lei, facultada a repactuação de metas e indicadores da execução contratual, para melhor atendimento do interesse público e adaptação do Contrato de Gestão, às variações de demanda, a fim de alcançar maior eficiência.

OBJETIVO DESTE DOCUMENTO:

Elaboração de PLANO DE TRABALHO de acordo com o disposto no Edital de Chamamento Público para seleção de Organização Social para gestão da Unidade de Pronto Atendimento de Jacupiranga, do município de Jacupiranga, referente ao Processo de Seleção Nº 002/2019 DMS, de pessoa jurídica de direito privado sem fins econômicos, qualificada como Organização Social – OS, no Município de Jacupiranga, Estado de São Paulo, com vistas à celebração de Contrato de Gestão objetivando a operacionalização, a execução e a gestão de trabalhos nos diversos serviços da referida Unidade, no atendimento de urgência e emergência à população, pelo Sistema Único de Saúde – SUS, construindo um serviço de saúde humanizado, ágil, coerente com seus princípios, trabalhando com processos bem definidos e eficientes, com profissionais médicos, técnicos e de apoio, habilitados e capacitados por meio de educação permanente, visando a melhoria contínua e a máxima qualidade possível.

Jacupiranga – SP, 17 de dezembro de 2.019.

SUMÁRIO

BREVE HISTÓRICO DO INCS.....	007
PERFIL INSTITUCIONAL	007
MISSÃO INSTITUCIONAL.....	008
CAMPO DE ATUAÇÃO DO INCS.....	008
PRINCIPAIS LINHAS DE AÇÃO DO INCS.....	009
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO INCS	010
1. TÍTULO.....	011
INTRODUÇÃO.....	012
METAS ESTRATÉGICAS.....	017
MECANISMO DE CONTROLE INTERNO TENDO EM VISTA A REALIZAÇÃO DA PROPOSTA TÉCNICA E O ALCANCE DAS METAS QUALITATIVAS E QUANTITATIVAS ESTABELECIDAS NO EDITAL.....	019
CONHECIMENTO E VISÃO ESTRATÉGICA EM FACE DO OBJETO DO CERTAME E DAS CARACTERÍSTICAS DA UNIDADE ASSISTENCIAL EM QUESTÃO.....	019
COMPONENTES CONCEITUAIS DO PLANO DE TRABALHO.....	048
APRESENTAÇÃO GERAL E SINTÉTICA DO PLANO DE TRABALHO....	049
2. PROPOSTA DO MODELO GERENCIAL.....	053
2.1. ÁREA DE QUALIDADE.....	073
C2. CONHECIMENTO DO OBJETO DA CONTRATAÇÃO.....	158
1. IDENTIFICAÇÃO DOS PRINCIPAIS PROBLEMAS E NECESSIDADES.. ..	158
2. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS E ROTINAS DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA.....	165
3. DEMONSTRAÇÃO DOS INDICADORES.....	166
4. PROPOSTA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.	184
5. PROPOSTA – 08 PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS.....	206
6. TEMPO DE ESPERA.....	291

7. DESCRIÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES GERENCIAIS.....	291
8. DESCRIÇÃO DETALHADA DOS RELATÓRIOS GERENCIAIS.....	328
C3. APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA DE ATIVIDADE ASSISTENCIAL À CAPACIDADE OPERACIONAL DA UPA PUTIM.....	341
1. PRODUÇÃO ESPERADA DE CONSULTAS MÉDICAS POR ESPECIALIDADE (CLÍNICO/PEDIATRA) E TEMPO MÉDIO DE ATENDIMENTO ESPERADO.....	341
2. DESCRIÇÃO DETALHADA DOS INSTRUMENTOS E DA METODOLOGIA.....	342
3. GIA.....	342
4. DESCRIÇÃO DO PRONTUÁRIO MÉDICO.....	379
5. DESCRIÇÃO DETALHADA DO ACOMPANHAMENTO.....	398
6. DESCRIÇÃO DETALHADA DO SISTEMA DE SENHA.....	400
C4. APRESENTAÇÃO DAS ATIVIDADES PROPOSTAS REFERENTES À QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRESTADA.....	401
1. COMISSÃO ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS – CARP.....	401
2. COMISSÕES DE ÉTICA MÉDICA E DE ENFERMAGEM.....	406
3. COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO PRÉ-HOSPITALAR – CCIPH.....	416
4. COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS.....	419
5. OUTRAS COMISSÕES QUE IREMOS IMPLANTAR.....	425
6. REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA DOS PACIENTES EM OBSERVAÇÃO COM RELATÓRIO DE ALTA E TRANSFERÊNCIA EM CONSONÂNCIA COM AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE DO MUNICÍPIO.....	428
7. CAPACITAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS.....	438
8. ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE / NOTIFICAÇÃO DE DOENÇAS COMPULSÓRIAS.....	444
9. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME.....	445
10. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE FARMÁCIA (PRESTAÇÃO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA)	447



11. APRESENTAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO E CRITÉRIOS DE APLICAÇÃO.....	467
3. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA DA CONTRATADA.....	478
3.1. Experiência Anterior.....	478
C1. EXPERIÊNCIA (AVALIADA SEGUNDO TEMPO E VOLUME DE ATIVIDADE) – (ANEXO C1. EXPERIÊNCIA).....	479
1. EXPERIÊNCIA EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.....	479
2. EXPERIÊNCIA EM GESTÃO DE UNIDADES E/OU REDES DE ATENÇÃO BÁSICA.....	480
3. EXPERIÊNCIA EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	480
C5. APRESENTAÇÃO DOS MEIOS SUGERIDOS E CRONOGRAMAS PARA EXECUÇÃO AS ATIVIDADE.....	513
1. RECURSOS HUMANOS.....	513
2. SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS – ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS E FINANCEIRAS.....	545
3. ALMOXARIFADO – IMPLANTAÇÃO DE LOGÍSTICA DE SUPRIMENTOS.....	560
4. LIMPEZA E DESINFECÇÃO.....	562
5. SEGURANÇA INSTITUCIONAL (CONTROLE DE ACESSO E SEGURANÇA PATRIMONIAL).....	577
6. APOIO LOGÍSTICO.....	578
C6. APRESENTAÇÃO DOS PROGRAMAS DE MANUTENÇÃO PREDIAL E DE EQUIPAMENTOS.....	628
1. SISTEMÁTICA DE PROGRAMAS DE MANUTENÇÃO PREDIAL E DE EQUIPAMENTOS.....	628



DOCUMENTOS QUE COMPROVAM NOSSAS EXPERIÊNCIAS ANTERIORES, CONSTITUIDOS POR ATESTADOS DE CAPACIDADE TÉCNICA.....650

EXPERIÊNCIAS ANTERIORES EXPERIÊNCIA EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE651

EXPERIÊNCIAS ANTERIORES EM GESTÃO DE UNIDADES E/OU REDES DE ATENÇÃO BÁSICA.....664

EXPERIÊNCIAS ANTERIORES EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....673

EXPERIÊNCIAS ANTERIORES DA EQUIPE GESTORA.....683



BREVE HISTÓRICO DO INCS



Nossa Instituição nasceu com o objetivo de concretizar o sonho de um grupo de profissionais da área da saúde, através da conscientização da população, da promoção de ações organizadas, da concepção de novas alternativas para a área, do desenvolvimento de novas tecnologias diagnósticas e da otimização dos recursos humanos e financeiros disponíveis em cada empreitada, garantindo o máximo em qualidade e economicidade e a maior abrangência possível.

É por este e outros motivos que o INCS vem destacando-se em prol da melhoria da saúde pública, disponibilizando novas ferramentas e novos conceitos para o bem estar geral.

PERFIL INSTITUCIONAL

O INCS – Instituto Nacional de Ciências da Saúde é uma associação sem fins econômicos, de direito privado, com autonomia administrativa e financeira, regida por estatuto e pela legislação que lhe for aplicável.

Idealizamos, implantamos, executamos e gerenciamos programas que visam a promoção da saúde, a assistência social em saúde, a assistência hospitalar, além do desenvolvimento tecnológico em saúde, contemplando o treinamento, a capacitação e o desenvolvimento dos recursos humanos envolvidos, além de vislumbrar a completa informatização, indispensável ferramenta para a compilação de dados, necessários ao fornecimento de informações voltadas para a constante melhora do processo de trabalho, e ainda para o fornecimento dos subsídios que nortearam a estratégia de planejamento para as necessidades prementes e futuras.

Nesse contexto, implantamos, executamos e gerimos Planos de Trabalho, em diversos municípios, que envolvem não somente a equipe gestora e a equipe executora, mas também a comunidade, em assuntos concernentes a saúde, potencializando a capacitação pessoal, através de treinamentos e de educação permanente da mão de obra local, além da promoção e do desenvolvimento da responsabilidade social, do respeito à saúde e a vida, envolvendo as classes profissionais e a comunidade adstrita, reconhecendo-as em todos os sentidos, e estimulando-as a participarem e colaborarem com todos os nossos Planos de Trabalho.

MISSÃO INSTITUCIONAL

8

“Idealizar, implantar, desenvolver, gerir e executar projetos de saúde e planos de trabalho que visem a promoção da saúde, através da contínua capacitação profissional e do desenvolvimento de novas ferramentas e tecnologias, capazes de otimizar e potencializar os recursos disponíveis, buscando o envolvimento das classes profissionais, da comunidade e do Poder Público, estimulando-os a participar e colaborar com tais projetos de saúde e planos de trabalho”.

CAMPO DE ATUAÇÃO DO INCS

O INCS desenvolve projetos e ações em logística, atividades, execução e gerenciamento em unidades de saúde públicas, que contemplam serviços ambulatoriais, pronto atendimento, pronto socorro, internação, serviço de apoio diagnóstico e demais serviços de apoio, em baixa, média e alta complexidade, buscando uma gestão calcada nos princípios da formalidade, impessoalidade e profissionalismo, com a visão de ser referência de qualidade como entidade especializada no desenvolvimento estratégico e serviços de gestão em saúde pública, através da:

- ✓ Promoção e apoio no desenvolvimento de políticas públicas na área de saúde.
- ✓ Gestão, complementação e operacionalização de equipamentos integrantes do Sistema Único da Saúde, nas esferas municipal, estadual e federal, conforme estabelecido nos distintos Contratos de Gestão.
- ✓ Criação de oportunidades de intercâmbio de conhecimentos e experiências, em nível local, nacional e internacional na área da saúde.
- ✓ Prestação de consultoria e assessoramento técnico e especializado na área de saúde e de gestão hospitalar.
- ✓ Promoção da capacitação dos recursos humanos dos setores públicos e privados para a área da saúde.
- ✓ Gestão de recursos humanos e gerais de hospitais, postos de saúde, clínicas, demais estabelecimentos de saúde e de ensino para a área da saúde, bem como contratar empresas para executar o mesmo tipo de serviço na área de saúde, sob a responsabilidade do INCS.
- ✓ Promoção de ações que visem o incentivo à construção, reforma ou restauração

de unidades de saúde ambulatoriais e hospitalares.

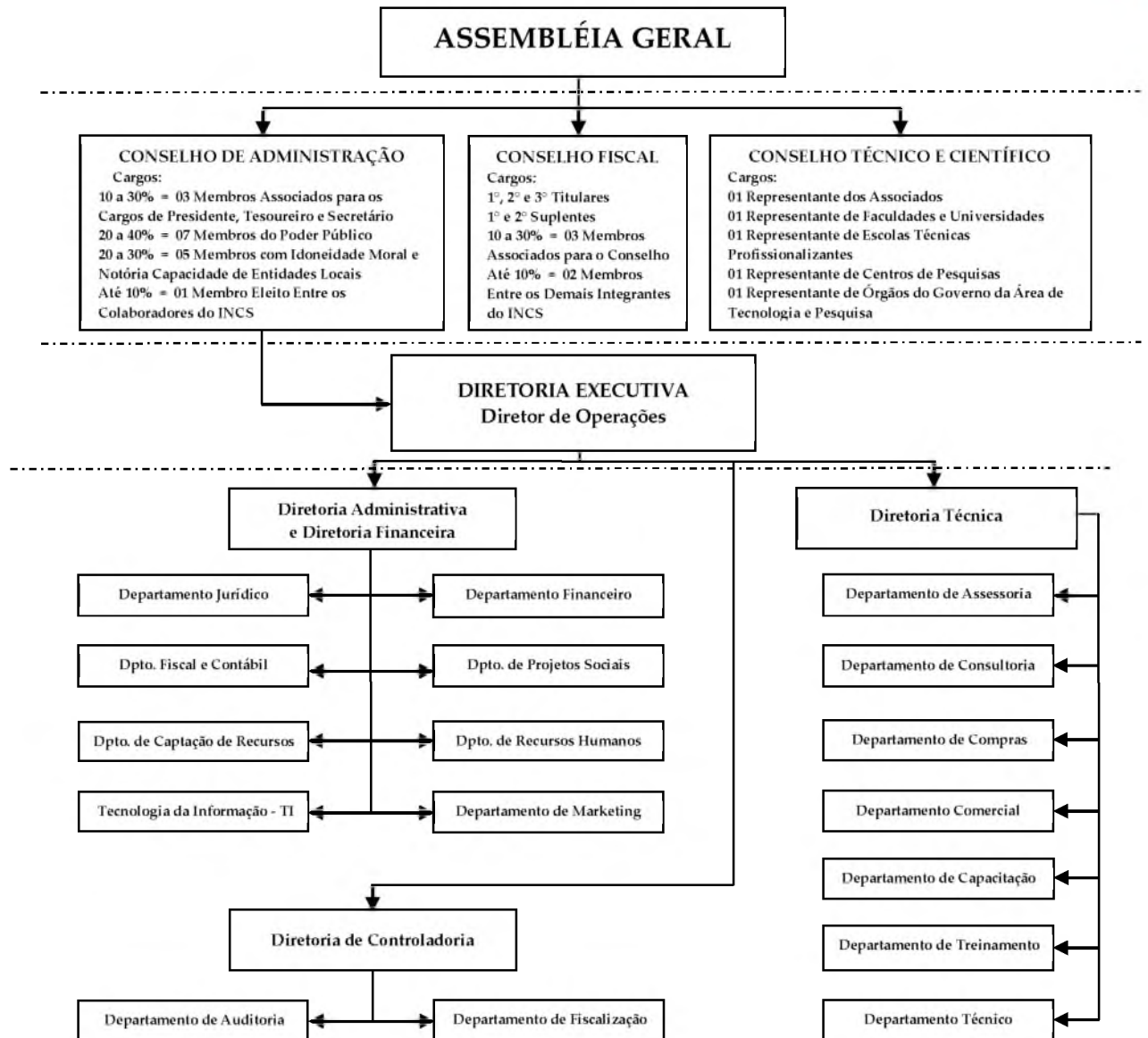
- ✓ Viabilização por meio de articulações com os setores público e privado, de financiamento para construção e restauração de unidades de saúde ambulatoriais e hospitalares.
- ✓ Observação dos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, expressos no artigo 198 da Constituição Federal e no artigo 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1.990, no desenvolvimento de trabalhos na área da saúde.
- ✓ Firmação de contratos de prestação de serviços, contratos de gestão, convênios, termos de cooperação ou acordos com o poder público, em todos os níveis ou com a iniciativa privada, para gestão e gerenciamento público de saúde, com implementação e desenvolvimento de programas do governo na área da saúde pública.
- ✓ Colaboração com os poderes públicos sempre que sua atuação for solicitada em benefício da comunidade e atendimento humanizado nas unidades de saúde e de educação para melhor atendimento da população e especialmente aos portadores de necessidades especiais.
- ✓ Prestação de serviços na área de assistência, promoção social e saúde, que promovam a proteção à família, à infância, à maternidade, à adolescência, aos idosos e aos portadores de necessidades especiais.
- ✓ Promoção e realização de atividades de avaliação de estratégias e de impactos econômicos e sociais das políticas, programas e projetos científicos e tecnológicos.

PRINCIPAIS LINHAS DE AÇÃO DO INCS

- Organizar serviços de saúde e assistência social.
- Organizar treinamentos, palestras, seminários e cursos especiais na área da saúde e assistência social.
- Organizar e promover, projetos de estudos, pesquisas e extensão na área de saúde e assistência social.
- Desenvolver programas de treinamento, atualização e capacitação profissional.
- Desenvolver programas de saúde à família, aos trabalhadores, seus dependentes, terceira idade e a comunidade.
- Desenvolver programas, estágios e pesquisas, em parcerias com faculdades, universidades, escolas técnicas e profissionalizantes.

- Desenvolver modelos experimentais não lucrativos de produção, comércio, emprego e crédito, estudos, coordenação, execução, fomento e apoio de ações de inovação e desenvolvimento científico e tecnológico, de gestão, de transferência de tecnologia e de promoção do capital humano, através de atividades de educação e treinamento apropriados de natureza técnica, cultural em tecnologia da informação, na área da saúde e serviços correlatos, visando o desenvolvimento sócio econômico da comunidade envolvida.
- Promover o voluntariado.
- Integrar com programas oficiais do setor público.
- Desenvolver programas de apoio aos profissionais do setor de saúde e assistência social.
- Desenvolver programas e produtos de assistência à saúde e assistência social.
- Manter atividades de atendimento à saúde, em forma de gratuidade conforme legislação vigente.
- Desenvolver campanhas de prevenção e sistemas de promoção da saúde, como mutirões, em parcerias com o setor público e privado.
- Promover estágios para profissionais da área da saúde, da assistência social e da educação.
- Desenvolver soluções diagnósticas para hospitais, e ferramentas em gestão para saúde pública.
- Colaborar com poderes públicos no exame e encaminhamentos de atos normativos de qualquer espécie, relativos às finalidades estatutárias e serviços correlatos.
- Colaborar na concepção e implementação de políticas públicas.
- Promover e difundir tecnologias sociais aplicadas nas diversas áreas afins, obtidas através de permanente intercâmbio com outros centros no Brasil e também no exterior.
- Coordenar e integrar diferentes competências entre os seus colaboradores para atendimento a projetos que tenham por exigência básica a introdução de inovação sejam tecnológicas, sejam metodológicas, assegurando prazos firmados e padrões de qualidade.
- Promover o repasse das tecnologias absorvidas e ou desenvolvidas, bem como a capacitação do pessoal técnico envolvido.

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO INCS



1. TÍTULO

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE JACUPIRANGA, conforme Chamamento Público Nº 002/2019 DMS.

INTRODUÇÃO

Nosso Plano de Trabalho contém a Proposta Técnica que será minuciosamente pormenorizada no decorrer da apresentação deste documento. Nele demonstramos o conjunto dos elementos necessários e suficientes, com nível de precisão adequada, para caracterizar o perfil da Unidade de Saúde em questão, assim como o trabalho técnico gerencial definido no Objeto da Chamada Pública, com base nas indicações e informações constantes no Edital e seus Anexos Técnicos, bem como do nosso conhecimento sobre a UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE JACUPIRANGA, sobre toda a Rede de Atenção à Saúde do Município de Jacupiranga, além das demais pesquisas realizadas através de meio eletrônico pela nossa equipe técnica, financeira e jurídica.

Demonstramos também, a viabilidade técnica e a estimativa das despesas referentes à execução das atividades propostas, com definição de métodos e prazos de execução, assegurada a plena exequibilidade do Objeto da contratação prevista.

O Plano de Trabalho aqui apresentado contém a descrição das atividades, evidenciando-se os benefícios econômicos e sociais que serão alcançados, caso esta Douta Comissão Especial de Seleção selecione o INCS para gerir, operacionalizar e executar os serviços na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE JACUPIRANGA, em prol da comunidade assistida na abrangência geográfica em questão, bem como os resultados positivos que sempre obtivemos, levando-se em conta, para tanto, o perfil socioeconômico e epidemiológico dos sistemas oficiais do Ministério da Saúde que apresentaremos adiante.

Dessa forma, na formulação desse Plano de Trabalho, assim como do Plano Orçamentário de Custeio, computamos todas as despesas e todos os custos operacionais referentes à manutenção e execução das ações de saúde propostas, tanto os de natureza tributária (taxas e impostos), trabalhista, previdenciária e securitária (quadros de pessoal), quanto os gastos com o cumprimento das normas pertinentes à Saúde, Segurança e Medicina do Trabalho, cumprindo assim, todas as diretrizes e metas estabelecidas por todas as instâncias gestoras do SUS, para a execução do Objeto previsto.

Apresentaremos inicialmente as diretrizes e postulados que estarão discriminados no **Roteiro de Elaboração do Plano de Trabalho**, ou seja, a descrição do modo de como será feita realizada a gestão e a menção aos processos e protocolos a serem realizados de maneira genérica, bem como das melhorias, dos avanços, e da lapidação da excelência dos nossos serviços, sendo que, no transcorrer da apresentação desse nosso novo Plano de Trabalho, apresentaremos as particularidades técnicas inerentes a cada subtítulo em questão.

Assim, este Plano de Trabalho contemplará os meios e os recursos necessários para a execução das ações e serviços Objeto da contratação, sendo elaborado segundo os critérios dispostos no Edital e seus Anexos, contendo os seguintes elementos:

- ✓ A **Descrição da Organização Técnico-Administrativa**, voltada ao desenvolvimento das ações de fomento e gerenciamento da unidade de saúde, Objeto do Contrato.
- ✓ O **Dimensionamento de Pessoal a Ser Contratado**, por categoria profissional, por carga horária semanal contratada e por quantidades, dimensionado além das equipes assistenciais mínimas - técnica, administrativa e gerencial - necessárias para a execução das atividades propostas.
- ✓ O **Plano de Cargos e Salários**, propostos para os profissionais que serão contratados, em todos os níveis hierárquicos, explicitando todos os benefícios envolvidos.
- ✓ O **Cronograma de Operacionalização, Gestão e Execução** das atividades previstas.

INFORMAÇÕES SOBRE AS AÇÕES E SERVIÇOS CONSTANTES NO EDITAL

Sob o ponto de vista da prestação de serviços aos cidadãos, a saúde pública pode ser dividida, de maneira simplista, em três níveis:

- ✓ a saúde primária, que consiste no atendimento básico em unidades básicas de saúde e pronto-atendimentos;
- ✓ a saúde secundária, que compreende as consultas de especialidades e a realização de exames clínicos mais complexos; e,
- ✓ a saúde terciária, que envolve a urgência e emergência e o atendimento de alta complexidade, concentrada em cirurgias, traumatologia e no atendimento clínico hospitalar.

Como se sabe, a possibilidade de conceder à iniciativa privada os serviços públicos gratuitos, como os da saúde, foi uma das inovações promovidas pelo regime de parcerias não lucrativas com Organizações Sociais, que oportunizou a delegação dos serviços a partir da possibilidade do Poder Público realizar repasses pelos serviços prestados, ocupando a posição de usuária indireta dos serviços.

Se é verdade que o Estado tem o dever legal de garantir a prestação desses serviços à população, nada mais natural do que o Estado busque os meios para garantir a realização desses investimentos necessários, e, em contrapartida, assuma a responsabilidade pela adequada remuneração daquele que foi contratado para prestar a atividade junto à população.

É preciso, pois, dotar os Municípios de gestão e regulação eficientes dos serviços de saúde, de maneira a melhor identificar as necessidades (diagnóstico) e melhor alocar os recursos na prevenção, na atenção de base, o que fará com que os mesmos passem a concentrar seus recursos financeiros naquilo que efetivamente trará resultados, otimizando os gastos com saúde (racionalização de despesas), bem como buscando soluções através de convênios com os Estados, para que os investimentos na atenção terciária – de alta complexidade – possam ser executados pelo ente que efetivamente possui capacidade financeira para fazê-lo (por exemplo, a construção e operação de hospitais regionais).

Uma solução promissora, na verdade, está desenhada de forma bastante clara no regime de colaboração com o Terceiro Setor, através da contratação das entidades capazes que dele fazem parte, para a gestão e a prestação dos serviços de apoio à saúde, com os níveis de qualidade desejados – e de maneira gratuita à população –, onde seja possível, efetivamente dotar o Município, de infraestrutura adequada para implantar uma gestão inteligente do sistema de saúde municipal, a partir do melhor entendimento e dimensionamento da oferta (rede de saúde pública) e da demanda (perfil epidemiológico) da população, daquela determinada localidade.

É claro que, para tanto, alguns obstáculos ainda continuam precisando ser superados, como o regime de servidores públicos, os limites de receita corrente líquida para aplicação, a governança entre diferentes prestadores de serviços de saúde na cidade, especialmente na parte clínica, entres outros.

Tais obstáculos, porém, colocam-se irrelevantes e acessórios, em face da importância de se promover medidas verdadeiramente corajosas e eficientes na busca por soluções concretas para a resolução do problema de saúde pública, na esfera mais próxima dos cidadãos, que é a esfera Municipal.

Não seria arriscado afirmar: a solução para a Saúde está nas mãos dos Municípios, e isto está longe de ser uma constatação de menor importância.

Do lado da iniciativa privada, embora a complexidade dos projetos nesta seara seja um desestimulador para o interesse de empresas no setor de saúde primária – especialmente em relação a outros setores da economia mais maduros,

onde os riscos são mais conhecidos e o retorno mais garantido –, já existe no mercado quem enxergue para o setor de saúde privada com outros olhos, com foco na prestação dos serviços (e não puramente na construção de obras) estudando o setor com seriedade, a fim de buscar mecanismos de melhoria da eficiência na gestão e prestação dos serviços, com custos mais baixos, com redução de despesas para os Municípios, e, ao mesmo tempo, com aumento da qualidade e elevação nos índices de atendimento, com consequente redução dos indicadores de enfermidades e mortalidade e customização dos recursos.

Na verdade, iniciativas nesse sentido devem ser aplaudidas e incentivadas, pois a solução para a saúde pública no Brasil passa necessariamente pela saúde de base, ou seja, passa necessariamente pelos Municípios, e, também por isso, passa necessariamente pela formatação de parcerias entre o setor público e a iniciativa privada, para viabilizar os investimentos, trazendo as expertises de eficiência e gestão, necessárias para que os munícipes, enfim, possam receber atendimento digno, no cuidado humano mais básico, que os serviços de saúde primária e secundária municipais representam.

No caso da atenção secundária, que é prestada por meio de uma rede de unidades especializadas – ambulatorios e hospitais –, garante-se o acesso à população sob sua gestão, que está baseada na organização do Sistema Microrregional dos Serviços de Saúde, de acordo com a definição do Plano Diretor de regionalização, que tem como objetivo, definir as diretrizes para organização regionalizada da Atenção Secundária.

A organização da Atenção Secundária se dá por meio de cada uma das microrregiões do Estado, onde há hospitais de nível secundário que prestam assistência nas especialidades básicas (pediatria, clínica médica e obstetrícia), além dos serviços de urgência e emergência, ambulatório eletivo para referências e assistência a pacientes internados, treinamento, avaliação e acompanhamento.

No caso, a delegação de ações e serviços junto a UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE JACUPIRANGA, visam fomentar melhorias na atenção aos usuários, assim, o objetivo da iniciativa, é uma melhoria dos níveis de qualidade no atendimento dos pacientes em unidades da rede municipal de saúde, melhorando o acesso aos mesmos, bem como, garantindo elevados níveis de qualidade na gestão e prestação dos serviços, proporcionando uma redução do tempo de espera.

A implantação de um sistema descentralizado de serviços, permitirá que, progressivamente, a rede municipal de saúde aumente a sua capacidade e eficiência, permitindo o acesso aos mesmos, em condições mais rápidas e duradouras.

Também se mostra essencial a manutenção e conservação de todas as instalações necessárias à prestação desses serviços, obrigando-se a Organização Social gestora, entre outras responsabilidades, mantê-las em condições elevadas

de higiene, limpeza e conservação, durante todo o prazo da parceria.

Outro ponto de relevância é a manutenção e conservação dos equipamentos médico-hospitalares e mobiliários, dentre outros, incluindo:

- a) a manutenção e conservação de todos os equipamentos cedidos, conforme o Termo de Cessão e Uso de Bens Públicos, em adequadas condições de utilização;
- b) a manutenção e conservação do mobiliário e outros equipamentos de natureza similar, necessários à prestação dos serviços; e,
- c) a manutenção ao sistema de informação e infraestrutura tecnológica associada, englobando a manutenção, conservação e suporte das aplicações informáticas, de acordo com o estabelecido no Contrato de Gestão, a administração das aplicações, dos sistemas operacionais e das bases de dados necessárias, a gestão e monitoramento das redes de comunicações internas e externas e a gestão da segurança, do backup, e ainda, do plano de contingências.

Assim, de acordo com o descrito no Edital, a Organização Social vencedora será responsável pela gestão de recursos humanos contratados diretamente, indiretamente e pelos cedidos pela municipalidade, pela aquisição e disponibilização de todo e quaisquer insumos, materiais de consumo, materiais médico-hospitalares, medicamentos e correlatos, bem como dos serviços de limpeza e higienização, análises clínicas, alimentação aos pacientes e usuários, manutenção do Sistema de Informações Gerenciais, incluindo o pagamento das tarifas de telefonia, provedoria de internet, gases medicinais, pelas instalações e segurança das mesmas, e ainda, pelo enxoval, lavanderia, gestão de resíduos, dentre outras tantas menores, imprescindíveis à atividade, respeitando as normas estabelecidas e jurisdicionadas pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, no que tange a um Contrato de Gestão.

Assim, se formos os vencedores desse Processo de Seleção, continuaremos com todo o empenho e dedicação de sempre, à trabalhar, administrativa, financeira e operacionalmente, em prol da população de Jacupiranga, sempre em parceria com a equipe do DMS - Departamento Municipal de Saúde, com a qual temos o orgulho de trabalhar.

METAS ESTRATÉGICAS

I – Assistência à Saúde

- ✓ Realizar as metas estabelecidas no Plano de Metas de Produção.

- ✓ Manter em funcionamento a totalidade dos leitos operacionais de observação e de urgência e emergência.

II – Urgência / Emergência

- ✓ Manter o serviço de Urgência/Emergência em funcionamento nas 24 horas do dia, todos os dias da semana.

III – Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT

- ✓ Realizar os exames abaixo especificados conforme a necessidade dos usuários:
 - Análises Clínicas;
 - ECG – Eletrocardiograma; e,
 - Radiologia Digital.

IV – Principais Serviços de Apoio

- ✓ Realizar os serviços de apoio abaixo especificados:
 - Serviços Administrativos e Financeiros;
 - Serviços de Dedetização, Desratização e Eliminação de Pragas Urbanas;
 - Serviços de Engenharia Clínica;
 - Serviços de Gestão Logística de Farmácia Clínica e Almojarifado;
 - Serviços de Lavanderia e Manutenção de Enxoval;
 - Serviços de Limpeza e Higienização,
 - Serviços de Limpeza e Manutenção de Caixas d'Água e Análise de Água;
 - Serviços de Manutenção e Higienização de Climatizadores de Ar (PMOC);
 - Serviços de Manutenção Predial e de Mobiliários;
 - Serviços de Nutrição e Dietética (SND);
 - Serviços de Roçagem e Jardinagem; e,
 - Serviços de Tecnologia de Informação (hardware e software).

V – Implantação de Projetos Adicionais

- Dashboard que é um painel com controle de tempo em monitores nas salas de espera, dos pacientes classificados, atendidos, bem como dos que estão aguardando atendimento;
 - Digitalização do novo equipamento de radiologia;
 - Sistema PACS para disponibilizar imagens de exames; (caso a DMS se interesse, podemos liberar as imagens para toda a Rede Municipal);
 - NAS – Network Attached Storage, é uma unidade dedicada exclusivamente ao armazenamento de arquivos em uma rede de computadores;
- Concluindo, implantaremos na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE JACUPIRANGA, caso sejamos os vencedores, ato contínuo à assinatura do Contrato

de Gestão, de acordo com o que será oportunamente apresentado no CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DE ATIVIDADES, o que segue de 'a' a 'z':

- a) Aperfeiçoamento Profissional e Educação Continuada e Permanente;
- b) Comissão de Ética Médica (CEM);
- c) Comissão de Ética de Enfermagem (CEE);
- d) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH);
- e) Comissão de Revisão de Óbitos (CRO);
- f) Comissão de Análise e Revisão de Prontuários (CARP);
- g) Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos (CPMME);
- h) Digitalização do novo equipamento de Raio X;
- i) Engenharia Clínica;
- j) Fornecimento e manutenção de enxoval;
- k) Implantação de Comitê de Qualidade (CQ);
- l) Implantação de Sistema de Informações Gerenciais e Governança (SIG);
- m) Implantação de um Conselho Gestor;
- n) Política de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);
- o) Política Nacional de Humanização (PNH);
- p) Pesquisa de Satisfação dos Usuários com Manutenção do Totem Digital de Pesquisa de Satisfação;
- q) Qualidade da Informação;
- r) Serviço de Laboratório de Análises Clínicas;
- s) Serviço de Atendimento ao Usuário/Ouvidoria (SAU);
- t) Serviços de Limpeza e Higienização,
- u) Serviços de Dedetização, Desratização e Eliminação de Pragas Urbanas;
- v) Serviços de Manutenção Predial e Revitalização da Ambiência;
- w) Serviços de Limpeza e Manutenção de Climatizadores (PMOC);
- x) Serviços de Nutrição e Dietética (SND);
- y) Serviços de Roçagem e Jardinagem; e,
- z) Sistema de Gestão e Logística de Farmácia Clínica e Almojarifado.

MECANISMO DE CONTROLE INTERNO TENDO EM VISTA A REALIZAÇÃO DA PROPOSTA TÉCNICA E O ALCANCE DAS METAS QUALIQUANTITATIVAS ESTABELECIDAS NO EDITAL

O INCS terá como principal Mecanismo de Controle Interno uma rotina mensal de emissão e avaliação de relatórios gerenciais, utilizando-se do Sistema

de Informações Gerenciais ofertado, que permitirá o monitoramento das Metas Quantitativas de Produção, bem como as Metas Qualitativas, estabelecidas no Edital, a serem aferidas durante toda a vigência do Contrato de Gestão.

CONHECIMENTO E VISÃO ESTRATÉGICA EM FACE DO OBJETO DO CERTAME E DAS CARACTERÍSTICAS DA UNIDADE ASSISTENCIAL EM QUESTÃO

O INCS possui um vasto conhecimento em gestão de saúde pública, com expertise e know how na área da saúde, como pode ser comprovado com os vários equipamentos de saúde mencionados no item **C1. EXPERIÊNCIA (AVALIADA SEGUNDO TEMPO E VOLUME DE ATIVIDADE)**, que serão comprovados pelos Atestados de Capacidade Técnica e/ou Contratos, que seguirão anexados no final deste Plano de Trabalho.

Contudo, se faz necessário, focar os Princípios, Diretrizes e Recursos do SUS como visão estratégica do Objeto do certame, representados pela:

- Universalidade: é a garantia de atenção à saúde a todo e qualquer cidadão pelo Sistema Único de Saúde.
- Integralidade: é o reconhecimento de que cada pessoa é um todo indivisível, integrante de uma comunidade; as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde não podem ser compartimentalizadas; as unidades de saúde, com seus diversos graus de complexidade configuram um sistema capaz de prestar atenção integral.
- Equidade: é o princípio de que o acesso aos serviços em seus variados níveis de complexidade seja adequado à necessidade específica de cada cidadão, sem barreiras e sem privilégios.
- Descentralização: é a redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde nos vários níveis de governo, federal, estadual e municipal, tornando a gestão mais próxima do cidadão usuário.
- Municipalização: é um passo importante de descentralização, em que a gestão se desloca do nível federal e estadual para o nível municipal, levando à maior responsabilização na promoção das ações diretamente voltadas para seus cidadãos.
- Distritalização: é um processo de responsabilização crescente da descentralização, em que cada Distrito de Saúde passa a exercer papel de gestão do Sistema no seu território.

- Regionalização: Definição de espaço territorial e população a ser atendida. Como essa população tem direito a ter acesso a todo tipo de recursos assistenciais, o conceito envolve também a articulação intermunicipal de recursos à saúde que garantam esse direito.
- Hierarquização: é a organização do acesso ao sistema a partir das ações de atenção primária, realizadas pelo Centro de Saúde, que deve estar estruturado para poder resolver 80% dos problemas de saúde da população e pelas ações de atenção secundária e terciária, com complexidade tecnológica crescente, que são realizadas nos serviços de retaguarda de especialidades, centros de referência e hospitais.
- Responsabilização: é a capacidade do Sistema de Saúde ativamente assumir responsabilidade pelos problemas de saúde de uma população ou indivíduo. Isso implica em que cada equipe de saúde e cada profissional devem se responsabilizar pelas ações e encaminhamentos necessários para cada usuário, visando à atenção integral à saúde. Isto inclui os problemas de saúde coletiva.
- Vínculo: é a ligação que se estabelece entre o usuário, o sistema de saúde, a equipe local e o profissional de saúde. Quando o vínculo é personalizado, ou seja, a equipe conhece os usuários, seus familiares, sua inserção na comunidade e seu ambiente, os resultados das ações de saúde podem ser favorecidos. O mesmo se dá quando o usuário/população, se vincula a uma equipe ou profissional de saúde.
- Recursos Financeiros: são vitais para a operacionalização do SUS. Originam-se do Governo Federal, Estadual e recursos do próprio Município. Sua utilização é acompanhada pelo Fundo Municipal de Saúde, onde estão disponibilizadas as prestações de contas da saúde.
- Recursos Humanos: são os profissionais de saúde e suas relações de trabalho.
- Controle Social: é o exercício do controle que a sociedade exerce sobre o estado, através da participação dos cidadãos na gestão. Sua ação é realizada pelos Conselhos de Saúde – Municipal, Distritais e Locais. O Conselho Municipal de Saúde tem caráter permanente, com funções deliberativas, normativas, fiscalizadoras e consultivas, e tem como objetivos básicos o estabelecimento, acompanhamento, controle e avaliação da Política Municipal de Saúde, de conformidade com a Lei Orgânica do Município e Leis Federais nº 8.080/1.990 e nº 8.142/1.990, constituindo-se no órgão colegiado máximo responsável pela coordenação do Sistema Único de Saúde no âmbito do município.

I- Relatórios Gerenciais

21

ESTUDO DA CARACTERIZAÇÃO E DOS ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DO MUNICÍPIO DE JACUPIRANGA – SÃO PAULO



Caracterização do território

Área 711,36 km ²	IDHM 2010 0,717	Faixa do IDHM Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799)	População (Censo 2010) 17.208 hab.
Densidade demográfica 24,17 hab/km ²	Ano de instalação 1927	Microrregião Registro	Mesorregião Litoral Sul Paulista

POPULAÇÃO

Entre 2000 e 2010, a população de Jacupiranga cresceu a uma taxa média anual de 0,10%, enquanto no Brasil foi de 1,17%, no mesmo período. Nesta década, a taxa de urbanização do município passou de 58,93% para 54,45%. Em 2010 viviam, no município, 17.208 pessoas.

Entre 1991 e 2000, a população do município cresceu a uma taxa média anual de 1,80%. Na UF, esta taxa foi de 1,78%, enquanto no Brasil foi de 1,63%, no mesmo período. Na década, a taxa de urbanização do município passou de 61,42% para 58,93%.

População Total, por Gênero, Rural/Urbana - Município - Jacupiranga - SP

População	População (1991)	% do Total (1991)	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
População total	14.515	100,00	17.041	100,00	17.208	100,00
População residente masculina	7.274	50,11	8.709	51,11	8.777	51,01
População residente feminina	7.242	49,89	8.332	48,89	8.431	48,99
População urbana	8.915	61,42	10.043	58,93	9.369	54,45
População rural	5.600	38,58	6.998	41,07	7.839	45,55

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

ESTRUTURA ETÁRIA

Entre 2000 e 2010, a razão de dependência no município passou de 61,22% para 52,85% e a taxa de envelhecimento, de 6,23% para 8,15%. Em 1991, esses dois indicadores eram, respectivamente, 74,48% e 4,38%. Já na UF, a razão de dependência passou de 65,43% em 1991, para 54,88% em 2000 e 45,87% em 2010; enquanto a taxa de envelhecimento passou de 4,83%, para 5,83% e para 7,36%, respectivamente.

O que é razão de dependência?

Percentual da população de menos de 15 anos e da população de 65 anos e mais (população dependente) em relação à população de 15 a 64 anos (população potencialmente ativa).

O que é taxa de envelhecimento?

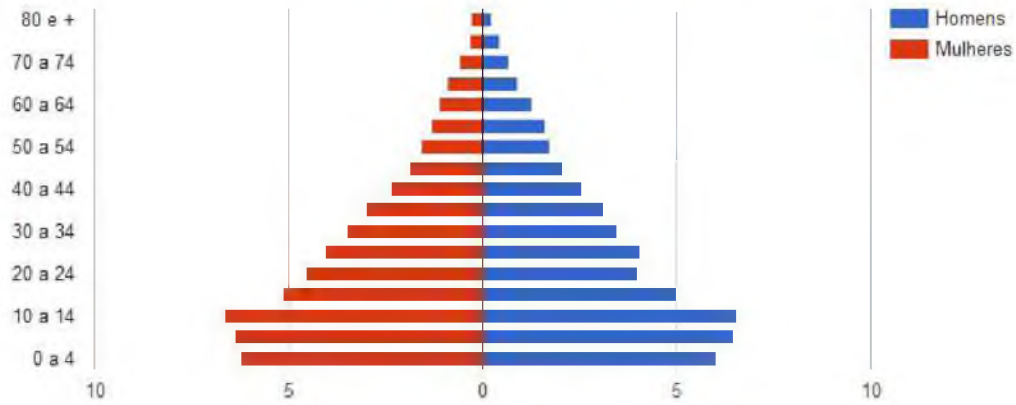
Razão entre a população de 65 anos ou mais de idade em relação à população total.

Estrutura Etária da População - Município - Jacupiranga - SP

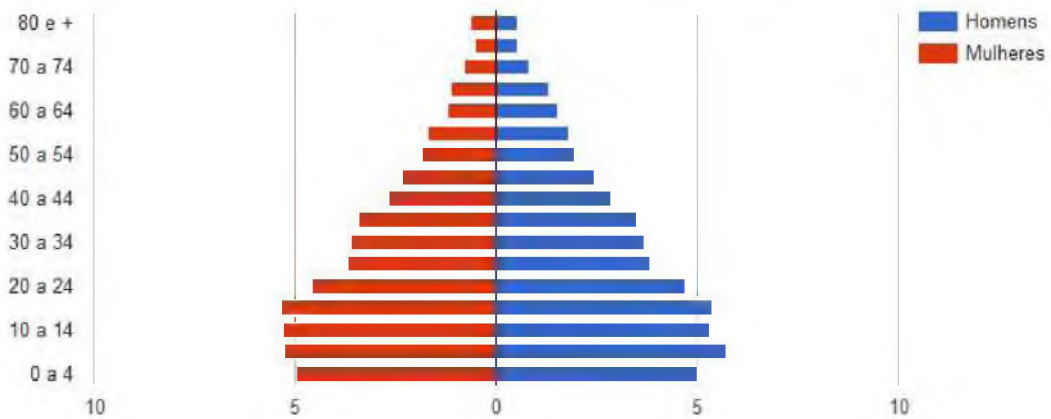
Estrutura Etária	População (1991)	% do Total (1991)	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
Menos de 15 anos	5.560	38,31	5.409	31,74	4.548	26,43
15 a 64 anos	8.319	57,31	10.570	62,03	11.258	65,42
População de 65 anos ou mais	636	4,38	1.062	6,23	1.402	8,15
Razão de dependência	74,48	-	61,22	-	52,85	-
Taxa de envelhecimento	4,38	-	6,23	-	8,15	-

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

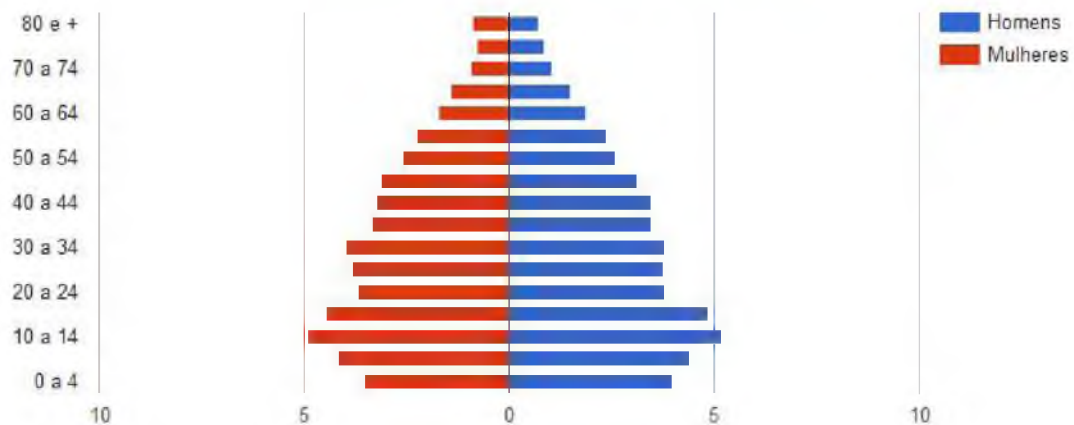
1991 Pirâmide etária - Jacupiranga - SP
Distribuição por Sexo, segundo os grupos de idade



2000 Pirâmide etária - Jacupiranga - SP
Distribuição por Sexo, segundo os grupos de idade



2010 Pirâmide etária - Jacupiranga - SP
Distribuição por Sexo, segundo os grupos de idade



LONGEVIDADE, MORTALIDADE E FECUNDIDADE

A mortalidade infantil (mortalidade de crianças com menos de um ano de idade) no município passou de 25,7 óbitos por mil nascidos vivos, em 2000, para 14,9 óbitos por mil nascidos vivos, em 2010. Em 1991, a taxa era de 32,0. Já na UF, a taxa era de 13,9, em 2010, de 19,4, em 2000 e 27,3, em 1991. Entre 2000 e 2010, a taxa de mortalidade infantil no país caiu de 30,6 óbitos por mil nascidos vivos para 16,7 óbitos por mil nascidos vivos. Em 1991, essa taxa era de 44,7 óbitos por mil nascidos vivos.

Com a taxa observada em 2010, o Brasil cumpre uma das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas, segundo a qual a mortalidade infantil no país deve estar abaixo de 17,9 óbitos por mil em 2015.

Longevidade, Mortalidade e Fecundidade - Município - Jacupiranga - SP

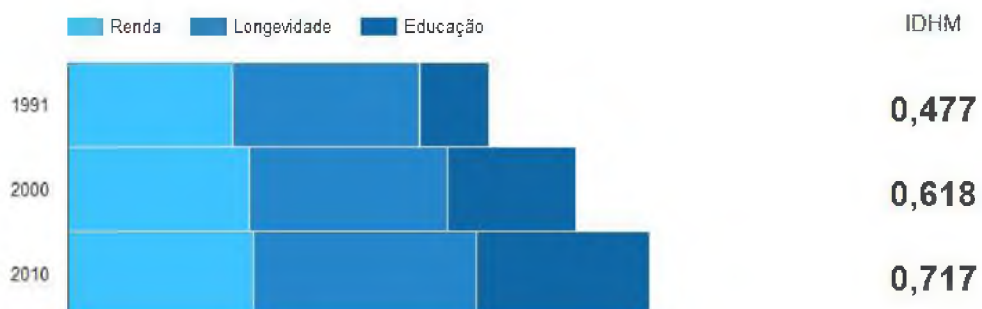
	1991	2000	2010
Esperança de vida ao nascer	66,7	69,0	74,9
Mortalidade infantil	32,0	25,7	14,9
Mortalidade até 5 anos de idade	36,2	29,8	17,2
Taxa de fecundidade total	4,0	3,1	2,5

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM).

No município, a esperança de vida ao nascer cresceu 5,9 anos na última década, passando de 69,0 anos, em 2000, para 74,9 anos, em 2010. Em 1991, era de 66,7 anos. No Brasil, a esperança de vida ao nascer é de 73,9 anos, em 2010, de 68,6 anos, em 2000, e de 64,7 anos em 1991.

IDHM



O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) – Jacupiranga é 0,717, em 2010, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM

entre 0,700 e 0,799). A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é Longevidade, com índice de 0,832, seguida de Renda, com índice de 0,687, e de Educação, com índice de 0,644.

Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes - Município - Jacupiranga - SP

IDHM e componentes	1991	2000	2010
IDHM Educação	0,255	0,478	0,644
% de 18 anos ou mais com fundamental completo	26,06	36,74	48,19
% de 5 a 6 anos na escola	21,60	62,34	93,73
% de 11 a 13 anos nos anos finais do fundamental REGULAR SERIADO ou com fundamental completo	49,22	63,50	87,10
% de 15 a 17 anos com fundamental completo	17,88	55,15	73,57
% de 18 a 20 anos com médio completo	12,07	37,21	43,19
IDHM Longevidade	0,695	0,733	0,832
Esperança de vida ao nascer	66,71	69,00	74,89
IDHM Renda	0,612	0,675	0,687
Renda per capita	360,84	535,20	574,52

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

EVOLUÇÃO

Entre 2000 e 2010

O IDHM passou de 0,618 em 2000 para 0,717 em 2010 – uma taxa de crescimento de 16,02%.

O hiato de desenvolvimento humano, ou seja, a distância entre o IDHM do município e o limite máximo do índice, que é 1, foi reduzido em 74,08% entre 2000 e 2010.

Nesse período, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,166), seguida por Longevidade e por Renda.

Entre 1991 e 2000

O IDHM passou de 0,477 em 1991 para 0,618 em 2000 – uma taxa de crescimento de 29,56%.

O hiato de desenvolvimento humano foi reduzido em 73,04% entre 1991 e 2000.

Nesse período, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,223), seguida por Renda e por Longevidade.

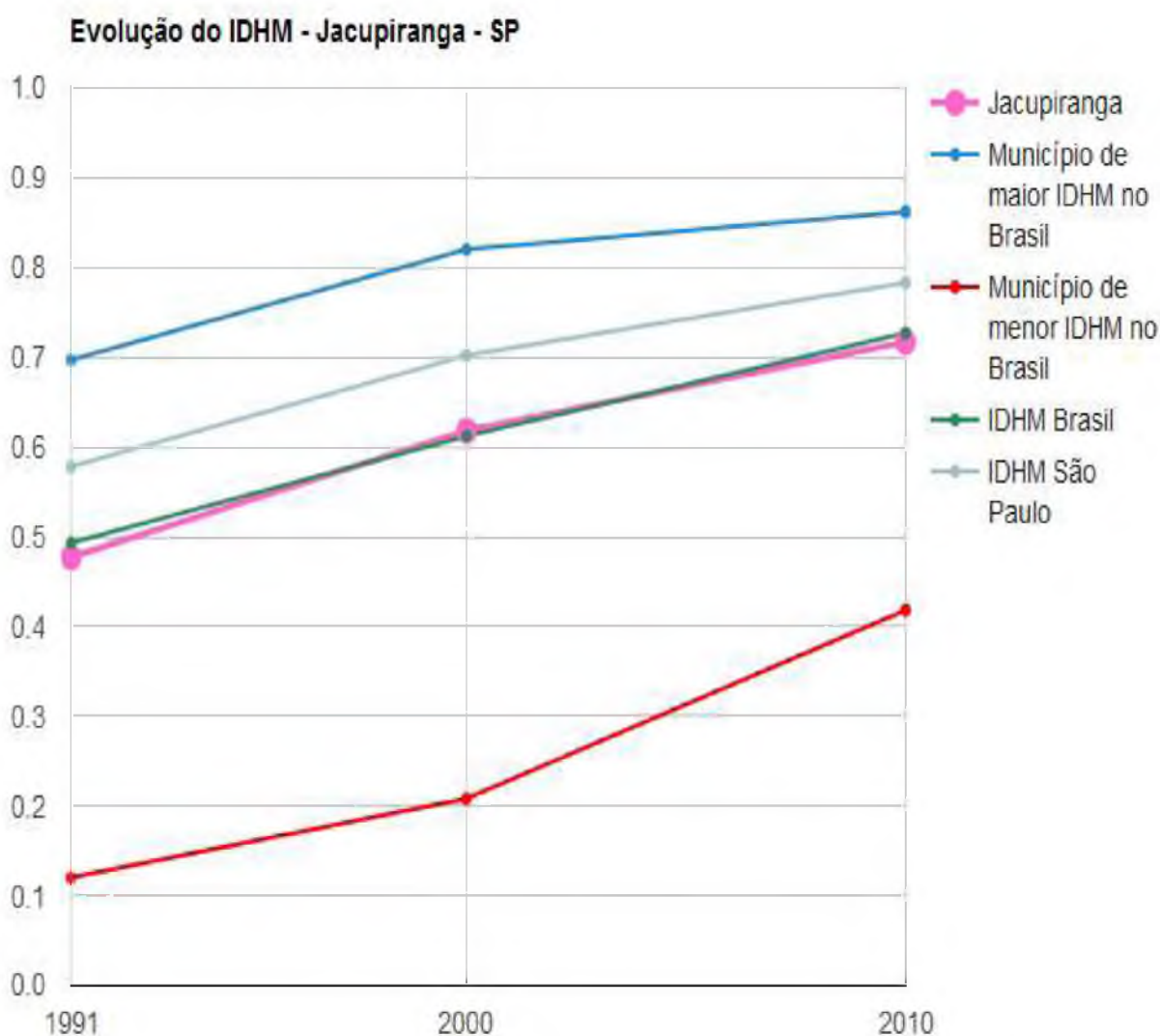
Entre 1991 e 2010

De 1991 a 2010, o IDHM do município passou de 0,477, em 1991, para 0,717, em 2010, enquanto o IDHM da Unidade Federativa (UF) passou de 0,578 para 0,783.

Isso implica em uma taxa de crescimento de 50,31% para o município e 35% para a UF; e em uma taxa de redução do hiato de desenvolvimento humano de 54,11% para o município e 53,85% para a UF.

No município, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,389), seguida por Longevidade e por Renda.

Na UF, por sua vez, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,358), seguida por Longevidade e por Renda.



Jacupiranga ocupa a 1.398ª posição entre os 5.565 municípios brasileiros segundo o IDHM.

Nesse ranking, o maior IDHM é 0,862 (São Caetano do Sul) e o menor é 0,418 (Melgaço).

Área (Em km²) - 2019

Município	704,19
RG	12.135,97
RA	12.135,97
Estado	248.219,63

População - 2019

Município	17.208
RG	273.568
RA	273.568
Estado	44.314.930

Densidade Demográfica (Habitantes/km²) - 2019

Município	24,44
RG	22,54
RA	22,54
Estado	178,53

Taxa Geométrica de Crescimento Anual da População - 2010/2019 (Em % a.a.) - 2019

Município	0,00
RG	0,18
RA	0,18
Estado	0,81

Grau de Urbanização (Em %) - 2019

Município	54,45
RG	73,72
RA	73,72
Estado	98,47

Índice de Envelhecimento (Em %) - 2019

Município	71,22
RG	71,97
RA	71,97
Estado	78,13

População com Menos de 15 Anos (Em %) - 2019

Município	21,08
RG	21,52
RA	21,52
Estado	19,02

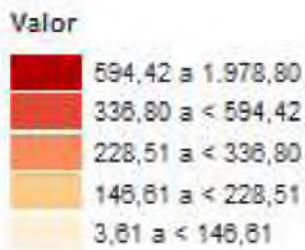
População com 60 Anos e Mais (Em %) - 2019

Município	15,02
RG	15,49
RA	15,49
Estado	14,86

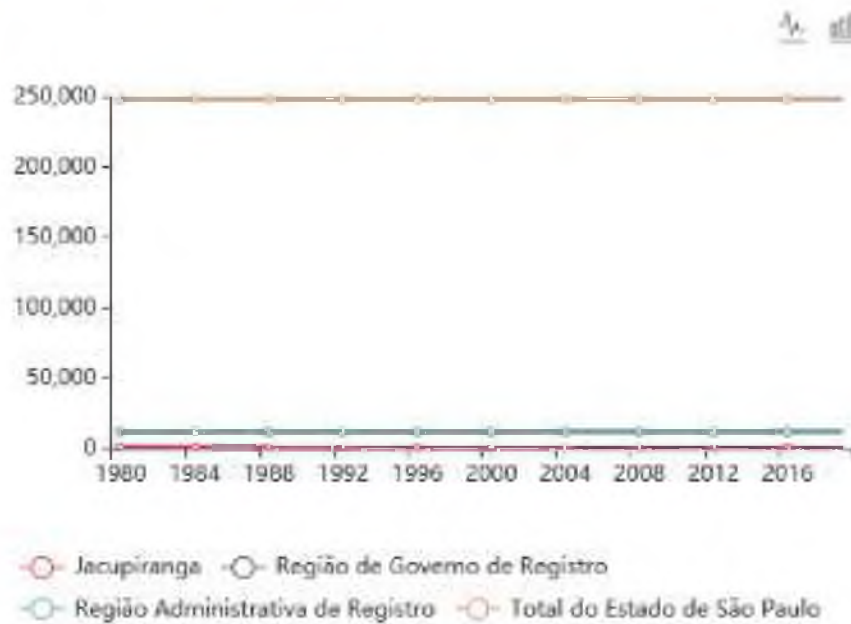
Razão de Sexos - 2019

Município	102,69
RG	99,28
RA	99,28
Estado	94,80

Área (Em km2) - 2019



Área (Em km2) - 1980-2019



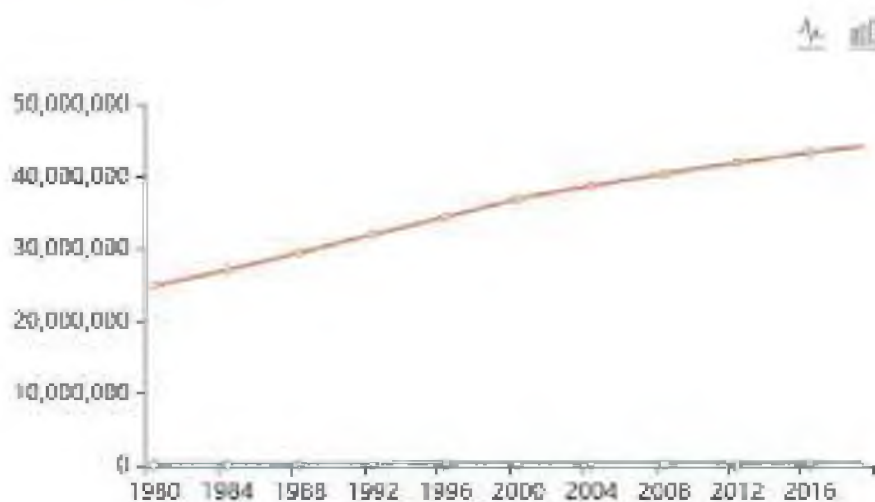
i População - 2019



Valor

53.143,00 a 11.811.516,00
19.816,20 a < 53.143,00
9.124,40 a < 19.816,20
4.629,00 a < 9.124,40
811,00 a < 4.629,00

i População - 1980-2019

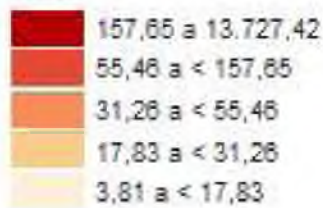


- Jacupiranga
- Região de Governo de Registro
- Região Administrativa de Registro
- Total do Estado de São Paulo

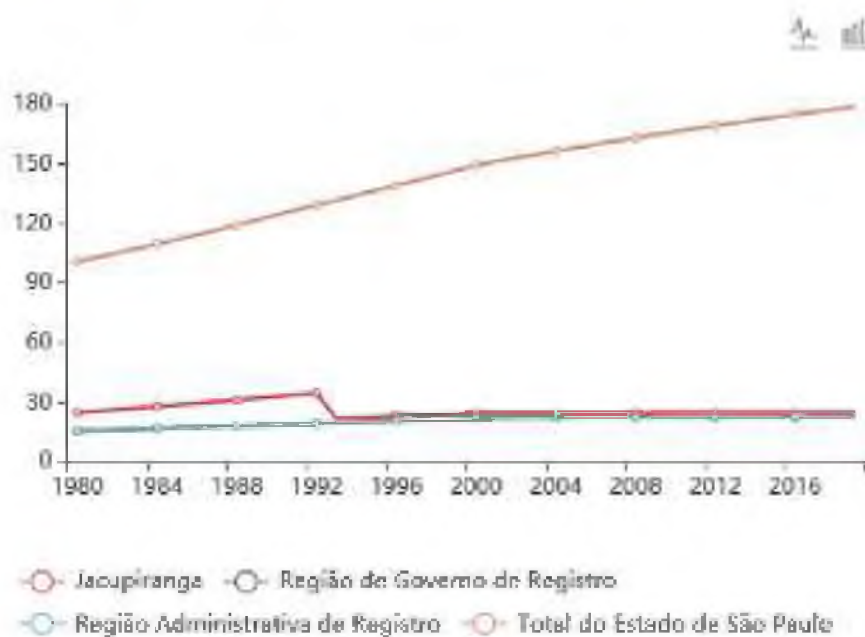
Densidade Demográfica (Habitantes/km²) - 2019



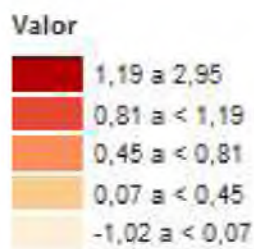
Valor



Densidade Demográfica (Habitantes/km²) - 1980-2019



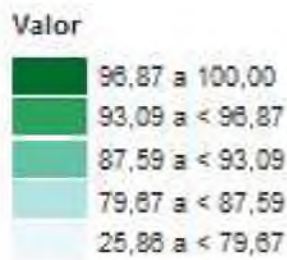
Taxa Geométrica de Crescimento Anual da População - 2010/2019 (Em % a.a.) - 2019



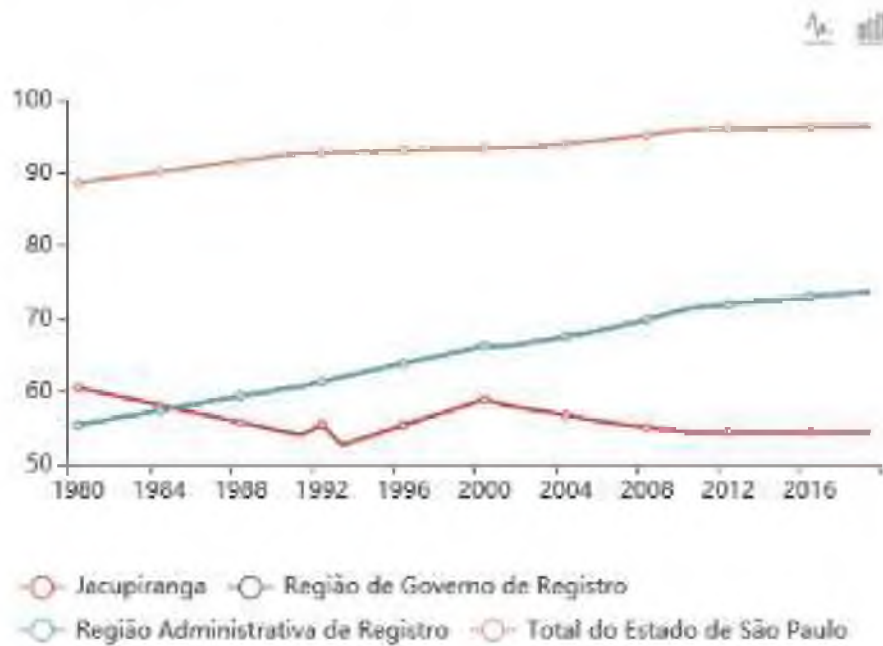
Taxa Geométrica de Crescimento Anual da População - 2010/2019 (Em % a.a.) - 2019



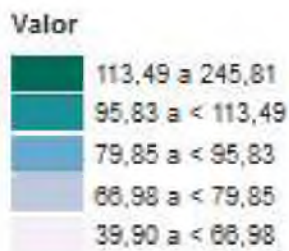
Grau de Urbanização (Em %) - 2019



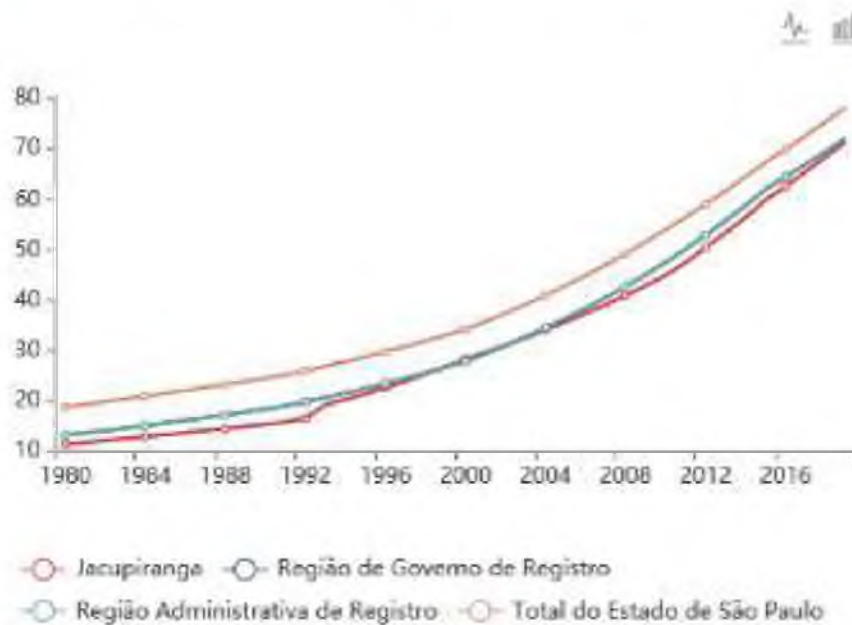
Grau de Urbanização (Em %) - 1980-2019



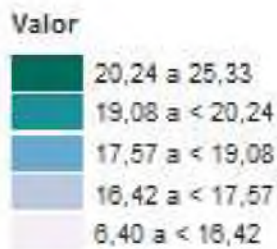
Índice de Envelhecimento (Em %) - 2019



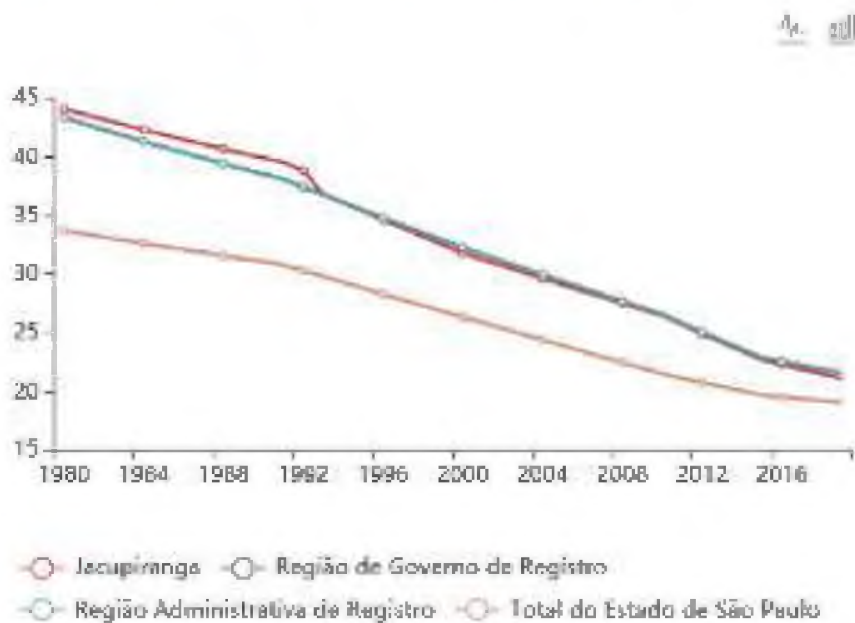
Índice de Envelhecimento (Em %) - 1980-2019



População com Menos de 15 Anos (Em %) - 2019



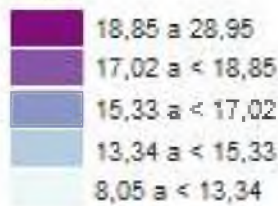
População com Menos de 15 Anos (Em %) - 1980-2019



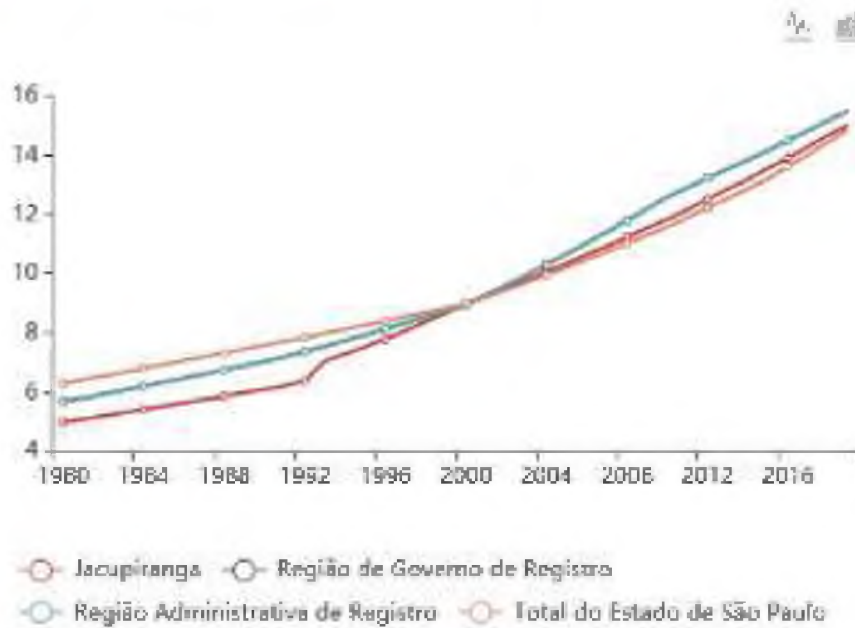
População com 60 Anos e Mais (Em %) - 2019



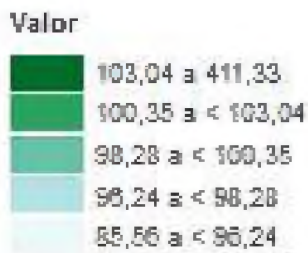
Valor



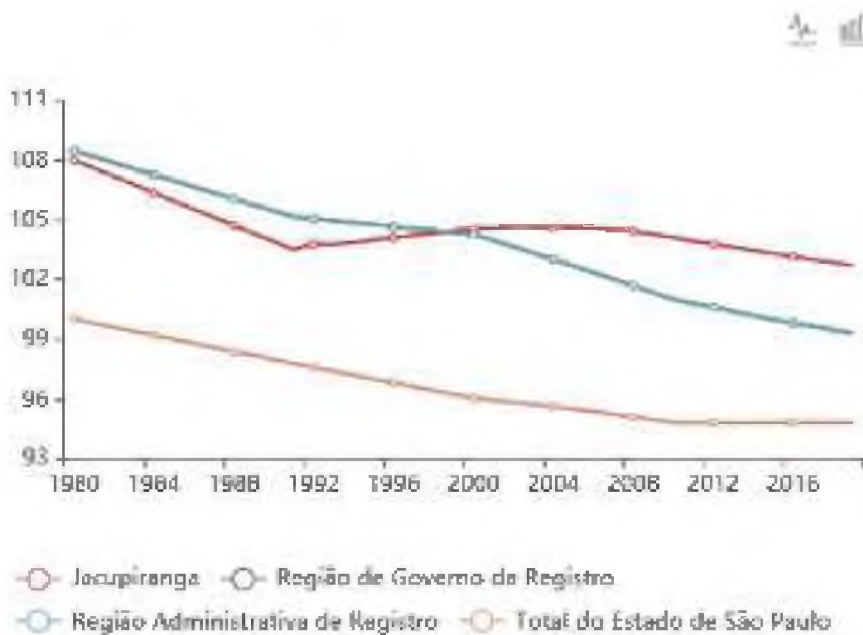
População com 60 Anos e Mais (Em %) - 1980-2019



Razão de Sexos - 2019



Razão de Sexos - 1980-2019



ESTATÍSTICAS VITAIS E DE SAÚDE
Taxa de Natalidade (Por mil habitantes) - 2017

Município	15,48
RG	14,42
RA	14,42
Estado	14,00

Taxa de Fecundidade Geral (Por mil mulheres entre 15 e 49 anos) - 2017

Município	59,60
RG	55,12
RA	55,12
Estado	50,70

Taxa de Mortalidade Infantil (Por mil nascidos vivos) - 2017

Município	18,80
RG	12,24
RA	12,24
Estado	10,74

Taxa de Mortalidade na Infância (Por mil nascidos vivos) - 2017

Município	18,80
RG	14,02
RA	14,02
Estado	12,34

Taxa de Mortalidade da População de 15 a 34 Anos (Por cem mil habitantes nessa faixa etária) - 2017

Município	162,02
RG	113,81
RA	113,81
Estado	102,19

Taxa de Mortalidade da População de 60 Anos e Mais (Por cem mil habitantes nessa faixa etária) - 2017

Município	3.342,85
RG	3.568,77
RA	3.568,77
Estado	3.425,47

Nascidos Vivos de Mães com Menos de 18 Anos (Em %) - 2017

Município	5,26
RG	7,87
RA	7,87
Estado	5,26

Mães que fizeram Sete e Mais Consultas de Pré-Natal (Em %) - 2016

Município	81,27
RG	80,48
RA	80,48
Estado	79,05

Partos Cesáreos (Em %) - 2016

Município	24,16
RG	32,76
RA	32,76
Estado	58,34

Nascimentos de Baixo Peso (menos de 2,5kg) (Em %) - 2016

Município	4,83
RG	6,64
RA	6,64
Estado	8,11

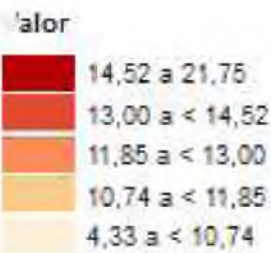
Gestações Pré-Termo (Em %) - 2016

Município	7,66
RG	9,23
RA	9,23
Estado	10,98

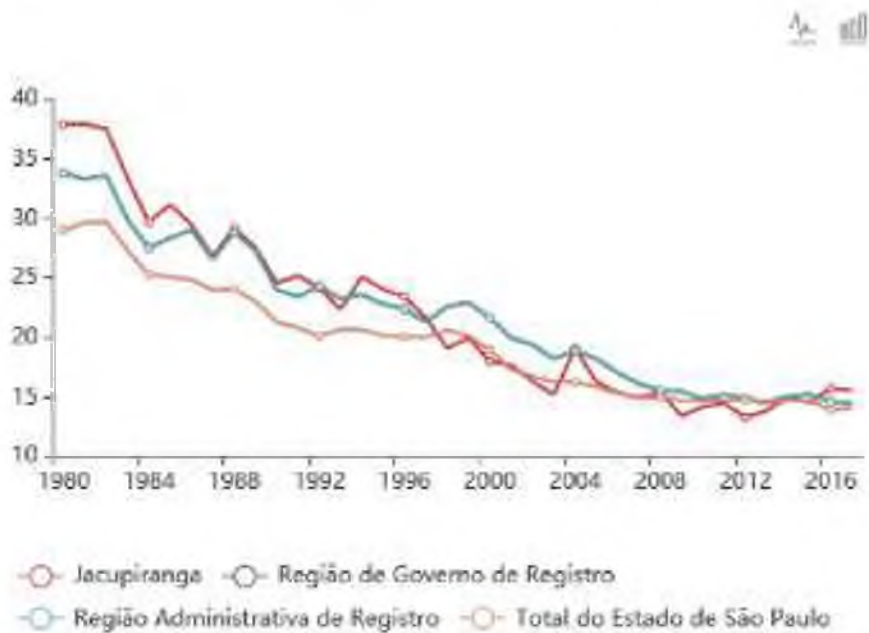
Leitos SUS (Coeficiente por mil habitantes) - 2018

Município	-
RG	0,95
RA	0,95
Estado	1,22

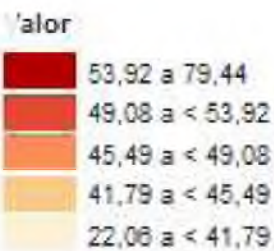
Taxa de Natalidade (Por mil habitantes) - 2017



Taxa de Natalidade (Por mil habitantes) - 1980-2017



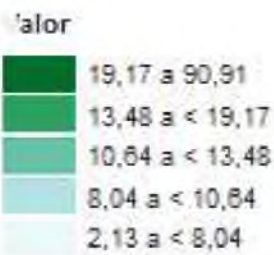
Taxa de Fecundidade Geral (Por mil mulheres entre 15 e 49 anos) - 2017



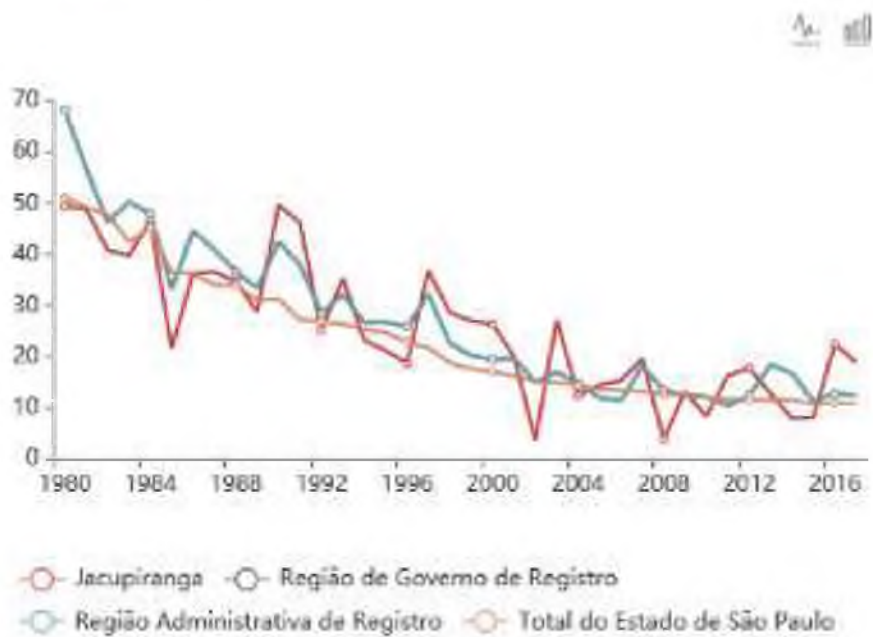
Taxa de Fecundidade Geral (Por mil mulheres entre 15 e 49 anos) - 1980-2017



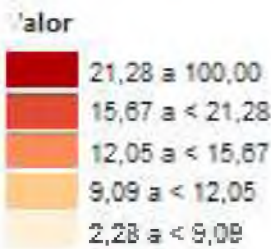
Taxa de Mortalidade Infantil (Por mil nascidos vivos) - 2017



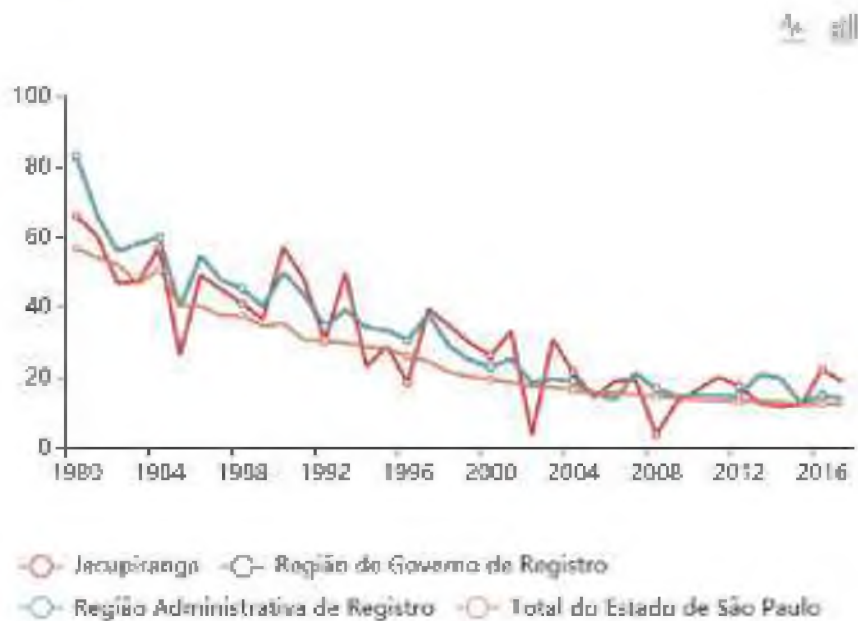
Taxa de Mortalidade Infantil (Por mil nascidos vivos) - 1980-2017



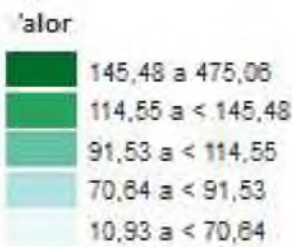
Taxa de Mortalidade na Infância (Por mil nascidos vivos) - 2017



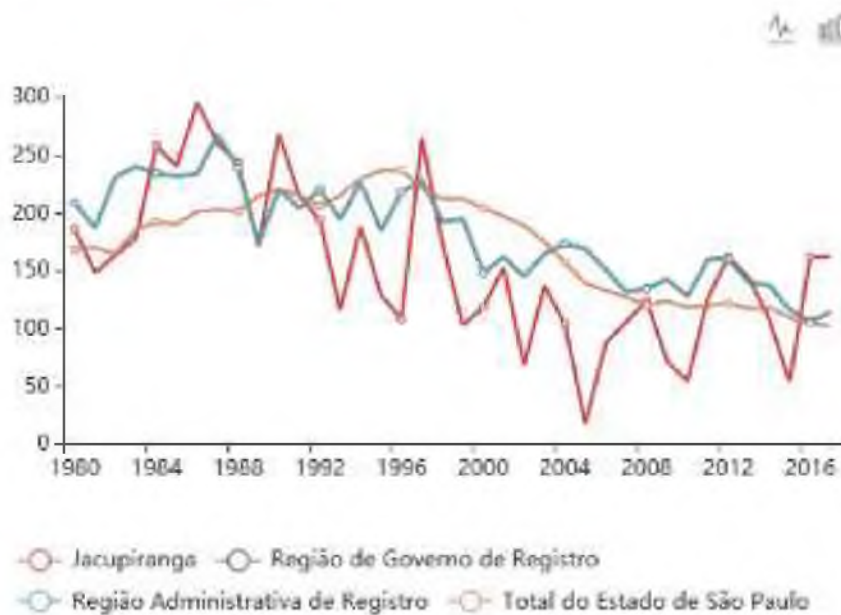
Taxa de Mortalidade na Infância (Por mil nascidos vivos) - 1980-2017



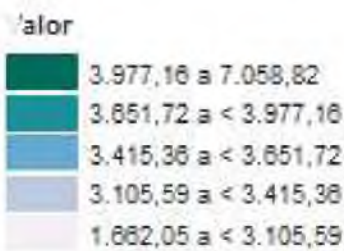
Taxa de Mortalidade da População de 15 a 34 Anos (Por cem mil habitantes nessa faixa etária) - 2017



Taxa de Mortalidade da População de 15 a 34 Anos (Por cem mil habitantes nessa faixa etária) - 1980-2017



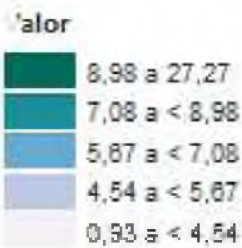
Taxa de Mortalidade da População de 60 Anos e Mais (Por cem mil habitantes nessa faixa etária) - 2017



Taxa de Mortalidade da População de 60 Anos e Mais (Por cem mil habitantes nessa faixa etária) - 1980-2017



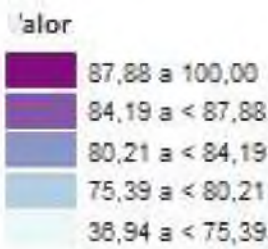
Nascidos Vivos de Mães com Menos de 18 Anos (Em %) - 2017



Nascidos Vivos de Mães com Menos de 18 Anos (Em %) - 2004-2017



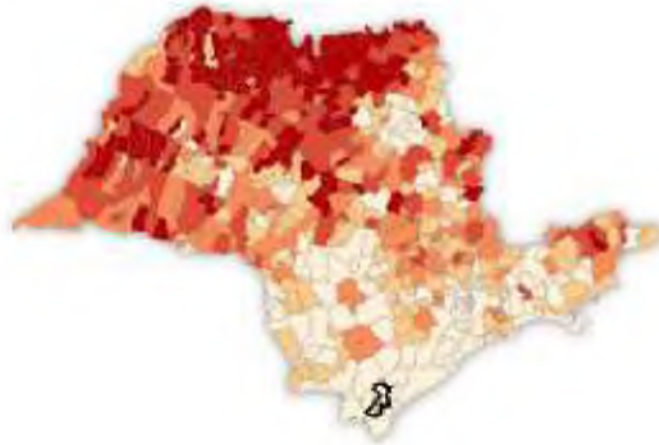
Mães que fizeram Sete e Mais Consultas de Pré-Natal (Em %) - 2016



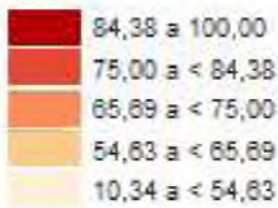
Mães que fizeram Sete e Mais Consultas de Pré-Natal (Em %) - 2004-2016



i Partos Cesáreos (Em %) - 2016



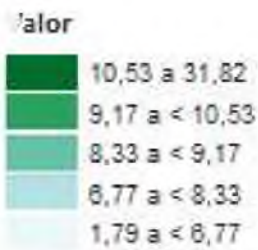
Valor



i Partos Cesáreos (Em %) - 2004-2016



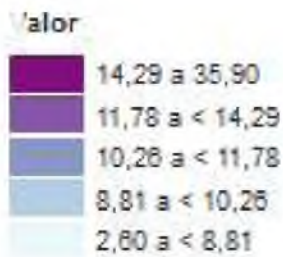
Nascimentos de Baixo Peso (menos de 2,5kg) (Em %) - 2016



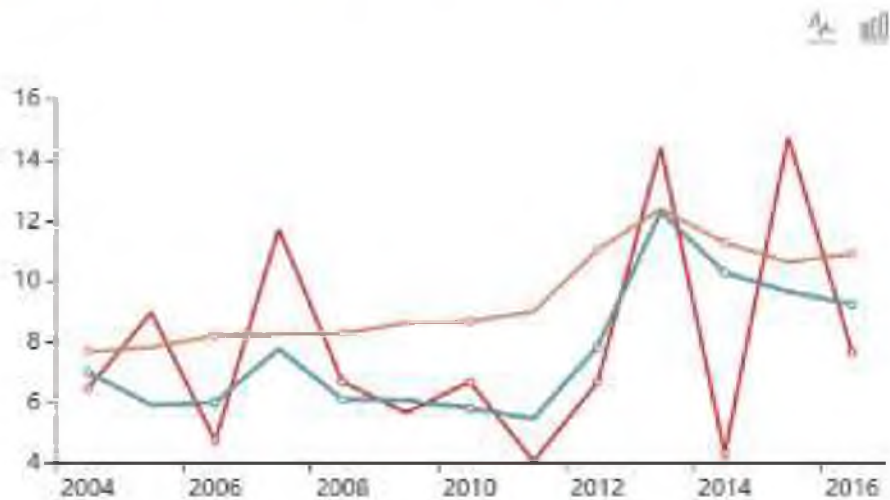
Nascimentos de Baixo Peso (menos de 2,5kg) (Em %) - 2004-2016



Gestações Pré-Termo (Em %) - 2016

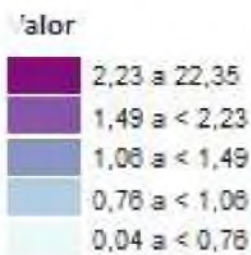
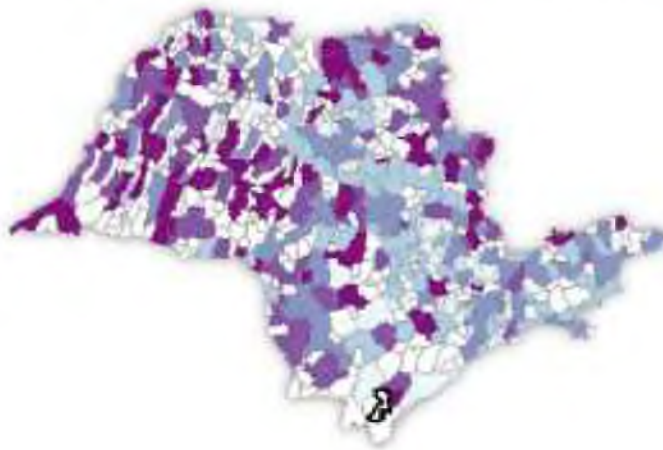


Gestações Pré-Termo (Em %) - 2004-2016



○ Jacupiranga
 ○ Região de Governo de Registro
○ Região Administrativa de Registro
 ○ Total do Estado de São Paulo

Leitos SUS (Coeficiente por mil habitantes) - 2018



Leitos SUS (Coeficiente por mil habitantes) - 1995-2003/2005-2018

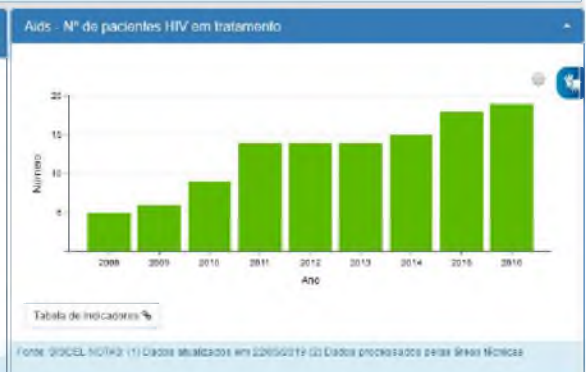


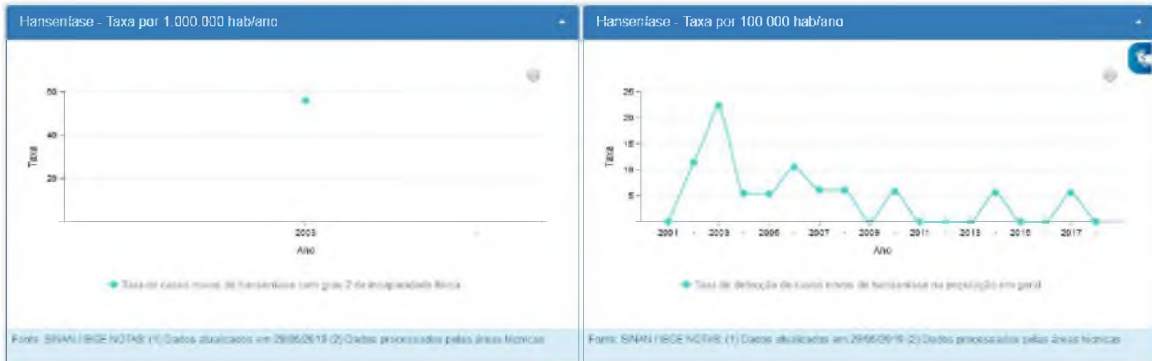
INDICADORES DE MORTALIDADE

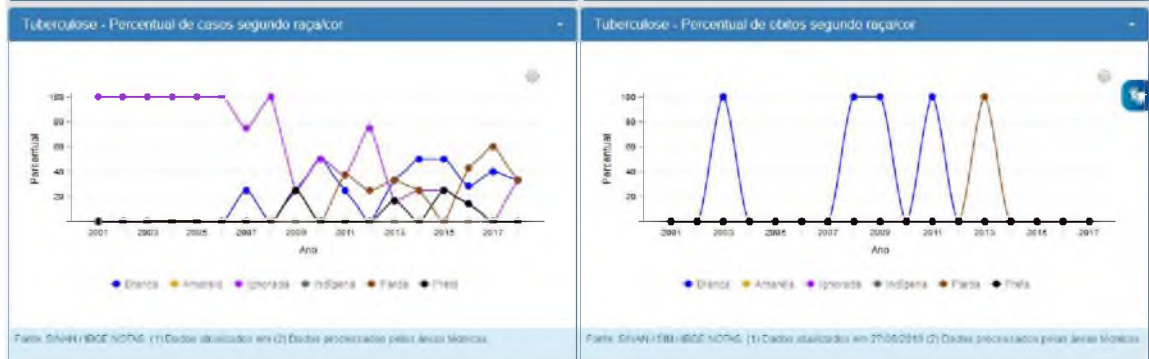
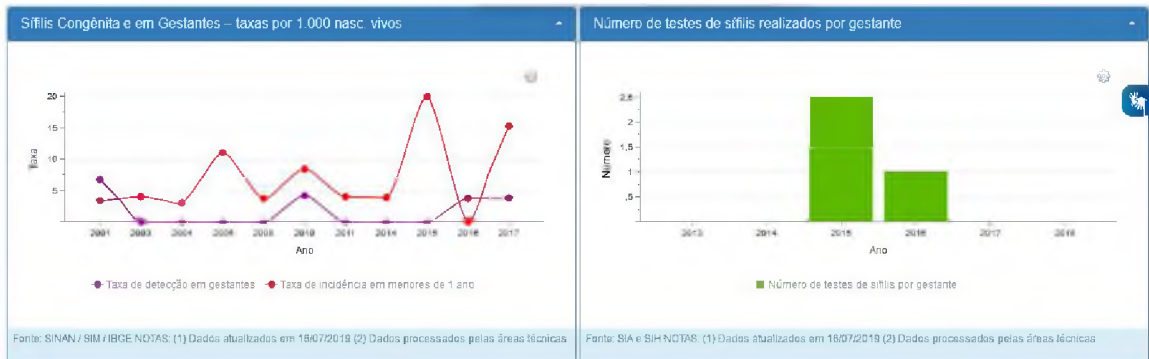




INDICADORES DE MORBIDADE







II- Conhecimento do Objeto da Contratação

Ao analisarmos os indicadores de morbidade e mortalidade presentes nos Relatórios Gerenciais de Saúde do Município de Jacupiranga, podemos observar que os dados apurados, seguem uma tendência nacional, onde se prevalecem os óbitos causados por doenças do aparelho circulatório, seguido pelos óbitos causados por doenças neoplásicas.

Notamos ainda, que os óbitos causados por doenças neoplásicas vem paulatinamente aumentando.

Os óbitos causados por causas externas, apresentam uma certa linearidade em suas estatísticas, em relação aos demais fatores.

Podemos ver também que a mortalidade infantil aumentou nos últimos anos, principalmente a neonatal precoce e a pós neonatal.

Verifica-se ainda que a incidência de AIDS em 2017 zerou, o que mostra um bom combate à doença, embora a taxa de mortalidade tenha aumentado no mesmo período.

Já, a taxa de Sífilis Congênita em crianças menores de 1 (um) ano, após ser controlada em 2016, em 2017 “explodiu”, que indica que a rede deve atacar profilaticamente essa patologia.

Finalmente, em comparação com outros municípios do mesmo perfil, nota-se que o controle sobre a Tuberculose vem apresentando importante sucesso, que mostra que a rede de saúde tem funcionado no combate a essa patologia.

Diante deste quadro, a organização dos serviços de saúde em redes, como é o caso da rede de urgência e emergência, que é o Objeto do presente Chamamento, juntamente à necessidade de proporcionar atendimento resolutivo e de qualidade à clientela, impactará de forma positiva nesses indicadores que apresentaremos a seguir.

Ainda com relação aos Equipamentos de Saúde que estão disponíveis no Município, podemos observar que existem alguns serviços implantados nos diferentes níveis de baixa e média complexidade, merecendo destaque, a Unidade de Pronto Atendimento Municipal.

Jacupiranga conta ainda com o Serviço de Remoção do próprio município, com dois importantes hospitais de retaguarda, um em Pariquera-açu e outro em Registro, para os casos de maior complexidade, para onde são encaminhados, via Regulação, os pacientes que necessitam desses cuidados.

Além de todo o estudo aqui exposto, podemos afirmar categoricamente, que conhecemos profundamente o Objeto da contratação, visto que estamos gerindo emergencialmente a Unidade Objeto do certame desde o final de junho do corrente ano.

Podemos dizer que durante esse tempo, além de melhorarmos a performance da Unidade de Pronto Atendimento Jacupiranga, “aprendemos” as necessidades tanto locais, quanto do Município em si, bem como do próprio DMS – Departamento Municipal de Saúde, resolvendo sempre as demandas das mesmas, mesmo que não estipuladas, implantando novos serviços gerenciais e novas ferramentas de gestão, bem como melhorando significativamente a qualidade assistencial oferecida na Unidade de Saúde em questão, atendendo a população com carinho e dedicação, de forma humanizada, com alto grau de resolutividade, eficiência e eficácia, sempre em sintonia com a DMS, e o trabalho em equipe entre os nossos gestores e os gestores do Departamento, constituindo-se num grande orgulho em trabalhar nesse querido Município.

III- Descrição e Análise das Principais Características Epidemiológicas a Serem Enfrentadas no Município de Jacupiranga e dos Novos Desafios a Serem Enfrentados na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Descreveremos e analisaremos a seguir, as principais características epidemiológicas a serem enfrentadas no Município de Jacupiranga os novos desafios a serem enfrentados na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

A- Identificação das Principais Características Epidemiológicas a Serem Enfrentadas na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Epidemiologicamente os principais problemas a serem enfrentados serão os característicos que afetam nossas populações, assim enumerados:

- Dengue, Chikungunya e Zika: na estação do verão com chuvas abundantes, essas doenças avançam por estarem ligadas a proliferação do agente vetor. Promoveremos na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, a conscientização da população usuária, através de cartazes alertando a dimensão do problema, elucidando as formas de combate, como prevenir a proliferação do mosquito através de atos domésticos, combatendo-se assim, a proliferação do vetor, bem como folhetos explicativos para o esclarecimento dos sintomas, objetivando a rápida identificação das doenças. Nossos profissionais serão treinados para a rápida identificação e pronto atendimento dos casos sugestivos, com consequente notificação à Vigilância Epidemiológica.
- HAS: vigilância durante todo ano, informação a população durante o atendimento e triagem com a Classificação de Risco. Orientação, tratamento da população e encaminhamento para as UBSs referenciadas e/ou para os ambulatorios de especialidades, para o segmento dos quadros diagnosticados. No atendimento na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, promoveremos a medicação e a estabilização dos quadros possíveis.
- Diabetes: durante todo ano na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, tanto o Tipo I, quanto o Tipo II, procuraremos diagnosticá-los, orientando para que os pacientes tenham o mínimo possível de complicações para evitar as internações por complicações da doença. Encaminharemos para as UBSs referenciadas e/ou para os ambulatorios de especialidades, para o segmento dos quadros casos diagnosticados, recebimento de medicação e apoio psicológico.
- MI e DST: estes casos serão automaticamente notificados ao serviço de Vigilância Epidemiológica logo que diagnosticados, sendo inicialmente orientados na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO e encaminhados para a

sequência do tratamento adequado, tais como: AIDS, Coqueluche, Sarampo, Meningites, HPV, Hepatites Virais, etc. Todos os pacientes serão orientados para a vacinação profilática que consta no calendário do Departamento Municipal de Saúde. Folhetos explicativos para a importância da prevenção destas doenças serão distribuídos na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

- Problemas Respiratórios: BCP, BE, IVAS que são quadros comuns em regiões periféricas, na população de baixa renda, devido as condições de higiene e habitação. Estes casos deverão ser inicialmente identificados e tratados de forma adequada na Unidade, e, na sequência, encaminhados para as UBSs de referência, para o devido acompanhamento. Indicações para a vacina da gripe, no calendário vacinal anual, serão divulgadas na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, através de cartazes e panfletos, além da divulgação corpo a corpo, que será realizada por nossa equipe de colaboradores.
- Além do perfil epidemiológico acima elencado, enfrentaremos toda a gama de patologias existentes, situações de trauma, quadros agudos, acidentes, IAM, AVC, patologias psiquiátricas, intoxicações, envenenamentos, etc., estando preparados para ações de contingenciais e para situações de múltiplas vítimas.

B- Novos Desafios a Serem Enfrentados na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

No que tange aos novos desafios que nos propomos a enfrentar na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, podemos destacar os seguintes:

- Instalação e customização de um Dashboard, que no contexto de TI, é um painel digital visual que apresenta, de maneira centralizada, um conjunto informações: indicadores e suas métricas. Esta ferramenta será pormenorizada adiante, quando tratarmos o assunto no item Descrição do Sistema de Informações.
- Instalação de um Sistema PACS que permite disponibilizar para toda a rede municipal de saúde, as imagens e laudos de exames que realizaremos na Unidade. Esta ferramenta será pormenorizada adiante, quando tratarmos o assunto no item Descrição do Sistema de Informações.
- Instalação de um Storage, que é um hardware que contém slots para vários discos, ligado aos servidores através de ISCSI ou fibra ótica. Ele é uma peça altamente redundante e cumpre com louvor a sua missão, que é armazenar grande quantidade de informações, no caso as imagens dos laudos. Esta ferramenta será pormenorizada adiante, quando tratarmos o assunto no item Descrição do Sistema de Informações.
- Digitalização do novo equipamento de Raio X.

IV- Procedimentos Para Análise de Rotinas e de Riscos à Saúde

A assistência à saúde sempre envolverá riscos, mas esses riscos podem ser reduzidos quando os mesmos são analisados e combatidos, evitando que sejam possíveis causas de eventos adversos.

Para tanto, é necessário conhecer esses riscos, então nós, profissionais de saúde, devemos informar quando há um problema nos processos assistenciais, ou seja, devemos observar melhor as situações do dia-a-dia e notificar falhas nestes processos. Essas atitudes fazem parte da cultura de segurança do paciente.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), segurança do paciente pode ser definida de diferentes maneiras, mas todas com um único objetivo:

- ✓ A prevenção e melhoria de eventos adversos ou lesões resultantes dos processos de cuidados de saúde. Estes eventos incluem "erros", "desvios" e "acidentes".
- ✓ A segurança emerge da interação dos componentes do sistema, que faz não residir em uma pessoa, dispositivo ou departamento, sendo um subconjunto de qualidade da assistência à saúde.
- ✓ Livre de lesão acidental, garantindo a segurança do paciente, através de sistemas e processos operacionais que minimizam a probabilidade de erros e maximizam a probabilidade de interceptá-los quando eles ocorrem.
- ✓ Livre de lesões acidentais durante os cuidados de saúde.
- ✓ Atividades para evitar, prevenir ou corrigir eventos adversos que podem resultar da prestação de cuidados de saúde.
- ✓ Identificação, análise e gestão de riscos relacionados com paciente, a fim de proporcionar ao paciente um atendimento mais seguro e minimizar os danos a eles causados.
- ✓ Redução e mitigação dos atos inseguros dentro do sistema de saúde, bem como através da utilização das melhores práticas, para conduzir a resultados positivos para os pacientes.
- ✓ Prevenção e mitigação de danos aos pacientes.
- ✓ Paciente livre de danos desnecessários associados à assistência de saúde.

➤ **O Que é Um Evento Adverso?**

É um evento que produz, ou potencialmente pode produzir, resultados inesperados ou indesejados que afetem a segurança de pacientes, usuários ou outros.

Pode ou não causar ou contribuir para a morte, doença ou lesão séria do paciente.

Qualquer evento adverso deve ser notificado ao Gerenciamento de Risco.

Para notificar não é necessário ter a certeza da relação de causa e efeito entre o evento adverso ocorrido e o uso do produto em questão.

A suspeita dessa associação é razão suficiente para uma notificação.

➤ **E dano ao paciente?**

Dano é definido como prejuízo temporário ou permanente da função ou estrutura do corpo: física, emocional, ou psicológica, seguida ou não de dor, requerendo uma intervenção.

V- Metas da Organização Mundial de Saúde para a Segurança do Paciente

Segundo a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente da Organização Mundial de Saúde (OMS), as metas internacionais são:

- ✓ Identificar os pacientes corretamente;
- ✓ Melhorar a comunicação entre as equipes;
- ✓ Melhorar o gerenciamento de medicamentos de alto risco;
- ✓ Eliminar cirurgias em membros ou em pacientes errados;
- ✓ Reduzir os riscos de infecções; e,
- ✓ Reduzir os riscos de lesões decorrentes de quedas.

VI- Identificação dos Pacientes

É considerada o fundamento do cuidado seguro ao paciente, consistindo na utilização lúdica de evidenciadores facilmente visualizados, como pulseiras de identificação ou adesivos, essenciais à prevenção de erros durante o cuidado à saúde não só para pacientes hospitalizados, mas também para pacientes em observação em unidades de pronto atendimento e sob qualquer condição de assistência, como para realização de exames ambulatoriais. Essa é uma responsabilidade de todos os profissionais que prestam cuidados à saúde.

A identificação do paciente está prevista na Lei nº 10.241, de 17 de março de 1.999, que dispõe sobre os direitos dos pacientes, usuários dos serviços de saúde no Estado de São Paulo, e prevê que o paciente tem direito de ser identificado e tratado pelo seu nome e sobrenome, não devendo ser identificado somente por números ou códigos (São Paulo, 1.999).

Deve-se conferir a identidade do paciente antes do início dos cuidados, na transferência ou no recebimento de pacientes de outra unidade ou instituição, antes de qualquer tratamento ou procedimento e da administração de medicamentos e de soluções.

Para isso servem a pulseira de identificação ou adesivos, o prontuário, as etiquetas de identificação e as solicitações de exames.

Não se deve usar a confirmação verbal como única forma de identificação, pois pode gerar confusões e, conseqüentemente, eventos adversos.

Esse tema será esmiuçado mais adiante, no item que tratar do Núcleo de Segurança do Paciente – NSP.



VII- Assistência Limpa é Uma Assistência Mais Segura

O primeiro Desafio Global para Segurança do Paciente pela OMS é a prevenção de infecções associadas à assistência à saúde, que ocorrem em todos os países, tanto os desenvolvidos como os em desenvolvimento e estão entre as principais causas de morte e de aumento da morbidez em doentes hospitalizados.

Apesar de ser considerado um desafio, existe uma medida muito simples que pode reduzir drasticamente as infecções hospitalares: a higienização de mãos.

➤ **Fique Atento! Higienizar as Mãos Sempre:**

- ✓ Antes do contato com o paciente;
- ✓ Após o contato com paciente; e,
- ✓ Após qualquer contato com o paciente ou com as suas imediações (cama, mesa de cabeceira) ou seus fluidos biológicos.

VIII- Demonstração dos Indicadores, Ressaltando Elementos do Processo de Saúde/Doença a Identificar, Sob o Qual se Deve Prioritariamente Intervir

Epidemiologia é a ciência que estuda a distribuição e os determinantes dos problemas de saúde e fenômenos associados, em populações humanas, com condições de contribuir com a capacidade dos serviços de saúde para transformar as condições de vida e a situação de saúde da população.

A epidemiologia ocupa-se da frequência e do padrão de eventos de saúde em uma população e busca determinantes e soluções coletivas, através de raciocínio, de conceitos e de técnicas.

➤ **Em Que se Baseia a Epidemiologia?**

- ✓ Dados e informações dos serviços de saúde.
- ✓ Informações clínico laboratoriais.
- ✓ Ciências básicas da saúde.
- ✓ Demografia.
- ✓ Estatística.
- ✓ Ciências sociais e ciências humanas.
- ✓ Política, administração e gestão de serviços.

- ✓ Informática e tecnologia da informação.
- **Distribuição da Epidemiologia**
- ✓ Frequência: quantificação por meio de medidas.
- ✓ Padrão:
 - Tempo: Quando?
 - Lugar: Onde?
 - Pessoa: Quem?
- **Fatores Determinantes**

Aqueles que causam ou possibilitam a ocorrência de doenças, fatores associados às doenças e agravos.
- **Princípios Básicos**
- ✓ Os agravos à saúde não ocorrem ao acaso na população.
- ✓ A distribuição desigual dos agravos à saúde é produto da ação de fatores que se distribuem desigualmente na população.
- ✓ O conhecimento dos fatores determinantes das doenças permite a aplicação de medidas preventivas e curativas direcionados a alvos específicos.
- **Objetivos da Epidemiologia**
- ✓ Descrever a distribuição e a magnitude dos problemas de saúde nas populações humana:
 - Onde ocorrem os problemas?
 - Que pessoas são atingidas?
 - Quando ocorrem os problemas?
- ✓ Identificar fatores etiológicos na gênese das enfermidades:
 - O que causa esse problema?
 - Existe medida de controle?
- ✓ Proporcionar dados essenciais para o planejamento, execução e avaliação das ações de prevenção, controle e tratamento das doenças, bem como estabelecer prioridades
 - Quais características existem nesse local que favorecem o aparecimento desse problema?
 - Essas características são passíveis de intervenção?
 - Que tipo de intervenção?
- **Informações Epidemiológicas**
- ✓ Essenciais para a formulação de políticas de saúde, planejamento e programação de ações e serviços.
- ✓ Auxiliam na gestão do sistema e dos serviços de saúde, oferecendo suporte à tomada de decisão.
- ✓ Contribuem para o estabelecimento de prioridades.

- ✓ Identificam fatores etiológicos e eventos que determinam a situação de saúde.
- **Usos da Epidemiologia**
- ✓ Diagnóstico da situação de saúde.
- ✓ Investigação etiológica.
- ✓ Determinação de riscos.
- ✓ Aprimoramento na descrição do quadro clínico.
- ✓ Determinação de prognósticos.
- ✓ Identificação de síndromes e classificação de doenças.
- ✓ Verificação do valor de procedimentos diagnósticos.
- ✓ Planejamento e organização de serviços.
- ✓ Avaliação das tecnologias, programas ou serviços.
- ✓ Análise crítica de trabalhos científicos.
- ✓ Análise da situação de saúde, cujo objetivo é conhecer a situação de saúde da população e suas tendências com vistas a implementar ações de saúde adequadas, efetivas e oportunas e as estratégias são:
 - inquéritos de saúde;
 - monitoramento das condições de saúde; e,
 - diagnóstico das necessidades de saúde.
- ✓ Avaliação de programas, serviços ou tecnologias, cujo objetivo é avaliar o impacto dos diversos serviços, programas e tecnologias disponíveis em modificar a situação de saúde ou prevenir a ocorrência de agravos e doenças em uma dada população e as estratégias são:
 - estudos analíticos experimentais ou observacionais de avaliação.
- ✓ Planejamento e organização de serviços, cujo objetivo é a definição de prioridades e melhor uso dos recursos e as estratégias são:
 - subsídios ao planejamento para indicação de ações que aprimorem a atenção à saúde, modificando, assim, as condições de saúde da população.
- **Variáveis Epidemiológicas**
- ✓ Características da População: idade, sexo, nascimentos.
- ✓ Morbidade e Mortalidade.
- ✓ Determinantes Sócio Econômicos: educação, saneamento, habitação, emprego, transporte, cultura, organização social e política.
- ✓ Serviços de Saúde: rede de unidades de saúde com suas características, instalações e equipamentos, oferta de serviços, cobertura, acesso, distribuição.
- ✓ Outras de Interesse: recursos humanos, orçamento e custos, tecnologia, processos de trabalho.
- Usos da Epidemiologia nos Serviços de Saúde.
- ✓ Análise da situação de saúde.

- ✓ Planejamento das ações de saúde.
- ✓ Vigilância em saúde: epidemiológica, sanitária, nutricional, ambiental, do trabalho, etc.
- ✓ Avaliação de serviços, programas e tecnologias de saúde informações epidemiológicas.

Para fins de dados estatísticos epidemiológicos de uso primordial para futuras ações, isoladas ou em conjunto com o Departamento Municipal de Saúde e/ou Prefeitura Municipal de Jacupiranga, previstas ou não pelo DMS e sua área técnica, informamos que todos os casos de notificação obrigatória, serão compulsoriamente informados, acompanhados da sua devida documentação obrigatória, dentro dos prazos preconizados pela Vigilância Epidemiológica do Município, além de arquivados no sistema de informação que possuímos, para geração de relatórios estatísticos, epidemiológicos e de prevalência das moléstias identificadas.

Tais dados estatísticos epidemiológicos e toda prevalência das moléstias identificadas durante o atendimento da população, serão compilados de maneira eletrônica e enviados para DMS mensalmente, através de relatórios circunstanciados.

Além disso, ficaremos a disposição para o desenvolvimento de ações em conjunto ou para desenvolvimento e aplicação de projetos que sejam promovidos pelo DMS de Jacupiranga.

Como já dito, tais dados e informações gerados em relatórios circunstanciados, proporcionarão em conjunto com o DMS, a realização de análises detalhadas de riscos às populações adstritas, que por sua vez, servirão de base para o estabelecimento em conjunto com os departamentos técnicos do DMS, assim como, em conjunto à Vigilância Epidemiológica do Município, de um celeiro com subsídios, para se estabelecer ações programadas e ordenadas, no sentido de minimizar os riscos à saúde destas populações adstritas.

Caso nos saíamos vencedores deste Processo de Seleção, no transcorrer das nossas atividades, bem como do efetivo atendimento à população, compilaremos os indicadores, o perfil epidemiológico adstrito, assim como o real retrato da saúde da população abrangida, tendo como base, a quantidade, a tipologia e a resolutividade dos atendimentos que realizaremos.

Através do compartilhamento desses dados e informações com o DMS e com a Vigilância Epidemiológica, poderemos traçar metas factíveis, num processo contínuo, prezando sempre pela melhoria da qualidade do atendimento em si, através da profilaxia das doenças, do planejamento de ações conjuntas e ordenadas, da segurança dos usuários e dos colaboradores, assim como, da solução sensata dos problemas.

COMPONENTES CONCEITUAIS DO PLANO DE TRABALHO

Nosso Plano de Trabalho contempla a gestão, a administração, a operacionalização, a execução e a visão estratégica das ações e dos serviços de saúde desenvolvidos na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

Os componentes conceituais do nosso Plano de Trabalho descreverão minuciosamente os quesitos exigidos no Roteiro Para Elaboração do Plano de Trabalho, respeitando *'ipsis litteris'*, os Critérios de Avaliação e Julgamento contidos no Edital, contemplando todos os tópicos determinados pelo mesmo.

Assim sendo, como se fosse um Termo de Compromisso descrevendo as ações para realizar as diretrizes gerais da Política Nacional de Atenção Básica, nosso Plano de Trabalho discriminará:

- ✓ O organograma da equipe técnica e de apoio.
- ✓ A prestação na unidade de saúde de assistência integral, contínua e com resolutividade para a população adstrita.
- ✓ A intervenção nos fatores de risco aos quais a população está exposta.
- ✓ A Educação Permanente como estratégia de qualificação contínua.
- ✓ A definição da família como núcleo social de abordagem para o atendimento à saúde.
- ✓ O estabelecimento de parcerias para ações intersetoriais.
- ✓ A humanização das práticas de saúde estabelecendo vínculo entre os profissionais e a população.
- ✓ A manutenção das atribuições referentes a Unidade.
- ✓ O Plano de Gerenciamento de Resíduos Serviços de Saúde (PGRSS) para a Unidade.
- ✓ Toda a estrutura de apoio.
- ✓ O cuidado com toda a infraestrutura mobiliária e imobiliário de que formos cessionários.

Caso sejamos os vencedores desse Processo de Seleção, este nosso Plano de Trabalho, fica desde já, como um Anexo do Contrato de Gestão a ser celebrado, como se dele fizesse parte.

APRESENTAÇÃO GERAL E SINTÉTICA DO PLANO DE TRABALHO

➤ **O Que é o Plano de Trabalho**

É um Plano destinado a organização, a operacionalização, a administração, a gestão e a execução do trabalho, através de estreita relação de nossa entidade de direito privado, sem fins lucrativos, qualificada através da Lei

como Organização Social – OS no âmbito do município, instrumentalizado por meio de um Contrato de Gestão, em estreita cooperação com o município de Jacupiranga, São Paulo, através do Departamento Municipal de Saúde, objetivando o atendimento aos pacientes que procuram e/ou são encaminhados para a UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, com vistas ao desenvolvimento de um conjunto de ações complementares na gestão e execução de tais serviços.

➤ **Para Que o Plano de Trabalho**

As ações do Plano de Trabalho têm como objetivo estabelecer diretrizes, normas e rotinas para a organização do atendimento de aos pacientes que procuram e/ou são encaminhados à UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, bem como o cumprimento das metas qualiquantitativas estabelecidas, tanto no que tange o atendimento médico, de enfermagem e técnico, quanto no administrativo e de apoio, da unidade de saúde em questão como um todo, utilizando-se de instrumentos de diagnóstico e análise das necessidades organizacionais, de seleção, de gestão médica e de capacitação de recursos humanos, contribuindo assim, para dentro do Objeto definido, sempre em parceria com o DMS, desenvolver, implantar, implementar, aprimorar e expandir as ações de promoção, prevenção, regulação e educação em saúde, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS e das características locais.

➤ **Diretrizes Que o Plano de Trabalho Contempla**

- ✓ Centralização imediata de todos os dados e informações através dos Anexos Técnicos do Edital e da nossa série histórica de atividades e atendimento. A posse de tais dados e informações são extremamente úteis para o planejamento, em nível de gestão médica, técnica e de apoio, localizando-a como staff do INCS, da Direção do Departamento Municipal de Saúde e também da Direção Executiva do município de Jacupiranga.
- ✓ Realização de Diagnóstico Situacional Inicial, através de levantamento de dados e informações do primeiro mês do novo ciclo contratual da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, assim como, a documentação escrita e fotografada da unidade de saúde em questão, registrando-se tal diagnóstico, para que futuramente, realizem-se comparações entre a situação inicial na ocasião da continuação da gestão e a situação futura.
- ✓ Manutenção, incrementação e lapidação do time de colaboradores para as diversas equipes multifuncionais, desde a equipe médica, a equipe técnica, o pessoal administrativo e o pessoal de apoio, redimensionando o número de colaboradores necessários ao bom desenvolvimento do trabalho.
- ✓ Manutenção de Fluxograma de Recepção para o atendimento de pacientes de urgência/emergência, com a promoção dos protocolos de

Acolhimento, Triagem e Classificação de Risco, do atendimento de urgência/emergência e do atendimento clínico.

- ✓ Sempre atender e desenvolver a Política Nacional de Humanização – PNH.
- ✓ Realização de treinamento constante da equipe quanto aos Protocolos de Acolhimento.
- ✓ Manutenção dos Protocolos de Acolhimento, que têm como objetivo humanizar e oferecer atendimento digno ao paciente que procura a UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, visando diminuir os riscos e sequelas que possam surgir durante a espera em receber atendimento médico e de enfermagem.
- ✓ Constante treinamento da equipe médica e de enfermagem, com a promoção de cursos em Educação Permanente, através do NEP – Núcleo de Educação Permanente, visando o suporte avançado de atendimento no trauma e nas doenças cardiológicas, que objetivam o suporte de vida à vítima, com um padrão de atendimento, tendo como objetivo principal, não agravar lesões já existentes, ou gerar novas lesões (iatrogenias).
- ✓ Treinamento dos demais colaboradores, com a promoção de cursos em Educação Permanente, visando suporte básico de atendimento no trauma e nas doenças cardiológicas, que objetivam o suporte de vida à vítima, com um padrão de atendimento, tendo objetivo principal não agravar lesões já existentes ou gerar novas lesões (iatrogenias).
- ✓ Manutenção e lapidação dos Protocolos de Procedimentos Médicos e de Enfermagem, que ditam os métodos e procedimentos adotados e aprovados pela INCS e pelos respectivos Conselhos Profissionais, para urgência/emergência.
- ✓ Supervisão diária do Enfermeiro Responsável Técnico e demais enfermeiros responsáveis por setores, realizando análises, com consequente lapidação do Plano de Trabalho de Enfermagem existente, que será seguido, bem como a fiscalização do cumprimento do Regimento de Enfermagem, atualização e melhora do mesmo, e ainda, a realização de reuniões com a equipe de enfermagem, com o devido registro em ata.
- ✓ Implantação das Comissões Multidisciplinares.
- ✓ Manutenção de Educação Permanente para capacitação da equipe de enfermagem e médica, estabelecendo rotina para Avaliação Técnica e Comportamental.
- ✓ Interação com o Conselho Gestor da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, com a participação dos usuários na tomada de decisão, sendo que os mesmos utilizam o serviço de saúde do SUS, onde poderá ser

discutido e decidido o dia-a-dia dos serviços ali demandados e executados, em princípio oportunizando a participação dos segmentos organizados da comunidade, na definição e operacionalização da política de saúde a nível local.

- ✓ Implantação e manutenção de treinamentos para uma Brigada de Incêndio, com objetivo de proporcionar aos participantes, conhecimentos básicos sobre prevenção, isolamento e extinção de princípios de incêndio, abandono de área, técnicas de primeiros socorros e adequação da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO às legislações específicas.
- ✓ Elaboração e execução do Cronograma de Manutenção Predial e de Ambiência, bem como elaboração e execução do Cronograma de Manutenção Preventiva e Corretiva dos Mobiliários.
- ✓ Elaboração e execução do Cronograma de Manutenção Preventiva e Corretiva dos Equipamentos, por profissionais competentes (engenheiros e tecnólogos).
- ✓ Promoção de palestras e treinamento sobre humanização, com intuito de dinamizar e influenciar mudanças de práticas e mudanças de padrões comportamentais para que o cliente seja bem atendido.
- ✓ Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial de observação, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação; assim como, tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessários adicionalmente, devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas.
- ✓ Fornecimento de materiais médico-hospitalares, medicamentos e correlatos, bem como dos demais insumos, que sejam requeridos pelos médicos do corpo clínico da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, durante a observação ou atendimento de urgência e emergência, de acordo com listagem do SUS – Sistema Único de Saúde e da padronização da Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos – CPMME.
- ✓ Fornecimento de refeições para os pacientes assistidos, acompanhantes devidamente autorizados e colaboradores diretos e indiretos de plantão.
- ✓ Fornecimento e manutenção de enxoval, roupas hospitalares e uniformização para a equipe.
- ✓ Atualização e Upgrade das ferramentas do SIG – Sistema de Informações Gerenciais, que envolve o atendimento, o cadastro, a farmácia, o pronto atendimento, as enfermarias, a nutrição, o SAME e os demais serviços de apoio, buscando sempre a integração da Unidade de Saúde, proporcionando a obtenção de dados e informações, para a o constante subsídio ao planejamento estratégico da gestão.

- ✓ Comunicação imediata à Vigilância Epidemiológica do Município, dos casos suspeitos ou confirmados de doenças de Notificação Compulsória, conforme Lei federal nº 6259 de 30/10/75 e portaria nº 33 de 14/07/2005 do Ministério da Saúde.
- ✓ Implantação de assessoria de comunicação para atendimento aos meios de comunicação, divulgação dos serviços relevantes (release), realização marketing institucional e realização do endomarketing (publicação de periódicos).
- ✓ Treinamento para atendimento de múltiplas vítimas envolvendo Corpo de Bombeiros, Defesa Civil, Guarda Municipal (se houver), Pronto Atendimento e Rede Básica de Saúde, para contingência de múltiplas vítimas, estado de emergência e/ou calamidades, com objetivo de preparar as equipes para os mais variados tipos de situações, destacando-se as técnicas de triagem, que possibilitam avaliar os danos e definir as prioridades no atendimento e no resgate, em situações de alta complexidade.

2. PROPOSTA DO MODELO GERENCIAL

Para o desenvolvimento das ações de operacionalização, gestão e execução da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, no que diz respeito à sua organização técnica e administrativa, delinearíamos a seguir, o modelo gerencial que implantaremos, que é estruturado em estratégias de constante verificação dos indicadores, através das ferramentas e instrumentos que serão utilizados na modernização gerencial e na linha de comunicação, que já estão estabelecidos entre a nossa Instituição e o Departamento Municipal de Saúde de Jacupiranga nas outras Unidades de Saúde por nós gestadas. Assim sendo, neste item caracterizaremos o Modelo Gerencial e Assistencial que utilizamos para a UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

Estabeleceremos rotinas de trabalho, que dentre as diversas atividades contempladas, promovem o controle funcional dos colaboradores contratados, suas capacitações e treinamentos, abrangendo além disso:

- a) a avaliação do desempenho de cada profissional, registradas por meio de questionário, que é aplicado semestralmente;
- b) o controle e apontamentos da frequência dos funcionários contratados através de biometria e checagem pelo Departamento de Pessoal;
- c) controle e apontamentos da frequência das equipes médicas;

- d) o fornecimento de equipamentos de proteção individual, uniforme e crachás de identificação aos profissionais de todas as equipes de trabalho;
- e) a assistência em situações de surto ou emergência em Saúde Pública declaradas pelo Município;
- f) o cumprimento de todas as normas e instruções operacionais em saúde, estabelecidas pelo Município, Estado ou União;
- g) a participação na organização de planos de socorro em caso de desastres ou eventos com múltiplas vítimas, como acidentes aéreos, ferroviários, inundações, terremotos, explosões, intoxicações, acidentes químicos, acidentes de radiações ionizantes e demais situações de catástrofes;
- h) o processo de Educação Continuada para o aperfeiçoamento profissional; e,
- i) a promoção periódica de ações de Educação Permanente, através do NEP, voltadas à constante qualificação das equipes e à humanização do atendimento.

No Modelo Gerencial aqui apresentado, executaremos essa Qualidade Objetiva, que é aquela que está orientada a obter e garantir a melhor assistência possível, dado o nível de recursos e tecnologia que existem e/ou teremos.

Dessa forma, estabeleceremos em nossa oferta, entre outras:

1. As rotinas dos procedimentos dos diversos serviços de saúde que caracterizem os serviços da Unidade de Saúde em questão.
2. Apresentação de Protocolos Clínicos de Atendimento, conforme o perfil descrito no Edital.
3. A descrição da organização de serviços de:
 - Urgência/Emergência;
 - Unidades de Observação (enfermarias); e,
 - Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT.
4. O número de Comissões Multidisciplinares e/ou grupos de trabalho que implantaremos na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, com a especificação do nome; das atividades; dos membros componentes; do perfil dos componentes que integram cada Comissão (enunciaremos apenas o perfil dos componentes que integram a Comissão); dos objetivos da Comissão para o primeiro ano de contrato; da frequência de reuniões; e, do controle das mesmas pela Direção Médica e/ou Gerência e as atas de reuniões.
5. A organização específica da Comissão Análise e Revisão de Prontuário e do Serviço de Arquivo de Prontuários Médicos, com a organização específica dos membros que a compõem; a organização horária com os turnos de funcionamento; a organização da distribuição de tarefas; os modelos de fichas; o sistema de arquivamento e controle; e, os protocolos.
6. A descrição de modelo de gerenciamento eletrônico de prontuários e sua relação com os sistemas de informação do SUS.
7. A descrição do modelo de gestão da informação, informando as novas tecnologias da informação que serão alocadas na Unidade de Saúde.

8. A descrição de funcionamento da Unidade de Estatísticas, o SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatísticas, com os membros que a compõem; os turnos de funcionamento; a sistemática; e, a metodologia de trabalho.
9. A organização específica do Serviço de Farmácia, com os membros que o compõem; a organização horária; a manutenção do sistema de dose unitária já implantado; e, os métodos de controle sobre fármacos controlados e/ou de alto custo.
10. As rotinas e protocolos referentes a medicamentos e materiais de consumo gerais e médico-hospitalares ou de imagem.
11. A proposta para o Regimento Interno da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO e sua forma de publicação, bem como o Regulamento e Manual de Normas e Rotinas.
12. As ações voltadas à qualidade relacionadas à satisfação dos pacientes e/ou acompanhantes, além da implantação de Serviço de Acolhimento para os serviços prestados na Unidade de Saúde.
13. O Monitoramento de Indicadores de Desempenho de Qualidade, de Produtividade e Econômico-financeiros: indicadores selecionados e sistemáticas de aplicação de ações corretivas.
14. As demais iniciativas e Programas de Acreditação para Qualidade, que já temos em desenvolvimento e promoveremos a implantação na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO; com o plano de organização específico; com a definição de alcance; com a metodologia; com os tempos de implantação; e, o com orçamento previsto.
15. As ações gerais a serem desenvolvidas, visando concretizar os objetivos estabelecidos, os procedimentos que serão adotados para execução dos objetivos do Plano de Trabalho, tendo em vista maximizar a eficiência na realização dos mesmos.
16. A descrição da proposta para os Recursos Humanos estimados por categoria; por quantidade de profissionais; por carga horária de trabalho; pela incidência de encargos patronais; por seu provisionamento; pela composição da equipe técnica responsável, indicando separadamente os membros da equipe técnica que serão direcionados à gestão e/ou à execução das atividades fins; bem como os demais colaboradores existentes; e ainda, a previsão de postos de trabalho voluntário.
17. A indicação discriminadamente da relação de serviços a serem executados por prestadores de serviços por nós contratados.
18. A organização das atividades de apoio, incluindo a sistemática de programas de manutenção predial e de equipamentos.
19. Os prazos para implantação e para o pleno funcionamento de cada serviço proposto (Cronograma de Implantação de Atividades), de acordo com cada atividade prevista.

Detalharemos também no nosso Plano de Trabalho, além dos tópicos já

mencionados, os protocolos gerenciais e assistenciais, os Regimentos dos Serviços e as demais ferramentas de padronização e controle para o desenvolvimento de nossa expertise, contendo:

- a) a organização proposta com o detalhamento das diferentes atividades assistenciais e a nossa organização funcional e operacional;
- b) a quantidade de atividades propostas;
- c) a metodologia de trabalho, contendo a descrição do modo como faremos a gestão dos serviços a serem realizados e a articulação com a rede de serviços, além do modo como atenderemos as exigências contidas, no Edital e seus Anexos referentes ao Objeto e as Metas de Produção, juntamente com o quadro de pessoal;
- d) as ações a serem desenvolvidas visando concretizar os objetivos estabelecidos pelo INCS;
- e) a demonstração que o Plano de Trabalho resultará na melhoria da eficiência e da qualidade dos serviços, como já vem sendo feito, do ponto de vista econômico, operacional e administrativo, com seus respectivos prazos de execução, consubstanciando-se um CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES; e,
- f) o mecanismo de controle interno, tendo em vista a realização do Plano de Trabalho e o alcance das metas estabelecidas no Edital e seus Anexos.

I- Caracterização do Modelo Gerencial

O Modelo Burocrático Weberiano é um modelo organizacional que representou uma disseminação nas administrações públicas por volta do século XX, e no mundo todo das organizações. Foi Max Weber que idealizou o Modelo Burocrático, pois analisou e sintetizou suas principais características. O Modelo Burocrático formalizado por Weber tem como característica a divisão entre planejamento e execução. Essa teoria é enfática na separação entre a política e a administração pública, na qual cada uma tem a sua responsabilidade. A política se responsabiliza pela elaboração de objetivos e administração pública pela transformação das decisões em ações concretas.

Assim a Administração Pública Burocrática foi instituída a fim substituir a Administração Patrimonialista, que foi fundamentada nas monarquias absolutas, na qual o patrimônio público e o privado eram confundidos. Nesse tipo de administração o Estado era entendido como propriedade do rei. O nepotismo, o empreguismo e a corrupção eram normas. Então o Patrimonialismo foi o principal fator que deu causa ao surgimento da burocracia.

O modelo de Administração Pública Burocrática foi adotado em muitos países visando substituir àquele tipo de administração, no qual os patrimônios

público e privado eram confundidos, porém insurgiu-se também, nesse tipo de ambiente, a oportunidade para o aparecimento do clientelismo, nepotismo, empreguismo e até mesmo da corrupção.

Da mesma forma, o Modelo Burocrático Weberiano tornou-se alvo das mais áspers críticas. O Modelo Burocrático foi considerado inadequado para o contexto institucional contemporâneo por sua presumida ineficiência, morosidade, estilo autorreferencial e descolamento das necessidades dos cidadãos. Assim substituir esse modelo foi uma reação de combate a essas práticas indevidas.

A partir disso, dois modelos organizacionais e um paradigma relacional foram apresentados como alternativas ao Modelo Burocrático, a Administração Pública Gerencial (AGP) e o Governo Empreendedor (GE), que são modelos organizacionais que incorporam prescrições para a melhora da efetividade da gestão das organizações públicas. Já o movimento da Governança Pública (GP) se traduz em um modelo relacional, porque oferece uma abordagem diferenciada de conexão entre o sistema governamental e o ambiente que circunda o governo.

No longo prazo, esses modelos para reformas, têm potencial para mudar o modo que as organizações públicas são administradas e se relacionam. Dessa forma, desde os anos 1980, as administrações públicas em todo o mundo realizaram mudanças substanciais nas Políticas de Gestão Pública (PGPs) e no Desenho de Organizações Programáticas (DOPs). Essas reformas administrativas consolidam novos discursos e práticas derivadas do setor privado e os usam como *benchmarks* para organizações públicas em todas as esferas de governo.

Hays e Plagens (2.002) dão uma noção da magnitude dessas reformas: *"Estratégias aclamadas de reforma têm vindo diretamente do setor privado numa onda que talvez possa ser considerada a mais profunda redefinição da administração pública, desde que esta emergiu como uma área de especialidade identificável"*.

Os elementos apontados como ativadores dessas ondas de "modernização", são a crise fiscal do Estado, a crescente competição territorial pelos investimentos privados e mão de obra qualificada, a disponibilidade de novos conhecimentos organizacionais e tecnologia, a ascensão de valores pluralistas e neoliberais, a crescente complexidade, a dinâmica e a diversidade das nossas sociedades.

No velho continente, o processo de europeização também tem desempenhado um papel crucial no estímulo à adoção de novos modelos organizacionais e à revisão das PGPs nos níveis nacionais, regionais e municipais.

A partir desse axioma fundamental derivam-se três características, que são a formalidade, a impessoalidade e o profissionalismo, como segue:

➤ **Formalidade**

Está constituída de deveres e responsabilidades aos membros da organização, a configuração e legitimidade de uma hierarquia administrativa, as documenta-

ções escritas dos procedimentos administrativos, dos processos decisórios e a formalização das comunicações tanto internas quanto externas. As tarefas dos colaboradores são estabelecidas de maneira formal de modo a garantir a continuidade do trabalho e a padronização dos serviços prestados, para evitar a discricionariedade individual na execução das rotinas administrativas padronizadas. É uma pequena liberdade concedida aos administradores públicos, para agirem de acordo com o que julgam conveniente e oportuno, diante de determinada situação, não pautadas em diretrizes particulares, mas orientados para a satisfação dos direitos coletivos e respeito aos direitos individuais.

➤ **Impessoalidade**

A impessoalidade mostra que a relação entre os membros da organização, a própria organização e o ambiente externo, está baseada em funções e linhas de autoridade claras. O chefe ou diretor ou gerente é a pessoa que de maneira formal representa a organização. O chefe ou diretor ou gerente de um setor ou departamento tem a autoridade e responsabilidade de decidir e comunicar a seus subordinados esta decisão. Mais importante ainda, a impessoalidade vai implicar que as posições hierárquicas são próprias da organização (Organograma Funcional), e não a do chefe ou diretor ou gerente que as estão ocupando. Isso ajuda a evitar a apropriação do individual ao poder, prestígio, e outros tipos de benefícios, no momento que a pessoa deixa sua função ou a organização.

➤ **Profissionalismo**

O profissionalismo está ligado ao valor positivo da atribuição, como meio de justificá-la e diferenciá-la. As funções são dadas às pessoas que aspiram a um cargo por meio de competição justa, na qual os aspirantes ao cargo devem mostrar suas melhores capacidades técnicas e conhecimento. O profissionalismo é um princípio que ataca os efeitos negativos do nepotismo que antes dominavam os modelos burocrático e patrimonialista (Bresser, Pereira – 1996). A promoção do colaborador para postos mais altos na hierarquia vai depender da experiência na função (senioridade) e no desempenho (performance), ou seja, a ideal criação de uma hierarquia de competências com base na Meritocracia.

Outras características do Profissionalismo:

- 1- Separação entre propriedade pública e privada.
- 2- Trabalho remunerado.
- 3- Divisão racional das tarefas.
- 4- Separação dos ambientes de vida e trabalho.

Dessa maneira, a eficiência da organização e os valores da eficiência econômica, impõem a alocação racional dos recursos humanos e financeiros, que na teoria Weberiana, traduzia-se mais em uma preocupação especial com a alocação das pessoas dentro da estrutura organizacional. Então a eficiência

administrativa, mostra obediência às prescrições formais das tarefas, em outras palavras, preocupações do como as coisas são feitas.

Assim sendo, nosso modelo gerencial será pautado em valores, tais como:

- ✓ produtividade;
- ✓ orientação ao serviço;
- ✓ descentralização;
- ✓ eficiência na prestação de serviços;
- ✓ Marketization que é o termo usual para referenciar-se a utilização de mecanismos de mercado dentro da esfera pública. Exemplos de mecanismos de mercado: liberdade de escolha de provedor por parte do usuário do serviço público e a introdução da competição entre gestores públicos e agentes privados; e,
- ✓ Accountability, que literalmente falando, significa prestação de contas por parte de quem foi incumbido de uma tarefa, àquele que solicitou a tarefa, ou seja, a relação entre o agente e o principal. A Accountability pode ser considerada como a somatória dos conceitos de responsabilização, transparência e controle.

Em outras palavras, na nossa filosofia de administração, a eficiência e o desempenho são valores que permanecerão. Esse tipo de filosofia administrativa é fundamentado em um conjunto de doutrinas e justificativas, sendo que as doutrinas são fórmulas de aplicabilidade da gestão e do desenho das organizações, já as justificativas, são as razões para as doutrinas, dando sentido racional para estas doutrinas.

As bases dos valores doutrinários são:

- ✓ Eficácia;
- ✓ Competitividade; e,
- ✓ ideologia, tendência ou movimento.

Existem três grupos de valores que dão base às justificativas, são eles:

- Eficiência – alocação racional de recursos, limitação do desperdício, simplicidade e clareza.
- Equidade – que é a justiça, a neutralidade, a accountability e o controle de abusos dos agentes (desonestidade, imperícia, imprudência, negligência, etc.).
- Capacidade de resposta – resiliência sistêmica, flexibilidade e elasticidade.

Diante do exposto, nota-se claramente que a abordagem do nosso modelo gerencial está calcada na Teoria Administrativa Moderna, trazendo para os administradores públicos a linguagem e ferramentas da administração privada.

II- Estratégias que Serão Adotadas para o Sucesso da Implantação do Modelo

Para o sucesso desse modelo gerencial adotaremos as estratégias:

- ✓ implantação do trabalho em equipe: complementariedade, interdependência e sinergismo das ações;
- ✓ definição com clareza dos objetivos de resultados individuais e do grupo a serem alcançados;
- ✓ construção em conjunto de um plano de trabalho para cada setor, de acordo com as metas estabelecidas;
- ✓ compartilhamento entre os colaboradores do setor de: objetivos, decisões, responsabilidades e também resultados (produtividade e resolutividade);
- ✓ implantação de avaliação constante dos processos e dos resultados pelas chefias (líderes), setores, Comissões e staff central;
- ✓ implantação da Educação Permanente (NEP) para todos os colaboradores da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO;
- ✓ aprimoramento das relações interpessoais e valorização da comunicação entre os membros da equipe;
- ✓ supervisão constante dos processos de trabalho em cada setor, realizada por cada chefia imediata, em cada categoria profissional;
- ✓ motivação dos colaboradores através do reconhecimento dos resultados da produção do seu trabalho;
- ✓ sistematização da pesquisa realizada pelo SAU – Serviço de Atendimento ao Usuário, como estratégia de aprimoramento dos processos de trabalho;
- ✓ atualização, upgrade e implantação de novas ferramentas do SIG – Sistema de Informações Gerenciais, visando a compilação e análise de dados, objetivando o fornecimento de informações precisas para a tomada de decisões;
- ✓ manutenção do atendimento na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, de forma ininterrupta, diuturnamente, todos os dias do ano;
- ✓ acolhimento de 100% (cem por cento) da demanda espontânea e direcionada;
- ✓ investigação do óbito de menores de 1 (um) ano, visando subsidiar intervenções para a redução da mortalidade nesta faixa etária;
- ✓ esmero com toda a infraestrutura necessária ao funcionamento da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, considerando o uso racional de materiais, o cuidado com o mobiliário e equipamentos, para o conjunto das ações propostas;
- ✓ colaboração com o fortalecimento e o desenvolvimento das redes locais e regionais de saúde para a integração da atenção básica aos demais níveis de atenção;

- ✓ implantação e execução do processo de monitoramento e avaliação;
- ✓ manutenção e intensificação da vigilância sobre doenças e agravos de notificação compulsória, garantindo o adequado preenchimento da ficha de notificação/investigação;
- ✓ monitoramento e avaliação do processo de planejamento, das ações implantadas e dos resultados alcançados, de modo a fortalecer o planejamento e contribuir para a transparência do processo;
- ✓ programação de iniciativas de melhoria das condições de trabalho e valorização dos colaboradores, desenvolvimento da autoestima, resultando em orgulho em trabalhar para o DMS de Jacupiranga;
- ✓ acompanhamento do processo de trabalho das equipes assistenciais e de apoio, da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, contemplando as normas e as diretrizes do Ministério da Saúde;
- ✓ sintonização com a programação de ações prioritárias da Vigilância em Saúde, estipulada pelo Ministério da Saúde e pelo DMS de Jacupiranga;
- ✓ manutenção de informação à população sobre o funcionamento dos serviços, com foco na otimização do uso coletivo;
- ✓ constante trabalho pela melhoria da qualidade dos nossos recursos humanos e dos recursos humanos do DMS de Jacupiranga como um todo;
- ✓ planejamento das ações da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, no que tange a área médica, técnica e administrativa, de forma articulada com os outros níveis de atenção do DMS de Jacupiranga, de modo a estabelecer um sistema de prestação de serviços de atenção à saúde, compondo um sistema de referência e contra referência, aprimorando o atendimento universalizado à clientela do SUS; e,
- ✓ Estímulo à prática das ações intersetoriais.

III- Indicadores de Impacto

Os indicadores de impacto verificáveis serão compilados, dimensionados e analisados em relatórios digitalizados distintos, enviados quadrimestralmente em 01 (uma) via, para a Comissão de Avaliação e Acompanhamento do Contrato de Gestão do DMS. Além de servirem como instrumento de avaliação, são úteis como objeto de estudo do INCS, tanto para o planejamento de ações que objetivarão a constante melhoria da qualidade e da resolutividade dos serviços, quanto para o acompanhamento dos resultados das avaliações, para que façamos as intervenções quando necessárias.

Tais relatórios serão formatados seguindo o modelo abaixo descrito:

- **Quantidade:** avaliação das metas quantitativas pactuadas no Contrato de Gestão, com a descrição dos serviços.

- **Ensino e Pesquisa:** programação trimestral de eventos de Educação Continuada; programa de Educação Permanente para médicos, enfermagem, equipe de apoio e demais colaboradores.
- **Qualidade:** avaliação das pesquisas de satisfação dos usuários; avaliação de satisfação dos colaboradores; determinações das Comissões Multidisciplinares constituídas; análise de prontuários e fármaco-vigilância.
- **Gestão:** redução do tempo médio de permanência; monitoramento constante do risco de infecção pré-hospitalar; redução da taxa de mortalidade; políticas de humanização; controle de custos; implantação de programa de capacitação e desenvolvimento de colaboradores; modelo orçamentário e atualização de protocolos clínicos e de enfermagem.

Tais relatórios de avaliação demonstrarão paulatinamente a evolução dos seguintes itens:

- ✓ acesso e disponibilidade;
- ✓ acolhimento, triagem e classificação de risco;
- ✓ relação usuário/profissional de saúde;
- ✓ eficácia e resolubilidade;
- ✓ infraestrutura; e,
- ✓ informação e participação na gestão.

Nota: lembramos que o que tange à qualidade, não podemos confundi-las com as pesquisas de satisfação, que também serão realizadas, pois a avaliação feita pelos usuários, não acontece a partir da perspectiva da definição de conhecimentos técnicos e do que se deve entender por qualidade. Contudo, a avaliação da satisfação dos usuários, deve ser entendida em sua conexão com a "percepção" de qualidade, podendo ser considerada como um dos componentes de avaliação dos indicadores de resultados, concomitantemente aos descritos acima.

Tais indicadores serão compilados e disponibilizados, também para o auxílio em feed-back à gestão da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, como para o acompanhamento dos mesmos pelo DMS de Jacupiranga e pela Comissão de Avaliação e Acompanhamento do Contrato de Gestão.

Concomitantemente às ações de avaliação acima descritas, realizaremos periodicamente oficinas de trabalho, dinâmicas de grupo e treinamento continuado permanente, onde iremos verificar o grau de dificuldade em cada setor e de cada colaborador.

Ao final de cada encontro, ter-se-á uma conclusão consensual que fornecerá elementos para a complementação dos relatórios que subsidiarão a criação de Protocolos Operacionais Padrões (POP), assim como a atualização e aperfeiçoamento dos que já existem na Unidade, que servirão para intervir com eficácia, aumentando constantemente a qualidade do atendimento e do trabalho.

IV- Ferramentas e Instrumentos de Modernização Gerencial

As ferramentas da gestão moderna passam obrigatoriamente pelos mecanismos de produção do trabalho e seus resultados.

Para tanto, utilizaremos as seguintes ferramentas e instrumentos de modernização gerencial:

- ✓ Sistemas de Informações Gerenciais – SIG;
- ✓ Sistema de Governança Institucional;
- ✓ Dashboards;
- ✓ Sistema PACS;
- ✓ NAS – Network Attached Storage;
- ✓ Sistema de Gestão da Qualidade;
- ✓ Capacitação Profissional;
- ✓ Educação Continuada;
- ✓ Educação Permanente (NEP);
- ✓ Serviço de Atendimento ao Usuário – SAU;
- ✓ Núcleo de Segurança do Paciente – NSP;
- ✓ Comissões Multidisciplinares;
- ✓ processos de comunicação eficazes, setoriais e intersetoriais;
- ✓ motivação das equipes multidisciplinares;
- ✓ formação de chefias para exercerem liderança no estilo Coaching;
- ✓ supervisão constante das atividades e seus resultados;
- ✓ avaliação de desempenho dos colaboradores; e,
- ✓ estímulo institucional ao crescimento profissional de nossos colaboradores.

Tais ferramentas de gestão encontram-se totalmente implantadas em nossa gestão na administração das diversas Unidades de Saúde que gerimos, trazendo para os usuários desses equipamentos de saúde dos vários municípios nos quais estamos presentes, excelência no atendimento e no processo assistencial, altíssima resolutividade médica, com conseqüente aumento da eficiência e eficácia como um todo, que por conseqüência, desonera os custos de outros Equipamentos de Saúde desses municípios.

O conjunto de toda essa obra, gera automaticamente, uma superação constante das metas pactuadas, através do aumento de produtividade sem perda de qualidade, sempre trazendo excelência para os serviços executados nessas Unidades.

Mais adiante, apresentaremos relatórios que evidenciam essa eficiência administrativa, bem como o indiscutível ganho de qualidade no processo assistencial através da implantação de soluções práticas, que corrobora totalmente tais afirmações.

Para comprovar o que foi dito, cabe-nos apresentar uma recente pesquisa que foi encomendada pela Prefeitura Municipal de São José dos Campos, junto ao

IPPLAN – INSTITUTO DE PESQUISA, ADMINISTRAÇÃO E PLANEJAMENTO, divulgada em 06 de setembro de 2018 próximo passado, conforme segue:

78

Atendimento nas UPA's tem aprovação de 84% dos usuários

Atualizado em 06/09/2018 - 17:27



A UPA do Putim teve a melhor avaliação dos pacientes em relação aos atendimentos prestados pela equipe de enfermagem, equipe médica e resolutividade dos problemas – Foto: Claudio Vieira/PMSJC

A qualidade do atendimento oferecido nas sete unidades de pronto atendimento (UPA's) e nos serviços de urgência e emergência do Hospital Municipal e do Hospital de Clínicas Sul, em São José dos Campos, está aprovada por 84% dos usuários. A aprovação se refere ao atendimento prestado pelas equipes da recepção no momento da acolhida, de enfermagem e médicos.

Esse é o resultado de uma pesquisa realizada pelo IPPLAN – Instituto de Pesquisa, Administração e Planejamento) com 2.654 pacientes e acompanhantes, entre os meses de julho a agosto de 2018, que avaliou também a organização e a limpeza das unidades; atendimentos de recepção, enfermagem e equipe médica; tempo de espera para o primeiro atendimento, recepção e permanência na unidade; avaliação do tratamento e resolutividade do problema.

Ao procurar pelo atendimento de urgência na UPA, 86% dos pacientes afirmaram que tiveram seu problema de saúde resolvido. O tratamento prescrito pela equipe médica, que resultou na resolutividade do problema de saúde, também foi destacado pelos entrevistados: 83% disseram ter sido bom ou ótimo.

Sobre o atendimento da equipe de recepção das unidades, 89% classificaram como ótimo ou bom. O atendimento da equipe de enfermagem também apresentou índice alto de aprovação de 88% dos usuários. O destaque ficou para a UPA de São Francisco Xavier, que teve a aprovação de 95% dos entrevistados.

A estrutura, limpeza e organização das unidades também recebeu aprovação da população. Esse item recebeu aprovação de 93% dos usuários.

A avaliação sobre o espaço para a espera no atendimento também foi bem avaliada, com aprovação dos usuários de 81%.

UPA do Putim

A Unidade de Pronto Atendimento do Putim, na região sudeste da cidade, teve a melhor avaliação dos pacientes em relação aos atendimentos prestados pela equipe de enfermagem (95%), equipe médica (87%) e resolutividade dos problemas (91%).

Outras Pesquisas

Esta é terceira pesquisa encomendada pela Prefeitura ao IPPLAN, com o objetivo de avaliar a qualidade dos serviços oferecidos na área da saúde. A primeira, realizada em agosto do ano passado, avaliou a satisfação dos usuários das unidades onde foram implantadas a UBS Resolve, indicou aprovação de 95% dos usuários.

A segunda pesquisa, realizada entre os meses de fevereiro e abril deste ano, apontou que o programa Estratégia Saúde da Família, modelo assistencial da atenção básica, tem a aprovação de 83,6% dos usuários atendidos em São José dos Campos.

Essa última pesquisa de satisfação entrevistou pacientes e acompanhantes das UPA's do Campo dos Alemães, Alto da Ponte, Eugênio de Melo, Novo Horizonte, Putim, Saúde Mental, São Francisco Xavier e ambulatórios de urgência e emergência do Hospital Municipal e Hospital de Clínicas Sul.

V- Instrumentos de Comunicação e Informação com o Departamento Municipal de Saúde de Jacupiranga

Será compreendido por um conjunto de sistemas e processos de informações, que possibilitam um canal direto de comunicação do INCS – Instituto Nacional de Ciências da Saúde, com o Departamento Municipal de Saúde de Jacupiranga, como segue:

- ✓ relatórios mensais de produção e de cumprimento de metas para a Comissão de Avaliação e Acompanhamento do Contrato de Gestão;
- ✓ relatórios trimestrais de atividades para a Comissão de Avaliação e Acompanhamento do Contrato de Gestão;
- ✓ reuniões periódicas entre os representantes do INCS, do DMS de Jacupiranga e do Conselho Municipal de Saúde, para proposição de avanços e possíveis deliberações para o desenvolvimento de novas ações junto à UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO; e,
- ✓ manutenção de um Portal de Transparência que disponibiliza informações detalhadas sobre a execução do Objeto deste Plano de Trabalho, atualizadas constantemente.

Tais atividades já são realizadas pelo INCS – Instituto Nacional de Ciências da Saúde, junto às equipes gestoras da saúde dos municípios em que estamos presentes, bem como pelas respectivas Comissões de Avaliação e Fiscalização dos Contratos de Gestão e seus Conselhos Municipais de Saúde, visando o acompanhamento da gestão, das demandas e das deliberações das Unidades de Saúde em questão.

VI- Limites de Responsabilidades

Ao se realizar a transferência de gestão pública para a gestão privada de uma unidade de saúde, ou mesmo de uma gestão privada de determinado equipamento de saúde, para outra gestão privada, no caso específico, para uma outra Organização Social, torna-se indispensável ficarem bem definidas as responsabilidades entre a antiga e a nova gestora.

Para que qualquer transição seja harmoniosa e transparente e para que não se tenha um subdimensionamento dos custos do novo modelo de gestão é indispensável consignar que a nova responsável pela gestão da unidade, não deverá ter qualquer compromisso em cumprir com obrigações por ela não assumidas, de forma clara e expressa, notadamente a relação com fornecedores, prestadores de serviço e colaboradores.

Excetuam-se dessa regra os compromissos no tocante aos usuários que estejam em tratamento junto à unidade de saúde na época da transição da gestão, uma vez que, apesar de terem sido admitidos em tratamento pelo ente público, naturalmente seu atendimento não poderá ser recusado pela nova gestora.

Contratos bem elaborados reduzem a possibilidade de desavenças entre as partes e consequências junto a terceiros, notadamente os usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, de tal sorte que é lícito serem ajustadas regras de transição e normas definitivas, admitindo-se, quando necessário, a celebração de termos aditivos.

Os ativos e passivos da antiga gestora deverão ser apurados através de levantamento específico, de forma a não causar interferência na gestão que se iniciará.

Deverão as partes estabelecer critérios a respeito dos direitos à marca, aos imóveis utilizados (se alugados, com aditamento aos contratos vigentes, ou se próprios, através de cessão de uso), os bens móveis, instalações, parcerias, contratos com terceiros (inclusive quanto aos direitos de imagem e autoral), etc.

Difícilmente se pode prever, em tese, todas as hipóteses, já que a complexidade do trabalho que se propõe geraria infinitas situações que por sua singularidade não poderiam estar descritas em normas de conteúdo fechado, específicas para cada caso.

Nesse tocante, em relação aos limites de responsabilidade, muito melhor que se criem regras principiológicas, baseadas em princípios e cláusulas gerais, de conteúdo aberto e que por sua técnica construtiva possam ser aplicadas aos mais diversos casos, aderindo-se às infinitas que possam ser geradas no cumprimento do Contrato de Gestão, permitindo-se que através de tais normas, que serão verdadeiros princípios, sejam obedecidos critérios pré-estabelecidos de conduta por parte da Organização Social, no tocante a cada um dos protagonistas envolvidos nesta complexa proposta de atuação de gestão, destacando-se principalmente a relação da OS com:

- ✓ os usuários da unidade de saúde;
- ✓ os recursos humanos;
- ✓ os fornecedores;
- ✓ os prestadores de serviço; e,
- ✓ o Departamento Municipal de Saúde de Jacupiranga.

Com base nessa premissa, quanto às responsabilidades das Organizações Sociais, alguns princípios devem ser estabelecidos:

- ✓ pontualidade;
- ✓ exatidão e confiabilidade dos dados gerados;
- ✓ avaliação quantitativa e qualitativa contínua;
- ✓ qualificação e constante aprimoramento dos colaboradores e das atividades;
- ✓ efetivação das metas e resultados estipulados pelo poder público; e,

- ✓ relação transparente e de confiança;

Em cumprimento às suas obrigações, caberá à OS, além das obrigações constantes nas especificações técnicas impostas pelo Contrato de Gestão, aquelas estabelecidas na legislação referente ao SUS, bem como nos diplomas federais e estaduais que regem a presente contratação. Assim, destacamos abaixo as seguintes diretrizes:

- I. Prestação de serviços à população usuária do Sistema Único de Saúde – SUS, especialmente o disposto na Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1.990), com observância dos princípios veiculados pela legislação, e em especial, pautando todas as atividades pela:
 - ✓ universalidade de acesso aos serviços de saúde;
 - ✓ integralidade de assistência, entendida como sendo o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade ambulatoria do sistema, em atuação conjunta com os demais equipamentos de Sistema Único de Saúde existentes no município;
 - ✓ gratuidade de assistência, sendo vedada a cobrança em face de pacientes ou seus representantes, responsabilizando-se a OS por cobrança indevida feita por seu empregado ou preposto;
 - ✓ preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
 - ✓ igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
 - ✓ direito de informação às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
 - ✓ divulgação de informação quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
 - ✓ fomento dos meios para participação da comunidade; e,
 - ✓ prestação dos serviços com qualidade e eficácia, utilizando-se dos equipamentos de modo adequado e eficaz.
- II. Na prestação dos serviços descritos no item anterior, a OS deverá observar:
 - ✓ respeito aos direitos dos pacientes, atendendo-os com dignidade, de modo universal e igualitário;
 - ✓ manutenção da qualidade na prestação dos serviços;
 - ✓ esclarecimento dos direitos aos pacientes, quanto aos seus oferecidos;
 - ✓ administrar os bens móveis e imóveis, cujo uso lhe fora permitido, em conformidade com o disposto no Termo de Permissão de Uso, que deverá ser lavrado, onde deverá definir-se as responsabilidades da

- OS, até a sua restituição ao Poder Público;
- ✓ a permissão de uso deverá ser realizada mediante a formalização de um Termo de Permissão de Uso específico e determinado, emitido pelo Departamento Municipal de Saúde de Jacupiranga, após detalhamento e identificação dos referidos bens;
 - ✓ o Termo de Permissão de Uso especificará os bens e o seu estado de conservação e definirá as responsabilidades da OS quanto a sua guarda e manutenção;
 - ✓ os equipamentos e instrumental necessários para a realização dos serviços contratados deverão ser mantidos pela OS em perfeitas condições;
 - ✓ a OS deverá comunicar para a instância responsável da administração pública, todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a sua ocorrência;
 - ✓ os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes que por ventura venham a ser adquiridos com recursos oriundos do Contrato de Gestão, deverão ser incorporados ao patrimônio público, não podendo ser retirados ao final do mesmo; e,
 - ✓ as benfeitorias realizadas na unidade de saúde serão incorporadas ao patrimônio público, não importando sua natureza ou origem dos recursos.
- III. Dispor, por razões de planejamento das atividades assistenciais, informação sobre o local de residência dos pacientes ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando o município de residência.
- IV. Responsabilizar-se pela indenização de dano decorrente de ação ou omissão voluntária, de negligência, de imperícia e/ou de imprudência, que seus agentes, nesta qualidade, causarem ao paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a estes vinculados, bem como bens públicos móveis e imóveis, objetos de permissão de uso, assegurando-se o direito do regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis. A responsabilidade de que trata este item, estende-se aos casos de danos causados por falhas relativas à prestação de serviços, nos termos dos Artigos 14º da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1.990 (Código de Defesa do Consumidor).
- V. Administrar os bens móveis e imóveis cujo uso lhe fora permitido, em conformidade com o disposto com os respectivos Termos de Permissão de Uso, até sua restituição ao poder público.
- VI. Transferir, integralmente ao DMS de Jacupiranga, em caso de desqualificação da OS, o patrimônio, os legados ou doações que lhe foram destinados em razão do Contrato de Gestão, bem como os excedentes financeiros decorrentes da prestação de serviços, inclusive

- os bens imóveis cujo uso lhe fora permitido.
- VII. Proceder caso seja necessário, adaptações das normas do Estatuto Social da OS ao disposto na legislação municipal.
 - VIII. Contratar pessoal para a execução das atividades previstas no Contrato de Gestão, responsabilizando-se pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais, resultantes da execução do objeto do Contrato de Gestão.
 - IX. Utilizar, para a contratação de pessoal através de critérios exclusivamente técnicos, observando as normas legais vigentes – Processo Seletivo.
 - X. Contratar serviços de terceiros, sempre que necessário, responsabilizando-se pelos encargos daí decorrentes.
 - XI. Respeitar a autonomia do Departamento Municipal de Saúde de Jacupiranga em relação aos funcionários públicos cedidos à OS, nos termos da Lei.
 - XII. Instalar na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, o "Serviço de Atendimento ao Usuário – SAU" (Ouvidoria), devendo encaminhar à administração pública relatório quadrimestral de suas atividades.
 - XIII. Manter, em perfeitas condições de uso, os equipamentos e instrumentais necessários para a realização dos serviços contratados; bem como informar ao poder público sobre a necessidade de realizar manutenções nas edificações e seus equipamentos.
 - XIV. Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou ao seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão do Contrato de Gestão.
 - XV. Manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico, pelo prazo mínimo de 05 (cinco) anos, ressalvados os prazos previstos em lei.
 - XVI. Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação.
 - XVII. Atender os pacientes com dignidade e respeito de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços.
 - XVIII. Afixar aviso, em lugar visível de sua condição de entidade qualificada como OS e de gratuidade dos serviços prestados nessa condição.
 - XIX. Adotar o símbolo e o nome designado da Unidade de Saúde cujo uso lhe fora permitido, seguido pelo nome "ORGANIZAÇÃO SOCIAL".
 - XX. Justificar ao paciente ou ao seu representante as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional.
 - XXI. Esclarecer os pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos.

- XXII. Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal.
- XXIII. Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos pacientes.
- XXIV. Em se tratando de serviços exclusivamente ambulatoriais, implantar Serviço de Agendamento, informando quadrimestralmente ao DMS de Jacupiranga, as estatísticas de atendimento.
- XXV. Limitar suas despesas com o pagamento de remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos colaboradores da Organização Social, a 70% (setenta por cento) do valor global das despesas de custeio da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.
- XXVI. Realizar pesquisas para medir o nível de satisfação dos pacientes.
- XXVII. Em relação aos fornecedores e prestadores de serviços, o INCS se compromete em valer-se do Regulamento de Compras e Contratações para buscar padrões máximos de qualidade a menor preço, mantendo rigoroso controle de estoque e lisura nas compras, através de sistema rígido de controle e gestão.

Caso sejamos os vencedores deste Processo de Seleção, não haverá a necessidade de se estabelecer novos Limites de Responsabilidades, pois não haverá transferência de gestão, visto que nos encontramos atualmente, gerindo em caráter emergencial, a referida UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, Objeto deste certame.

VII- Modelo de Relacionamento Entre Nossos Gestores e os Gestores Públicos do DMS de Jacupiranga

O gerenciamento moderno entende as práticas do cotidiano de trabalho como processos resultantes das relações do homem com o trabalho, tendo como fatores intervenientes:

- ✓ relações interpessoais;
- ✓ comunicação;
- ✓ transparência;
- ✓ trabalho em equipe; e,
- ✓ monitoramento de metas.

Assim, como acontece atualmente, manteremos uma relação de trabalho baseada na cumplicidade de saberes, na dialética, na avaliação constante da qualidade e excelência da gestão e nas tomadas de decisão compartilhadas.

VIII- Campo de Atuação do INCS na Atenção de Unidades de Saúde Pública

O INCS desenvolve Planos de Trabalho e Projetos de Gerenciamento e Execução em Unidades de Saúde Pública, que contemplam serviços ambulatoriais, pronto atendimento, pronto socorro, internação, serviço de apoio diagnóstico e terapêutico, e demais serviços de apoio, em baixa, média e alta complexidade, buscando uma gestão calcada nos princípios da formalidade, impessoalidade e profissionalismo, com a visão de ser referência de qualidade como Instituição especializada no desenvolvimento estratégico e serviços de gestão em saúde pública, através da:

- ✓ promoção e apoio no desenvolvimento de políticas públicas na área de saúde;
- ✓ gestão, complementação e operacionalização de equipamentos integrantes do Sistema Único da Saúde, nas esferas municipal, estadual e federal, conforme estabelecido nos distintos Contratos de Gestão;
- ✓ criação de oportunidades de intercâmbio de conhecimentos e experiências, em nível local, nacional e internacional na área da saúde;
- ✓ prestação de consultoria e assessoramento técnico e especializado na área de saúde e de gestão hospitalar;
- ✓ promoção da capacitação dos recursos humanos dos setores públicos e privados para a área da saúde;
- ✓ gestão de recursos humanos e gerais de hospitais, postos de saúde, clínicas, demais estabelecimentos de saúde e de ensino para a área da saúde, bem como contratar empresas para executar o mesmo tipo de serviço na área de saúde, sob a responsabilidade do INCS;
- ✓ promoção de ações que visem o incentivo à construção, reforma ou restauração de unidades de saúde ambulatoriais e hospitalares;
- ✓ viabilização por meio de articulações com os setores público e privado, de financiamento para construção e restauração de unidades de saúde ambulatoriais e hospitalares;
- ✓ observação dos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, expressos no artigo 198 da Constituição Federal e no artigo 7º da Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1.990, no desenvolvimento de trabalhos na área da saúde;
- ✓ firmamento de contratos de prestação de serviços, Contratos de Gestão, convênios, termos de cooperação ou acordos com o poder público, em todos os níveis ou com a iniciativa privada, para gestão e gerenciamento público de saúde, com implementação e desenvolvimento de programas do governo na área da saúde pública;

- ✓ colaboração com os poderes públicos sempre que sua atuação for solicitada em benefício da comunidade e atendimento humanizado nas unidades de saúde e de educação para melhor atendimento da população e especialmente aos portadores de necessidades especiais;
- ✓ prestação de serviços na área de assistência, promoção social e saúde, que promovam a proteção à família, à infância, à maternidade, à adolescência, aos idosos e aos portadores de necessidades especiais; e,
- ✓ promoção e realização de atividades de avaliação de estratégias e de impactos econômicos e sociais das políticas, programas e projetos científicos e tecnológicos.

2.1. ÁREA DE QUALIDADE

2.1.1. Qualidade Objetiva

Demonstraremos a seguir o conjunto de ações e medidas que serão implementadas e executadas com o objetivo de orientar a obter e garantir a melhor assistência possível, envolvendo o nível de recursos disponíveis e a tecnologia já existente e as que serão implantadas na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

2.1.1.1. Comissões Técnicas que Manteremos

Apresentaremos as Comissões Técnicas Multidisciplinares que iremos implantar e que mantemos durante toda a vigência do Contrato de Gestão; o nome da Comissão Técnica; um preâmbulo com os objetivos da Comissão para o primeiro ano do Contrato de Gestão e as suas atividades; os membros componentes (apenas enunciaremos o perfil dos componentes que integram a Comissão Técnica); os seus Regimentos Internos; a frequência de reuniões que serão registradas nas respectivas atas das reuniões (demonstradas no cronograma de atividades); sendo que o controle das mesmas, será realizado pela Direção Médica e Administrativa da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE JACUPIRANGA.

2.1.1.2. Organização Específica do Serviço de Farmácia

Apresentaremos a estruturação do Serviço de Farmácia; os membros que o comporão; a organização horária; a implantação do sistema de dose unitária; bem como os métodos de controle sobre fármacos controlados e/ou de alto custo.

2.1.1.3. Organização Específica do Serviço de Arquivo de Prontuários Médicos (SAME)

Apresentaremos a organização específica do Serviço de Arquivo de Prontuários Médicos; como o serviço funcionará; os membros que o compõem; os turnos de funcionamento; os modelos de fichas que serão utilizadas; o sistema de arquivamento digitalizado e seu controle de resgate e rastreabilidade, através da implantação, treinamento e uso do nosso software de gestão; bem como os seus protocolos e a Comissão de Padronização de Medicamentos, Materiais e Equipamentos – CPMME.

2.1.1.4. Descrição de Funcionamento da Unidade de Estatísticas

Descreveremos como será o funcionamento da Unidade de Estatísticas; como o serviço funcionará; os modelos de relatórios que serão customizados; bem como a sistemática e metodologia de trabalho do serviço, realizadas com a utilização, treinamento e uso do nosso software de gestão.

2.1.1.5. Monitoramento de Indicadores de Desempenho de Qualidade, de Produtividade e Econômico-Financeiros

Os indicadores de desempenho de qualidade, de produtividade e Econômico-Financeiros selecionados, serão diariamente monitorados através do sistema de informação que possuímos e já se encontra totalmente implantado e customizado, servindo de banco de dados e base para as sistemáticas de aplicação, para a seleção de indicadores, bem como para as ações corretivas quando estas se fazem necessárias.

2.1.1.6. Apresentação de Protocolos Clínicos de Atendimento

Apresentaremos os Protocolos Clínicos de Atendimento de acordo com o exigido no Edital, ou seja, a Proposta de 08 Protocolos Assistenciais solicitados, que são: IAM, AVC, ACLS, ATLS, Sepse, Cetoacidose Diabética, ITU e Insuficiência Respiratória Aguda.

Lembramos que estes 08 Protocolos Assistenciais, serão apenas uma pequena parte do conteúdo do contingente dos Protocolos Assistenciais, que iremos implantar na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

2.1.1.7. Regimento Interno e Manuais de Normas e Rotinas

Apresentaremos a seguir o Regimento Interno da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO na sua forma de publicação.

Os demais Manuais de Normas e Rotinas que estruturarão o funcionamento e a operacionalização da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, serão apresentados no decorrer desse Plano de Trabalho, pois estão inseridos em vários itens que serão oportunamente abordados.

I- REGIMENTO INTERNO DO PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL

Introdução

A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE JACUPIRANGA tem papel diferencial como Unidade de Pronto Atendimento e retaguarda, das unidades de atenção primária em saúde, da rede municipal de saúde de Jacupiranga, cuja proposta, é acolher a população, prestar um atendimento de qualidade em urgência e emergência e pronto atendimento, redirecionando as queixas avaliadas como não urgentes, às respectivas Unidades de Atenção Primária, de acordo com suas áreas programáticas, garantindo a inserção do usuário no SUS – Sistema Único de Saúde.

Ela é uma organização pública, com sistema complexo, que tem como atividade fim o atendimento ao usuário que necessita de imediatismo nos cuidados de sua saúde.

Para seu adequado funcionamento, são necessários apoio administrativo e técnico em diversas áreas, bem como logística e abastecimento de medicamentos, materiais e insumos específicos, gerenciamento de processos, gerenciamento de pessoas, gerenciamento de faturamento, de informações e orientações, prestação de contas adequadas, bem como de outros quesitos concernentes ao atendimento do público em geral.

As estruturas (física e lógica) e os processos são de tal forma interligados, que o funcionamento de um componente interfere em todo o conjunto e no resultado final do serviço.

Tem como principal objetivo, atender às áreas locorregionais na modalidade de urgência, emergência e pronto atendimento, bem como realizar exames correlatos, reduzindo assim, a espera para realização dos mesmos, evitando ainda, o deslocamento desnecessário e excessivo dos pacientes, melhorando o atendimento assistencial e reduzindo a sobrecarga das unidades hospitalares da cidade.

Dessa maneira, o presente Regimento Interno da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, visa assegurar a qualidade e a segurança das práticas assistenciais, bem como, legitimar e padronizar as ações e atividades que serão executadas nesta Unidade de Saúde.

Artigo 1º – Descrição da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE JACUPIRANGA.

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE JACUPIRANGA.

DMS – DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE DE JACUPIRANGA.

Cadastrado no CNES desde 01/06/2004 sob o nº 2078309.

Caracterizado como PRONTO ATENDIMENTO, e com subtipo de estabelecimento de PRONTO ATENDIMENTO GERAL.

Endereço: Rua Eunice Carneiro de Paula, nº 101, Centro, Jacupiranga, São Paulo,

CEP 11940-000.

Telefones: 13 3864-3440 e 3864-3239.

I – A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, está inserida numa área de abrangência de 47 (quarenta e sete) bairros, pertencentes a região das seguintes Unidades Básicas de Saúde, nela referenciadas e contra referenciadas:

UNIDADES DE SAÚDE REFERENCIADAS		
Unidade de Pronto Atendimento	Unidade Básica de Saúde (UBS)	Bairro
JACUPIRANGA	ESF “DANIEL LUSTROSO”	CENTRO
	ESF III	CENTRO
	ESF “FLOR DA VILA”	FLOR DA VILA
		VILA ELIAS
	ESF “BOTUQUARA”	BOTUQUARA
	ESF “LENÇOL”	LENÇOL
	ESF “GUARAÚ”	GUARÁ
		PÉ DA SERRA
PINDAÚBA		

E nas Unidades de Saúde de média e alta complexidade:

- HOSPITAL REGIONAL DE REGISTRO.
- HOSPITAL SÃO JOÃO REGISTRO.
- HOSPITAL REGIONAL DR. LEOPOLDO BEVILACQUA.

II – A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO está localizada na região central de Jacupiranga.

A população adstrita, é de 17.851 (dezessete mil oitocentos e cinquenta e um) habitantes. Como o Crescimento Vegetativo do Município é inferior a 1,00% aa, podemos acrescentar uma população adstrita por volta de 100 (cem) habitantes por ano.

III – A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO é caracterizada como PRONTO ATENDIMENTO, e tem subtipo de estabelecimento de PRONTO ATENDIMENTO GERAL, estando edificado em um terreno de 5.815,88 metros quadrados, com uma área construída de 2.128,31 metros quadrados de área construída em toda a Unidade, possuindo, três anexos (abrigo do grupo gerador, abrigo dos gases medicinais e uma lavanderia).

IV – Realizará os procedimentos de baixa e média complexidade, com ênfase no

atendimento de Urgência e Emergência em Clínica Médica, Pediatria, Ortopedia, Psiquiátricas, eventualmente as Gineco-Obstétricas, bem como as relacionadas a causas externas (Traumato-Ortopédico, Violência e Acidentes).

V – Disponibilizará os atendimentos de Urgência, Emergência e Pronto Atendimento, 24 horas por dia, 7 dias por semana, ininterruptamente, considerando como tais, os atendimentos não programados, sendo assim, uma unidade de atendimento por demanda espontânea e referenciada.

VI – Referenciará pacientes após estabilização das condições clínicas, para internação em Unidades Hospitalares, através do contato com o médico chefe de equipe e/ou plantão administrativo com a Central de Regulação de Leitos do Município.

Serão disponibilizados:

- ✓ 02 (três) leitos de emergência (sala vermelha);
- ✓ 01 (dois) leito de isolamento; e,
- ✓ 13 (treze) leitos de observação, por período de até 24 horas (não caracterizando internação hospitalar), sendo 04 (quatro) leitos adultos femininos, 05 (cinco) leitos adultos masculinos e 04 (quatro) leitos infantis, separados em 03 (três) salas independentes.

VII – Garantirá procedimentos e rotinas de agendamento de consultas para as Unidades Básicas de Saúde de abrangência dos pacientes atendidos na sua região adstrita, portadores de problemas de saúde, cujas complicações podem ser evitadas ou mitigadas pelo acompanhamento na Atenção Básica.

VIII – Prestará assistência utilizando, obrigatoriamente, o protocolo de Classificação de Risco, como determinado pela Portaria nº 1.863/GM de 29 de setembro de 2.003 e seus anexos.

Artigo 2º – Obrigações do UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

Seguirá a Política Nacional de Atenção às Urgências, sendo um estabelecimento de saúde de complexidade intermediária, entre as Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo com estas, compor uma rede organizada de atenção às urgências e emergências. Tendo como competências e/ou responsabilidades:

I – Realizar atendimento e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos demandados à Unidade, 24 horas por dia, todos os dias do ano.

II – Acolher os pacientes e seus familiares sempre que buscarem informação e/ou atendimento na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

III – Implantar processo de Acolhimento com Classificação de Risco adulto e infantil, segundo protocolo de Classificação de Risco segundo o Protocolo de Manchester, considerando a identificação do paciente que necessite de tratamento imediato, estabelecendo o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, em sala específica para tal atividade, garantindo atendimento

ordenado, de acordo com o grau de sofrimento ou a gravidade do caso, devendo funcionar 24 horas por dia, durante todo o ano e com tempo de espera preconizado pelo mesmo.

IV – Estabelecer e adotar protocolos de atendimento clínico, de triagem e de procedimentos administrativos.

V – Articular-se com a Estratégia de Saúde da Família, Atenção Básica, e outros serviços móveis de atendimento pré-hospitalar, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde do sistema locorregional, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contra referência, ordenando os fluxos de referência através das Centrais de Regulação Médica de Urgências e complexos reguladores instalados.

VI – Possuir equipe interdisciplinar compatível com seu porte.

VIII – Prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados, de natureza clínica, prestando o primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade.

IX – Fornecer retaguarda às urgências atendidas pela Atenção Básica.

X – Funcionar como local de estabilização de pacientes atendidos pelo serviço móvel de atendimento pré-hospitalar municipal.

XI – Realizar consulta médica em regime de pronto atendimento aos casos de menor gravidade.

XII – Realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos críticos ou de maior gravidade.

XIII – Prestar apoio diagnóstico (realização de Raios X, exames laboratoriais, eletrocardiograma) e terapêutico, nas 24 horas do dia, todos os dias do ano.

XIV – Manter pacientes em observação, por período de até 24 horas, para elucidação diagnóstica e/ou estabilização clínica. No período de observação, estão incluídos: tratamento de possíveis complicações que venham a ocorrer; tratamento fármaco-terapêutico necessário, de acordo com a padronização da Unidade – aprovada pela CPMME – Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos, RENAME Federal e Relação de Medicamentos Padronizados pelo SUS – Jacupiranga; e, alimentação de acordo com a PNH.

XV – Encaminhar para internação em serviços hospitalares os pacientes que não tiverem suas queixas resolvidas nas 24 horas de observação, acima mencionadas, por meio do Complexo Regulador.

XVI – Prover atendimento e/ou encaminhamento adequado, para um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrado à rede locorregional de Urgência e Emergência, a partir da complexidade clínica e traumática do usuário.

XVII – Contra referenciar para os demais serviços de atenção integrantes da rede,

proporcionando continuidade ao tratamento, com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo.

XXVIII – Utilizar o serviço móvel municipal sempre que a gravidade e/ou a complexidade dos casos, ultrapassem a capacidade instalada da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

XIX – Garantir apoio técnico e logístico para o bom funcionamento da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

XX – Respeitar à decisão do usuário em relação ao consentimento ou recusa na prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal.

XXI – Garantir o sigilo dos dados e informações relativas aos usuários.

XXII – Esclarecer os direitos aos usuários, quanto aos serviços oferecidos.

XXIII – Ter a responsabilidade civil e criminal pelo risco de sua atividade.

XXIV – Contratar serviços de terceiros para atividades acessórias e apoio, sempre que necessário, responsabilizando-se pelos encargos daí decorrentes.

XXV – Responsabilizar-se, civil e criminalmente perante os usuários, por eventual indenização de danos materiais e/ou morais decorrentes de ação, omissão, negligência, imperícia ou imprudência, decorrentes de atos praticados por profissionais, subordinados à qualquer entidade contratada, no desenvolvimento de suas atividades.

XXVI – Adotar o símbolo e o nome designativo da unidade de saúde cujo uso lhe for permitido, devendo afixar aviso, em lugar visível, assim como da gratuidade dos serviços prestados nessa condição.

XXVII – Possuir Rotinas de Funcionamento e Atendimento escritas, atualizadas sistematicamente e assinadas pelo Responsável Técnico pela Unidade, sendo que as rotinas devem abordar todos os processos envolvidos na assistência que contemplem desde os aspectos organizacionais até os operacionais e técnicos (POPs).

XXVIII – Possuir para cada paciente, um prontuário com as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas digitalmente, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento e com interfaceamento com o Sistema Informatizado do Município de Jacupiranga.

XXIX – Criar e manter sob sua guarda, um banco de dados nas salas de emergência e observação onde será demonstrado o cadastro dos pacientes com número de FAA – Ficha de Atendimento Ambulatorial, nome completo do paciente, horário de entrada, horário de saída, tempo de permanência e destino.

Artigo 3º – Características Gerais da Prestação de Serviço na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

Os serviços de saúde deverão ser prestados na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMEN-

TO, conforme especificado no nosso Plano de Trabalho, nos exatos termos da legislação pertinente ao SUS – Sistema Único de Saúde, especialmente ao disposto na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e na Portaria nº 1020 de 13 de maio de 2009, com observância dos princípios veiculados pela legislação, e em especial:

I – Universalidade de acesso aos serviços de saúde.

II – Integralidade de assistência, entendida como sendo o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema, em atuação conjunta com os demais equipamentos do SUS, existentes na cidade.

III – Gratuidade de assistência, sendo vedada a cobrança em face de pacientes ou seus representantes, responsabilizando-se o INCS por cobrança indevida feita por seu empregado ou preposto.

IV – Fornecimento gratuito de medicamentos somente aos pacientes que se encontrem em atendimento interno durante o atendimento, mediante prescrição do profissional médico responsável pelo atendimento em questão.

V – Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral.

VI – Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

VII – Direito de informação às pessoas assistidas, sobre sua saúde.

VIII – Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário.

IX – Prestação dos serviços com qualidade e eficiência, utilizando-se dos equipamentos de modo adequado e eficaz.

Artigo 4º – Características Específicas da Prestação de Serviços na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

I – Unidade de Saúde que integra a rede de unidades públicas de saúde, estando implantada em local estratégico, para a configuração das redes de atenção à urgência e emergência, com Acolhimento e Classificação de Risco (Protocolo de Manchester).

II – Unidade de Saúde de complexidade intermediária, entre as Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo compor uma rede organizada nas Áreas de Planejamento, Objeto do nosso Plano de Trabalho.

III – Unidade de Saúde fundamental à reorganização da rede de atendimento às Urgências e Emergências na cidade, de acordo com as resoluções do Ministério da Saúde e da Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências.

Artigo 5º – Competências dos Sítios Funcionais.

I – Recepção e Registro: área para receber o usuário e registrar em prontuário eletrônico os dados cadastrais de cada usuário, tais como: nome, endereço,

telefone de contato, identidade e CPF, além de orientar quanto ao local de espera para Classificação de Risco.

II – Classificação de Risco: área utilizada para a estratificação do risco de cada usuário, conforme a queixa através de escuta qualificada, aferindo os sinais vitais e avaliação primária com exame físico.

Será utilizado o protocolo de Manchester para estratificação, onde os riscos serão divididos em:

Azul: atendimento compatível com atenção primária, sendo redirecionado para unidade de atenção primária, conforme endereço (onde ser atendido) ou atendimento por ordem de chegada, por apresentar baixa complexidade, num tempo máximo de 240 (duzentos e quarenta) minutos.

Verde: pouco urgente, com atendimento médico em até 120 (cento e vinte) minutos.

Amarelo: urgente, com atendimento em até 60 (sessenta) minutos.

Laranja: muito urgente, com atendimento na sala de observação em até 10 (dez) minutos.

Vermelho: atendimento imediato na sala de estabilização (sala vermelha).

III – Consultórios Médicos: consultórios destinados ao atendimento e avaliação clínica dos usuários e reavaliação clínica.

IV – Salas de Sutura, Hipodermia e Inalação: destinadas à realização de procedimentos terapêuticos imediatos como: suturas, curativos, inalação, aplicação de medicamentos e reidratação.

V – Central de Material Esterilizado (CME): área destinada à desinfecção e esterilização de materiais utilizados no processo de atenção, materiais ventilatórios e materiais diversos.

VI – Salas de Observação: áreas destinadas à observação de pacientes que necessitem de investigação diagnóstica e/ou tratamento por um período máximo de até 24 horas.

Nota: está dividida em sala de observação para adultos, ala feminina e ala masculina, com 01 (um) leito de isolamento, e ala pediátrica, também com 01 (um) leito de isolamento, além de contar com posto de enfermagem e banheiros independentes.

VII – Sala de Emergência: o Art.2º da Portaria 2.338 de 03 de outubro de 2.011 2.009 do Ministério da Saúde, define como Sala de Emergência, a estrutura que funciona como local de assistência temporária e qualificada, para a estabilização de pacientes críticos/graves, para posterior encaminhamento a outros pontos da rede de atenção à saúde.

VIII – Áreas de Apoio Diagnóstico: são áreas destinadas à realização de exames complementares necessários à elucidação diagnóstica ou à coleta de amostras biológicas, bem como realização dos exames, sendo composto por:

a- área para coleta de amostras biológicas;



- b- sala para realização de ECG (eletrocardiograma);
- c- laboratório de análises clínicas, para realização dos exames protocolizados para os pacientes em observação, bem como para os pacientes ambulatoriais, contando ainda com setor de recepcionar os pacientes ambulatoriais; e,
- d- área para equipamento de radiologia, para a realização de exames de Raio X para os pacientes em observação, bem como para os pacientes ambulatoriais, contando ainda com setor de recepcionar os pacientes ambulatoriais.

X – Farmácia Clínica: área destinada à guarda e dispensação de medicamentos de uso normal e uso controlado, para os processos de atenção aos pacientes em observação e que permanecerem internados.

XI – Serviço Social: área destinada a avaliação ampliada da situação social do usuário.

XII – Almoxarifado: área destinada à guarda, controle e fornecimento de materiais médico-hospitalares, para os processos de atenção aos pacientes, bem como os materiais de uso no expediente da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

XIII – Área Administrativa: área destinada aos colaboradores que executam os processos administrativos da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, como apontamentos de ponto funcional, faturamento das atividades e procedimentos realizados na Unidade e das demais atividades administrativas.

XIV – Cozinha de Apoio: área destinada para o preparo das refeições para toda a equipe de colaboradores e acompanhantes e das dietas dos pacientes que permanecerem internados, bem como local de apoio para a distribuição dos mesmos para o refeitório.

XV – Refeitório: espaço para a refeição de todos os colaboradores.

XVI – DML – Depósito de Materiais de Limpeza: espaço para alocação de materiais, equipamentos e instrumentos de limpeza e higienização da Unidade.

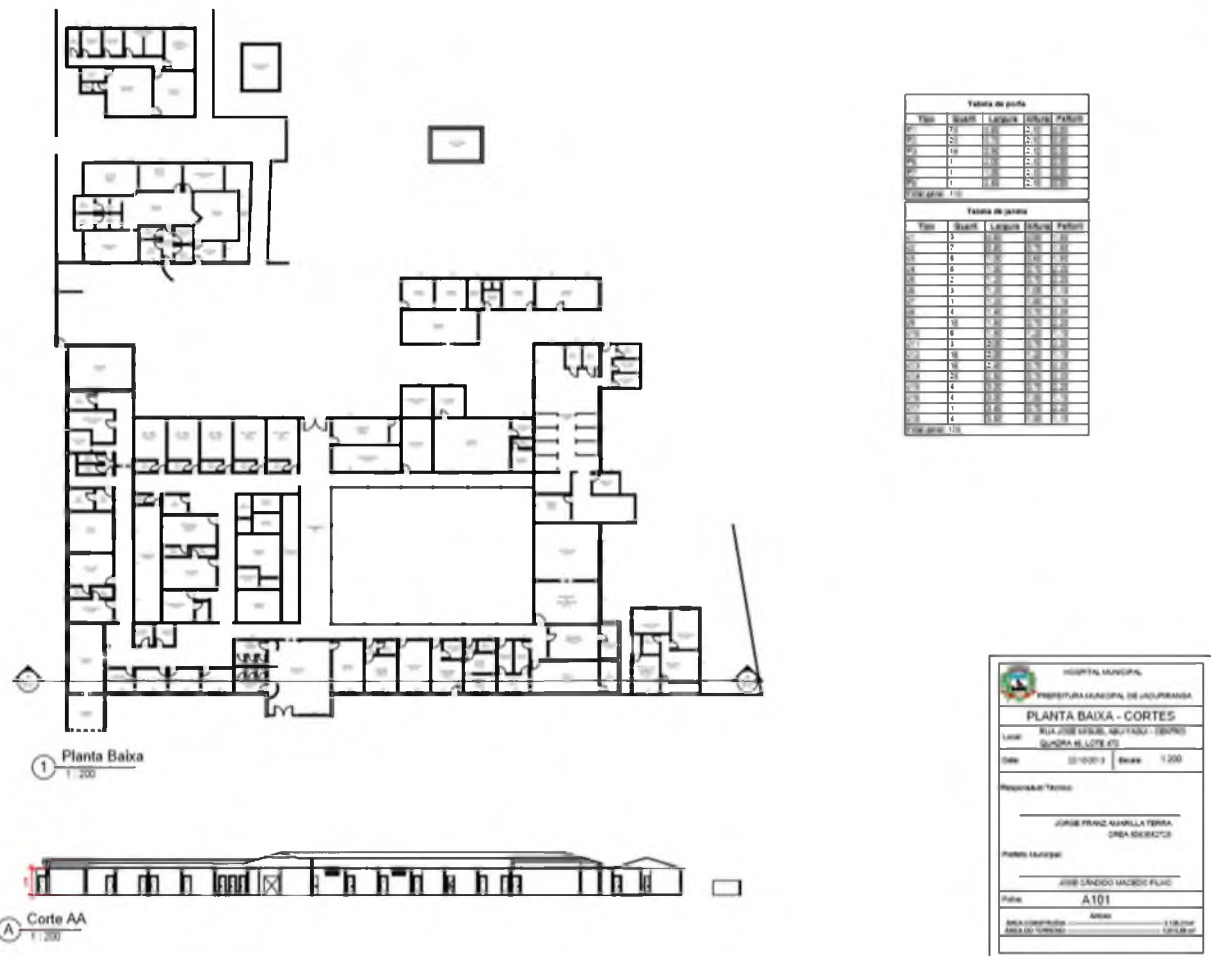
XVII – Conforto Médico: 02 (dois) quartos, sendo 01 (um) masculino e 01 (um) feminino, para descanso dos profissionais médicos de plantão, quando as atividades assistenciais estiverem com baixa demanda, permitindo a possibilidade de descanso para os médicos que estiverem de plantão.

XVIII – Sala de Descanso: 01 (uma) sala de descanso para os demais profissionais de plantão da Equipe de Enfermagem e demais colaboradores, quando as atividades assistenciais estiverem com baixa demanda, permitindo a possibilidade de descanso para os mesmos.

XIV – Morgue: local onde são guardados cadáveres, até o momento de sua remoção da Unidade.

Artigo 6º – Estrutura Física da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

Toda a estrutura física da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO está demonstrada através na planta a seguir:



Artigo 7º – Disposições Finais.

Este Regimento Interno passa a valer na data de sua publicação, que será realizada na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, nos setores e áreas de uso exclusivo dos colaboradores.

REGIMENTO INTERNO DO CORPO CLÍNICO

CAPÍTULO I – DAS DEFINIÇÕES E FINALIDADES

Artigo 1º – O Regimento Interno do Corpo Clínico da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, dispõe sobre a constituição, finalidade e normas de funcionamento do seu Corpo Clínico aqui regimentadas.

Artigo 2º – O Corpo Clínico é o conjunto dos médicos da instituição, gozando de autonomia profissional, técnica, científica, política e cultural, tendo como atribuição principal prestar assistência aos usuários que procuram a UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, sendo subordinado à Direção Técnica.

Parágrafo 1º – Dentre os objetivos do Corpo Clínico constam necessariamente:

- a) Contribuir para o bom desempenho profissional dos médicos.

- b) Assegurar a melhor assistência aos usuários.
- c) Colaborar para o aperfeiçoamento dos médicos e pessoal técnico.
- d) Estimular a pesquisa médica e a educação continuada.
- e) Cooperar com a administração da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO visando a melhoria da assistência prestada.
- f) Estabelecer rotinas para o aperfeiçoamento dos serviços prestados.
- g) Colaborar nos programas de promoção de saúde e projetos alternativos que visem melhorar a qualidade do atendimento.
- h) Exercer suas atividades conforme as ações programáticas adotadas pela instituição dentro da política de saúde adotada.

Parágrafo 2º – Para execução de suas finalidades o Corpo Clínico manterá, além de um elevado nível técnico-científico, uma conduta compatível com as normas da Bioética, respondendo os seus membros, administrativa, ética, civil e penalmente por seus atos profissionais.

Parágrafo 3º – Nas suas relações individuais e coletivas propugnará de fato e de direito pelo respeito às normas contidas no Código de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina – CFM e às resoluções emanadas dos Conselhos Federal e Regional de Medicina.

CAPÍTULO II – DA COMPOSIÇÃO

Artigo 3º – O Corpo Clínico da instituição compõe-se de todos os médicos que utilizam suas instalações, dependências ou serviços e que se encontram em pleno direito de exercer a profissão, sendo classificados como:

Médicos Efetivos: admitidos através de concurso de provas ou processos seletivos e títulos, conforme normas legais. São médicos ocupantes de provimento efetivo, tendo o direito a votar e serem votados, para qualquer cargo eletivo dentro da Instituição.

Membros Contratados: médicos que desenvolvem suas atividades dentro da instituição mediante contrato específico de trabalho, tendo o direito a votar, mas não serem votados, para cargos eletivos dentro da Instituição.

Membros Residentes: médicos cumprindo programas de capacitação de acordo com as normas da Comissão Nacional de Residência Médica, tendo o direito a votar, mas não a serem votados, para cargos eletivos dentro da Instituição.

Médicos Eventuais: médicos que, esporádica ou excepcionalmente, desenvolvem atividades na instituição, a fim de assistir um paciente específico, respeitadas as normas técnicas do estabelecimento, em conformidade com o Artigo 25º do Código de Ética Médica, tendo o direito a votar, mas não a serem votados para cargos eletivos dentro da Instituição.

CAPÍTULO III – DAS COMPETÊNCIAS

Artigo 4º – Estão garantidas aos integrantes do Corpo Clínico as seguintes competências:

- a) Frequentar a instituição assistindo aos seus pacientes, valendo-se dos recursos técnicos disponíveis.
- b) Participar de assembleias e reuniões científicas.
- c) Votar e ser votado, conforme a categoria.
- d) Eleger Diretor Clínico e seu substituto (Vice-Diretor Clínico).
- e) Eleger os integrantes da Comissão de Ética Médica – CEM.
- f) Indicar os coordenadores de especialidades e/ou serviços, de acordo com sua área de atuação.
- g) Colaborar com a administração da instituição, respeitando o Código de Ética Médica e/ou regulamentos e normas existentes.
- h) Colaborar nos programas de treinamento implementados pela Instituição.
- i) Participar das Comissões Permanentes e Temporárias da Instituição quando for indicado pelo Diretor Clínico, pelo Diretor Técnico, pela Assembleia do Corpo Clínico ou pela Administração da Instituição.

CAPÍTULO IV – DOS DIREITOS E DEVERES

Artigo 5º – São direitos fundamentais dos integrantes do Corpo Clínico:

- a) Autonomia profissional.
- b) Acesso à instituição e seus serviços.
- c) Participação das assembleias e reuniões.
- d) Votar e conforme sua categoria e ser votado.
- e) Receber a remuneração adequada pelos serviços prestados.

Artigo 6º – São deveres dos integrantes do Corpo Clínico:

- a) Obediência ao Código de Ética Médica, resoluções do CRM e CFM, assim como o Regimento Interno do Corpo Clínico e o Regimento Interno da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO e do Estatuto do INCS.
- b) Respeitar as normas gerais da Bioética.
- c) Respeitar os princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde, conforme preconiza a Constituição Federal vigente em seus Artigos 196º e 198º, contribuindo dentro de suas competências para o aprimoramento e aperfeiçoamento do Sistema.
- d) Assistir os pacientes sob seus cuidados com respeito, consideração e dentro da melhor técnica em seu benefício.
- e) Colaborar com seus colegas na assistência aos seus pacientes quando solicitados.
- f) Participar de atos médicos em suas especialidades ou auxiliar colegas, quando necessário.
- g) Cumprir as normas técnicas e administrativas da instituição, inclusive pertinentes a biossegurança e segurança do trabalho.
- h) Elaborar prontuários dos pacientes, com registros indispensáveis à elucidação do caso em qualquer momento.

- i) Colaborar com as Comissões Multidisciplinares específicas da Instituição.
- j) Atuar e promover o trabalho em equipe, respeitando os demais profissionais de saúde nas suas diversas áreas de competências.
- k) Comunicar falhas observadas na assistência prestada pela instituição e reivindicar melhorias que resultem no aprimoramento da assistência aos pacientes e/ou melhoria das condições de trabalho.
- l) Incentivar a melhoria do padrão técnico-científico e ético dos integrantes do Corpo Clínico.
- m) Cumprir atividades de plantão quando escalado pela coordenadoria de especialidade e/ou serviço.

CAPÍTULO V – DAS DELIBERAÇÕES

Artigo 7º – O Corpo Clínico deliberará através de Assembleias Gerais.

Parágrafo 1º – Compete à Assembleia Geral fixar orientação geral superior para exercício da medicina na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, observadas as disposições legais vigentes:

- a) Dirimir dúvidas suscitadas por orientações da Diretoria Clínica ou Colegiado Médico, ou ainda, para resolver conflitos de atribuições desses órgãos.
- b) Comunicar às autoridades da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, através do Diretor Clínico, as orientações superiores aprovadas para solução dos problemas éticos ou técnicos, contando com a assessoria da Comissão de Ética Médica e do Colegiado Médico.
- c) Eleger membros da Comissão Eleitoral para organização do processo eleitoral de escolha do Diretor Clínico.
- d) Eleger membros da Comissão Eleitoral para organização do processo eleitoral dos representantes da Comissão de Ética Médica – CEM.
- e) Destituir por maioria absoluta qualquer integrante da Diretoria Clínica e representantes do Colegiado Médico em Assembleia especialmente convocada.

Parágrafo 2º – A destituição a que se refere o Parágrafo Primeiro alínea “e” poderá ser proposta por infração grave deste Regimento ou ações manifestadamente contrárias aos interesses do Corpo Clínico.

Artigo 8º – A Assembleia Geral deverá ser integrada por todos os médicos do Corpo Clínico.

Artigo 9º – A Assembleia Geral será presidida pelo Diretor Clínico ou seu substituto legal, e na ausência deste, pelo Diretor Técnico ou por um dos membros presentes, indicado por maioria simples de votos.

Parágrafo Único – O Presidente da Assembleia solicitará a um dos membros presentes que exerça a função de secretário, que registrará pautas e deliberações em Livro Ata específico.

Artigo 10º – A Assembleia Geral reunir-se-á ordinariamente 02 (duas) vezes ao ano, semestralmente, devendo ser convocada pelo Diretor Clínico ou Técnico, com antecedência mínima de 10 (dez) dias, e, extraordinariamente, mediante requerimento de 1/3 (um terço) dos membros do Corpo Clínico.

Artigo 11º – Considerar-se-á quorum mínimo para deliberar em primeira convocação, 2/3 (dois terços) dos seus membros na primeira chamada, 1/3 (um terço) dos seus membros na segunda chamada, ficando estabelecido um mínimo de 10% (dez por cento) dos membros efetivos na terceira convocação, após a qual, qualquer número de presentes, sendo as decisões adotadas por maioria simples de votos, com exceção do disposto na alínea “e”, do Parágrafo 1º, do Artigo 7º.

CAPÍTULO VI – DA ORGANIZAÇÃO

Artigo 12º – O presente Regimento Interno do Corpo Clínico prevê, além da Assembleia Geral, a existência de Diretor Clínico, Diretor Técnico, Coordenador de especialidade e/ou serviço, Colegiado Médico e Comissão de Ética Médica – CEM, Comissão de Análise e Revisão de Prontuário – CARP, Comissão de Revisão de Óbitos – CRO e Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH.

Artigo 13º – Do Diretor Clínico: médico de confiança do Corpo Clínico. Obrigatoriamente deverá ser eleito por voto secreto e direto dos membros do Corpo Clínico, conforme resolução do CFM nº 1.342, de 08 de março essa finalidade, com antecedência mínima de 10 (dez) dias, sendo escolhido pela maioria simples de votos.

Parágrafo 1º – O mandato do Diretor Clínico será de 12 (doze) meses, com direito a uma reeleição.

Parágrafo 2º – O Diretor Clínico deverá ter assegurada total autonomia no desempenho de suas atribuições, conforme resolução do CFM nº 1342.

Parágrafo 3º – São atribuições do Diretor Clínico:

- a) Coordenar o Corpo Clínico da Instituição.
- b) Zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico.
- c) Convocar e presidir a Assembleia Geral do Corpo Clínico, conforme estabelecido no capítulo respectivo do presente Regimento.
- d) Presidir as reuniões do Colegiado Médico.
- e) Executar e fazer executar a orientação deliberada pela Assembleia do Corpo Clínico ou pelo Colegiado Médico, quando se fizer necessário.
- f) Colaborar com as atividades da Comissão de Ética Médica e demais Comissões permanentes e/ou instituídas na Instituição.
- g) Tomar conhecimento e encaminhar os pleitos do Corpo Clínico, adotando as providências cabíveis.
- h) Representar o Corpo Clínico junto à Administração da Instituição e/ou equipe de gestores.

- i) Encaminhar à Administração da Instituição, as sugestões e pedidos do Corpo Clínico e vice-versa.
- j) Esclarecer à Administração da Instituição, as irregularidades eventualmente detectadas nos diversos serviços.
- k) Prestar contas dos seus atos ao Corpo Clínico nas Assembleias Gerais.
- l) Esclarecer às partes interessadas em eventuais conflitos, a posição entre o Corpo Clínico e a Administração da Instituição e/ou equipe de gestores, visando harmonizá-las, em face dos postulados éticos.
- m) Empenhar-se para que os integrantes do Corpo Clínico observem os princípios gerais da Bioética, do Código de Ética Médica, das resoluções do Conselho Federal de Medicina e do CREMESP, assim como as disposições gerais em vigor, a ordem interna da Instituição e as resoluções estabelecidas no Regimento Interno da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.
- n) Apresentar relatório anual das atividades do Corpo Clínico à Administração da Instituição.
- o) Estimular a pesquisa e educação continuada para o Corpo Clínico e dos demais integrantes das equipes de saúde.
- p) Supervisionar o cumprimento das escalas de plantões e horários estabelecidos para os médicos pelos coordenadores das especialidades e/ou serviços, assim como programação de férias dos integrantes do Corpo Clínico.
- q) Zelar pelo direito do médico de perceber a remuneração pelos serviços prestados da forma mais direta possível.
- r) Transmitir o seu cargo ao Diretor Técnico em caso de férias, licença e impedimentos eventuais.
- s) Encaminhar ao CREMESP, as consultas sobre assuntos de natureza ética visando o bom exercício da medicina na instituição.
- t) Coordenar as Comissões sob sua responsabilidade conforme normas inerentes a cada uma.
- u) Zelar pelo cumprimento deste Regimento e pelos livros de atas.

Parágrafo 4º – Em caso de empate na eleição para Diretor Clínico, será considerado eleito o mais antigo médico efetivo do Corpo Clínico da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO. Persistindo o empate será considerado eleito o que tiver maior tempo de inscrição no CREMESP.

Parágrafo 5º – O Diretor Clínico poderá acumular a função de Diretor Técnico, ou a Administração poderá indicar um profissional para este fim específico.

Artigo 14º – Do Diretor Técnico: médico nomeado para o cargo, através da Administração da Instituição, tratando-se de pessoa de confiança da Instituição e com competências comprovadas para assumir o cargo, preferencialmente com experiências anteriores ou titulação em cursos reconhecidos de gestão em saúde. São suas atribuições:

- a) Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor.
- b) Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando o melhor desempenho do Corpo Clínico e dos demais profissionais de saúde em benefício da população usuária da Instituição.
- c) Representar a Instituição em suas relações com as autoridades sanitárias e outras quando exigir a legislação em vigor.
- d) Executar a orientação dada pela Instituição em matéria administrativa.

Artigo 15º – Do Coordenador Médico: membro do Corpo Clínico, com título de especialista, que deverá ser indicado pela Diretoria Executiva do INCS.

Parágrafo Único – São atribuições do Coordenador Médico:

- a) Supervisionar e coordenar as atividades médicas.
- b) Confeccionar escalas de plantões e distribuições de horário de atendimento dos integrantes do corpo clínico.
- c) Elaborar escalas de folgas e férias, encaminhando-as à Direção Clínica e/ou Técnica.
- d) Propor protocolos médicos específicos.
- e) Participar das reuniões do Colegiado Médico.
- f) Atuar como elo de ligação entre os médicos e a Direção Clínica e vice-versa.
- g) Estimular a realização de atividade científica e Educação Permanente no âmbito de sua competência.
- h) Zelar pelo cumprimento, do Regimento Interno da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, princípios gerais da bioética, Código de Ética Médica e resoluções do CFM – Conselho Federal de Medicina e do CREMESP, comunicando à Direção Técnica irregularidades, quando forem pertinentes.

Artigo 16º – São Comissões Permanentes da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, ligadas à Direção Clínica:

- a) Comissão de Análise e Revisão de Prontuários – CARP;
- b) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH;
- c) Comissão de Ética Médica – CEM;
- d) Comissão de Padronização de Medicamentos, Materiais e Equipamentos – CPMME;
- e) Comissão de Revisão de Óbitos – CRO; e,
- f) SESMT – Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho.

Parágrafo Único – Os membros das Comissões Permanentes da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, serão eleitos ou designados pelo Diretor Clínico, pelo Diretor Técnico, pela Assembleia do Corpo Clínico ou pelo Corpo de Administração, dependendo do Regimento Interno de cada Comissão, exceto os membros da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH, que são designados pela Administração da Instituição, segundo a Portaria do MS nº 2616/98.

Artigo 17º – Serão Comissões Temporárias da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, aquelas que porventura forem criadas segundo a necessidade de

melhor organizar os trabalhos da Unidade.

Parágrafo 1º – Os membros das Comissões Temporárias serão eleitos ou designados pelo Diretor Clínico, pelo Diretor Técnico, pela Assembleia do Corpo Clínico ou pela Administração da Instituição, dependendo do Regimento Interno de cada Comissão.

Parágrafo 2º – A duração das Comissões Temporárias não poderá exceder o prazo de 12 (doze) meses. Caso haja necessidade de extensão dos seus trabalhos por um período maior, elas serão transformadas em Comissões Permanentes e deverão seguir as regras estabelecidas para estas.

Artigo 18º – Do Colegiado Médico: é um órgão consultivo que representa o Corpo Clínico, sendo composto pelo Diretor Clínico que o preside, o Diretor Técnico e os Coordenadores Médicos dos serviços e/ou especialidades.

Parágrafo 1º – O Colegiado Médico reunir-se-á ordinariamente a cada 02 (dois) meses ou extraordinariamente mediante convocação por escrito do Diretor Clínico, por iniciativa própria ou atendendo solicitação mínima de 03 (três) dos membros do Colegiado Médico. A convocação, com a pauta de reunião, será entregue para todos os membros do Colegiado Médico com antecedência mínima de 03 (três) dias úteis. As sessões do Colegiado Médico serão instaladas mediante a presença de quorum mínimo composto pela maioria simples de seus membros e as deliberações serão tomadas também por maioria simples dos presentes e registradas em ata.

Parágrafo 2º – Compete ao Colegiado Médico:

- a) Assessorar a Direção Clínica em assuntos técnicos.
- b) Sugerir medidas que visem o aperfeiçoamento técnico da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO e do Corpo Clínico.
- c) Analisar e emitir parecer sobre os casos que lhe forem encaminhados, à luz do Regimento Interno do Corpo Clínico e outros regulamentos.
- d) Emitir parecer sobre a criação de Comissões Permanentes ou Temporárias ou sobre a criação de novos serviços.
- e) Propor sanções disciplinares aos membros do Corpo Clínico por transgressões a este Regimento Interno, após sindicância regularmente procedida e com amplo direito de defesa assegurado ao interessado, com exceção das transgressões cuja análise é de competência exclusiva da Comissão de Ética Médica – CEM.
- g) Participar da Comissão de Padronização de Medicamentos, Materiais e Equipamentos – CPMME;
- f) Participar do SESMT – Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho.
- g) Analisar e emitir parecer sobre normas técnicas, protocolos, rotinas sempre que necessário.

Artigo 19º – Da Comissão de Ética Médica – CEM é uma Comissão permanente,

integrada por membros efetivos do Corpo Clínico, escolhida através de escrutínio direto e secreto dos membros do Corpo Clínico, por maioria simples, em processo eleitoral especialmente convocado para essa finalidade, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sendo as inscrições de caráter individual, regendo para caso de desempate os mesmos critérios já estabelecidos no Parágrafo 3º, do Artigo 16º, deste Regimento Interno.

Artigo 20º – A Comissão de Ética Médica – CEM constitui, por delegação do CREMESP, uma atividade da instituição médica, estando a ele vinculada. Tem funções sindicantes, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da medicina em sua área de abrangência.

Artigo 21º – A Comissão de Ética Médica – CEM estando vinculada ao CREMESP, deverá manter a sua autonomia em relação a Instituição, não podendo ter qualquer vinculação ou subordinação a direção do estabelecimento.

Parágrafo Único – A composição, organização, estrutura, normas eleitorais, competências e normas de funcionamento serão as constantes no Regimento Interno desta Comissão e na resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1657/2.002, alterada parcialmente pela Resolução nº 1.812/2.007 ou aquelas que forem definidas posteriormente pelo CFM – Conselho Federal de Medicina. Os casos omissos serão decididos pelo CREMESP.

Artigo 22º – O mandato dos integrantes será de 12 (doze) meses, com direito a 01 (uma) reeleição.

Artigo 23º – A Comissão deverá ser composta por 06 (seis) membros efetivos e 06 (seis) suplentes, atendendo as diretrizes do Conselho Federal de Medicina.

Artigo 24º – Da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários – CARP: Comissão Permanente, integrada por membros efetivos do Corpo Clínico, escolhidos pela Administração da Instituição.

Artigo 25º – Compete à Comissão de Análise e Revisão de Prontuários – CARP:

I- A avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente:

- a) Identificação do paciente em todos os impressos, anamnese, exame físico, exames complementares, e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado e outros documentos pertinentes ao atendimento;
- b) Obrigatoriedade de letra legível do profissional que atendeu o paciente, bem como de assinatura e carimbo ou nome legível do profissional e respectiva inscrição no conselho de classe;
- c) Obrigatoriedade do registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica consignando data e hora;
- d) Normatização do preenchimento das contra referências conforme orientação da Direção Clínica e Direção Técnica;
- e) Criação e aprovação de normas que regulamentem o fluxo de prontuários da instituição; e,

d) Tipo de alta.

II- Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando a qualidade dos mesmos.

III- Assessorar a Direção Técnica ou Clínica em assuntos de sua competência.

IV- Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação do Núcleo de Educação Permanente – NEP.

V- Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

Artigo 26º – A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários – CARP, deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica – CEM da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações realizadas.

Artigo 27º – A Comissão de Revisão de Óbitos – CRO, será eleita pelo Corpo Clínico, promovida pela Direção Técnica da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, ou designada por esta, se houver neste período, 02 (dois) processos eleitorais sem candidatos, composta por 03 (três) médicos, sendo que a periodicidade das reuniões ordinárias deverá ser mensal.

Artigo 28º – Os assuntos tratados pela Comissão de Revisão de Óbitos – CRO, deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Artigo 29º – A não existência de Serviço de Anatomia Patológica não exclui o trabalho da Comissão de Revisão de Óbitos – CRO.

Artigo 30º – Compete à Comissão de Revisão de Óbitos – CRO, a avaliação de todos os óbitos ocorridos na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, bem como a avaliação dos laudos de todas as necropsias, solicitando, inclusive, se necessário, os laudos do Instituto Médico Legal e do Serviço de Verificação de Óbitos – SVO.

Artigo 31º – A participação de pelo menos 02 (dois) membros da Comissão de Revisão de Óbitos – CRO, não poderá ser concomitante com a Comissão de Ética Médica – CEM, Comissão de Análise e Revisão de Prontuários – CARP e Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH.

Artigo 32º – A Comissão de Revisão de Óbitos – CRO deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica – CEM, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações, enviando seus relatórios ao Diretor Clínico e ao Diretor Técnico.

Artigo 33º – À Diretoria Técnica cabe, ainda promover a disponibilização de horários no regime de trabalho dos médicos integrantes da Comissão de Revisão de Óbitos – CRO, compatibilizando as obrigações para com as Comissões e suas outras atribuições junto à Instituição.

Artigo 34º – Da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH: órgão de cunho técnico-científico encarregado da elaboração, implantação e avaliação do Programa de Controle das Infecções Hospitalares – PCIH, que é o conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima

possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares.

Artigo 35º – É um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da Instituição, composto de membros consultores e executores designados pela Administração da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO. Os membros executores deverão ser no mínimo 02 (dois) técnicos de nível superior da área de saúde para cada 200 (duzentos) leitos ou fração deste número, com carga horária mínima de 06 (seis) horas para o enfermeiro e 04 (quatro) horas para os demais profissionais. O médico deve ser preferencialmente infectologista; o enfermeiro deve ser treinado em infecção hospitalar e ter dedicação para a CCIH. Os membros consultores deverão ser representantes dos serviços médicos (área crítica), serviço de enfermagem, serviço de farmácia, serviço de microbiologia, serviço de administração.

Artigo 36º – O presidente da Comissão, assim como todos os membros, serão nomeados pela Administração da Instituição. Os cargos de vice-presidente e secretário, poderão ser definidos pela própria Comissão.

Artigo 37º – A coordenação do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar – SCIH será ocupada preferencialmente por médico infectologista, membro executor da Comissão, designado pelo Diretoria Executiva do INCS.

Artigo 38º – O Programa de Controle das Infecções Hospitalares – PCIH será elaborado pelo SCIH e submetido à aprovação da CCIH anualmente.

Artigo 39º – A CCIH se reunirá mensalmente, segundo cronograma de reuniões regulares planejadas para todo o ano, ou extraordinariamente, sempre que necessário, convocada pelo seu presidente. O SCIH se reunirá semanalmente para o acompanhamento das ações implementadas e da Vigilância Epidemiológica regular.

CAPÍTULO VII – DAS INFRAÇÕES E PENALIDADES

Artigo 40º – Qualquer membro do Corpo Clínico será considerado infrator, sujeito às penalidades deste Regimento Interno quando:

- a) Desrespeitar o Código de Ética Médica e as determinações dos Conselhos Federal e Regional de Medicina.
- b) Desrespeitar os Regimentos da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO e estatutos, quando houver conotação ética.
- c) Desrespeitar as normas estabelecidas neste Regimento Interno.

Parágrafo 1º – Nos casos de suspeita de infração, a Comissão de Ética Médica – CEM instaurará sindicância, apurará e, no prazo de 30 (trinta) dias, prorrogáveis por até 60 (sessenta) dias, encaminhará a conclusão ao Diretor Clínico para aplicação da punição.

Parágrafo 2º – Nos casos de suspeita de infração de caráter ético, o resultado será encaminhado ao CREMESP, que julgará, e se for o caso, aplicará a punição.

Parágrafo 3º – Será garantido ao acusado o amplo direito à defesa.

Artigo 41º – Os membros do Corpo Clínico que forem considerados transgressores estarão sujeitos às seguintes penalidades:

- a) Advertência verbal.
- b) Advertência por escrito.
- c) Suspensão por 30 (trinta) dias de suas atividades na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.
- d) Exclusão do Corpo Clínico.

Parágrafo 1º – A penalidade de exclusão do Corpo Clínico deverá ser aprovada pela Assembleia Geral do Corpo Clínico, convocada especificamente para este fim e com o voto favorável de pelo menos 2/3 (dois terços) de votos dos presentes.

Parágrafo 2º – As penalidades aplicadas por transgressão às normas administrativas ou regimentais obedecerão à gradação acima, exceto nos casos de inconteste gravidade, a juízo a Comissão de Ética Médica – CEM e Diretoria Técnica.

CAPÍTULO VIII – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Artigo 42º – Os atos médicos que impliquem grande risco de vida, incapacidade física permanente ou interrupção da gravidez, deverão ser previamente submetidos à apreciação do Diretor Clínico e da Comissão de Ética Médica – CEM, com registro em ata.

Parágrafo Único – Em caso de urgência, esta junta poderá ser exercida por 03 (três) médicos presentes ao ato, sendo o fato posteriormente comunicado ao Diretor Clínico.

Artigo 43º – Os documentos constantes do prontuário são de propriedade do paciente, permanecendo sob a guarda e responsabilidade na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

Parágrafo 1º – É vedado ao médico, mesmo se assistente, apossar-se de partes ou da totalidade do prontuário hospitalar sem a autorização dos Diretores Técnico ou Clínico, podendo consultá-lo após solicitação por escrito e assinatura de termo de responsabilidade.

Parágrafo 2º – A divulgação pública de fatos referentes ao prontuário hospitalar, somente poderão ocorrer com a autorização expressa do paciente ou seu responsável legal, devendo ser feita pelo médico assistente ou pelo Diretor Clínico, neste caso, com conhecimento do mesmo.

Artigo 44º – Os casos omissos neste Regimento Interno serão resolvidos emergencialmente pelo Diretor Clínico, até que a Assembleia do Corpo Clínico os avalie e tome sua decisão.

Artigo 45º – Este Regimento Interno entrará em vigor após ser aprovado pelo Corpo Clínico da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, em Assembleia Geral, convocada para tal, referendado, aprovado e registrado pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo – CREMESP.

III- REGIMENTO INTERNO DE ENFERMAGEM

Este Regimento representa a estrutura do corpo de enfermagem da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, tendo por finalidade:

- ✓ organizar, orientar e documentar todo o desenvolvimento do Serviço de Enfermagem, visando o compromisso e o dever dos profissionais da enfermagem para com os clientes, familiares e sociedade;
- ✓ facilitar a tomada de decisões;
- ✓ proporcionar meios de delegar autoridade;
- ✓ fazer com que o serviço funcione de maneira harmônica e efetiva;
- ✓ disciplinar os procedimentos;
- ✓ ordenar as atividades; e,
- ✓ definir e estabelecer responsabilidades.

Este serviço interage na área de clínica médica, de forma integrada e com a corresponsabilidade da qualidade no atendimento ao paciente. Sua atuação é sempre feita com responsabilidade, competência, conhecimento técnico, científico e humanização, se baseando em normas técnicas e administrativas para a sua realização.

A Instituição possui um total de 14 (quatorze) leitos, sendo 04 (quatro) para observação infantil, 04 (quatro) para observação adulto feminino, 05 (cinco) para observação adulto masculino, 01 (um) isolamento, além de 02 (dois) leitos de emergência.

A natureza desta Instituição é pública, sendo administrada pelo INCS – Instituto Nacional de Ciências da Saúde.

O presente Regimento foi elaborado segundo Normas do Conselho Regional de Enfermagem (COREN), do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e do Regulamento Interno de Funcionamento da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

CAPÍTULO I – DA MISSÃO, VISÃO E VALORES DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

Missão: Prestar cuidados de enfermagem comprometidos com a qualidade e a humanização na assistência aos clientes e familiares, contribuindo com a formação da equipe de saúde.

Visão: Ser uma equipe de enfermagem, reconhecida internamente pela qualidade da assistência prestada com satisfação e integração à equipe de profissionais.

Valores: atendimento humanizado, capacitação contínua, compromisso, espírito de equipe, ética, padronização de condutas, respeito ao próximo e respeito aos direitos do cliente.

CAPÍTULO II – DAS FINALIDADES

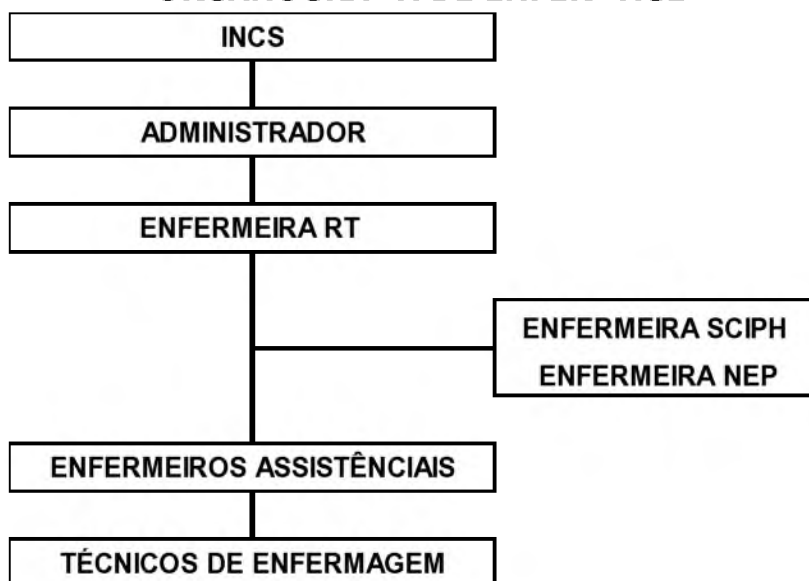
Artigo 1º – O Serviço de Enfermagem tem por finalidades:

- I- Desenvolver com segurança e qualidade as atividades de assistência ao paciente, de forma participativa e humanizada, enaltecendo as potencialidades individuais e coletivas, tanto de quem presta o cuidado, como do sujeito de suas ações.
- II- Participar do desenvolvimento da formação, do ensino, que forem executadas na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.
- III- Executar os cuidados de Enfermagem de todas as sítios funcionais da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, com atenção voltada ao paciente, considerando suas limitações e necessidades de estadia, locomoção, repouso e conforto.
- IV- Fundamentar-se numa filosofia condizente com a missão e com os objetivos da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.
- VI- Colaborar com os Programas de Ensino de Educação Continuada.
- VII- Cumprir e fazer cumprir as normas Administrativas e Técnicas.
- VIII- Trabalhar de acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN); do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e do Conselho Regional de Enfermagem (COREN).
- IX- Realizar e colaborar com os treinamentos e capacitações para os demais funcionários, em participar àqueles, do Serviço de Enfermagem.
- X- Desenvolver indicadores de qualidade e dados estatísticos.
- XI- Desenvolver programas humanizados de atendimento, tanto para o paciente quanto para o profissional de enfermagem.

CAPÍTULO III – DO ORGANOGRAMA

Artigo 2º – O Serviço de Enfermagem faz parte dos serviços técnicos, de atendimento direto ao paciente, sendo subordinado administrativamente, ao Administrador, por meio de sua RT (Responsável Técnica), atuando junto a Diretoria Técnica da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

ORGANOGRAMA DE ENFERMAGEM



Formado por:

- INCS – Instituto Nacional de Ciências da Saúde.
- Administrador – Gerente Administrativo da Unidade.
- Enfermeira RT (Responsável Técnica) – Coordenadora da Equipe.
- Enfermeira SCIH – Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.
- Enfermeira NEP – Núcleo de Educação Permanente.
- Enfermeiros Assistenciais.
- Técnicos de Enfermagem.

CAPÍTULO IV – DA CONSTITUIÇÃO

Artigo 3º – O Serviço de Enfermagem constitui-se dos seguintes profissionais:

I- Enfermeira RT – Responsável Técnica.

II- Enfermeira SCIH – Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

III- Enfermeira NEP – Núcleo de Educação Permanente.

IV- Enfermeiros Assistenciais:

- Setor de Acolhimento;
- Sala de Emergência;
- Salas de Observação Adulto e Infantil;
- Salas de Isolamento Adulto e Infantil;
- Sala de Medicação e Hipodermia;
- Sala de Inalação;
- Sala de Sutura;
- Sala de ECG (Eletrocardiograma); e,
- Sala de Coleta de Exames.

V- Unidade Crítica Emergência.

VI- CME – Central de Material Esterilizado:

- Expurgo do CME;
- Sala de Acondicionamento de Material;
- Sala de Esterilização; e,
- Arsenal de Material Esterilizado.

CAPÍTULO V – DA COMPETÊNCIA DO PESSOAL

Artigo 4º – Ao Serviço de Enfermagem das Unidades de Observação compete:

I- Admitir pacientes adultos e pediátricos.

II- Promover trabalho em equipe em ambiente de harmonia.

III- Priorizar um ambiente tranquilo e humanizado para o bem estar do paciente.

IV- Atender aos médicos, executando a prescrição com critérios éticos e científicos.

V- Colaborar com o Serviço de Controle de Infecções Hospitalares (SCIH).

VI- Colaborar com o Serviço de Educação Permanente (NEP).

VII- Cooperar com os demais Serviços da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

VIII- Preservar e controlar equipamentos, instrumentos, instalações, estoque de material, drogas e medicamentos colocados à sua disposição.

IX- Controlar e divulgar indicadores de qualidade da assistência de Enfermagem.
X- Comunicar ao COREN qualquer infração ao Código de Ética, ficando o enfermeiro responsável pelas suas omissões.

XI- Manter e controlar os estoques mínimos de materiais, drogas e medicamentos.

XII- Desenvolver programas de atendimento humanizado.

Artigo 5º – Ao Serviço de Enfermagem da CME compete:

I- Receber, preparar, esterilizar, armazenar e distribuir materiais, roupas cirúrgicas e instrumentais, utilizados na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

II- Manter em perfeito funcionamento os aparelhos de limpeza, inspeção e de materiais cirúrgicos.

III- Realizar testes de segurança de esterilização, conforme rotina estabelecida pela chefia do setor e em concordância com o SCIH.

IV- Efetuar o inventário anualmente, em período estabelecido pela chefia.

V- Divulgar indicadores de qualidade.

VI- Colaborar com o serviço do NEP.

VII- Cooperar com os demais serviços da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

VIII- Realizar reuniões para planejamento de materiais de acordo com o trabalho.

Artigo 6º – Ao serviço de Enfermagem das Unidades Críticas compete:

I- Admitir o paciente na Sala de Emergência.

II- Manter a Unidade Crítica e o pessoal, preparados para atendimento de rotina e qualquer atendimento de emergência.

III- Atender a equipe médica e multidisciplinar no desempenho de suas atividades.

IV- Manter materiais e equipamentos em condições de uso imediato, bem como, medicamentos e drogas necessários ao uso nas emergências.

V- Divulgar indicadores de qualidade.

VI- Colaborar com o serviço de Educação Permanente (NEP).

VII- Cooperar com os demais serviços da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

VIII- Desenvolver programas de serviço humanizado.

CAPÍTULO VI – DO PESSOAL E SUAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 7º – À(o) Enfermeira(o) RT (Responsável Técnica) atribui-se:

I- Responder tecnicamente pelo Serviço de Enfermagem da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO junto aos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem, bem como representá-la junto às autoridades e perante o juízo, conforme legislação vigente.

II- Fazer cumprir o Código de Ética dos profissionais de enfermagem.

III- Organizar e dirigir o Serviço de Enfermagem, incentivando o trabalho em equipe.

IV- Trabalhar em conjunto com os responsáveis pelos sítios funcionais de enfermagem, nas condutas referentes ao dimensionamento de pessoal.

VI- Executar o dimensionamento do Quadro de Enfermagem, atualizando-o anualmente no planejamento estratégico.

- VII- Supervisionar a descrição e a atualização regular de normas, rotinas e procedimentos técnicos.
 - VIII- Analisar e avaliar os cuidados de enfermagem prestados aos pacientes.
 - IX- Desenvolver o planejamento estratégico anual, mensurando o seu cumprimento.
 - X- Passar visita diariamente em todas os sítios funcionais da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.
 - XI- Desenvolver o programa de reuniões e canal aberto com a equipe de enfermagem.
 - XII- Interagir com os demais serviços de apoio da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO para facilitar e agilizar o atendimento ao paciente.
 - XIII- Prever materiais, medicamentos e equipamentos necessários ao funcionamento das diversas sítios funcionais, junto às chefias dos serviços.
 - XIV- Incentivar a elaboração e a divulgação dos indicadores de qualidade em todas os sítios funcionais e acompanhar os resultados.
 - XV- Desenvolver programas de auditoria dos processos de enfermagem.
 - XVI- Fazer cumprir a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE.
 - XVII- Assegurar o pleno e autônomo funcionamento da Comissão de Ética em Enfermagem.
 - XVIII- Supervisionar as equipes de enfermagem, a fim de colaborar em suas decisões.
 - XIX- Realizar avaliação de desempenho anualmente da sua equipe de enfermagem.
 - XX- Providenciar coberturas para os casos de ausências de funcionários, sempre que possível e necessário, favorecendo uma assistência de qualidade e segura.
- Artigo 8º – À(o) Enfermeira(o) Assistencial atribui-se:**
- I- Atender às solicitações da Gerência de Enfermagem, o(a) Enfermeiro(a) RT.
 - II- Recepcionar, orientar, ensinar e implementar conhecimentos técnico-científicos sobre as padronizações institucional aos novos profissionais da enfermagem admitidos.
 - III- Apresentar a área física da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO aos novos funcionários admitidos, priorizando as Unidades de Observação e de apoio, assim como a área da Gerência de Enfermagem e demais dependências assistenciais.
 - IV- Visitar diariamente os pacientes executando a SAE.
 - V- Realizar a capacitação prática dos profissionais recém admitidos, e, se necessário, designar um profissional com habilidade para acompanhar o mesmo até sua capacitação.
 - VI- Supervisionar a realização dos procedimentos técnicos.
 - VII- Prestar assistência ao paciente respeitando os princípios técnicos, éticos e científicos.
 - VIII - Elaborar rotinas e técnicas e revisá-las periodicamente, em intervalos máxi-

mos de dois anos;

IX- Identificar as necessidades de Educação Permanente da sua equipe.

X- Participar como facilitador dos programas de Educação em serviço quando convidado.

XI- Acompanhar as visitas médicas sempre que possível e/ou solicitada.

XII- Requisitar e controlar materiais e medicamentos.

XIII- Controlar a assiduidade, a pontualidade e a disciplina dos funcionários sob sua responsabilidade.

XIV- Promover reuniões mensais com a equipe de enfermagem, para repassar informações, discutir e resolver problemas, alinhar condutas, sanar dúvidas e tomar providências necessárias.

XV- Assistir à passagem de plantão.

XVI- Colaborar na elaboração e revisão de protocolos assistenciais, normas/rotinas e POPs de enfermagem.

XVII- Confeccionar a escala de folga mensal da equipe de enfermagem de forma participativa, e encaminhar à(o) RT da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

XVIII- Realizar avaliação de desempenho anualmente da equipe de técnicos de enfermagem de seus respectivos setores.

XIX- Avaliar e viabilizar o remanejamento na equipe de enfermagem de acordo com as necessidades de outros setores sem prejuízo ao atendimento local.

XX- Supervisionar a desinfecção concorrente (em cada turno) das bancadas, equipamentos e leitos da Unidade, realizada pela equipe de enfermagem.

XXI- Conferir diariamente a funcionalidade do laringoscópio, cardioversor e integridade do lacre do carrinho de urgência, realizando as trocas e reposições necessárias e registrar em impresso específico.

XXII- Realizar mensalmente a conferência e desinfecção do carrinho de urgência, efetuar as reposições e trocas necessárias e registrar em impresso específico.

XXIII- Controlar a assiduidade, a pontualidade e a disciplina de sua equipe e tomar medidas cabíveis, quando necessário.

XXIV- Realizar anotações de intercorrências em caderno, impresso específico ou sistema, sobre ausências, intercorrências, pendências, falta de material, problemas com equipamentos, remanejamento de pessoal e outros.

XXV- Viabilizar 60 minutos de intervalo para refeição/descanso nos plantões noturnos (12x36) para a equipe de enfermagem, através de revezamento que garanta a assistência segura do cliente.

XXVI- Sensibilizar/Orientar o uso racional dos insumos hospitalares.

XXVII- Identificar a necessidade de treinamento, para manuseio de equipamentos, fazendo acompanhamento dos materiais adquiridos, notificando irregularidades.

XXVIII- Realizar procedimentos de alta complexidade e privativos do enfermeiro, estabelecidos em protocolos e pelo Conselho de Classe, tais como:

a) cateterismo enteral e vesical;

- b) grandes curativos de feridas abertas infectadas e queimaduras;
- c) instalação de nutrição parenteral conforme prescrição médica;
- d) punção intravascular com cateteres especiais (PICC, intraóssea, umbilical, cateter totalmente implantado);
- e) coleta de amostra de sangue arterial;
- f) coleta de amostra de sangue por meio de cateteres centrais;
- g) punção venosa periférica de jugular externa; e,
- h) outros (específicos so sítio funcional);

XXIX- Orientar e preencher a Ficha de Análise de Acidentes, conduzindo o colaborador ao Setor de Acolhimento, em casos de acidente de trabalho, conforme POP específico da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

XXX- Acompanhar a fiscalização e auditorias dos órgãos competentes da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, em conjunto com o RT.

XXXI- Comunicar ao RT a ocorrência de evento adverso.

XXXII- Realizar a investigação de causas raiz e planejar melhorias, em caso de ocorrência de eventos adversos no setor, juntamente com o RT.

XXXIII- Observar a NR-32, a fim de minimizar os riscos à saúde da equipe de enfermagem.

XXXIV- Manter-se atualizado no campo das mudanças legais referentes ao COREN e COFEN, Ministério da Saúde, ANVISA e outros.

XXXV- Autorizar a permanência de acompanhantes conforme normas procedimentais dos sítios funcionais da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

XXXVI- Acompanhar periodicamente a equipe sob sua responsabilidade e identificar fragilidades individuais que possam comprometer a continuidade do serviço e saúde ocupacional, solicitando acompanhamento dos serviços pertinentes, juntamente com o RT.

XXXVII- Atender ao público e às visitas aos pacientes.

XXXVIII- Efetivar o processo de enfermagem.

Artigo 9º – Ao Técnico de Enfermagem atribui-se:

I- Assistir à passagem de plantão.

II- Conhecer e cumprir os protocolos assistenciais, normas, rotinas e procedimentos operacionais padrão de enfermagem.

III- Executar os cuidados de enfermagem que foram planejados.

IV- Executar procedimentos de enfermagem de sua competência.

V- Participar de reuniões mensais com o Enfermeiro Assistencial, para repasse de informações, resolução de problemas, padronização de condutas, esclarecimento de dúvidas e tomada de providências necessárias.

VI- Realizar cuidados de higiene e alimentação dos pacientes.

VII- Colaborar com a(o) Enfermeira(o) Assistencial no cumprimento da escala de serviço e prescrição de enfermagem.

VIII- Comunicar a(o) Enfermeira(o) Assistencial anormalidades com o paciente.

- IX- Anotar no prontuário do paciente dos cuidados prestados e as observações.
- X- Anotar no prontuário, diariamente, os materiais e medicamentos gastos na execução de técnicas.
- XI- Colaborar na capacitação prática dos profissionais recém-admitidos, até sua adaptação, sempre que solicitado pelo Enfermeiro Assistencial ou RT.
- XII- Participar da negociação prévia da avaliação de desempenho e da avaliação por competência, realizada pelo Enfermeiro Assistencial.
- XIII- Atender às solicitações do RT e do Enfermeiro Assistencial.
- XIV- Participar dos eventos de Educação Permanente realizados pelo Enfermeira(o) do NEP, com registro de presença em ata.
- XV- Comunicar com antecedência ao Enfermeiro Assistencial e/ou RT, as impossibilidades de comparecimento ao trabalho.
- XVI- Cumprir intervalo de 15 minutos para lanche, conforme legislação pertinente.
- XVII- Cumprir intervalo de 60 minutos para refeição/descanso, conforme legislação pertinente, para funcionários que realizam jornada de 12x36.
- XVIII- Realizar cobertura dos sítios funcionais, a fim de acordo com solicitação do Enfermeiro Assistencial e/ou RT.
- XIX- Cumprir escala de serviço com relação à limpeza/organização da sala de utilidades/expurgo.
- XX- Realizar limpeza, conferência de validade e organização dos materiais dos armários de cada sítio funcional.
- XXI- Receber os pacientes admitidos e orientá-los.
- XXII- Realizar desinfecção concorrente das bancadas, equipamentos e leitos sob sua responsabilidade, conforme protocolos institucionais.
- XXIII- Preparar os pacientes para os exames complementares de diagnósticos.
- XXIV- Encaminhar materiais/equipamentos contaminados à CME e central de equipamentos, conforme rotina institucional.
- XXV- Atender o público e as visitas dos pacientes.
- XXVI- Zelar pelo bom uso dos equipamentos hospitalares, seguir as recomendações do fabricante no uso/manuseio, e comunicar ao Enfermeiro Assistencial, as irregularidades e defeitos apresentados.
- XXVII- Colaborar com o Enfermeiro Assistencial e com o RT no serviço de padronização de materiais e equipamentos com a testagem de amostras para realização de pareceres técnicos sobre a qualidade de materiais quando solicitado;
- XXVIII- Fazer uso consciente e racional dos insumos hospitalares, evitar desperdício de medicamentos, materiais e insumos hospitalares.
- XXIX- Comunicar ao Enfermeiro Assistencial as dificuldades no manuseio dos equipamentos dos sítios funcionais.
- XXX- Comunicar ao Enfermeiro Assistencial e/ou RT, a ocorrência de eventos adversos que aconteça em seu sítio funcional.
- XXXI- Colaborar com as medidas de prevenção de controle sistemático de danos,

que possam ser causados aos clientes, durante a assistência de enfermagem.

XXXII- Comunicar ao Enfermeiro Assistencial e/ou RT, sempre que perceber, a necessidade de reparos/manutenção da rede elétrica, hidráulica, pintura, mobiliário, equipamentos assistenciais e outros.

XXXIII- Comunicar ao enfermeiro e/ou RT, a ocorrência de acidente de trabalho, para o preenchimento da Ficha de Análise de Acidentes, e seguimento do POP específico do sítio funcional.

XXXIV- Receber e passar o plantão beira leito, de sua responsabilidade, dentro do horário estabelecido pela Instituição.

XXXV- Estimular o cliente para o autocuidado (higiene, vestimenta e alimentação), auxiliando-o nos cuidados necessários.

XXXVI- Conferir instalar e monitorar a infusão de dieta enteral, conforme prescrição médica, bem como observar, reconhecer e registrar sinais e sintomas ao nível de sua formação.

XXXVII- Desenvolver cuidados para prevenção de úlceras de decúbito (aplicar massagem de conforto, mudar decúbito de 2/2 horas, proteger proeminências ósseas e outros cuidados prescritos pelo Enfermeiro Assistencial).

XXXVIII- Cumprir o Roteiro para Análise dos Cuidados de Enfermagem:

a) identificar os acessos venosos com: data, hora e primeiro nome legível do profissional;

b) identificar os equipos de infusões (enteral e/ou parenteral) contínuas e/ou intermitentes com: data, hora e primeiro nome legível do profissional;

c) identificar as soluções infundidas com: nome completo do paciente, leito e componentes da solução, volume, hora de início, vazão (nº de gotas ou mL/h), data e primeiro nome legível do profissional;

d) checar procedimentos de enfermagem na prescrição médica: tudo deve ser checado e colocado o primeiro nome legível do profissional (caneta azul no turno diurno e caneta preta no turno noturno). Os horários dos procedimentos de enfermagem que não forem realizados, devem ser circulados com caneta e a justificativa deve ser registrada na Ficha de Evolução de Enfermagem;

e) a identificação de leito deve estar visível e com letra legível, contendo: número da enfermaria, número do leito, nome completo do paciente e definição da especialidade (clínica); e,

f) a verificação de sinais vitais: devem ser registrados em espaço próprio na Folha de Sinais Vitais, na Ficha de Evolução da SAE.

XXXIX- Realizar o relatório de enfermagem de forma clara, concisa, com letra legível, utilizando o carimbo do Conselho.

XL- Estimular o paciente para o autocuidado (higiene, vestimenta e alimentação), realizando para ele os procedimentos que ele não tem capacidade, competência ou recusa a fazê-lo.

XLI- Ofertar alimentos via oral e enteral.

XLII- Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas ao nível de sua qualificação.

XLII- Prestar cuidados de higiene e conforto ao cliente e zelar por sua segurança.

XLIV- Implementar, relatar e checar as prescrições de enfermagem e médica, rigorosamente.

XLV- Identificar frascos abertos com: data, hora e nome do responsável pela abertura.

XLVI- Zelar pela limpeza, organização e conservação de equipamentos e outros materiais de bens da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

XLVII- Executar os POPs, sob a sua competência, conforme vigente em órgão de classe competente e descritos no livro institucional "Procedimentos Operacionais Padrão em Enfermagem", tais como:

- a) administração de medicamentos por via oral, enteral e parenteral;
- b) realização de curativos de feridas operatórias, fixadores externos, drenos, cateteres intravasculares centrais e periféricos, traqueostomia e feridas crônicas superficiais e sem complicações;
- c) coleta de amostra de material biológico para exames laboratoriais;
- d) instalação de dispositivos de oxigenoterapia de baixo e de médio fluxo;
- e) realização de limpeza e desinfecção concorrente e terminal de unidade e do posto de enfermagem;
- f) puncionamento de acesso venoso periférico;
- f) promoção da arrumação de cama; e,
- g) cuidados com o corpo após a morte.

XLVIII- Executar os trabalhos de rotina vinculados à admissão, transferência e alta de clientes.

XLIX- Auxiliar o Enfermeiro Assistencial e o Médico, no preparo e execução de procedimentos privativos.

L- Atender aos chamados dos clientes e dos acompanhantes.

LI- Anotar no prontuário do cliente os cuidados de enfermagem prestados, as orientações feitas e a presença de intercorrências, com precisão, objetividade e clareza.

LII- Prestar informações e esclarecimentos sob sua competência aos familiares de clientes durante as visitas.

LIII- Manter vigilância permanente aos clientes, identificando suas necessidades objetivas e subjetivas.

LIV- Desempenhar atividades que lhes forem delegadas, desde que sejam compatíveis com a sua função e competência.

CAPÍTULO VII – DO HORÁRIO DE TRABALHO

Artigo 10º – O Serviço de Enfermagem manterá plantão durante 24 (vinte e quatro) horas diárias, através de escalas de revezamento, de acordo com a legislação

trabalhista vigente no país.

Artigo 11º – Os membros da equipe de enfermagem com vínculos, que trabalham 12X36 h, têm o direito a um intervalo de 1 (uma) hora para refeição, registrada no ponto eletrônico, obrigatoriamente.

Artigo 12º – Todo colaborador do Serviço de Enfermagem deverá se apresentar ao trabalho devidamente uniformizado e no horário determinado na escala.

Artigo 13º – Os colaboradores trabalharão de acordo com escala elaborada mensalmente pela Enfermeira Responsável Técnica, seguindo a escala diária de trabalho específico.

Artigo 14º – Todo colaborador deverá prorrogar o seu plantão, em casos de emergência, se for determinado pela Enfermeira Assistencial do sítio funcional e/ou RT da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

CAPÍTULO VIII – DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 15º – O pessoal de enfermagem não poderá receber de clientes e familiares, pagamentos referentes aos serviços prestados durante sua jornada normal de trabalho.

Artigo 16º – O Regimento do Serviço de Enfermagem deverá ser cumprido por todos os colaboradores do Serviço e Enfermagem.

Artigo 17º – Esse Regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes, por implantação ou desativação de sítios funcionais ou serviços que desenvolvam atividades de enfermagem, ou ainda, por iniciativa da RT (Responsável Técnica).

Artigo 18º – Os casos não previstos neste Regimento serão resolvidos pela RT (Responsável Técnica) do serviço de Enfermagem, em conjunto com o Administrador da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

Artigo 19º – O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação, no quadro de avisos da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, após ser aprovado pela Diretoria Técnica do INCS e Administração da Unidade.

IV- SERVIÇO SOCIAL

O Serviço Social atende, faz intermediação e orienta os pacientes e familiares nas problemáticas sociais apresentadas.

Também tem por objetivo facilitar aos pacientes seu acesso aos recursos disponíveis da sociedade e necessários para o cuidado e a recuperação de sua saúde.

Por exemplo, os pacientes oncológicos têm direito à gratuidade no transporte público e ao saque do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço.

Além disso, os profissionais da área intermediam conflitos familiares, propondo soluções que alcancem as expectativas dos usuários, alinhadas às diretrizes jurídicas e legais.

✓ **Atribuições do Serviço Social na Área de Saúde**

- Discutir com os usuários e/ou responsáveis situações e problemas.
- Acompanhamento social do tratamento da saúde.
- Estimular o usuário a participar do seu tratamento de saúde.
- Discutir com os demais membros da equipe de saúde sobre a problemática do paciente, interpretando a situação social do mesmo.
- Informar e discutir com os usuários acerca dos direitos sociais, mobilizando-o ao exercício da cidadania.
- Elaborar relatórios sociais e pareceres sobre matérias específicas do Serviço Social.
- Participar de reuniões técnicas da equipe interdisciplinar.
- Discutir com os familiares sobre a necessidade de apoio na recuperação e prevenção da saúde do paciente.

✓ **Assistente Social**

O Assistente Social, como profissional de saúde, tem como competências, intervir junto aos fenômenos socioculturais e econômicos, que reduzem a eficácia dos programas de prestação de serviços no setor, que seja ao nível de promoção, proteção e ou recuperação da saúde.

A prática profissional dos assistentes sociais vem se desenvolvendo e a cada dia tem se tornando uma prática necessária para a promoção e atenção à saúde.

Sua intervenção tem se ampliando e se consolidado diante da concepção de que o processo saúde-doença é determinado socialmente e reforçado pelo conceito de saúde.

A atenção à saúde não está centrada apenas sob o enfoque médico, mas nas diferentes intervenções cujas práticas enfocam a prevenção.

É no confronto entre o direito do usuário e as normas institucionais que o profissional intervém para assegurar o cumprimento deste direito que é expressão mínima de outros grandes embates que o profissional enfrenta no setor de saúde.

✓ **Papel do Assistente Social no Acolhimento ao Paciente**

A atuação colaborativa do Assistente Social com os demais profissionais da saúde é uma busca permanente.

A prática cotidiana desse profissional tem reforçado a necessidade de conhecimentos multidisciplinares e interdisciplinares para alcançar uma visão ampla do paciente, considerando suas circunstâncias sociais, econômicas e culturais, visando contribuir para uma assistência humanizada e qualificada.

Nesse contexto, a intervenção do Assistente Social tem ampliado a sua perspectiva ao entender que o processo saúde-doença também é determinado socialmente.

Por isso, o profissional considera os aspectos emocional e social do paciente como fatores determinantes para a evolução do tratamento.

À medida que o paciente se mostra fragilizado devido à enfermidade, algumas vezes agravada por problemas sociais e familiares, ele necessita ser acolhido e ouvido, tendo espaço para expressar suas angústias, esclarecer dúvidas e ser percebido em sua amplitude.

Nos ambientes em que atua, o assistente social intervém planejando, organizando e promovendo o atendimento de forma integral e humanizada, identificando os aspectos sociais, econômicos e culturais relacionados ao processo do adoecer.

O profissional também encaminha e intermedia solicitações provenientes da hospitalização, oferecendo ao paciente novas perspectivas diante do tratamento, orientando e esclarecendo os familiares sobre a importância de participarem do processo de hospitalização, resgatando e reconstruindo vínculos, que muitas vezes se encontram fragilizados.

Normalmente, a atuação do Assistente Social na instituição hospitalar, depende da iniciativa de um profissional que esteja diretamente ligado ao atendimento ao paciente.

Cabe destacar que em algumas ocasiões são os próprios pacientes ou seus familiares os que buscam o serviço do Assistente Social.

Depois de receber a notificação, o profissional se reúne com o médico ou o enfermeiro correspondente e se solicita informação sobre quem é o paciente, qual é seu diagnóstico e seu prognóstico e quanto tempo deverá permanecer internado no hospital.

Esses dados resultam imprescindíveis e marcarão o tempo que o assistente social possui para trabalhar com um paciente determinado, já que seu labor finaliza quando recebe a alta médica.

Como se pode observar, o trabalho social em saúde está muito vinculado à alta médica, já que esta marca o prazo em que se deve esgotar todos os trâmites e recursos possíveis.

Nos hospitais, com frequência surgem "circunstâncias sociais adversas" que, em opinião de médicos e enfermeiras, justificam a intervenção do assistente social.

Em cada caso, realizam-se uma valoração e um diagnóstico sociais baseados na análise das carências e as necessidades existentes, para depois passar à definição das ações que devem ser realizadas.

Normalmente, depois deste processo se sabe que precisa um paciente determinado, que precisa sua família e daí se pode fazer a respeito.

As circunstâncias que podem ser encontradas nos hospitais são muito variadas. Às vezes surgem situações novas como consequência de uma doença determinada.

Nesses casos, a proposta é saber que fazer face ao futuro, como enfrentar a essa nova situação, com que meios e com que mediadores.

Na maior parte das vezes, é preciso modificar o modelo de funcionamento

anterior para adaptar-se às novas circunstâncias.

Em outras ocasiões, no entanto, as circunstâncias não são novas: até então resultaram úteis e se adaptaram à vida do paciente, mas a falta de saúde acentua as carências preexistentes e se exige uma reorganização das mesmas.

O trabalho dos assistentes sociais resulta imprescindível para levar adiante essa reorganização.

Depois de realizar uma valoração e um diagnóstico social, remete-se o paciente a outros serviços e recursos.

Portanto, o serviço social em saúde tem muito a ver com a organização de tais recursos e resulta muito importante à hora de coordenar-se com o restante dos assistentes sociais.

Assim mesmo, este profissional deve ser um referente para pacientes e familiares durante os atendimentos hospitalares, já que a doença pode modificar a perspectiva e a capacidade de enfrentar as dificuldades por parte do doente e seus familiares.

Por essa razão, a tarefa consiste em contribuir um enfoque ativador e objetivo tanto aos profissionais sanitários como aos pacientes e a suas famílias, sem esquecer o papel do assistente social como vínculo entre o âmbito sanitário e o social.

Como indicado anteriormente, deve-se lembrar sempre que a situação das pessoas que enfrentam problemas de saúde não é habitual para elas nem para seus familiares.

A notícia de que se sofre de uma doença costuma afetar a maioria das vezes aos indivíduos, que se encontram desprevenidos contra tal situação e costuma ter consequências em seu meio, em sua família, no trabalho, etc.

Na prática em saúde, infere-se que em muitos casos os doentes perdem de alguma maneira sua função na sociedade porque tanto a sociedade como o sistema sanitário os situam em outro nível e lhes adjudicam outro status: o de enfermos.

Parece, portanto, que ser pessoa e ser enfermo não são coisas que se encontrem ao mesmo nível.

Se o indivíduo é o eixo e o objetivo principal dos sistemas de bem-estar, quem trabalha neste âmbito deve aliar esforços para avançar tanto no setor sanitário como no social.

Deve-se unir esforços para satisfazer as necessidades do indivíduo em seu conjunto e, ao mesmo tempo, fomentar a gestão eficaz que a sociedade está demandando.

Para isso, é necessário elaborar políticas baseadas no consenso e gerar espaços comuns entre as diferentes instituições, sistemas e âmbitos.

Tudo isso resulta imprescindível para dar uma resposta adequada aos desafios enfrentados atualmente e para oferecer o melhor sistema possível a quem hoje necessita.

✓ **Funções do Assistente Social**

O Assistente Social na área de Saúde exerce as seguintes funções:

- Administração do Serviço Social: coordenar, chefiar e supervisionar as atividades do Serviço Social.
- Assessoramento: o Assistente Social pode prestar assessoria técnica na elaboração de planos, programas e projetos junto à direção, às chefias, equipes multiprofissionais, instituições e população usuária. O assessoramento é pouco utilizado pelo Serviço Social.
- Intervenção Social: é uma função ampla, articula-se com as demais funções. É a ação propriamente dita, específica do Serviço Social. Vai garantir a ação do mesmo dentro dos objetivos propostos pelos profissionais, permitindo o atendimento da população usuária, quer a nível individual, grupos ou comunitária, em consonância com as suas atribuições específicas.
- Pesquisa Social: busca promover o levantamento de dados relacionados com os aspectos sociais, verificar a eficácia da ação profissional, identificar e conhecer a realidade social. Essa função é pouco utilizada. Através desta função o Assistente Social pode propor novas medidas de intervenção.
- Ensino Supervisão: o profissional precisa estar sempre se atualizando, capacitando-se, não podendo ficar estagnado na instituição. O Assistente Social precisa proporcionar aos estudantes de Serviço Social condições de aprendizagem de acordo com as possibilidades da unidade, tendo em vista as exigências curriculares e as disposições institucionais, participar de treinamentos com profissionais de outras áreas.
- Ação Comunitária: propiciar a participação em vários níveis da comunidade a serem trabalhadas de modo a fornecer o desencadeamento do processo de desenvolvimento da comunidade.
- Assistencial: prestação de serviços concretos visando a solução de problemas imediatos, apresentados pela população usuária dentro dos recursos e créditos institucionais e/ou através de encaminhamentos a recursos da própria instituição. Não dá a ideia de tratamento.
- Educação Social: Função importante, porém esquecida. Busca o engajamento do usuário no seu processo saúde-doença, com o objetivo de reforçar ou substituir hábitos. Pode ser a nível individual ou grupal.

V- REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO SOCIAL

CAPÍTULO I – DAS FINALIDADES

Artigo 1º – O Departamento de Serviço Social tem como finalidades:

I- Intervir no processo saúde/doença desenvolvendo as atribuições de competência do Assistente Social contribuindo na melhoria da qualidade de vida e no nível de saúde do paciente.

II- Atuar nas demandas sociais, através do referencial teórico metodológico do Serviço Social, visando contribuir na melhoria da saúde dos usuários.

III- Contribuir através de ações socioeducativas na ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial, com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos dos usuários.

IV- Posicionar-se em favor da equidade e justiça social junto aos pacientes e familiares, diante das demandas sociais, buscando assegurar a universalidade do acesso aos bens e serviços relativos aos Programas de Saúde e Políticas Sociais, bem como sua gestão democrática.

CAPÍTULO II – DA SUBORDINAÇÃO

Artigo 2º – O Serviço Social é subordinado à Administração da Instituição.

CAPÍTULO III – DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Artigo 3º – O Departamento de Serviço Social está organizado em:

- a) Chefia do Departamento Serviço Social.
- b) Seção Trabalho Social.
- c) Seção Programas Sociais.

Artigo 4º – A Chefia do Departamento do Serviço Social será exercida por um Bacharel em Serviço Social.

Artigo 5º – As atividades técnicas e funções privativas e de competência do Assistente Social serão exercidas obrigatoriamente por Bacharel em Serviço Social.

Artigo 6º – As atividades administrativas serão exercidas por auxiliares administrativos.

CAPÍTULO IV – DAS COMPETÊNCIAS

Artigo 7º – São competências da Chefe do Serviço Social:

I- Supervisionar as atividades técnicas e administrativas do Departamento de Serviço Social.

II- Assessorar a Administração na definição das diretrizes da política de saúde no âmbito da sua competência.

III- Estabelecer normas e diretrizes para o Departamento de Serviço Social.

IV- Encaminhar pedidos à Administração

V- Promover a capacitação técnica e administrativa do pessoal que auxiliará o Departamento de Serviço Social.

VI- Assumir a Responsabilidade Técnica do Departamento de Serviço Social.

VII- Participar de encontros, cursos e congressos relacionados à especialização e atualização profissional.

VIII- Participar de reuniões com outros setores da DMS para discussão de questões técnicas de interesse do sistema de saúde do Município.

IX- Planejar, organizar, coordenar e avaliar o trabalho social.

X- Realizar Visita Social Domiciliar (quando for o caso) e Visita Social Institucional.

- XI- Realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais e pareceres sociais.
- XII- Assumir a responsabilidade dos procedimentos técnicos realizados.
- XIII- Contribuir no processo de seleção dos recursos humanos.
- XIV- Manter articulação com os demais Serviços de Saúde do Município, visando melhor atendimento aos usuários.
- XV- Apresentar a produtividade mensal através de relatório quantitativo das atividades desenvolvidas.
- XVI- Elaborar a escala de serviço do pessoal empregado no Departamento de Serviço Social.
- XVII- Elaborar e Supervisionar programas e projetos na área de competência do Departamento de Serviço Social.
- XVIII- Propor ações de melhoria das condições de trabalho e de prestação de serviço.
- XIX- Organizar as reuniões propostas, sugerindo ideias e pautas de assuntos a serem abordados, com a finalidade de aprimorar as atividades do Departamento de Serviço Social.
- XX- Cumprir e fazer cumprir as determinações da Administração.

Artigo 8º – No Departamento de Serviço Social, são atribuições dos demais colaboradores:

- I- Realizar o trabalho de competência administrativa.
- II- Prestar orientação aos usuários do serviço de saúde.
- III- Realizar atendimento, acompanhamento, encaminhamento e triagem.
- IV- Apresentar a produtividade mensal através de relatório quantitativo dos procedimentos técnicos realizados à Assistente Social.

Artigo 9º – Na Seção Programas Sociais, são atribuições da Assistente Social:

- I- Elaborar, coordenar e executar programas e projetos na área de competência do Assistente Social.
- II- Coordenar o Trabalho Social de Grupo dos Programas.
- III- Assumir a responsabilidade dos procedimentos técnicos realizados.
- IV- Apresentar produtividade mensal, através de relatório quantitativo dos procedimentos técnicos realizados do Serviço Social.

CAPÍTULO V – DO PESSOAL E SEUS REQUISITOS

Artigo 10º – Os requisitos mínimos para o exercício das funções no Serviço Social são:

- I- Bacharel em Serviço Social.
- II- Registro no Conselho Regional de Serviço Social (CRESS).

CAPÍTULO VI – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 11º – A Ficha Social é propriedade exclusiva do Departamento de Serviço Social, podendo ter sua cópia fornecida somente aos pacientes e/ou familiares, ou

representantes legalmente constituídos para este fim, via procuração autenticada em cartório e autorização da chefe do Departamento Serviço Social.

Artigo 12º – A todos os integrantes do Departamento de Serviço Social, compete observar as leis, regulamentos e instruções vigentes.

Parágrafo Único – A Assistente Social do Departamento de Serviço Social deverá observar a legislação pertinente a profissão, o Código de Ética e as Resoluções do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), em seus direitos e deveres.

CAPÍTULO VII – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 13º – O presente Regimento Interno será de conhecimento de todos os profissionais da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO e permanecerá disponível, de forma impressa, em local acessível a todos os colaboradores.

Artigo 14º – Este Regimento passa a vigorar a partir da homologação do mesmo pela Administração e terá validade por um período de 24 (vinte e quatro) meses.

2.1.1.8. Implantação de Outras Iniciativas e Programas de Qualidade

Apresentaremos um planejamento específico com definição de alcance, metodologia, para a implantação de outras iniciativas, bem como a sugestão de Programas de Qualidade que acreditamos ser importantes, tanto para a acurácia diagnóstica por parte do corpo clínico, quanto para a melhora constante da qualidade das ações administrativas e excelência das atividades assistenciais, que serão desenvolvidas na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, cujo o Cronograma de Implantação, será apresentado no item **7. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES**, do Critério **C5. APRESENTAÇÃO DOS MEIOS SUGERIDOS E CRONOGRAMAS PARA EXECUÇÃO AS ATIVIDADES**. O orçamento previsto estará esmiuçado no **PLANO ORÇAMENTÁRIO DE CUSTEIO** contido no Envelope 3.

2.1.1.8.1. Ações Administrativas e Atividades Assistenciais

As ações administrativas e atividades assistenciais que nos propomos a desempenhar, correspondem ao planejamento estratégico, ao gerenciamento, à operacionalização e à execução das ações e serviços de saúde junto à UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, em sua gestão plena, garantida a assistência universal e gratuita à população. Cada ação aqui elencada, demonstrará os procedimentos que serão adotados para executá-la, buscando a maximização da eficiência assistencial, detalhando as diretrizes técnicas e operacionais das diferentes atividades propostas, norteadoras da nossa gestão. Tais diretrizes estão fundamentadas em normas técnicas e nas boas práticas de gestão em saúde, para atingir o objetivo de maximização e otimização do uso das instalações, da equipe multidisciplinar, bem como dos recursos financeiros disponíveis.

Dessa maneira, além de executar todas as obrigações contratuais exigidas no Edital e seus Anexos, ainda disponibilizaremos com os mesmos recursos ofere-

cidos, outras iniciativas, tais como:

- Instalação e customização de Dashboard, que no contexto de TI, é um painel digital visual que apresenta, de maneira centralizada, um conjunto informações: indicadores e suas métricas. Esta ferramenta será pormenorizada adiante, quando tratarmos o assunto no item Descrição do Sistema de Informações.
- Instalação de um Sistema PACS que permite disponibilizar para toda a rede municipal de saúde, as imagens e laudos de exames que realizaremos na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO. Esta ferramenta será pormenorizada adiante, quando tratarmos o assunto no item Descrição do Sistema de Informações.
- Instalação de um Storage, que é um hardware que contém slots para vários discos, ligado aos servidores através de ISCSI ou fibra ótica. Ele é uma peça altamente redundante e cumpre com louvor a sua missão, que é armazenar grande quantidade de informações, no caso as imagens dos laudos. Esta ferramenta será pormenorizada adiante, quando tratarmos o assunto no item **7. DESCRIÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES**, do Critério **C2. CONHECIMENTO DO OBJETO CONTRATAÇÃO**.
- Implantação do Sistema de Governança Corporativa que será um sistema personalizado e seguro, com acesso online e off-line à informação, que gerencia Planos de Ação, realiza aprovações, organiza reuniões, etc., com armazenamento ilimitado na nuvem. Através desse Sistema dirigiremos, monitoraremos e incentivaremos os relacionamentos envolvendo todas as áreas do INCS, ou seja; seu Núcleo Constitutivo que é o Conselho de Administração e o Conselho Fiscal; seu Núcleo Executivo que é a Diretoria de Operações, que engloba as Diretoria Administrativa, a Diretoria Financeira, a Diretoria Técnica, a Diretoria de Controladoria e a Secretaria Executiva; bem como, seu Núcleo Operativo, que envolve as Diretorias, Gerências e Coordenações locais (de cada Contrato de Gestão executado), frente aos órgãos de controle e demais partes interessadas na fiscalização da execução do Contrato de Gestão.
- Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente – NSP, para estabelecimento das normas de segurança de atendimento e procedimentos, estabelecendo rotinas para avaliação de risco e segurança dos pacientes e demais usuários da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, intervindo nos riscos advindos dos serviços assistenciais nela prestados, por meio de práticas de vigilância, controle, regulação e monitoramento sobre esses serviços de saúde, através do uso das tecnologias disponíveis para esse cuidado.
- Implantação de Brigada de Incêndio.
- Implantação Programas de Atenção ao Usuário.

2.1.1.8.2. Instalação e Customização do Dashboard

Instalaremos e customizaremos na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO o Dashboard, que é um painel digital, que mostrará as métricas e os indicadores importantes, para monitorarmos o alcance dos objetivos e das metas traçadas, de forma visual e lúdica, com muita facilidade de compreensão das informações geradas e apresentadas.

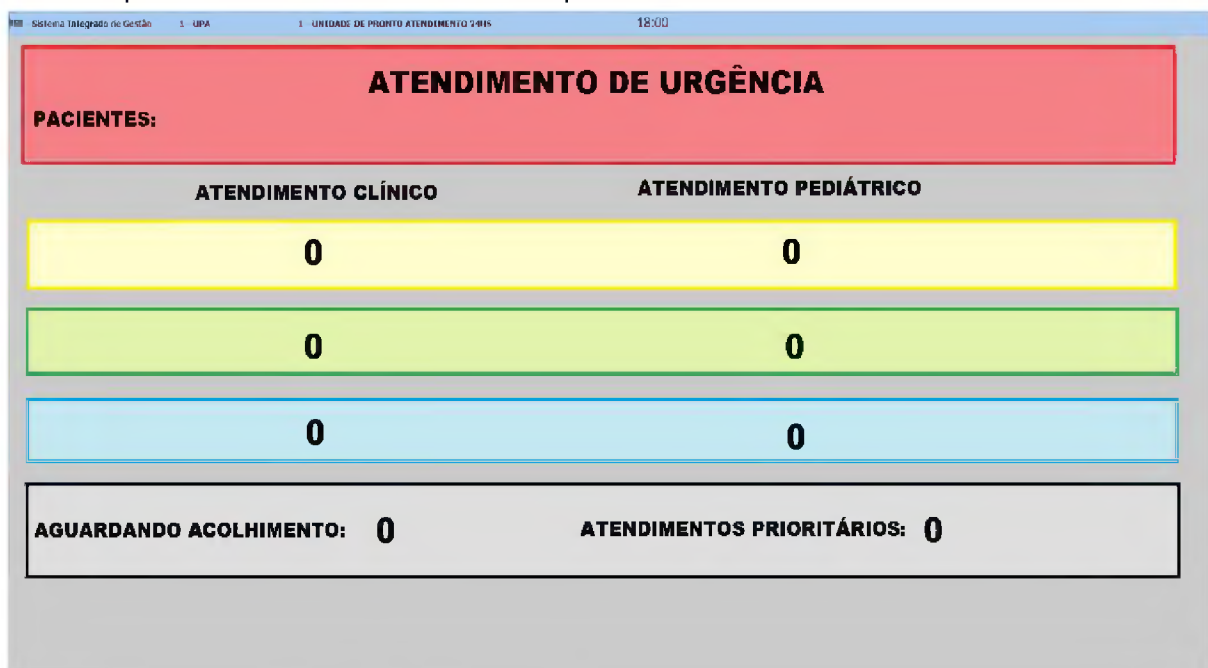
➤ **Painel Informativo Para os Pacientes**

O painel informativo para os pacientes será transmitido em televisores de LED, nas salas de espera infantil e adulto, da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, onde se poderá observar a quantidade de pacientes na espera para o Acolhimento, bem como para o Atendimento Médico, de acordo com o Protocolo de Manchester.

Assim sendo, os painel de controle (Dashboard) fornecerá visão instantânea dos principais indicadores de desempenho, relevantes para um determinado objetivo, contemplado no processo de atenção, que é maior rapidez possível no atendimento do paciente.

Dessa maneira, por meio desse painel, os pacientes e a própria equipe de gestão, terão uma noção global dos processos de atenção, podendo visualizar também, de forma dinâmica e objetiva, a dinâmica dos processos de atenção, envolvendo a Classificação de Risco estratificada por atendimento adulto e pediátrico, a quantidade de pacientes que estão aguardando Acolhimento, bem como os atendimentos prioritários que já foram realizados.

Apresentamos os Dashboards que serão inicialmente customizados:



Painel informativo da Classificação de Risco e dos pacientes aguardando Acolhimento



Painel informativo dos profissionais de atendimento e gráfico de quantidades de recepções por hora

2.1.1.8.3. Instalação do Sistema de Arquivamento de Imagens PACS

Será um Sistema de Arquivamento de Imagens DICOM, que receberá imagens de multimodalidades em DICOM (CR, DR, MG, CT, RM, US, DX), baseado em plataforma Windows, de fácil gerenciamento, com rastreabilidade de envio e recebimento de imagens com possibilidade de integrar com sistema RIS para exibir a imagem quando chamado em um sistema externo, disponibilizando as imagens por tempo indeterminado (limitado por hardware de armazenamento), possibilitando a liberação de acesso às imagens para visualização externa, conforme liberação e política do DMS.

➤ **Requisitos Para o Sistema**

- ✓ ImageServer Dual Core Xeon CPU 2GHz or higher processor x64;
- ✓ 8GB of RAM minimum;
- ✓ SQL Server 2008 R2 Express;
- ✓ Online free disk space scaled as needed;
- ✓ Windows Server 2008 R2 x64; e,
- ✓ Gigabit networking interface.

➤ **Descritivo do Sistema de Visualização de Imagens VIEWER**

- ✓ Ferramenta de conexão ao banco para exibição das imagens.
- ✓ Possibilidade de visualização direta no servidor ou download para máquina local.

➤ **Múltiplas Ferramentas de Trabalho de Imagens**

- ✓ Reconstrução Multiplanar (MPR);
- ✓ Gerenciamento de Memória;
- ✓ carregar imagens com aplicativos externos;

- ✓ mostrar propriedades da imagem;
- ✓ listar e filtrar atributos DICOM de vários arquivos em forma de tabela;
- ✓ melhor explorador de arquivos locais;
- ✓ barra de rolagem para empilhar imagens;
- ✓ muito fácil de usar, interface intuitiva;
- ✓ imagens-chave com publicação automática para PACS (documentos SR do objeto chave DICOM);
- ✓ pesquisa automática de estudos relacionados/anteriores;
- ✓ Streaming de Imagem/WADO (quando usado em conjunto com o ClearCanvas ImageServer);
- ✓ consulta, importa, envia e recebe imagens DICOM;
- ✓ suporte à imagens compactadas (JPEG, Lossless/Lossy, RLE);
- ✓ suporte a imagens com vários quadros;
- ✓ estuda a anonimização;
- ✓ visualizador/editor de cabeçalho DICOM;
- ✓ suporte para sobreposições DICOM;
- ✓ suporte para obturadores DICOM (desenhados pelo usuário ou codificados na imagem);
- ✓ alternância de sobreposição individual para sobreposições de texto, DICOM, obturador e escala;
- ✓ controles de layout de imagem com funcionalidade de pesquisa/ explosão;
- ✓ suporte para desfazer/refazer;
- ✓ abre arquivos no Windows Explorer;
- ✓ empilhamento sincronizado;
- ✓ linhas de referência e localizador espacial;
- ✓ Janela/Nível (com predefinições definidas pelo usuário);
- ✓ suporte para LUTs de dados codificados na imagem;
- ✓ medições lineares;
- ✓ medidas de área de ROI, média e desvio padrão com formas retangulares, elípticas e poligonais;
- ✓ medições angulares com a ferramenta transferidor;
- ✓ anotações de usuário de texto (simples ou explicativo);
- ✓ escala de imagem;
- ✓ suporte de calibração para imagens sem informações de escala;
- ✓ miniaturas;
- ✓ área de transferência (com exportação para imagem e vídeo);
- ✓ reprodução cine de imagens em um conjunto de exibição;
- ✓ empilhamento via mouse e barra de rolagem;
- ✓ ordenação de pilha (por número de imagem, local de fatia, tempo de aquisição);
- ✓ escala de correspondência;

- ✓ Zoom/Pan;
- ✓ Lupa;
- ✓ Rodar/Inverter; e,
- ✓ conjunto de exibição seguinte/anterior.

➤ **Descritivo DICOMPRINT**

- ✓ serviço de impressão direto de equipamentos médicos;
- ✓ interface transforma DICOM em Postscript; e,
- ✓ possibilita impressão em papel.



2.1.1.8.4. Instalação do Storage (NAS)

O NAS, do inglês Network Attached Storage, é uma unidade dedicada exclusivamente ao armazenamento de arquivos em uma rede de computadores. Esses dispositivos são muito utilizados em empresas que necessitam de um servidor interno para guardar documentos e outros itens que serão compartilhados. O NAS será instalado para suportar e dar infraestrutura ao Sistema de Arquivamento de Imagens PACS, descrito no subitem anterior, constituindo-se num hardware que contém slots para vários discos, ligado aos servidores através de ISCSI ou fibra ótica. Ele é uma peça altamente redundante e cumprirá com louvor a sua missão, que será a de armazenar os dados e as imagens geradas na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, com segurança e confidencialidade.

2.1.1.8.5. Implantação do Sistema de Governança Corporativa

O Sistema que instalaremos para a Governança Corporativa, será um sistema de controle financeiro completo e totalmente online. Estará preparado para auxiliar nas tarefas mais complexas, proporcionando otimização do tempo e recursos humanos. Dessa forma, o tempo que gastaríamos lançando tudo manualmente e conferindo no final, poderemos investir em outras atividades.

Assim sendo, a prestação de contas será customizada e entregue em tempo recorde para o DMS, inclusive com os custos de cada atividade, estratificadamente.

SISTEMA DE GOVERNANÇA CORPORATIVA



O Sistema de Governança é um sistema de controle administrativo e financeiro completo e totalmente online. O sistema de controle financeiro está preparado para auxiliar nas tarefas mais complexas, obtendo otimização do tempo.

Dessa forma, o tempo que se gastaria lançando tudo manualmente e conferindo no final, poderemos investir em outras atividades.

Com o módulo de Controle Financeiro da Governança faremos:

- ✓ controle do fluxo de caixa;
- ✓ organização das contas a pagar e receber;
- ✓ anexação e indexação das notas fiscais;
- ✓ controle das contas bancárias;
- ✓ controle do plano de contas (PLANO ORÇAMENTÁRIO DE CUSTEIO);
- ✓ formatação dos Centros de Custos; e,
- ✓ criação e controle das formas de pagamento.

Outra vantagem é que os módulos são integrados entre si e com os demais recursos do software, tornando nossos processos mais ágeis e produtivos, evitando problemas que tomam parte considerável do tempo, bem como o retrabalho.

➤ **Gerenciamento do Fluxo de Caixa**

O Fluxo de Caixa é uma ferramenta do programa de Controle Financeiro que mostrará as movimentações de entradas e saídas financeiras do Contrato de Gestão, em um determinado período de tempo. O Sistema gerencia todos os

cálculos necessários para o balanço financeiro, se baseando-se em informações registradas no Contas a Pagar e no Contas a Receber.

➤ **Controle do Contas a Pagar**

O Contas a Pagar permite controlar e prever os gastos institucionais gerando uma estimativa das obrigações financeiras durante o mês ou período selecionado. Assim manteremos atualizados os gastos, sejam eles fixos como pagamento de funcionários, internet, etc., bem como os gastos variáveis, como compras, lavanderia, etc.

Além disso receberemos avisos sempre que uma data de vencimento estiver se aproximando, evitando que as pendências financeiras passem despercebidas.

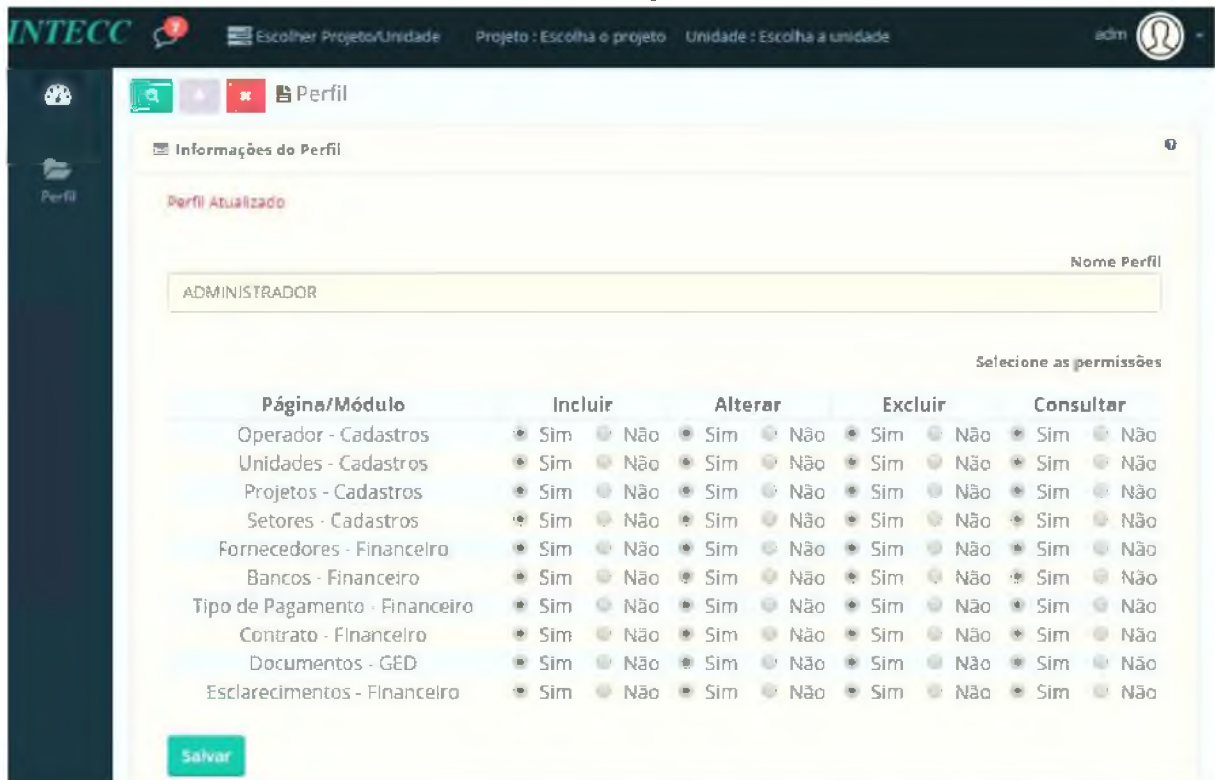
➤ **Controle dos Recebimentos**

Representa o controle dos recebimentos decorrentes da execução do Contrato de Gestão. Receitas são extremamente importantes, deixar de recebê-las na data ou cobrá-las indevidamente é muito prejudicial.

Cadastraremos os recebimentos automaticamente através do PLANO ORÇAMENTÁRIO DE CUSTEIO aprovado, realizando a conciliação bancária.

Com o módulo de Controle Financeiro do Sistema de Governança, será possível controlar de perto a situação dos recebimentos de cada parcela do Contrato de Gestão.

Módulo Cadastro - Cadastro Perfil do Operador



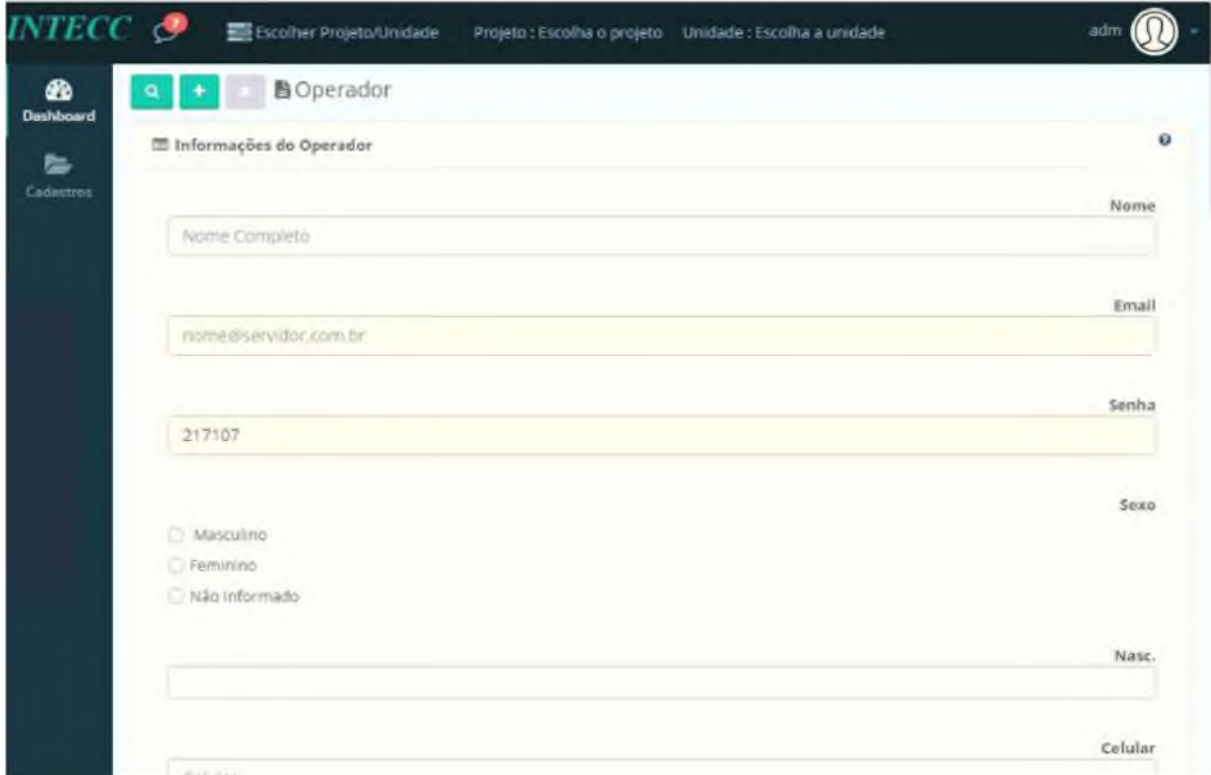
Nome Perfil: ADMINISTRADOR

Selecione as permissões

Página/Módulo	Incluir		Alterar		Excluir		Consultar	
Operador - Cadastros	<input checked="" type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input checked="" type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input checked="" type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input checked="" type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
Unidades - Cadastros	<input checked="" type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input checked="" type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input checked="" type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input checked="" type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
Projetos - Cadastros	<input checked="" type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input checked="" type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input checked="" type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input checked="" type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
Setores - Cadastros	<input checked="" type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input checked="" type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input checked="" type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input checked="" type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
Fornecedores - Financeiro	<input checked="" type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input checked="" type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input checked="" type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input checked="" type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
Bancos - Financeiro	<input checked="" type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input checked="" type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input checked="" type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input checked="" type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
Tipo de Pagamento - Financeiro	<input checked="" type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input checked="" type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input checked="" type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input checked="" type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
Contrato - Financeiro	<input checked="" type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input checked="" type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input checked="" type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input checked="" type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
Documentos - GED	<input checked="" type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input checked="" type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input checked="" type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input checked="" type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
Esclarecimentos - Financeiro	<input checked="" type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input checked="" type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input checked="" type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input checked="" type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não

Salvar

Cadastro de Operadores



INTECC Escolher Projeto/Unidade Projeto : Escolha o projeto Unidade : Escolha a unidade adm

Operador

Informações do Operador

Nome
Nome Completo

Email
nome@servidor.com.br

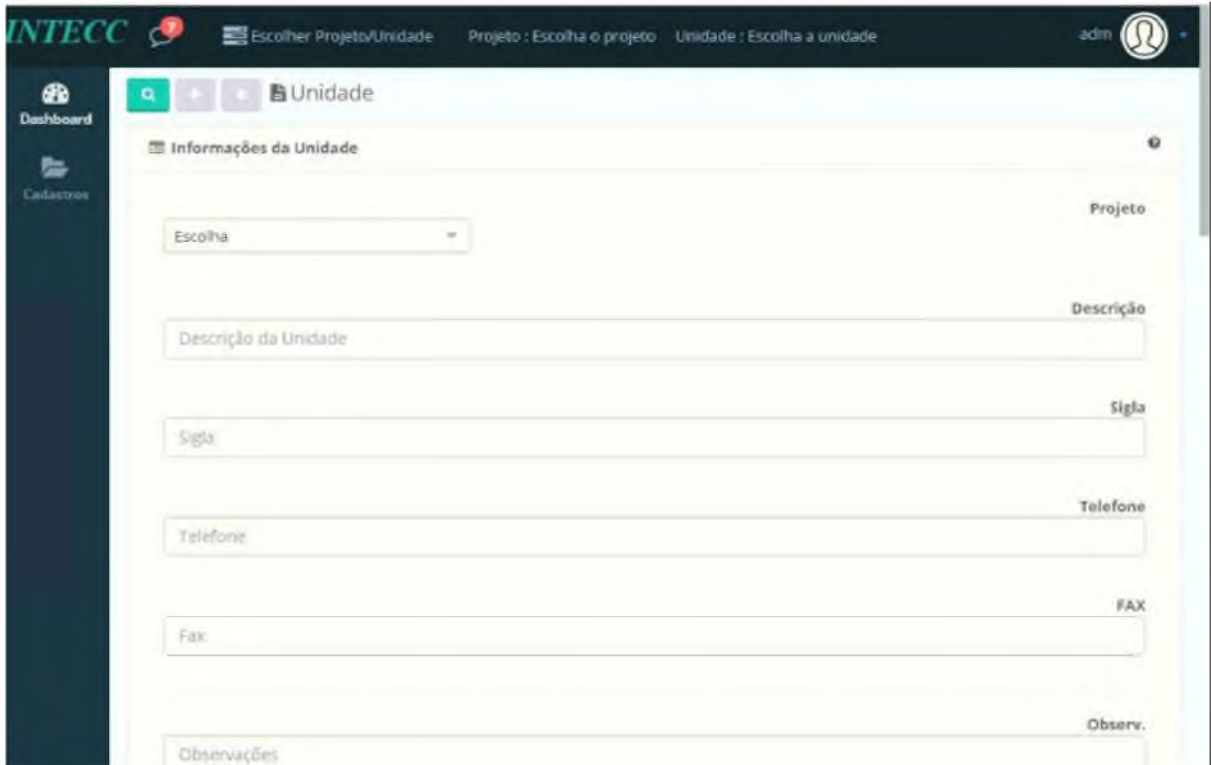
Senha
217107

Sexo
 Masculino
 Feminino
 Não informado

Nasc.

Celular

Cadastro da Unidade de Saúde



INTECC Escolher Projeto/Unidade Projeto : Escolha o projeto Unidade : Escolha a unidade adm

Unidade

Informações da Unidade

Projeto
Escolha

Descrição
Descrição da Unidade

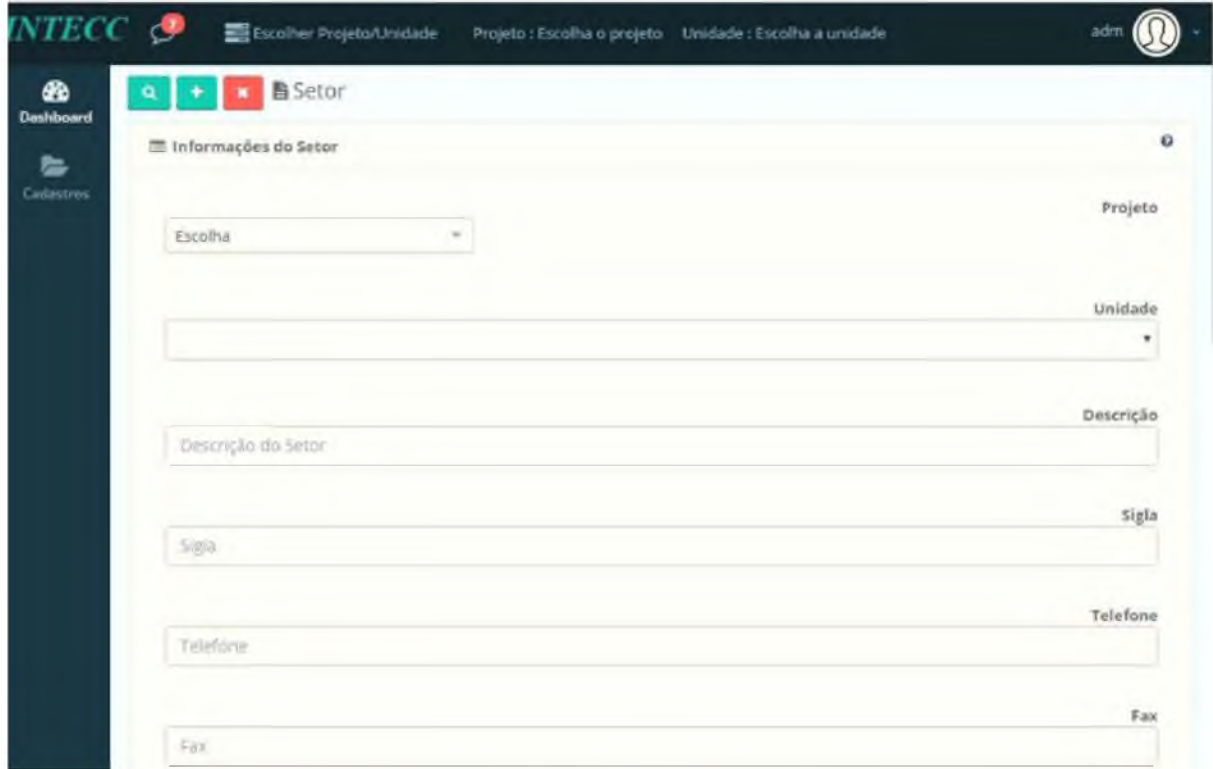
Sigla
Sigla

Telefone
Telefone

FAX
FAX

Observações
Observações

Cadastro de Setores



INTECC Escolher Projeto/Unidade Projeto : Escolha o projeto Unidade : Escolha a unidade adm

Setor

Informações do Setor

Projeto
Escolha

Unidade

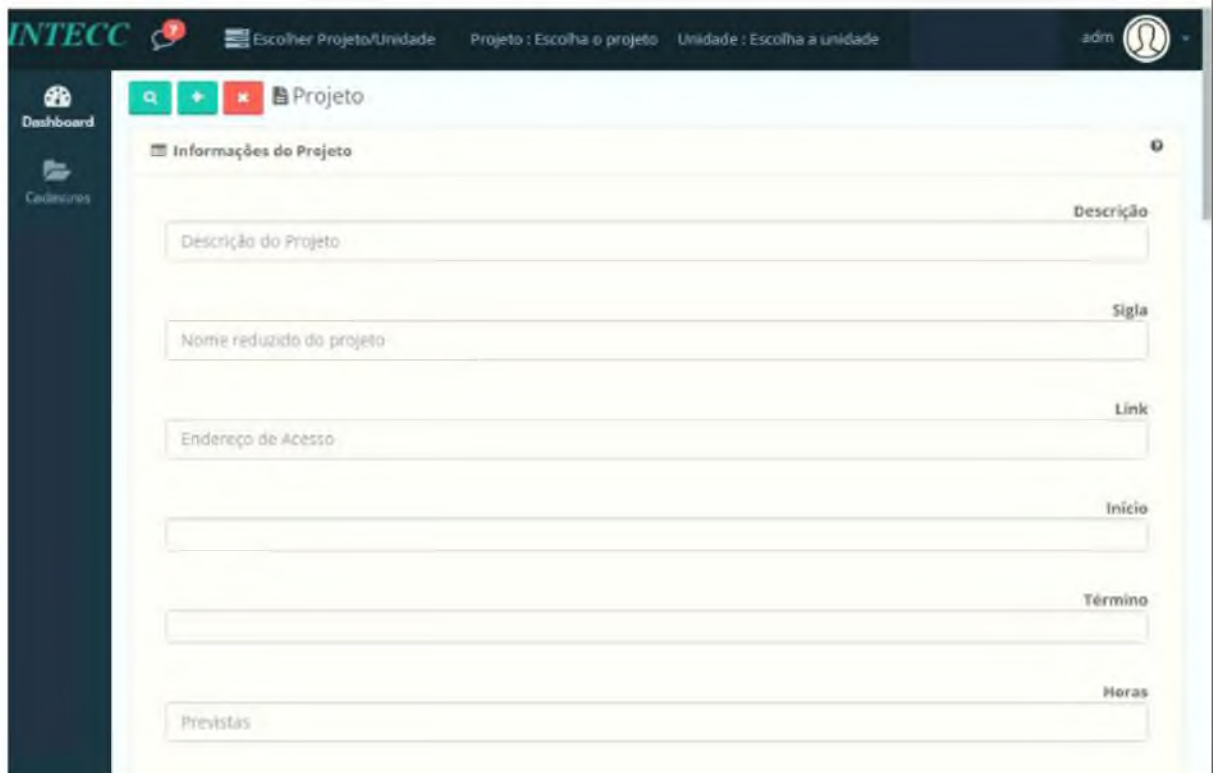
Descrição
Descrição do Setor

Sigla

Telefone

Fax

Cadastro de Plano de Trabalho



INTECC Escolher Projeto/Unidade Projeto : Escolha o projeto Unidade : Escolha a unidade adm

Projeto

Informações do Projeto

Descrição
Descrição do Projeto

Sigla
Nome reduzido do projeto

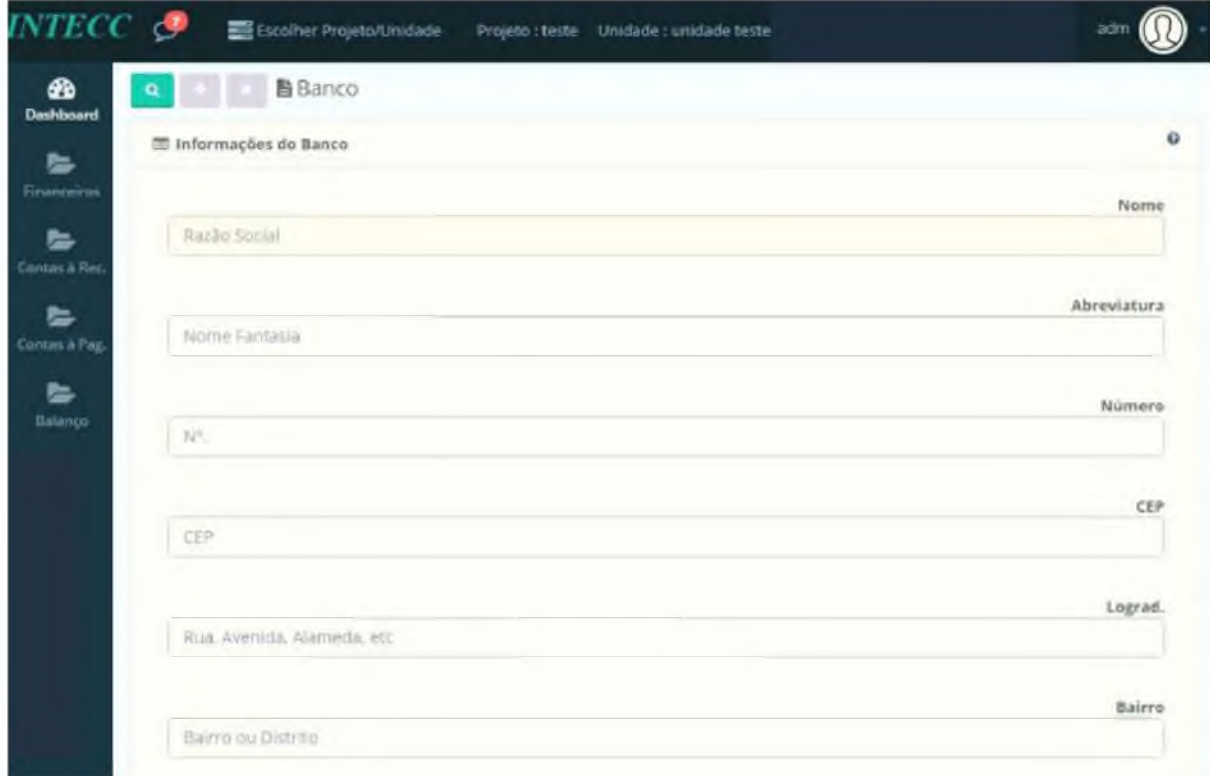
Link
Endereço de Acesso

Início

Término

Horas
Previstas

Módulo Financeiro – Cadastro de Bancos



INTECC Escolher Projeto/Unidade Projeto : teste Unidade : unidade teste adm

Banco

Informações do Banco

Razão Social Nome

Nome Fantasia Abreviatura

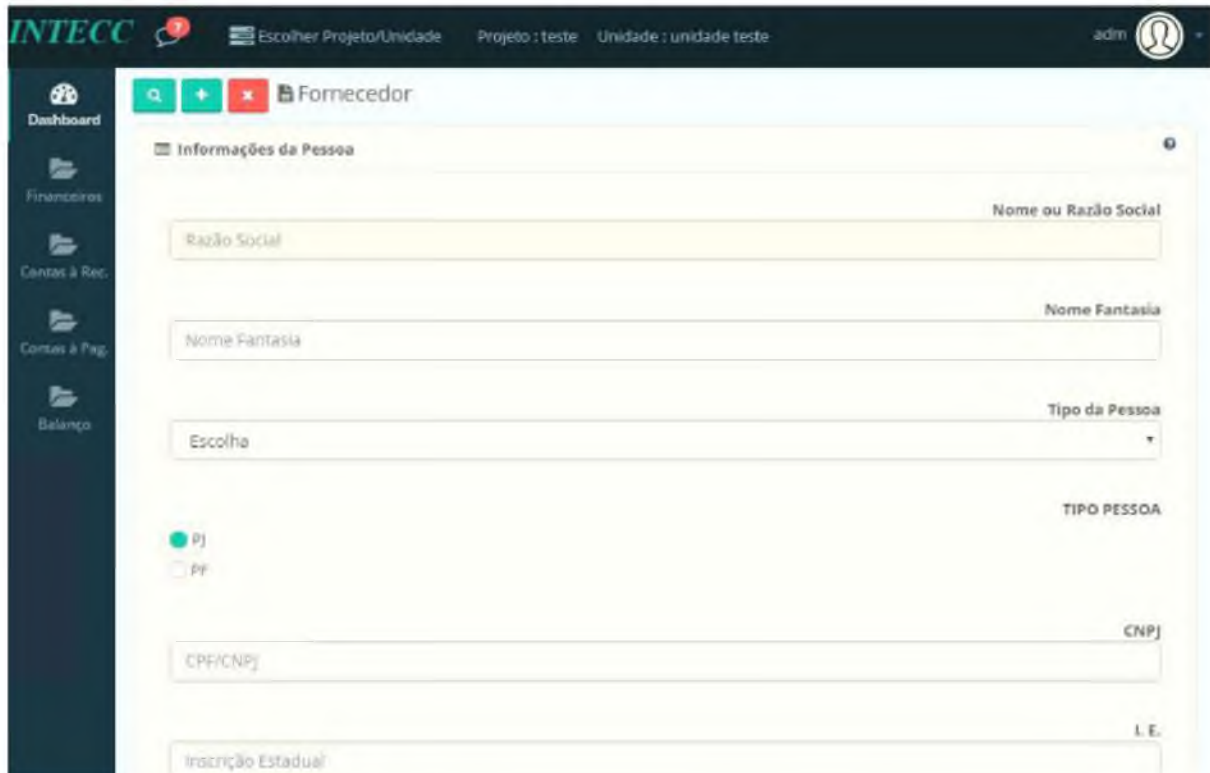
Nº. Número

CEP CEP

Rua, Avenida, Alameda, etc Lograd.

Bairro ou Distrito Bairro

Cadastro de Fornecedores



INTECC Escolher Projeto/Unidade Projeto : teste Unidade : unidade teste adm

Fornecedor

Informações da Pessoa

Razão Social Nome ou Razão Social

Nome Fantasia Nome Fantasia

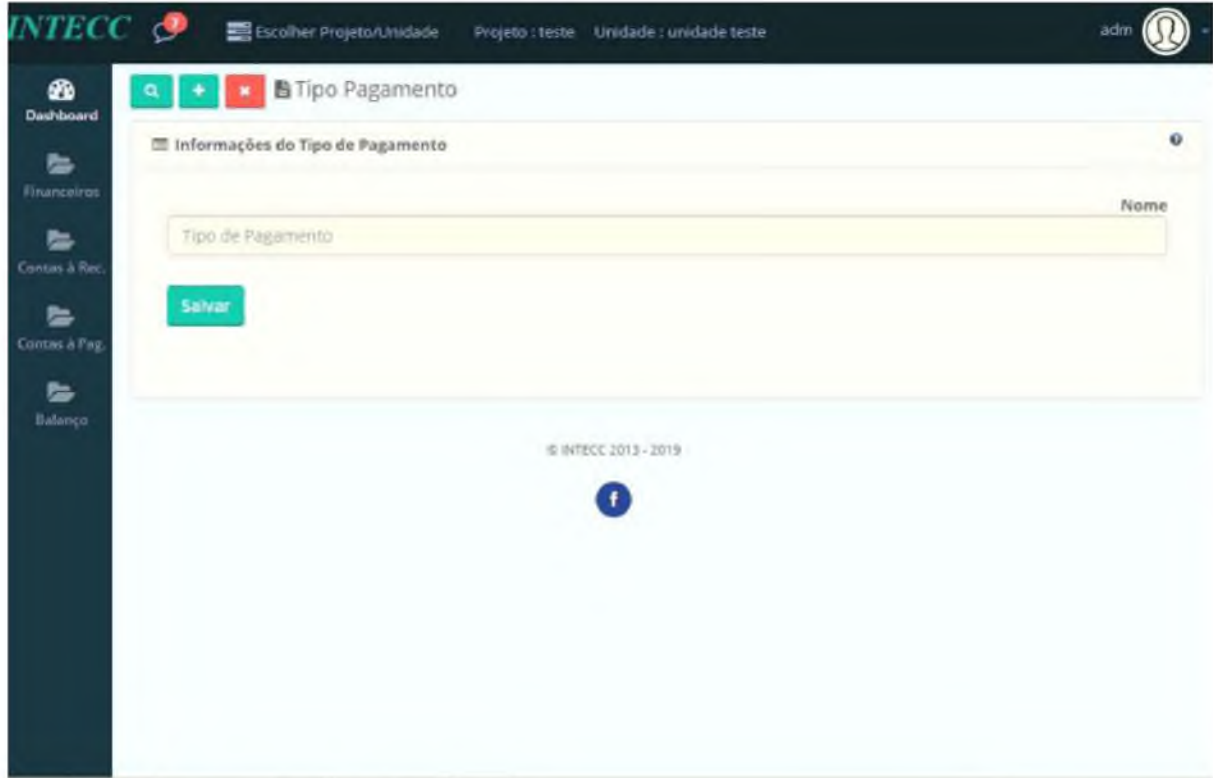
Escolha Tipo da Pessoa

PJ
 PF TIPO PESSOA

CPF/CNPJ CNPJ

Inscrição Estadual L.E.

Cadastro do Tipo de Pagamento



INTECC Escolher Projeto/Unidade Projeto : teste Unidade : unidade teste adm

Tipo Pagamento

Informações do Tipo de Pagamento

Nome

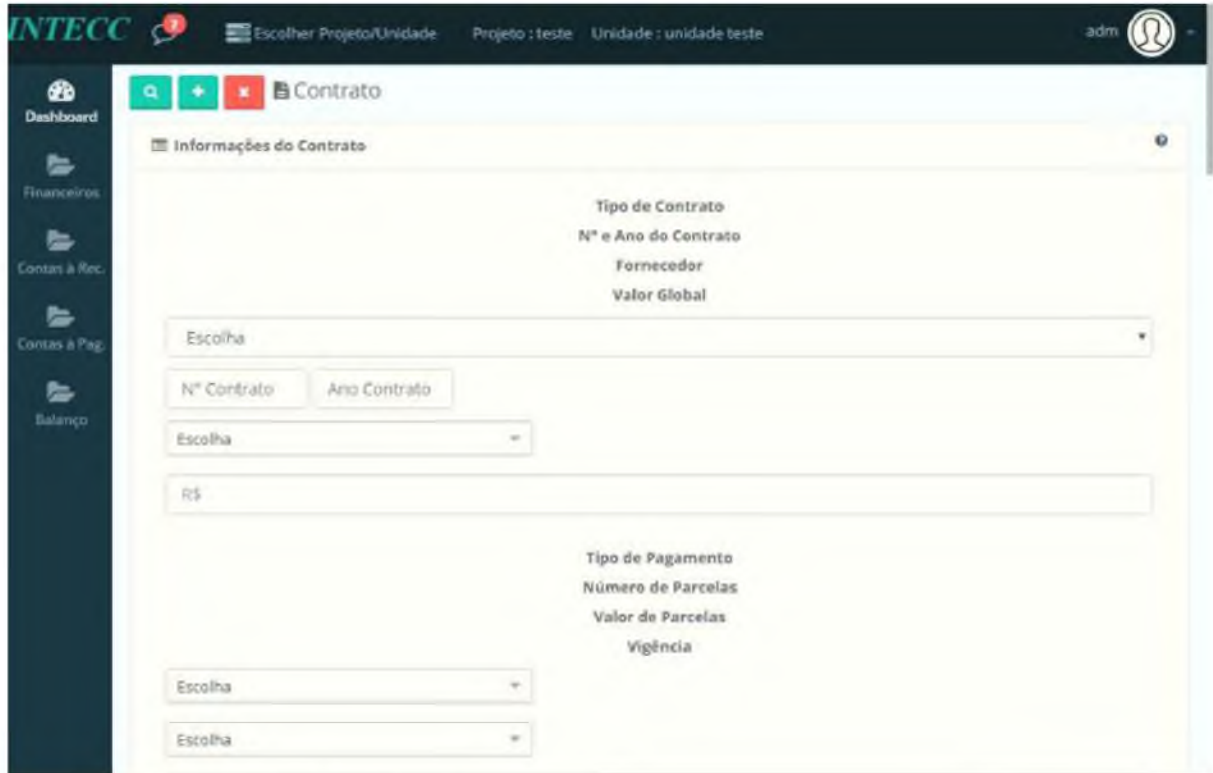
Tipo de Pagamento

Salvar

© INTECC 2013 - 2019



Cadastro de Contrato – Cotações por Contrato



INTECC Escolher Projeto/Unidade Projeto : teste Unidade : unidade teste adm

Contrato

Informações do Contrato

Tipo de Contrato

Nº e Ano do Contrato

Fornecedor

Valor Global

Escolha

Nº Contrato Ano Contrato

Escolha

R\$

Tipo de Pagamento

Número de Parcelas

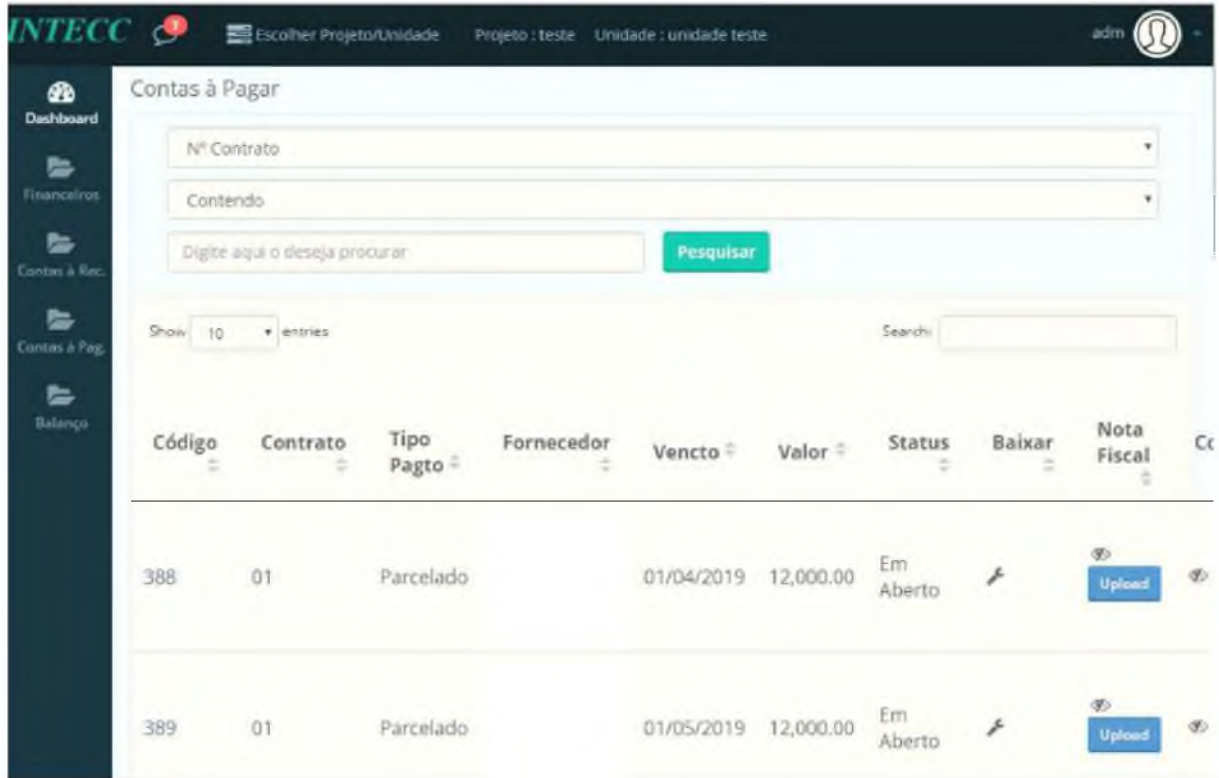
Valor de Parcelas

Vigência

Escolha

Escolha

Provisionamento de Contas a Pagar



INTECC Escolher Projeto/Unidade Projeto : teste Unidade : unidade teste adm

Contas à Pagar

Nº Contrato

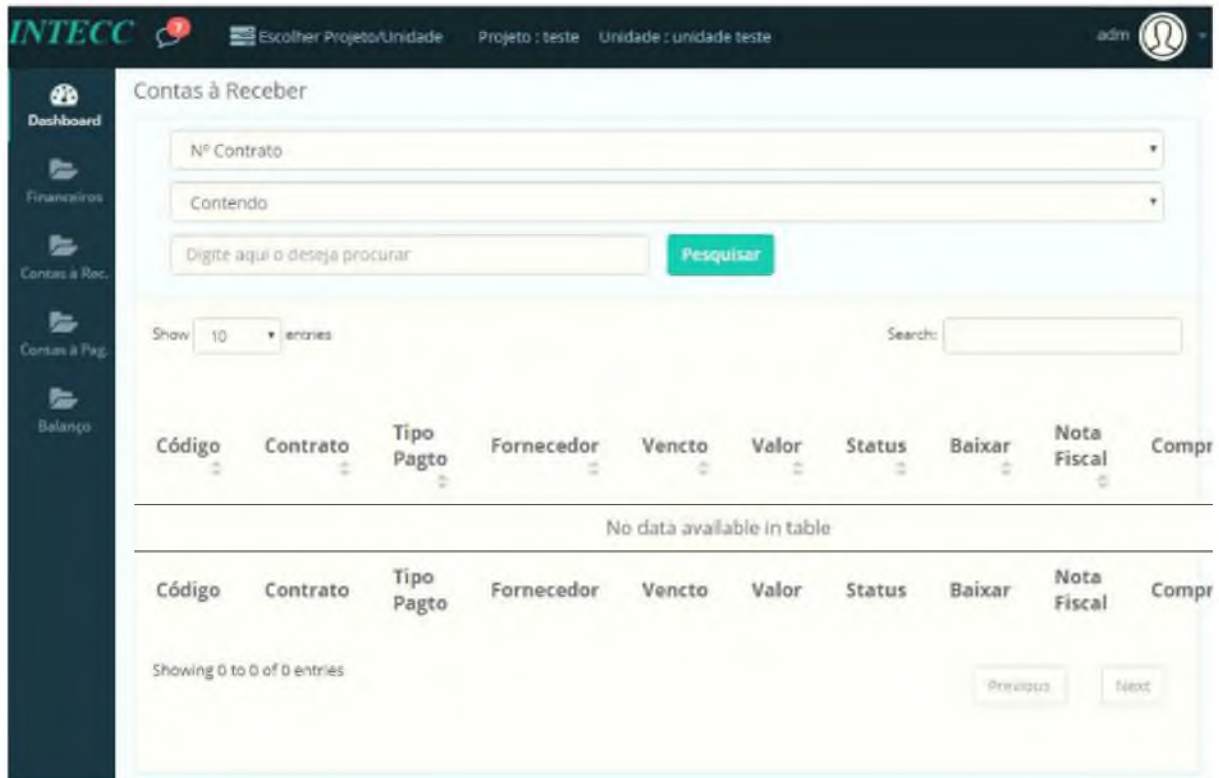
Contendo

Digite aqui o deseja procurar **Pesquisar**

Show 10 entries Search:

Código	Contrato	Tipo Pagto	Fornecedor	Vencdo	Valor	Status	Baixar	Nota Fiscal	Cc
388	01	Parcelado		01/04/2019	12,000.00	Em Aberto		Upload	
389	01	Parcelado		01/05/2019	12,000.00	Em Aberto		Upload	

Provisionamento de Contas a Receber



INTECC Escolher Projeto/Unidade Projeto : teste Unidade : unidade teste adm

Contas à Receber

Nº Contrato

Contendo

Digite aqui o deseja procurar **Pesquisar**

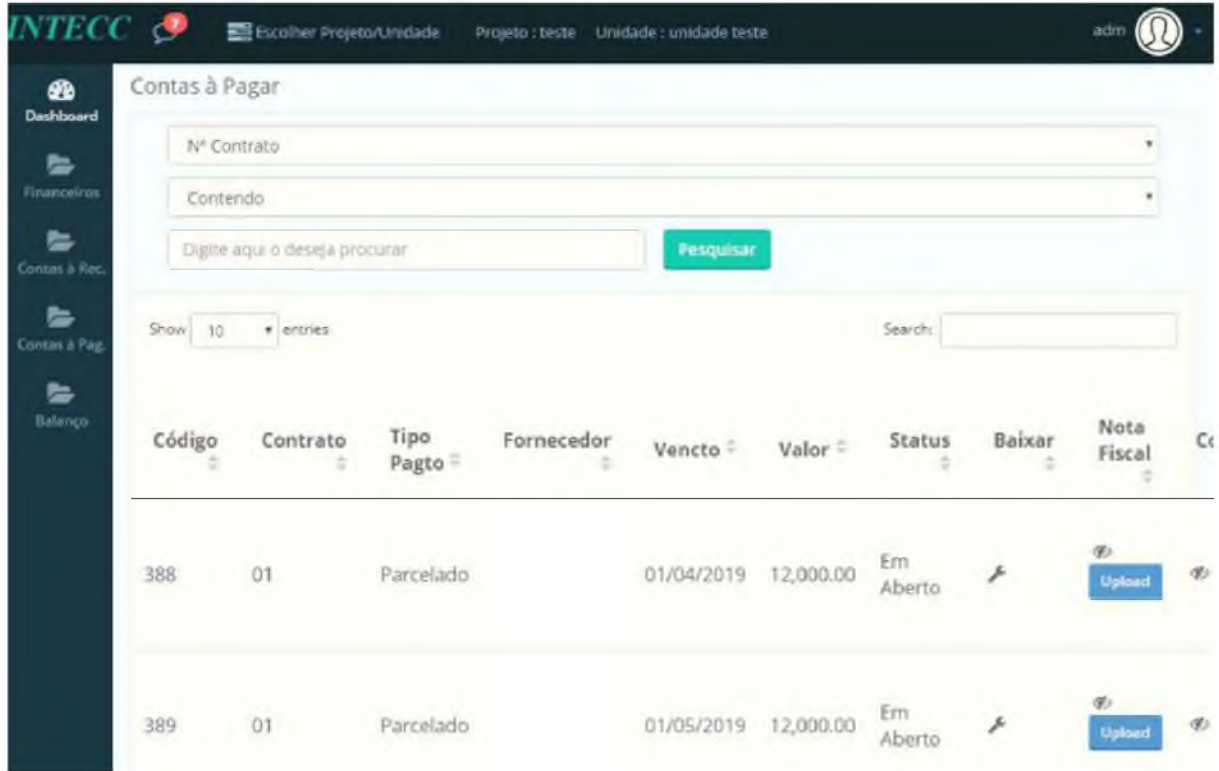
Show 10 entries Search:

Código	Contrato	Tipo Pagto	Fornecedor	Vencdo	Valor	Status	Baixar	Nota Fiscal	Compr
No data available in table									

Showing 0 to 0 of 0 entries

[Previous](#) [Next](#)

Módulo Contas a Pagar – Contas a Pagar



Contas à Pagar

Nº Contrato:

Contendo:

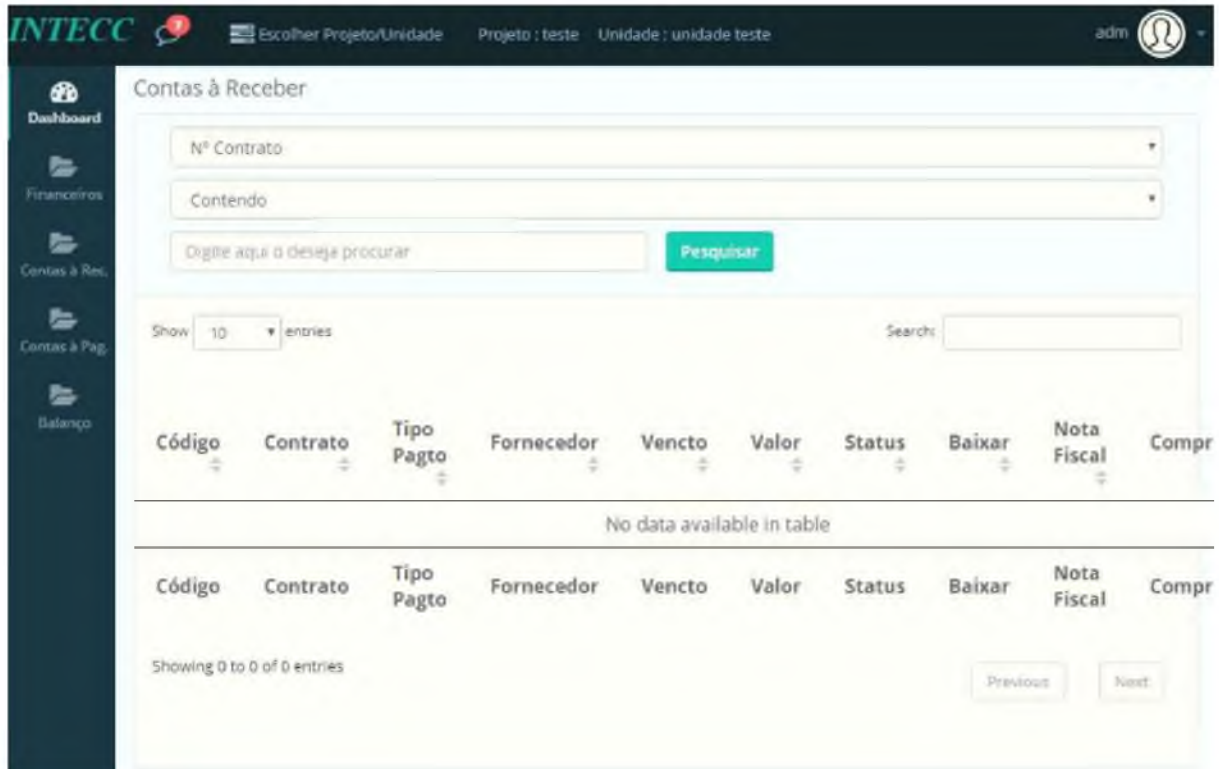
Digite aqui o deseja procurar **Pesquisar**

Show: 10 entries Search:

Código	Contrato	Tipo Pagto	Fornecedor	Vencdo	Valor	Status	Baixar	Nota Fiscal	Cc
388	01	Parcelado		01/04/2019	12,000.00	Em Aberto		Upload	
389	01	Parcelado		01/05/2019	12,000.00	Em Aberto		Upload	



Módulo Contas a Receber – Contas a Receber (Nota de Esclarecimento)



Contas à Receber

Nº Contrato:

Contendo:

Digite aqui o deseja procurar **Pesquisar**

Show: 10 entries Search:

Código	Contrato	Tipo Pagto	Fornecedor	Vencdo	Valor	Status	Baixar	Nota Fiscal	Compr
No data available in table									

Showing 0 to 0 of 0 entries

[Previous](#) [Next](#)

Módulo Prestação de Contas – Relatório de Prestação de Contas (Nota de Esclarecimento)



INTECC Escolher Projeto/Unidade Projeto : teste Unidade : unidade teste adm

Prestação de Contas à Pagar

Data

Fornecedor

Data Início

Data Fim **Gerar Relatório**

Show 10 entries Search:

Fornecedor	Nº Contrato	Cotação	Cotação	Cotação	Nota Fiscal	Comprovante	Dados Parcela
No data available in table							
Fornecedor	Nº Contrato	Cotação	Cotação	Cotação	Nota Fiscal	Comprovante	Dados Parcela

Showing 0 to 0 of 0 entries

[Previous](#) [Next](#)

Módulo Relatórios – Relatório de Contas a Receber

INTECC Escolher Projeto/Unidade Projeto : teste Unidade : unidade teste adm


Relatório de Contas à Receber

Escolha

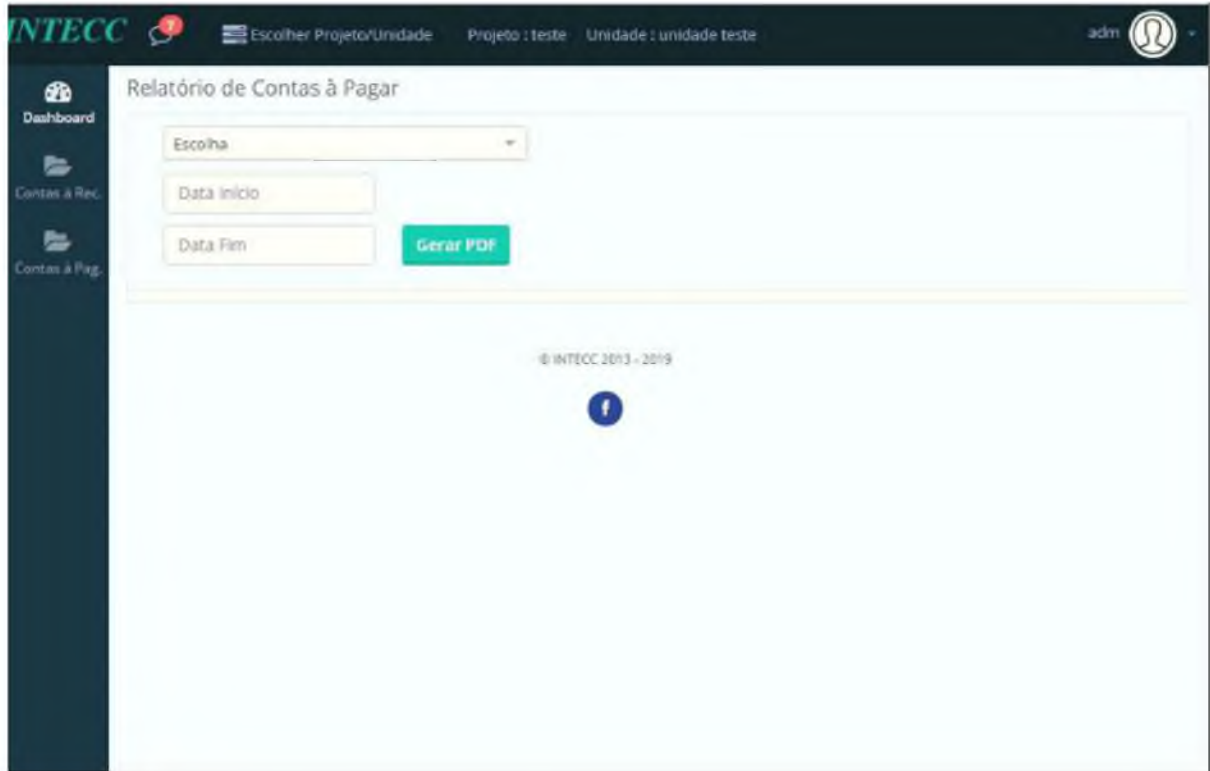
Data Início

Data Fim **Gerar PDF**

© INTECC 2013 - 2019



Relatório de Contas a Pagar



INTECC Escolher Projeto/Unidade Projeto : teste Unidade : unidade teste adm

Relatório de Contas à Pagar

Escolha

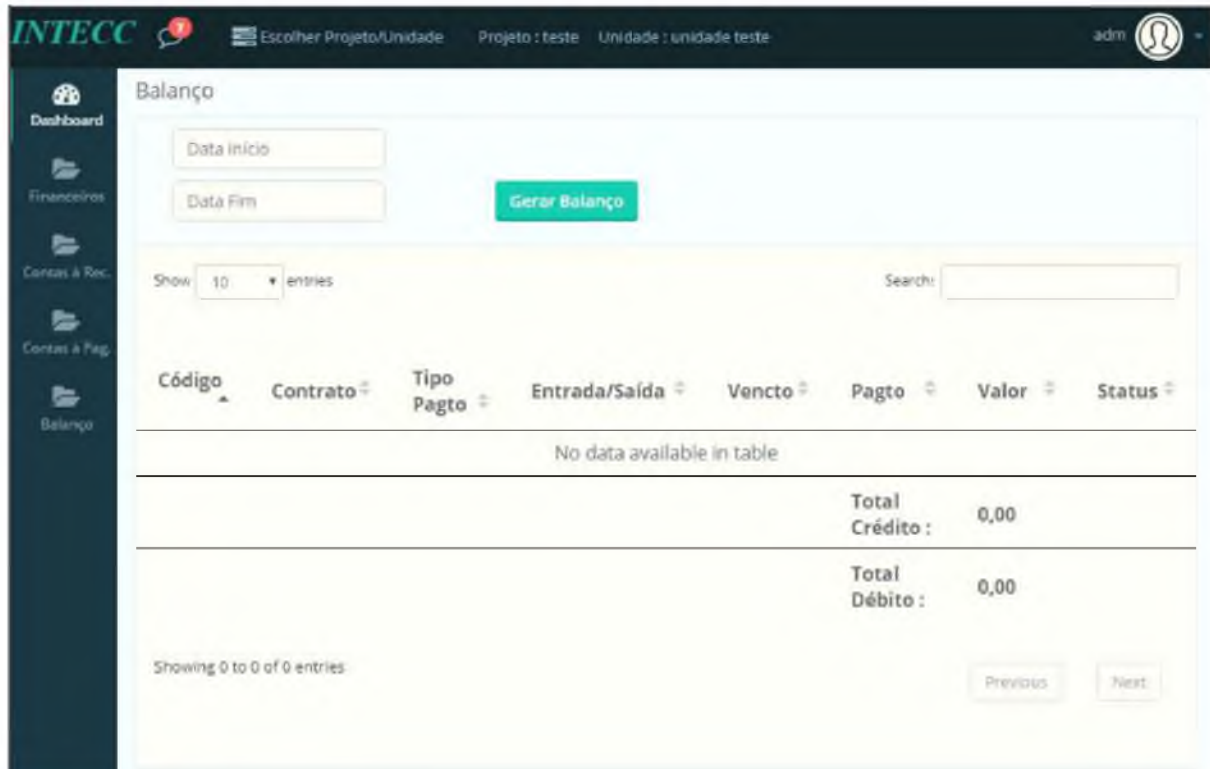
Data Inicio

Data Fim Gerar PDF

© INTECC 2013 - 2019



Relatório de Balanço



INTECC Escolher Projeto/Unidade Projeto : teste Unidade : unidade teste adm

Balanço

Data Inicio

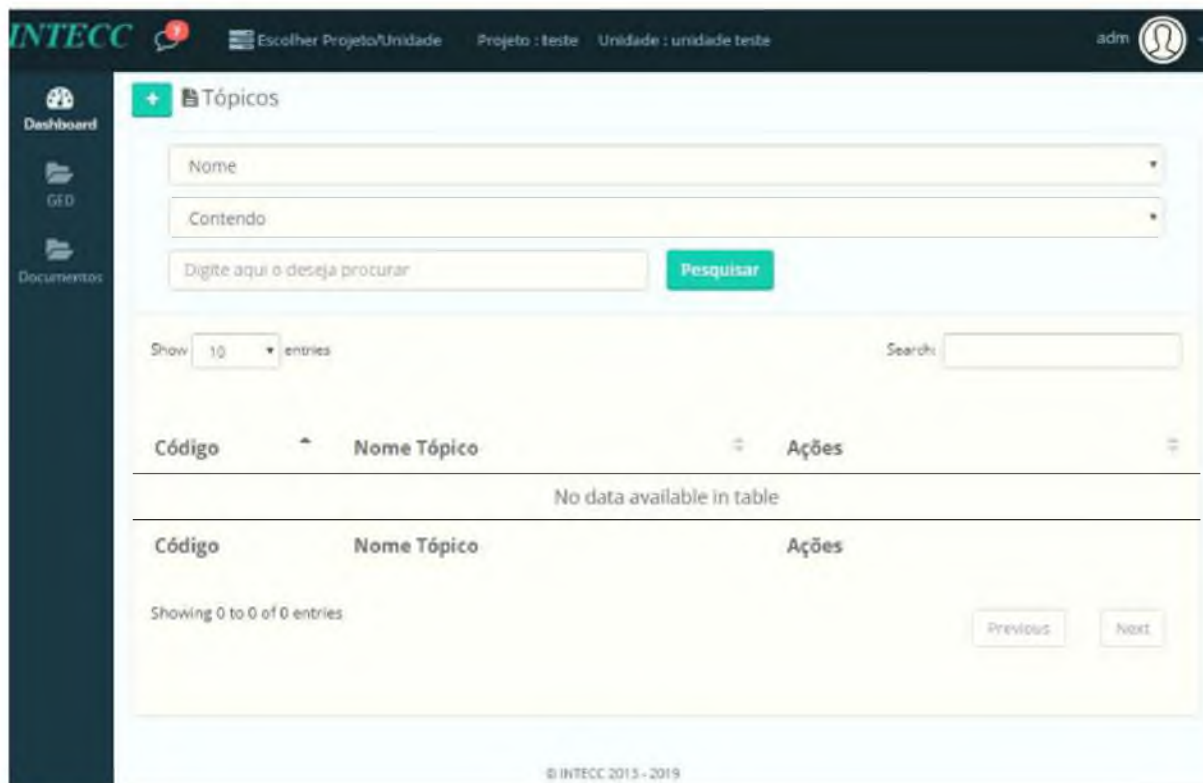
Data Fim Gerar Balanço

Show 10 entries Search:

Código	Contrato	Tipo Pagto	Entrada/Saída	Vencto	Pagto	Valor	Status
No data available in table							
						Total Crédito :	0,00
						Total Débito :	0,00

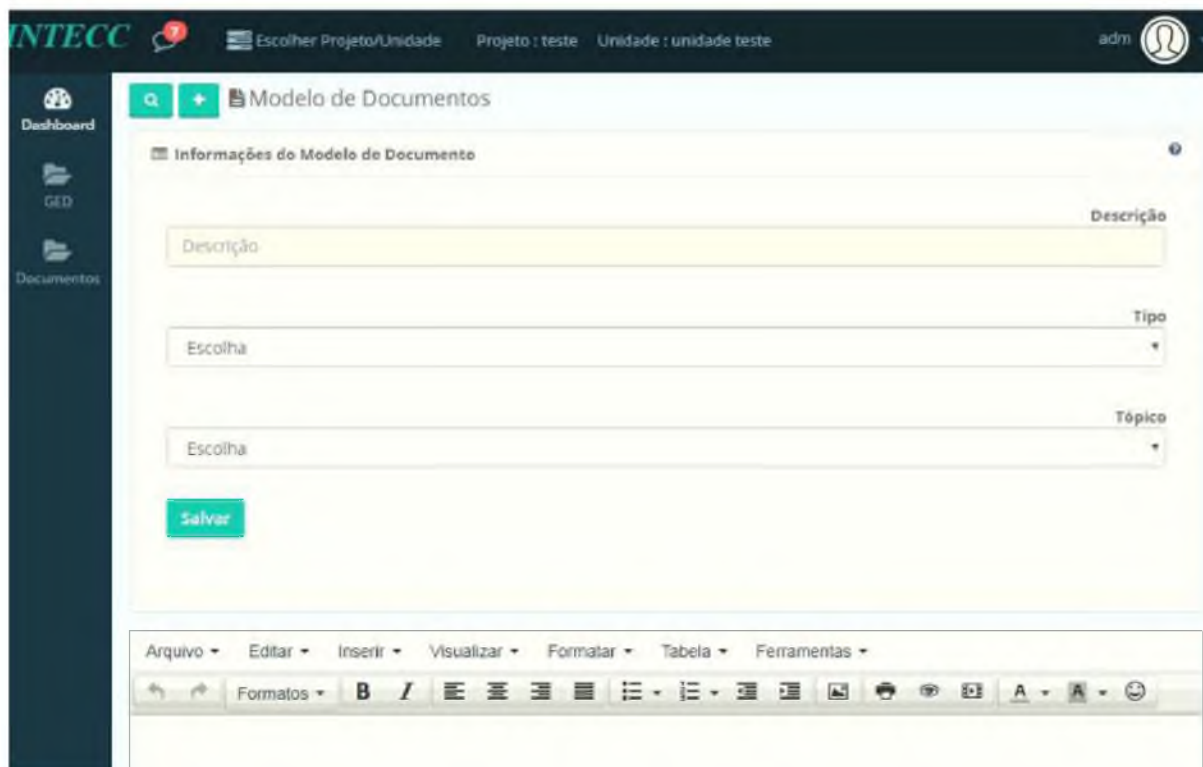
Showing 0 to 0 of 0 entries Previous Next

Módulo GED – Cadastro de Tópicos

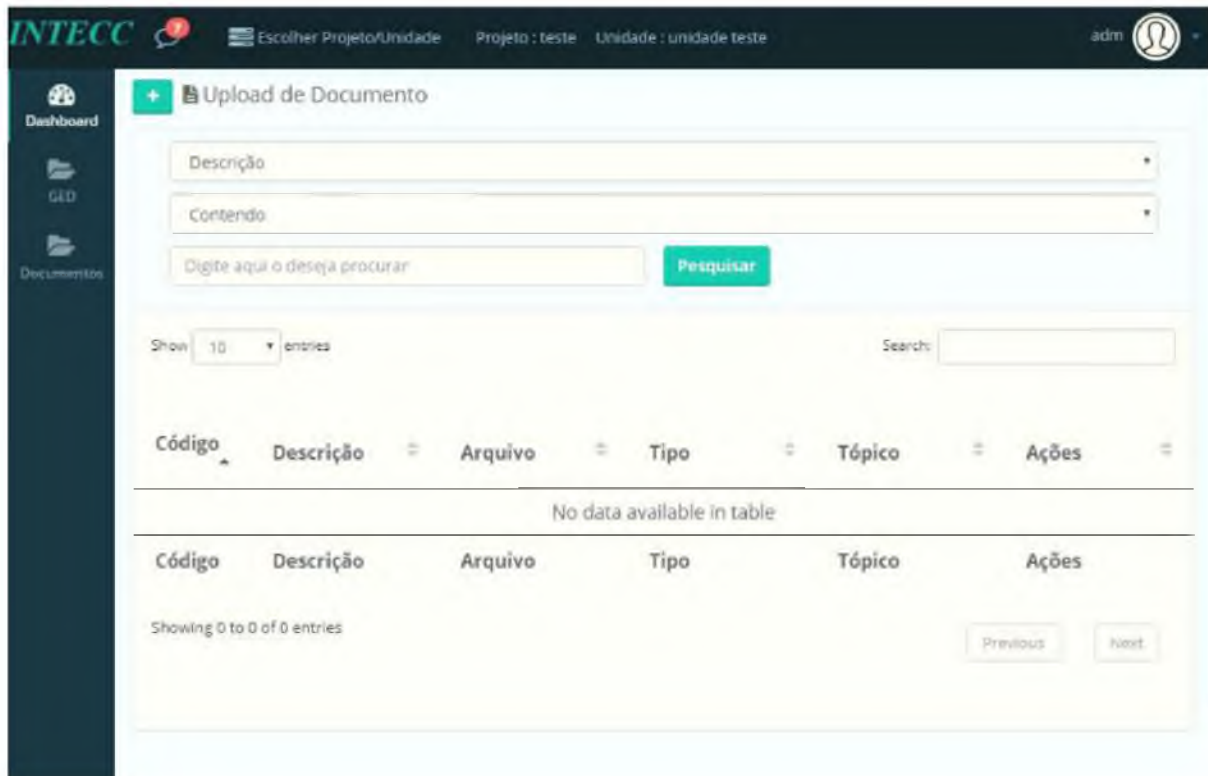
The screenshot shows the 'Cadastro de Tópicos' page in the INTECC system. The header includes the INTECC logo, a notification bell, and navigation links for 'Escolher Projeto/Unidade', 'Projeto : teste', and 'Unidade : unidade teste'. The user is logged in as 'adm'. The left sidebar contains 'Dashboard', 'GED', and 'Documentos'. The main content area has a '+ Tópicos' header and a form with fields for 'Nome', 'Conteúdo', and a search box labeled 'Digite aqui o deseja procurar' with a 'Pesquisar' button. Below the form is a table with columns 'Código', 'Nome Tópico', and 'Ações'. The table is currently empty, displaying 'No data available in table' and 'Showing 0 to 0 of 0 entries'. There are 'Previous' and 'Next' navigation buttons at the bottom of the table area. The footer shows '© INTECC 2013 - 2019'.

Cadastro de Modelo



The screenshot shows the 'Cadastro de Modelo de Documentos' page in the INTECC system. The header is identical to the previous screenshot. The left sidebar is also the same. The main content area has a '+ Modelo de Documentos' header and a section titled 'Informações do Modelo de Documento'. It contains three form fields: 'Descrição', 'Tipo', and 'Tópico', each with a dropdown menu. A 'Salvar' button is located below the form fields. At the bottom of the page, there is a rich text editor toolbar with options like 'Arquivo', 'Editar', 'Inserir', 'Visualizar', 'Formatar', 'Tabela', and 'Ferramentas', along with standard text formatting icons (bold, italic, underline, etc.).

Documentos



INTECC Escolher Projeto/Unidade Projeto : teste Unidade : unidade teste adm

Upload de Documento

Descrição

Contendo

Digite aqui o deseja procurar **Pesquisar**

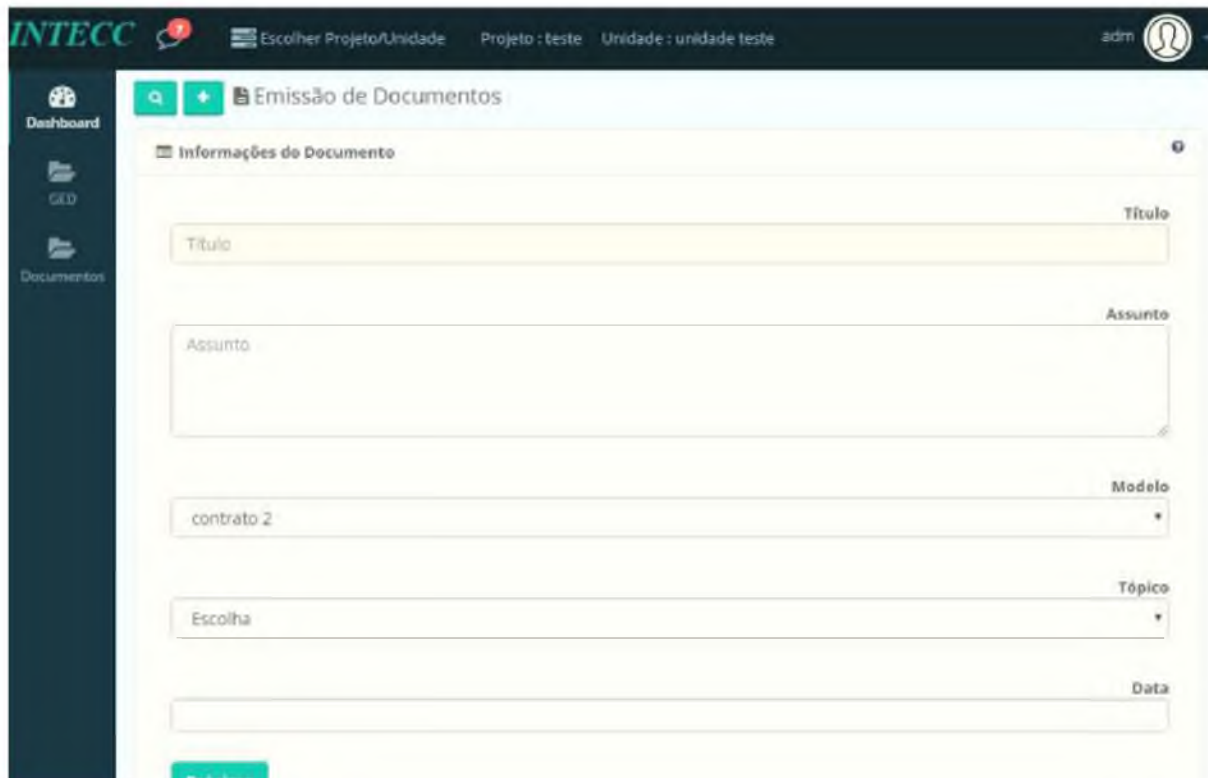
Show 10 entries Search:

Código	Descrição	Arquivo	Tipo	Tópico	Ações
No data available in table					
Código	Descrição	Arquivo	Tipo	Tópico	Ações

Showing 0 to 0 of 0 entries Previous Next



Emissão



INTECC Escolher Projeto/Unidade Projeto : teste Unidade : unidade teste adm

Emissão de Documentos

Informações do Documento

Título

Assunto

Modelo contrato 2

Tópico Escolha

Data

Próximo

➤ **Custos Operacionais**

No nosso Sistema de Governança, também foram customizados os Centros de Custos, as rubricas orçamentárias e os custos de todas as atividades assistenciais individualizadas, automaticamente, a partir da produção de atividades mensais, versus os valores dispendidos em cada atividade.

Dessa maneira, poderemos determinar exatamente, quanto custou uma consulta médica, por especialidade, quanto custou um procedimento de enfermagem, quanto custou uma administração de medicamento, quanto custou um SADT (laboratório, Raio X e ECG), quanto custou o quilo de roupa lavada, quanto custou uma refeição, enfim, qualquer atividade assistencial, de apoio ou mesmo administrativa. A partir da alimentação do Sistema de Governança com os dados financeiros, administrativos e dados da produção operacional das atividades assistenciais, este realizará automaticamente a estratificação das rubricas orçamentárias, em seus respectivos Centro de Custo, bem como o cruzamento desses dados, gerando o custo por evento.

Apresentaremos agora, o Módulo de Custos Operacionais. Vale ressaltar, que para apresentar o exemplo a seguir, tomamos como base de dados, os valores das rubricas que apresentaremos no Plano Orçamentário de Custeio, versus as Metas que serão pactuadas no Contrato de Gestão da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.



Atividade	Mês de Referência	Atividade	Mês de Referência	01-APOIO GERAL %	03-APOIO SAUDE %
00-RATEIO	R\$ 150.932,23	00-RATEIO	139.851,24	02-ADM	6,99%
Contas de Consumo	R\$ 33.913,21	01-APOIO GERAL	378.522,49	03-APOIO SAUDE	62,84%
Manutenção	R\$ 41.096,60	02-ADM	278.395,31	04-ATENÇÃO A SAUDE	30,21%
01-APOIO GERAL	R\$ 279.922,49	03-APOIO SAUDE	718.200,74	Consultoria Clínica	20,39%
Unidade e Organização	R\$ 8.000,00	04-ATENÇÃO A SAUDE	378.990,00	Consultoria Pediatría	11,90%
Faculdade	R\$ 156.000,00	Consultoria Clínica	377.974,00	Consultoria Ortopédica	3,07%
Resposta	R\$ 18.622,49	Consultoria Pediatría	232.520,00		
Serviço SUD	R\$ 93.000,00	Consultoria Ortopédica	64.450,00	01-APOIO GERAL R\$	
02-ADM	R\$ 276.936,61	Total Geral	1.978.881,13	02-ADM	4.904,36
Administrativo	R\$ 24.120,61			03-APOIO SAUDE	174.802,17
Fornecimento de Informação	R\$ 33.000,00	00-RATEIO %		04-ATENÇÃO A SAUDE	100.888,58
03-APOIO SAUDE	R\$ 718.036,74	01-APOIO GERAL	1,27%	Consultoria Clínica	69.607,30
Atendimento	R\$ 81.000,00	02-ADM	0,34%	Consultoria Pediatría	30.762,80
Enfermagem para enfermagem	R\$ 309.572,48	03-APOIO SAUDE	15,43%	Consultoria Ortopédica	198,41
Farmácia	R\$ 108.000,00	04-ATENÇÃO A SAUDE	24,47%	02-ADM	279.437,58
Laboratório	R\$ 79.000,00	Consultoria Clínica	16,62%	03-APOIO SAUDE	374.841,18
Lavanderia	R\$ 39.000,00	Consultoria Pediatría	10,67%	04-ATENÇÃO A SAUDE	271.902,87
Raio X	R\$ 60.270,50	00-RATEIO R\$		Consultoria Clínica	370.604,30
Recepção	R\$ 89.000,00	01-APOIO GERAL	1.884,37	Consultoria Pediatría	277.984,58
04-ATENÇÃO A SAUDE	R\$ 575.030,00	02-ADM	1.226,37	Consultoria Ortopédica	64.734,31
Consultoria Clínica	R\$ 271.574,00	03-APOIO SAUDE	81.848,23	00-RATEIO %	
Consultoria Pediatría	R\$ 233.820,00	04-ATENÇÃO A SAUDE	48.772,38	02-ADM	177.378,88
Consultoria Ortopédica	R\$ 69.636,00	Consultoria Clínica	32.222,88	03-APOIO SAUDE	102.061,28
Total Geral	R\$ 1.979.881,13	Consultoria Pediatría	14.811,71	Consultoria Clínica	70.630,12
		Consultoria Ortopédica	87,68	Consultoria Pediatría	21.736,38
		CUSTO FINAL R\$		Consultoria Ortopédica	169,20
		01-APOIO GERAL	277.246,88	03-APOIO SAUDE	1.131.938,80
		02-ADM	277.592,09	04-ATENÇÃO A SAUDE	523.964,26
		03-APOIO SAUDE	798.735,21	Consultoria Clínica	452.236,40
		04-ATENÇÃO A SAUDE	401.322,28	Consultoria Pediatría	308.809,31
		Consultoria Clínica	339.395,38	Consultoria Ortopédica	84.827,20
		Consultoria Pediatría	266.731,71		
		Consultoria Ortopédica	64.940,30	CUSTO FINAL R\$	
				03-APOIO SAUDE	1.131.938,80
				04-ATENÇÃO A SAUDE	523.964,26
				Consultoria Clínica	452.236,40
				Consultoria Pediatría	308.809,31
				Consultoria Ortopédica	84.827,20

INTECC Projeto : São José dos Campos

Dashboard | Financeiros | Contas à Rec. | Contas à Pag. | Balança

Cadastro | Financeiro | Contas à receber | Contas à pagar | Prestação de contas | Relatórios | GED | Escala | Custos por Atividade | Custos Procedimento

QUANTIDADE ATENDIMENTOS	
04-ATENÇÃO À SAÚDE	15.487
Consultórios Clínicos	10.787
Consultórios Pediátricos	4.700

CUSTO MÉDIO UNITÁRIO FINAL	
04-ATENÇÃO À SAÚDE	127,58
Consultórios Clínicos	115,64
Consultórios Pediátricos	140,71

CUSTO TOTAL FINAL	
04-ATENÇÃO À SAÚDE	1.975.881,13
Consultórios Clínicos	1.247.426,58
Consultórios Pediátricos	661.346,64

QTD - PROCEDIMENTOS		Mês de Referência
A - Consulta em Clínica Médica	RS	10.787,00
B - Consulta em Clínica em Pediatra	RS	4.700,00
C - Acolhimento com Classificação de Risco	RS	10.787,00
D - Acolhimento com Classificação de Risco Pediatra	RS	4.700,00
E - Atendimento em Enfermagem (procedimentos)	RS	25.756,00
F - Sutures, Drenagens, Curativos	RS	507,00
G - Eletrocardiografia	RS	908,00
H - Exames Laboratoriais	RS	2.631,00
I - Exames Radiológicos	RS	2.625,00
Total Geral	RS	63.401

CUSTO TOTAL POR PROCEDIMENTO		Mês de Referência
A - Consulta em Clínica Médica	RS	842.457,18
B - Consulta em Clínica em Pediatra	RS	367.065,72
C - Acolhimento com Classificação de Risco	RS	230.909,85
D - Acolhimento com Classificação de Risco Pediatra	RS	100.609,85
E - Atendimento em Enfermagem (procedimentos)	RS	148.930,88
F - Sutures, Drenagens, Curativos	RS	20.986,06
G - Eletrocardiografia	RS	33.200,72
H - Exames Laboratoriais	RS	153.762,86
I - Exames Radiológicos	RS	77.957,59
Total Geral	RS	1.975.881,12

CUSTO UNITÁRIO DIRETO POR PROCEDIMENTO		Mês de Referência
A - Consulta em Clínica Médica	RS	59,33
B - Consulta em Clínica em Pediatra	RS	59,33
C - Acolhimento com Classificação de Risco	RS	16,26
D - Acolhimento com Classificação de Risco Pediatra	RS	16,26
E - Atendimento em Enfermagem (procedimentos)	RS	4,39
F - Sutures, Drenagens, Curativos	RS	31,45
G - Eletrocardiografia	RS	27,78
H - Exames Laboratoriais	RS	44,40
I - Exames Radiológicos	RS	22,95
Total Geral	RS	23,88

CUSTO UNITÁRIO INDIRETO POR PROCEDIMENTO		Mês de Referência
A - Consulta em Clínica Médica	RS	18,77
B - Consulta em Clínica em Pediatra	RS	18,77
C - Acolhimento com Classificação de Risco	RS	5,14
D - Acolhimento com Classificação de Risco Pediatra	RS	5,14
E - Atendimento em Enfermagem (procedimentos)	RS	1,39
F - Sutures, Drenagens, Curativos	RS	9,95
G - Eletrocardiografia	RS	8,79
H - Exames Laboratoriais	RS	14,04
I - Exames Radiológicos	RS	7,14
Total Geral	RS	7,49

CUSTO TOTAL DIRETO POR PROCEDIMENTO		Mês de Referência
A - Consulta em Clínica Médica	RS	640.006,48
B - Consulta em Clínica em Pediatra	RS	278.857,00
C - Acolhimento com Classificação de Risco	RS	175.419,96
D - Acolhimento com Classificação de Risco Pediatra	RS	76.432,17
E - Atendimento em Enfermagem (procedimentos)	RS	113.141,18
F - Sutures, Drenagens, Curativos	RS	15.942,90
G - Eletrocardiografia	RS	25.222,26
H - Exames Laboratoriais	RS	116.611,99
I - Exames Radiológicos	RS	69.223,62
Total Geral	RS	1.501.057,35

CUSTO TOTAL INDIRETO POR PROCEDIMENTO		Mês de Referência
A - Consulta em Clínica Médica	RS	202.450,70
B - Consulta em Clínica em Pediatra	RS	88.209,73
C - Acolhimento com Classificação de Risco	RS	55.469,90
D - Acolhimento com Classificação de Risco Pediatra	RS	24.177,46
E - Atendimento em Enfermagem (procedimentos)	RS	35.789,50
F - Sutures, Drenagens, Curativos	RS	5.043,16
G - Eletrocardiografia	RS	7.978,46
H - Exames Laboratoriais	RS	36.960,67
I - Exames Radiológicos	RS	18.733,97
Total Geral	RS	474.823,97

CUSTOS		Mês de Referência
Direto	RS	1.561.697,36
A - Consulta em Clínica Médica	RS	445.123,00
Consultórios Clínicos	RS	445.123,00
B - Consulta em Clínica em Pediatra	RS	190.767,00
Consultórios Pediátricos	RS	190.767,00
C,D,E,F,G - Enfermagem em Geral	RS	758.650,42
Atendimento	RS	82.500,00
Enfermagem para risco	RS	477.969,17
Farmácia	RS	117.351,25
Lavanderia	RS	12.000,00
Remoção	RS	69.000,00
H - Exames Laboratoriais	RS	79.000,00
Laboratório	RS	79.000,00
I - Exames Radiológicos	RS	27.317,14
Raio X	RS	27.317,14
Indireto	RS	474.823,97
RATÍO PROCEDIMENTOS	RS	474.823,97
Administrativo	RS	55.029,44
Contas de Consumo	RS	35.300,00
Limpeza e Higienização	RS	87.000,00
Portaria	RS	77.000,00
Recepção	RS	24.944,13
Serviços SIND	RS	95.000,00
Tecnologia da Informação	RS	32.000,00
Manutenção	RS	68.500,00
Total Geral	RS	1.975.881,13

PROPORÇÃO DOS CUSTOS DIRETOS 76%
 PROPORÇÃO DOS CUSTOS INDIRETOS 24%

© INTECC 2013 - 2019

2.1.1.8.6. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente – NSP

O tema “Segurança do Paciente” vem sendo desenvolvido sistematicamente pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) desde sua criação, cooperando com a missão da Vigilância Sanitária de proteger a saúde da população e intervir nos riscos advindos do uso de produtos e dos serviços a ela sujeitos, por meio de práticas de vigilância, controle, regulação e monitoramento sobre os serviços de saúde e o uso das tecnologias disponíveis para o cuidado.

A partir de 2004, a ANVISA incorporou ao seu escopo de atuação, as ações previstas na Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, da Organização Mundial de Saúde (OMS), da qual o Brasil faz parte.

Desde então, a Agência vem intensificando suas atividades no campo de serviços de saúde em parceria com o Ministério da Saúde (MS), a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS/OMS) e demais entes do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).

Do mesmo modo, práticas de vigilância e monitoramento sobre o uso de sangue, saneantes, materiais, dispositivos, equipamentos e medicamentos, aliam-se à vigilância e controle de eventos adversos (EA), incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), em busca de uma atenção qualificada à saúde.

Em paralelo, ao redor do mundo, a gestão de riscos e a melhoria nos cuidados e na qualidade, passavam a ter esforços conjuntos dentro das organizações de saúde, perseguindo a segurança do paciente.

Assim, fortaleceram-se o cuidado ao paciente e as práticas de vigilância e monitoramento como componentes indissociáveis das discussões sobre o ambiente, as práticas e o uso das tecnologias em saúde, já historicamente presentes no contexto da Vigilância Sanitária.

Já, as normativas que tratam da prevenção e controle de EA relacionados à assistência à saúde, como as IRAS, e ações voltadas para a garantia da segurança no uso das tecnologias, como a instituição da vigilância pós-uso e pós-comercialização, dada pela Portaria MS nº 1660, de 22 de julho de 2009, tem sido instituídas e disseminadas no país.

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído no Brasil pela Portaria GM nº 529, de 1 de abril de 2013, as diretrizes de organização do modelo de assistência em Redes de Atenção e, ainda, a publicação da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), demonstram o comprometimento governamental com o tema.

Essas iniciativas contribuem para a qualificação dos processos de cuidado e da prestação desses serviços em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, promovendo maior segurança para pacientes, profissionais de saúde e ambiente de assistência à saúde.

Conferindo institucionalidade e responsabilização para se obter a segurança do paciente, faz-se necessário, no âmbito dos estabelecimentos de saúde, que se organizem e se efetivem o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), com a atribuição de elaborar o Plano de Segurança do Paciente (PSP) nos termos definidos pelo PNSP, demonstrando assim, o compromisso e planejamento institucional dos ambientes de cuidado em sistematizar as práticas que podem incorrer em maiores riscos aos pacientes.

Neste contexto, é de grande valia o conhecimento sobre ferramentas de gestão de risco, protocolos de segurança e demais instrumentos que favorecem a incorporação de indicadores e promovem a cultura da segurança do paciente.

Entre as regulamentações criadas pela Anvisa no tema, merece destaque a publicação da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 25 de julho de 2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde. A RDC estabelece a obrigatoriedade de implantação do NSP em serviços de saúde.

O desenvolvimento das ações e das estratégias previstas no PNSP cabe ao NSP, o qual desempenha papel fundamental em todo processo de implantação do PSP.

Ainda em 2013, foi publicada a RDC nº 53, de 14 de novembro de 2013, que alterou o artigo 12 da RDC nº 36/2013, prorrogando os prazos para a estruturação dos NSP, elaboração do PSP e notificação mensal dos EA, contados a partir da data da publicação da norma.

Recentemente foi disponibilizado pela Anvisa, o Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente, cujo objetivo é identificar e minimizar riscos, corroborando com a prevenção de danos ao paciente em serviços de saúde.

O Plano reforça, especialmente, a importância da vigilância, monitoramento e investigação dos incidentes relacionados à assistência à saúde pelos NSP dos serviços de saúde.

Esta publicação tem como objetivos disponibilizar informações para a constituição do NSP, de forma a atender ao Art. 5º da RDC nº 36/2013 e instrumentalizar a equipe do Núcleo na operacionalização de ações e estratégias para a promoção da segurança do paciente previstas na norma, além de orientar a vigilância e o monitoramento de incidentes relacionados à assistência à saúde, incluindo os EA.

A ANVISA espera com esta publicação proporcionar aos gestores, educadores, profissionais de saúde e profissionais do SNVS, uma síntese dos passos necessários para o processo de implantação do NSP, contribuindo para a minimização de riscos, a incorporação das práticas de segurança do paciente e a melhoria da qualidade do cuidado prestado nos serviços de saúde do país.

➤ **Introdução**

Entende-se por Segurança do Paciente a “redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde”.

Tais eventos causam prejuízos ao paciente, familiares e a todo sistema de saúde e ocorrem devido às falhas decorrentes de processos ou estruturas da assistência.

A prática insegura ainda tende a persistir nos processos assistenciais e administrativos dos estabelecimentos de saúde em todo o mundo.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que danos à saúde ocorram em dezenas de milhares de pessoas todos os anos no mundo.

Dados do Instituto de Medicina (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA) indicam que erros associados à assistência à saúde causam entre 44.000 e 98.000 disfunções a cada ano nos hospitais dos EUA.

Estudo realizado em 2013 com o objetivo de atualizar esses números demonstrou que a estimativa de mortes prematuras associadas a danos evitáveis decorrentes ao cuidado hospitalar estaria entre 210.000 e 400.000 americanos por ano.

Estudos recentes mostram que a incidência de Eventos Adversos (EA) no Brasil é alta.

A ocorrência deste tipo de incidente no país é de 7,6%, dos quais 66% são considerados evitáveis.

Diversos países no mundo têm o seu sistema de vigilância sobre as tecnologias em saúde com o propósito de melhorar a saúde e a segurança dos pacientes e usuários, por meio da redução da possibilidade de ocorrências de EA, das recorrências desses eventos em vários lugares ou momento.

Para tanto, além de promoverem práticas seguras de cuidado, estimulam no âmbito do monitoramento e da regulação, que usuários e fabricantes informem prontamente às autoridades em saúde, os danos e agravos decorrentes da utilização das tecnologias e, em decorrência das informações obtidas, procedam à avaliação dos incidentes notificados e, quando apropriado, à comunicação dos riscos, visando à prevenção de reincidências de eventos.

No Brasil, ações da vigilância sanitária para o uso seguro de tecnologias em saúde, para práticas seguras de cuidado vêm sendo normatizadas há algumas décadas, necessitando de esforços de integração e articulação dessas ações para o propósito de aumentar a segurança no sistema de saúde.

Com o propósito de ampliar as ações de segurança e qualidade em serviços de saúde a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 63, de 28 de novembro de 2011, que dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento (BPF) para os serviços de saúde, definindo padrões mínimos para o funcionamento destes serviços, fundamentados na qualificação, na humanização da atenção e gestão e na redução e controle de

riscos aos usuários e meio ambiente.

Em abril de 2013, foi lançado o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), pelo Ministério da Saúde (MS), por meio da publicação da Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013.

Um dos objetivos da Portaria, envolve a promoção e apoio à implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente, por meio dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) dos serviços de saúde.

O PNSP visa, especialmente, prevenir, monitorar e reduzir a incidência de EA nos atendimentos prestados, promovendo melhorias relacionadas à segurança do paciente e a qualidade em serviços de saúde do país.

Cabe ressaltar que EA é o “incidente que resulta em dano à saúde”.

Ainda em 2013, com a finalidade de apoiar as medidas do PNSP, a Anvisa publicou a RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, destacando a obrigatoriedade de constituição de NSP nos serviços de saúde.

Na sequência, foram publicados pelo MS, Anvisa e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), seis protocolos básicos de segurança do paciente: prática de higiene das mãos; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; identificação dos pacientes; prevenção de quedas e úlceras (lesões) por pressão e cirurgia segura.

Na busca do fortalecimento da vigilância e do monitoramento dos incidentes relacionados à assistência à saúde, a ANVISA disponibilizou em 2015, o Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente.

O objetivo deste Plano é identificar e minimizar riscos, visando à prevenção de danos aos pacientes em serviços de saúde.

Esse conjunto de regulamentações nacionais e de ações das práticas de vigilância sanitária tendem a reforçar o importante papel do NSP como instância promotora de prevenção, controle e mitigação de incidentes, em especial de EA danosos ao paciente nos serviços de saúde.

➤ **O que é o Núcleo de Segurança do Paciente – NSP?**

Segundo a RDC nº 36/2013, o NSP é “a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente”, consistindo em um componente extremamente importante na busca pela qualidade das atividades desenvolvidas nos serviços de saúde.

Um dos objetivos específicos do PNSP é promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de NSP nos estabelecimentos de saúde.

É função primordial do NSP a integração das diferentes instâncias que traba-

lham com riscos na instituição, considerando o paciente como sujeito e objeto final do cuidado em saúde.

Isto é, o paciente necessita estar seguro, independente do processo de cuidado a que ele está submetido.

Ainda, consiste em tarefa do NSP, promover a articulação dos processos de trabalho e das informações que impactem nos riscos ao paciente.

➤ **Quem Deve Instituir o NSP?**

O NSP deve ser estruturado nos serviços de saúde públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa.

Dessa forma, não apenas os hospitais, mas também as clínicas, os pronto atendimentos, pronto socorros e serviços especializados de diagnóstico e tratamento devem possuir NSP como, por exemplo, serviços de diálise, serviços de endoscopia, serviços de radiodiagnóstico, serviços de medicina nuclear, serviços de radioterapia, entre outros.

Os consultórios individualizados, os laboratórios clínicos, os serviços móveis e os de atenção domiciliar estão excluídos do escopo da Norma 7.

Também se encontram excluídos do escopo da RDC nº 36/20137, os serviços de interesse a saúde, tais como, instituições de longa permanência de idosos e aquelas que prestam serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.

Cabe destacar que os incidentes relacionados à assistência, incluindo os EA, podem ocorrer em todos os serviços de saúde, e mesmo aquele que não são obrigados a seguir as determinações da RDC nº 36/20137, envolvendo a estruturação de um NSP, podem instituir ações voltadas à segurança do paciente.

Dentro do serviço de saúde, a direção é a responsável pela nomeação e composição do NSP, conferindo aos seus membros, autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente (PSP).

A conformação do NSP deve estar de acordo com o tipo e a complexidade do serviço.

Em unidades de Atenção Básica de uma mesma região de saúde, por exemplo, o NSP pode ser único ou compartilhado entre várias unidades, conforme definição do gestor local, de acordo com o artigo 4º, parágrafo 2, da RDC nº 36/20137.

Tendo em vista o caráter estratégico da segurança do paciente, é aconselhável que os NSP's hospitalares, estejam vinculados diretamente à direção e que tenham uma agenda periódica com setores assistenciais (direção técnica assistencial, de enfermagem e farmacêutica) e não assistenciais (engenharia hospitalar, compras, serviço de higiene e limpeza, hotelaria).

➤ **Por Que Instituir o NSP?**

O NSP deve ser instituído nos serviços de saúde com o intuito de ser uma instância responsável por apoiar a direção do serviço na condução das ações de melhoria da qualidade e da segurança do paciente.

O NSP deve adotar os seguintes princípios e diretrizes:

- ✓ a melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias;
- ✓ a disseminação sistemática da cultura de segurança;
- ✓ a articulação e a integração dos processos de gestão de risco; e,
- ✓ a garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde dentro de seu âmbito de atuação.

O funcionamento do NSP nos serviços abrangidos por essa RDC é compulsório, cabendo aos órgãos de vigilância sanitária local (municipal, distrital ou estadual) a fiscalização do cumprimento dos regulamentos sanitários que estiverem vigentes.

Segundo o artigo 13 da RDC nº 36/20137, a não estruturação do NSP constitui-se em uma infração sanitária, e nos termos da Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, sem prejuízo das responsabilidades civil, administrativa e penal cabíveis.

➤ **Como Deve Ser Constituído o NSP?**

O NSP deve ser constituído por uma equipe multiprofissional, minimamente composta por médico, farmacêutico e enfermeiro e capacitada em conceitos de melhoria da qualidade, segurança do paciente e em ferramentas de gerenciamento de riscos em serviços de saúde.

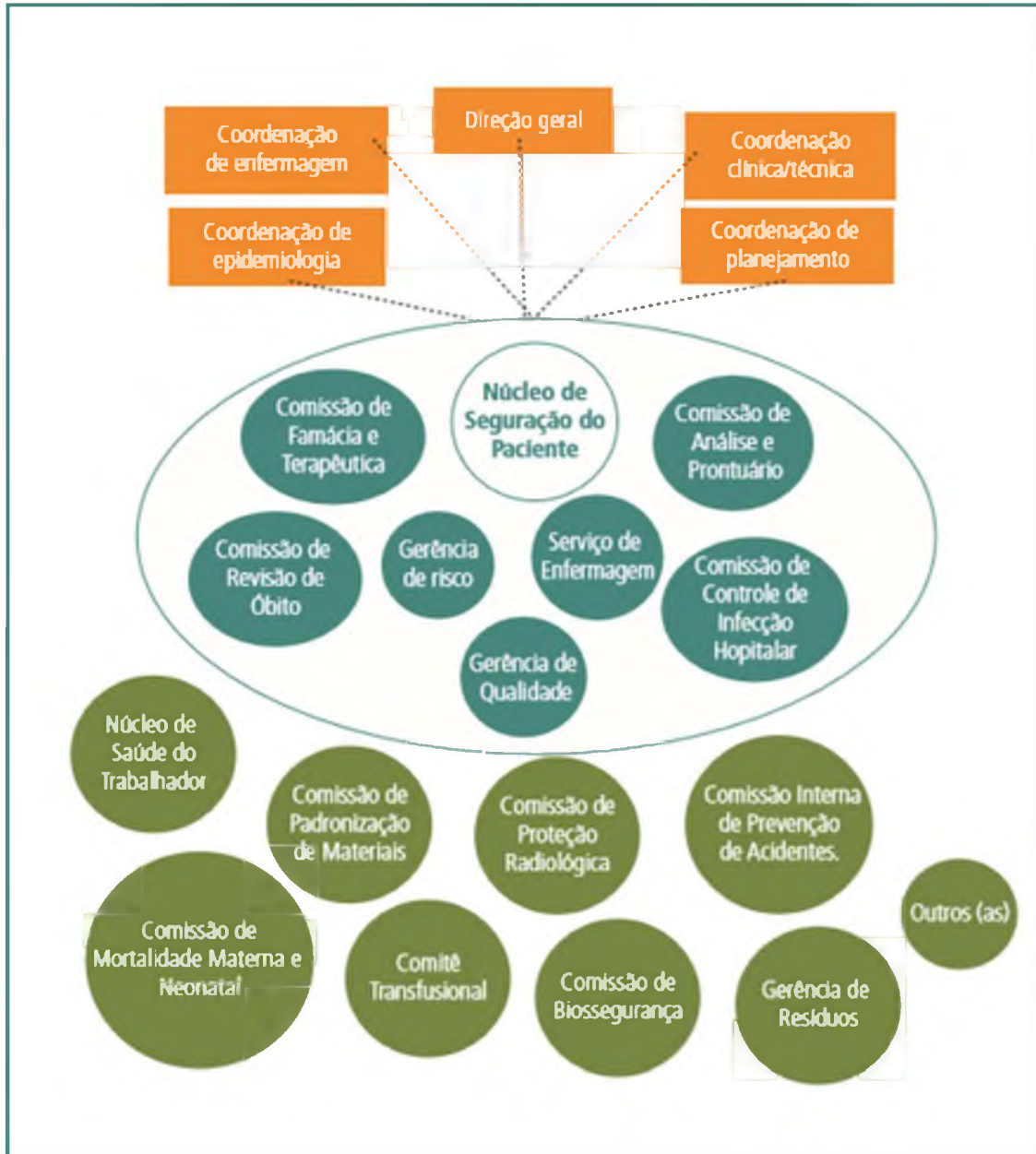
Preferencialmente, o NSP deve ser composto por membros da organização que conheçam bem os processos de trabalho e que tenham perfil de liderança.

Como a composição do NSP pode variar de instituição para instituição, dado seu caráter articulador, é interessante que o NSP tenha representantes ou trabalhe com profissionais vinculados às áreas de controle de infecção, gerência de risco, qualidade, farmácia hospitalar e serviço de enfermagem, entre outros.

Cabe ressaltar, ainda, que outras instâncias existentes dentro dos serviços de saúde, relacionadas à segurança do paciente, podem atuar como membros consultivos do NSP, tais como:

- ✓ Núcleo de Saúde do Trabalhador;
- ✓ Gerência de Resíduos;
- ✓ Comissão de Biossegurança;
- ✓ Comissão de Padronização de Medicamentos Materiais e Equipamentos;
- ✓ Comitê de Proteção Radiológica;
- ✓ Comissão de Mortalidade Materna e Neonatal;
- ✓ Comitê Transfusional;
- ✓ Comissão Interna de Prevenção de Acidentes; entre outras.

MODELO DE COMPOSIÇÃO DO NSP EM SERVIÇO DE SAÚDE



Legenda: Azul: composição do NSP; Verde: instâncias consultivas.

O coordenador do NSP deve ser um profissional vinculado à instituição, com disponibilidade de tempo contínuo e com experiência em qualidade e segurança do paciente, contando com boa aceitação pela equipe multiprofissional.

Não há proibição legal ou técnica para que as atribuições do NSP sejam incorporadas por outras comissões já existentes.

Essas atribuições devem estar formalmente descritas em regimento interno da comissão ou publicadas em Diário Oficial, sendo esta última opção aplicada apenas aos serviços públicos.

➤ **Como implantar o Núcleo de Segurança do Paciente?**

As seguintes etapas podem ser previstas para a implantação do NSP:

1. Decisão; e,
2. Planejamento e Preparação.

Etapa 1: Decisão

A decisão da autoridade máxima do serviço de saúde pela qualidade e segurança do paciente é a etapa primordial para que ocorra o processo de implantação do NSP. Esta disposição é de suma importância para o alcance dos objetivos do PNSP, uma vez que todas as etapas para implantação, manutenção e melhoria contínua do plano, dependem do empenho e do comprometimento da alta direção da instituição. Os gestores da instituição devem estar empenhados na melhoria dos processos, no aumento do nível de satisfação dos pacientes, na definição e no compartilhamento de responsabilidades, nos processos de capacitação e desenvolvimento de competências dos profissionais envolvidos. Devem estar cientes dos benefícios decorrentes do desenvolvimento de estratégias e ações para a qualidade e segurança do paciente, fornecendo evidências de seu comprometimento com a implantação do PNSP, bem como ter noção dos custos associados ao processo. O envolvimento da autoridade máxima pode ser expresso por meio de comunicação formal e divulgação local da constituição do NSP e do PNSP, a fim de facilitar a compreensão destes por toda equipe multiprofissional do serviço de saúde. Assim, a formalização local do NSP significa comprometimento da alta direção com a segurança em todos os níveis, do operacional às lideranças. Cabe ressaltar que o NSP atua como locus estratégico da segurança do paciente e sua implantação implica ações a partir de uma agenda específica, sempre em articulação com as outras instâncias e com papel catalisador para disseminação da cultura de segurança. Lembrar-se:

1. São importantes o empenho e o comprometimento da alta direção da instituição.
2. A formalização, a comunicação formal e a intensa divulgação local da constituição do NSP são os primeiros passos para o comprometimento da alta direção com a segurança do paciente.
3. O envolvimento da autoridade máxima pode ser expresso por meio do engajamento real com os objetivos do PNSP e o quanto a agenda do NSP é assumida pela liderança e executada na instituição.

Etapa 2: Planejamento e Preparação

O Planejamento e Preparação é parte crucial de uma implantação exitosa do NSP. A seguir são descritos itens necessários para o desenvolvimento desta etapa:

- ✓ Aspectos Administrativos. Nesta etapa a direção da instituição deverá nomear o NSP, por meio de documento de nomeação (Portaria, Ato e outros), indicando os integrantes e incluindo um profissional responsável pelo NSP com participação nas instâncias deliberativas do serviço de saúde (Coordenador). No documento de nomeação deverá estar explícito que a

autoridade máxima do serviço de saúde confere, aos componentes do NSP, autoridade, responsabilidade e poder para executar a implantação e o desenvolvimento das ações do PNSP. O Coordenador do NSP é o principal contato da instituição com a equipe do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).

- ✓ Aspectos Técnicos. A equipe do NSP deve ter representatividade e articulação, dentro do serviço de saúde, a depender do escopo de ações/perfil assistencial desenvolvido pelo serviço. Reuniões do NSP são necessárias para discutir as ações e estratégias para o PNSP e devem estar devidamente documentadas (atas, memórias, lista de presença e outros). Outros profissionais devem ser identificados e envolvidos, tais como, gerentes, chefes de unidades e profissionais respeitados e influentes ou que se destacam em uma determinada área, e que podem envolver outros profissionais no tema Segurança do Paciente. A realização de reuniões regulares do NSP com as demais instâncias que gerenciam aspectos da qualidade e da segurança do paciente, reguladas por legislação específica e representadas ou não no NSP, tais como, a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Comissão de Análise e Revisão de Prontuário (CARP), Comissão de Verificação de Óbitos (CVO), Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), Comissão de Padronização de Medicamentos, Materiais e Equipamentos (CPMME), Comissão de Gerenciamento de Risco (CGR), Núcleo de Saúde do Trabalhador, entre outras, é crucial para o cumprimento das atribuições do NSP. O envolvimento do NSP com os usuários dos serviços de saúde também é esperado e as ações para tal devem estar indicadas no PNSP.
- ✓ Aspectos Relacionados à Formação dos Membros do NSP. A capacitação dos profissionais que compõem o NSP deverá ocorrer durante o período da jornada de trabalho, necessitando constar a comprovação em documento comprobatório com data, carga horária, conteúdo programático, nome e formação do instrutor e nome e assinatura dos profissionais capacitados. Os seguintes assuntos devem estar contemplados no conteúdo programático, pelo menos:
 - Qualidade e Segurança do Paciente;
 - Regulamentações sobre Qualidade e Segurança do Paciente;
 - Princípios Básicos em Segurança do Paciente;
 - Tipos de EA Relacionados à Assistência à Saúde;
 - Protocolos de Segurança do Paciente;
 - Indicadores de Segurança do Paciente;
 - Estratégias para a Melhoria da Qualidade e Segurança;
 - Cultura de Segurança;
 - Núcleo de Segurança do Paciente;

- Plano de Segurança do Paciente;
 - Gestão de Riscos;
 - Sistema de Notificação de Incidentes;
 - Investigação do incidente;
 - Análise de Causa-raiz; e,
 - Análises dos Modos de Falha (FMEA).
- ✓ Aspectos Logísticos. De acordo com o Art. 5º da RDC nº 36/20137, a direção do serviço de saúde deve disponibilizar, para o funcionamento sistemático e contínuo do NSP, recursos humanos, financeiros, equipamentos, insumos e materiais. Aspectos logísticos, tais como, a previsão de materiais e equipamentos de escritório (papel, caneta, grampeador, computador, impressora, telefone, fax e outros) e produtos e equipamentos para a saúde (sistema de código de barras, pulseira de identificação, oxímetros, sistema de dose única e outros) devem ser previstos, conjuntamente, pela direção e pelo NSP. Diversas formas e métodos de comunicação com os integrantes do NSP e divulgação do PNSP devem ser estabelecidas, tais como, comunicação verbal, eletrônica, boletim informativo, uso de cartazes, lembretes e outras. O PNSP deve conter informação técnica pertinente, lista de atividades a serem desenvolvidas com estabelecimento de responsabilidades, protocolos, disponibilização de ferramentas de coleta de dados, e orientações para notificação de incidentes, conforme descrito adiante.

Lembre-se: a elaboração de uma agenda de reunião do NSP com representantes de demais instâncias do serviço de saúde é passo crucial para a implantação do NSP. O NSP deve determinar a melhor forma de comunicação com os seus integrantes e de divulgação do PNSP.

➤ **Sistema Gerencial do Núcleo de Segurança do Paciente**

As notificações podem ajudar a identificar perigos e riscos e fornecer informações sobre as falhas do sistema, o que pode contribuir para os esforços de melhoria e de mudanças, procurando reduzir a probabilidade de danos a futuros pacientes.

- ✓ Notificações para incidentes;
- ✓ Notificação de mau funcionamento de equipamentos; e,
- ✓ Notificação de falhas de processo ou outros riscos.

Um sistema de notificação refere-se aos processos e tecnologias envolvidos na aprendizagem, padronização, formatação, comunicação, retroalimentação, análise, resposta e disseminação de lições aprendidas a partir de eventos notificados.

O objetivo principal dos sistemas de notificação de segurança do paciente é aprender com a experiência.

É a resposta às notificações que conduzem a mudanças dentro da unidade de saúde.

Se a oportunidade de generalizar o problema é perdida, a oportunidade de desenvolver soluções mais poderosas é desperdiçada.

Em contrapartida, se o evento é notificado e os resultados da investigação são inseridos em um banco de dados, o evento pode ser agregado com incidentes semelhantes para elucidar as causas subjacentes comuns.

Assim, dentro de uma instituição de saúde, a notificação de um incidente grave deve desencadear uma investigação aprofundada para identificar as falhas sistêmicas subjacentes para subsidiar a adoção de medidas corretivas com o objetivo de prevenir a recorrência.

A justificativa e os principais benefícios alcançados por meio da implantação de um sistema nacional de notificação de incidentes são:

- ✓ A identificação de eventos que são de baixa frequência no nível da organização, mas por meio da agregação com eventos de outras organizações pode permitir o reconhecimento precoce de riscos previamente desconhecidos;
- ✓ A possibilidade de identificar fatores contribuintes comuns, por meio da análise de muitos eventos ocorridos em locais distintos; e,
- ✓ A análise centralizada permite a divulgação de experiências organizacionais individuais e de melhores práticas.

➤ **Implantação de Impressoras Especiais Para Confecção de Pulseiras de Identificação do Paciente na Classificação de Risco**

Uma melhor compreensão dos danos e os respectivos fatores contribuintes podem orientar os esforços de prevenção.

Sob essa ótica implantaremos as pulseiras de identificação do paciente na Classificação de Risco, utilizando tecnologia própria para isso.

Com esta nova tecnologia, todos os pacientes que derem entrada na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, após sua Classificação de Risco, receberão essa pulseira de identificação em seu pulso direito.

Além de ser um grande avanço para a UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, representa ainda mais segurança para o paciente e mais facilidade para os profissionais o identificarem.

Na pulseira constará o nome completo do paciente, sua data de nascimento, nome completo da mãe, horário e data de entrada.

Outra identificação do paciente na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, será a placa no leito do paciente, que também será totalmente padronizada pelo sistema de informação que utilizamos, buscando dar mais qualidade e segurança para os processos do NSP.



- **Principais Atividades do Núcleo de Segurança do Paciente – NSP**
De acordo com a RDC nº 36/2013, as competências do NSP são descritas a seguir:
- ✓ Implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores.
 - ✓ Os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente do MS correspondem às metas internacionais de segurança do paciente: são instrumentos baseados em evidências científicas e podem contribuir fortemente para tornar o processo de cuidado mais seguro por meio da utilização dos fluxos, procedimentos e indicadores propostos para cada processo. Para subsidiar os profissionais do NSP, foram disponibilizados os protocolos que abordam os seguintes temas: higiene das mãos, cirurgia segura, prevenção de úlcera (lesão) por pressão, identificação do paciente, prevenção de quedas e prescrição, segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.
 - ✓ Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde: o processo de elaboração e desenvolvimento das ações e atividades do NSP necessita ser conduzido de forma participativa, com envolvimento da direção, de profissionais da assistência, do ambiente e da administração.
 - ✓ Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o PSP: a elaboração do plano deve observar o que está descrito na RDC 36/20137 e as evidências científicas que corroboram as práticas de segurança e informações

existentes da própria instituição sobre riscos e perigos. O NSP deve promover a gestão de riscos e definir ações e estratégias no PNSP, envolvendo as áreas de maior risco nos serviços de saúde.

- ✓ Toda e qualquer alteração deve ser divulgada no serviço de saúde, conforme orientação abaixo: pequenas alterações no plano devem ser sinalizadas e amplamente divulgadas.
- ✓ A atualização periódica do instrumento deve ser realizada sempre que: existir risco iminente de problemas envolvendo novas tecnologias; houver uma drástica alteração na realização de procedimentos e processos.
- ✓ Promover ações para a gestão do risco no serviço de saúde: trabalhar na prevenção, detecção precoce e mitigação de EA com ênfase na prevenção de eventos que nunca devem ocorrer em serviços de saúde, ou seja, Never Events (consultar Anexo I - Lista de Never Events que podem ser notificados no Notivisa). Tais eventos não devem ocorrer devido à sua gravidade e pela existência de inúmeras evidências quanto à sua viabilidade.
- ✓ Fazer uso de ferramentas de gestão de risco para avaliação dos fatores contribuintes e das causas associadas à ocorrência de EA: a metodologia de identificação do risco pode ser prospectiva (sem necessariamente ter ocorrido algum incidente), em tempo real (quando se identifica o risco durante o processo de trabalho que pode causar dano) ou retrospectiva (depois que ocorreu algum incidente).
- ✓ Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados, incluindo aqueles envolvidos na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos e propor ações preventivas e corretivas: conhecer o processo de cuidado de forma a permitir a identificação de pontos críticos e o redesenho desses processos, objetivando a prevenção, ou a detecção precoce ou a mitigação de erros. Exemplificando, um ponto crítico bem conhecido é o controle de medicamentos de alta vigilância. Novos problemas derivados da realidade local podem surgir (por incorporação de uma nova tecnologia) e o NSP deve estar preparado para tal.
- ✓ Acompanhar as ações vinculadas ao PNSP: caberá ao NSP realizar o monitoramento das ações instituídas no plano, bem como dos indicadores sugeridos nos protocolos (indicadores de processo e de resultado).
- ✓ Estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde: o modelo do queijo suíço (Figura 1) mostra a abordagem sistêmica da ocorrência de EA. Quando não há camadas (barreiras), os buracos do queijo se comunicam. O vetor representa que o perigo não encontrou barreira e chegou ao paciente. As barreiras que impedem que o perigo se torne EA podem ser: profissionais capacitados, uso de protocolos de segurança do paciente e dose unitária de medicamentos, entre outros.

- ✓ Desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde: o NSP deve difundir conhecimentos sobre o tema, capacitando, periodicamente, profissionais que atuam nos serviços de saúde em ferramentas da qualidade e segurança do paciente.
- ✓ Analisar e avaliar os dados sobre incidentes decorrentes da prestação do serviço de saúde: a notificação ao SNVS pelo NSP foi a forma encontrada pelo PNSP para a captação de informações sobre a ocorrência de incidentes relacionados à assistência à saúde no país. No entanto, ressalta-se que uma única fonte de monitoramento e avaliação não é aconselhável. O sistema de informação não é um fim em si mesmo. São necessários mecanismos de captação de informação, como busca ativa em prontuários, walkrounds, auditoria da qualidade e outras. A adoção de um ou mais desses mecanismos deve ser compatível com a infraestrutura e o amadurecimento institucional sobre o tema.
- ✓ Compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes relacionados à assistência à saúde decorrentes da prestação do serviço de saúde: o NSP deve promover o retorno de informações à direção e aos profissionais de saúde, estimulando a continuidade da notificação e dos outros mecanismos de captação de informação. Essas informações devem ser discutidas no âmbito das equipes de saúde e instâncias de gestão (alta direção, corpo clínico e comissões), servindo ao redesenho de processos de cuidado, à identificação de necessidades de intervenção e ao aprendizado coletivo.
- ✓ Notificar ao SNVS os EA decorrentes da prestação do serviço de saúde: em um local de aprendizado coletivo, os profissionais são estimulados a notificar os incidentes relacionados à assistência à saúde sem ameaça e punição, criando um ambiente onde riscos, falhas e danos podem ser facilmente reportados.
- ✓ O registro das notificações deve ser feito por meio do Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (Notivisa) e os links para notificação estão disponibilizados no Portal da Anvisa www.anvisa.gov.br e Hotsite Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente>.
- ✓ Manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de EA: se o serviço de saúde não detectar nenhum EA durante o período de notificação, o NSP deverá arquivar como ocorrência relativa àquele mês, ausência de EA naquele estabelecimento; neste caso, não há necessidade de notificação negativa ao SNVS.
- ✓ Em caso de denúncia, inspeção sanitária ou outro tipo de atuação regulatória, o serviço será responsabilizado, de acordo com a legislação sa-

nitária vigente.

- ✓ Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

MODELO DO QUEIJO SUÍÇO DE ACIDENTES ORGANIZACIONAIS DE JAMES REASON

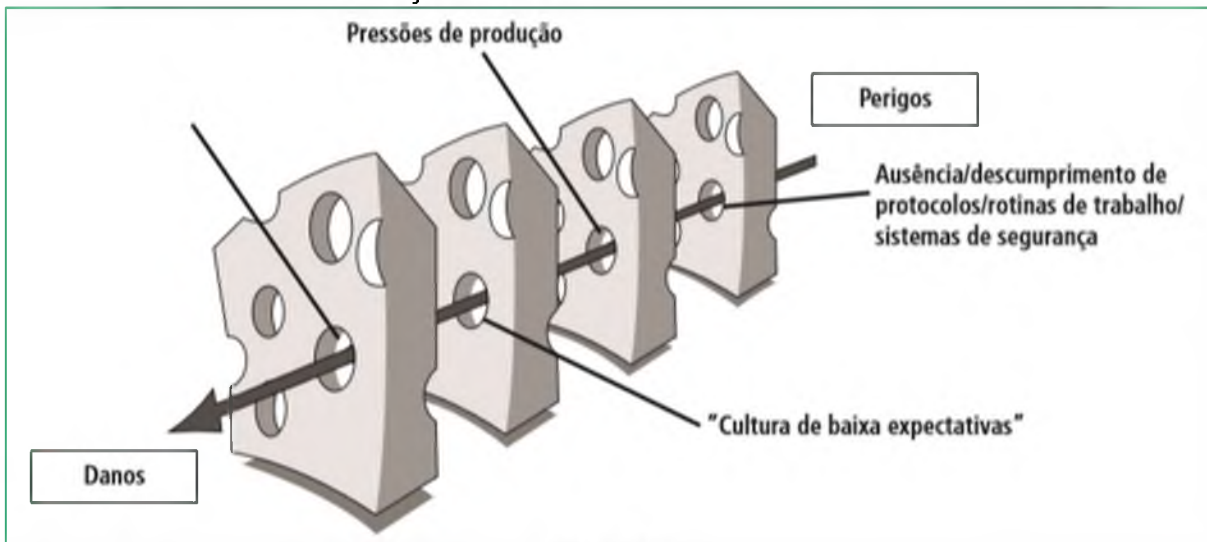


Figura 1

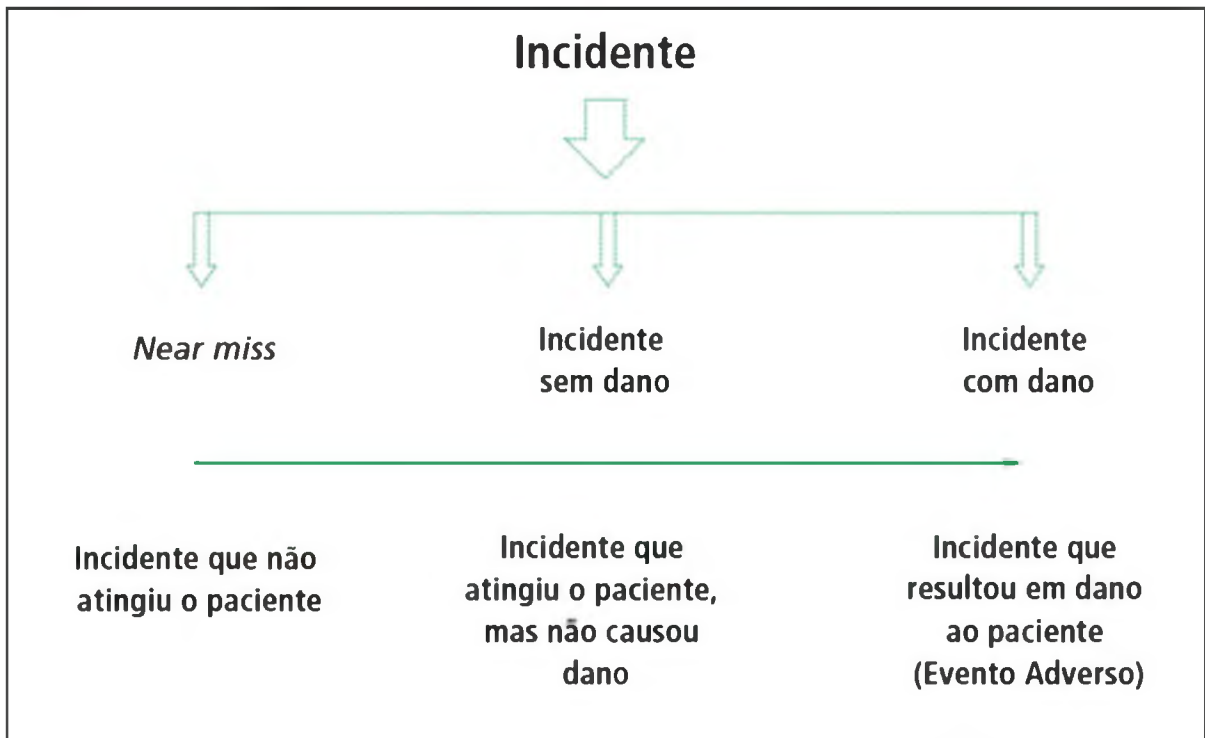
ELABORAÇÃO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE COM BASE NA METODOLOGIA 5W2H

QUESTÕES	PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE
O quê?	O que será feito? Quais as ações a serem desenvolvidas?
Quem?	Quem será o responsável pela implantação e condução das ações?
Por quê?	Por que será feito? Qual a justificativa e qual o resultado esperado?
Onde?	Onde será feito? Onde a ação será desenvolvida? Qual a abrangência?
Quando?	Quando será feito? Qual o prazo, as datas para início e término?
Como?	Como será feito? Como a ação será implementada? Qual o passo a passo? Qual a metodologia a ser utilizada?
Quanto?	Quanto custará? Análise do investimento a ser realizado (não se restringe a investimento financeiro)

FLUXO PARA O CADASTRAMENTO DO SERVIÇO DE SAÚDE

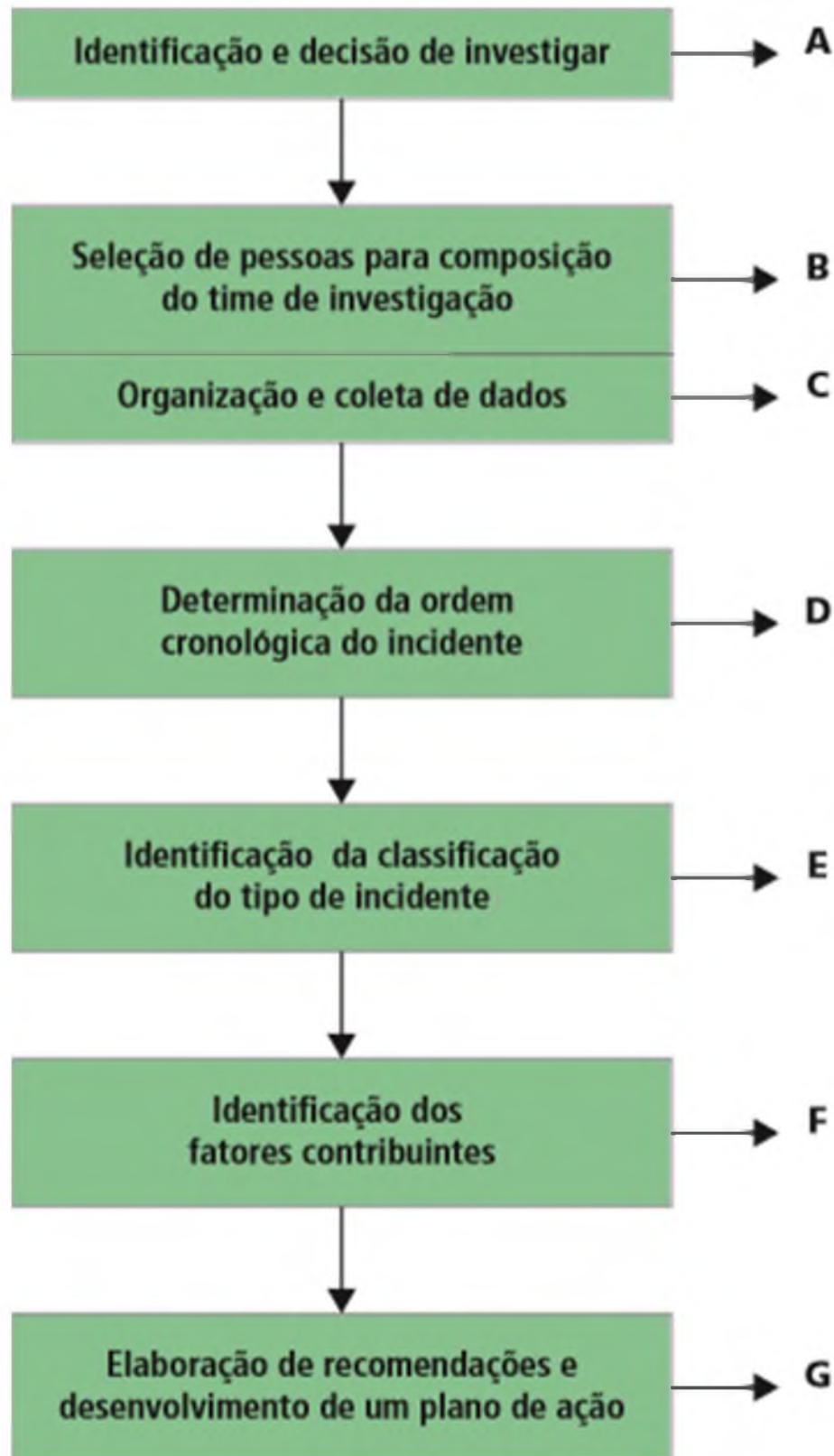


INCIDENTES RELACIONADOS A ASSISTÊNCIA À SAÚDE

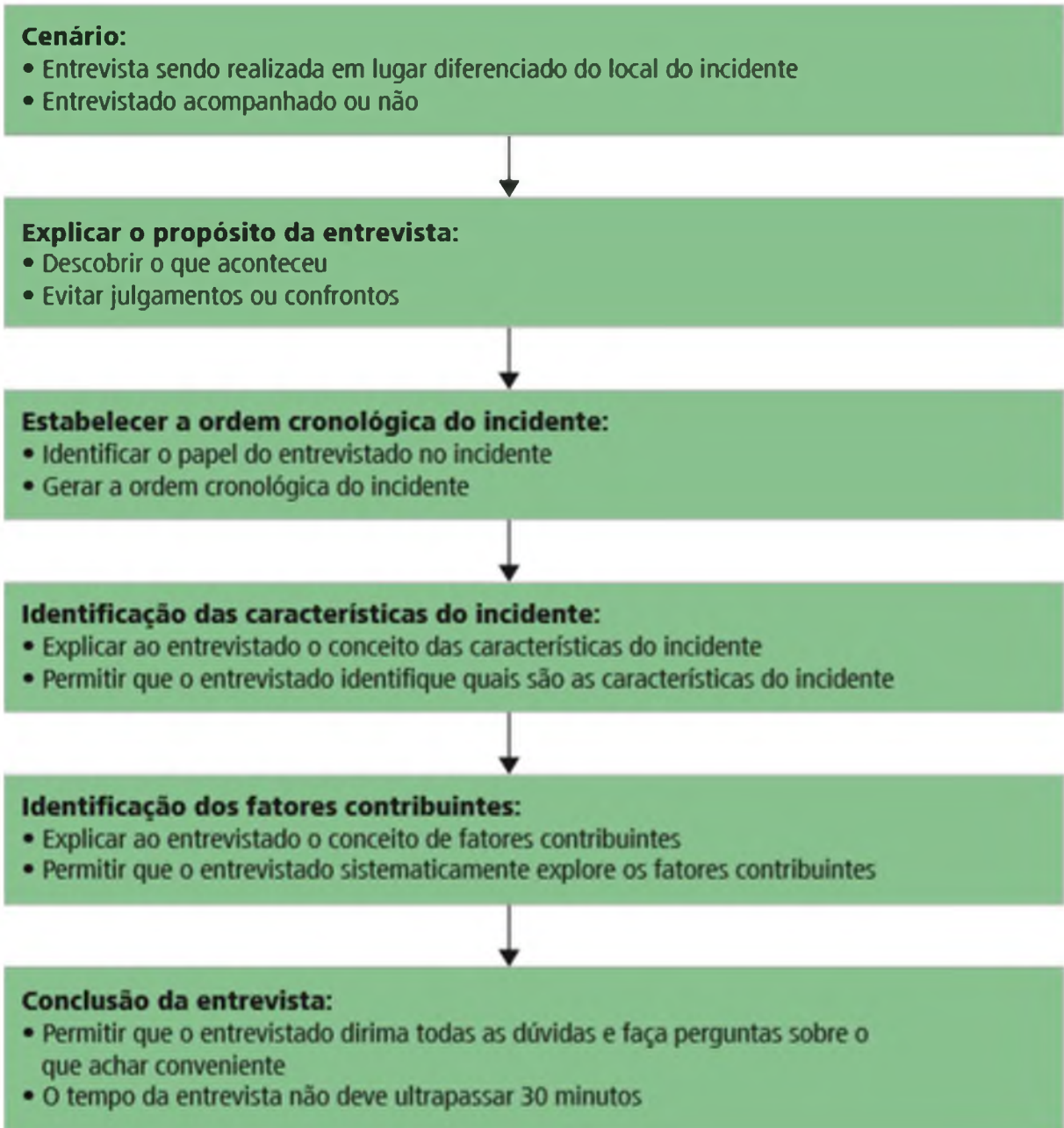


Tipos de Fatores	Fatores contribuintes	Exemplos de problemas que contribuem para os erros
Institucional	Econômico e regulatório Gestão de serviço local	Políticas inconsistentes Problemas financeiros
Organização e gestão	Estrutura organizacional Políticas de metas e padronizações Cultura de segurança e prioridades	Falta de sensibilização para as questões de segurança por parte da alta direção
Ambiente de trabalho	Quantidade de funcionários e capacitação Disponibilidade de manutenção de equipamentos Suporte administrativo e gerencial	Alta carga de trabalho Dificuldade de obtenção de equipamento essencial Redução de tempo dedicado ao paciente
Equipe	Comunicação verbal e escrita Estrutura da equipe (consistência e liderança) Supervisão e coordenação	Má comunicação entre os profissionais Falta de supervisão
Individuais	Conhecimentos e habilidades Motivação e atitude Saúde física e mental	Falta de conhecimento ou experiência Fadiga e estresse
Atividade	Desenho do serviço e clareza da estrutura Disponibilidade e uso de protocolos Disponibilidade e acurácia dos exames diagnósticos	Indisponibilidade de resultados de exames ou demora em sua obtenção Falta de protocolos e diretrizes claras
Paciente	Condição clínica Linguagem e comunicação Personalidade e fatores sociais	Paciente estressado Barreiras de linguagem Problemas de comunicação

FLUXOGRAMA PARA A INVESTIGAÇÃO DE INCIDENTES E ANÁLISE DE PROCESSOS



FLUXOGRAMA PARA REALIZAÇÃO DE ENTREVISTA



O fluxograma mostra um quadro com a movimentação das pessoas, materiais, documentos ou informações dentro do processo.

Na determinação da sequência dos eventos, é útil desenvolver um fluxograma separado que ilustre a sequência dos eventos:

- ✓ documentados segundo normas e procedimentos;
- ✓ que aconteceram durante o incidente; e,
- ✓ que ocorreram após o evento.

LINHA DO TEMPO

A linha do tempo mostra o monitoramento do incidente, incluindo EA, e permite que os investigadores descubram qualquer parte do processo onde o problema possa ter ocorrido. Essa abordagem é útil especialmente quando todo o grupo está trabalhando em conjunto para gerar a ordem cronológica. Exemplo:

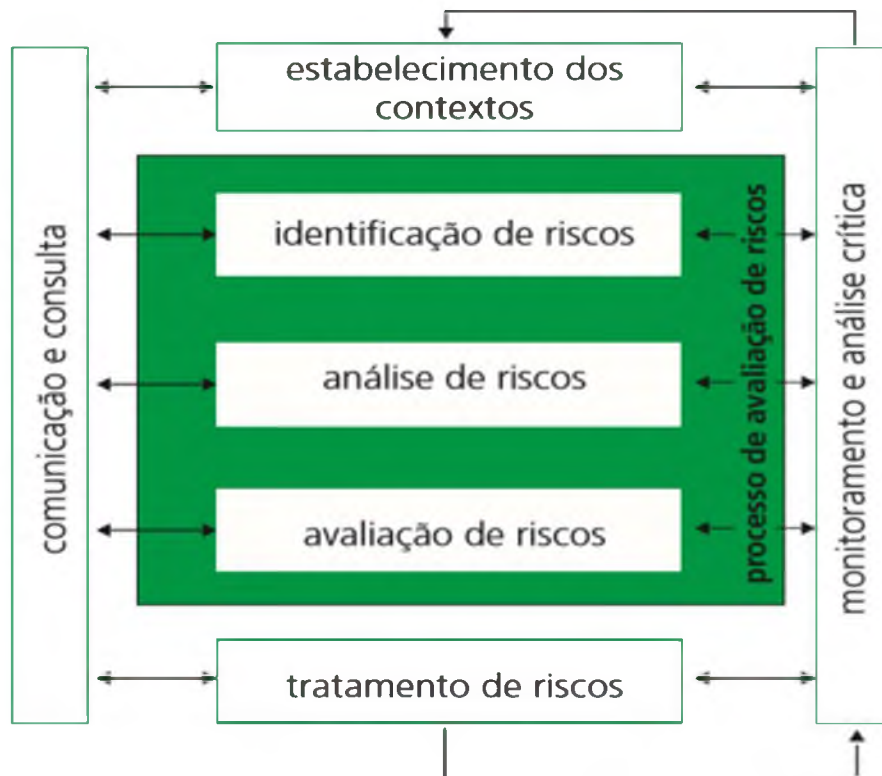
Preparo do medicamento	=>	preparo interrompido	=>	medicação errada administrada	=>	parada respiratória	=>	óbito
12h00min		12h45min		13h15min		13h30min		13h45min

TABELA TEMPO X PESSOA

A tabela Tempo X Pessoa permite acompanhar a movimentação das pessoas antes, durante e depois do incidente relacionado à assistência à saúde, incluindo EA. Exemplo:

	09h02min	09h04min	09h06min	09h10min
Médico	Com o paciente	Estar médico	Estar médico	Com o paciente
Chefe da enfermaria	Na sua sala	Na sua sala	Com o paciente	Com o paciente
Enfermeira	Com o paciente	Com o paciente	Com o paciente	Com o paciente

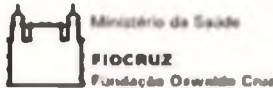
PROCESSO DE GESTÃO DE RISCOS SANITÁRIOS EM ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE



LISTA DE NEVER EVENTS QUE PODEM SER NOTIFICADOS NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ANVISA

Óbito ou lesão grave de paciente associados a choque elétrico durante a assistência dentro do serviço de saúde
Procedimento cirúrgico realizado em local errado
Procedimento cirúrgico realizado no lado errado do corpo
Procedimento cirúrgico realizado no paciente errado
Realização de cirurgia errada em um paciente
Retenção não intencional de corpo estranho em um paciente após a cirurgia
Óbito intra-operatório ou imediatamente pós-operatório / pós-procedimento em paciente ASA Classe I
Óbito ou lesão grave de paciente resultante de perda irreversível de amostra biológica insubstituível
Gás errado na administração de O2 ou gases medicinais
Contaminação na administração de O2 ou gases medicinais
Alta ou liberação de paciente de qualquer idade que seja incapaz de tomar decisões, para outra pessoa não autorizada
Óbito ou lesão grave de paciente associado à fuga do paciente
Suicídio de paciente, tentativa de suicídio ou dano autoinfligido que resulte em lesão séria durante a assistência dentro do serviço de saúde
Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de contenção física ou grades da cama durante a assistência dentro do serviço de saúde
Inseminação artificial com o espermatozoide do doador errado ou com o óvulo errado
Óbito ou lesão grave materna associado ao trabalho de parto ou parto em gestação de baixo risco
Óbito ou lesão grave de paciente resultante de falha no seguimento ou na comunicação de resultados de exame de radiologia
Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associado à introdução de objeto metálico em área de Ressonância Magnética
Óbito ou lesão grave de paciente associados à queimadura decorrente de qualquer fonte durante a assistência dentro do serviço de saúde
Úlcera por pressão estágio III (perda total de espessura tecidual – tecido adiposo subcutâneo pode ser visível, sem exposição dos ossos, tendões ou músculos)
Úlcera por pressão estágio IV (perda total de espessura dos tecidos com exposição dos ossos, tendões ou músculos)

PESQUISA SOBRE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAIS (HSOPSC)



Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC)

Instruções

Esta pesquisa solicita sua opinião sobre segurança do paciente, erros associados ao cuidado de saúde e notificação de eventos em seu hospital a tomará cerca de 10 a 15 minutos para ser preenchida.

Se não quiser responder uma questão, ou se uma pergunta não se aplicar a você, pode deixá-la em branco.

Um **"Evento"** é definido como qualquer tipo de erro, engano, falha, incidente, acidente ou desvio, independente se resultou ou não em dano ao paciente.

"Segurança do paciente" é definida como evitar e prevenir danos ou eventos adversos aos pacientes, resultantes dos processos de cuidados de saúde prestados.

SEÇÃO A: Sua área/unidade de trabalho

Nesta pesquisa, pense em sua "unidade" como a área de trabalho, departamento ou área clínica do hospital onde você passa a maior parte do seu tempo de trabalho ou na qual presta a maior parte dos seus serviços clínicos.

Qual é a sua principal área ou unidade neste hospital? Selecione UMA resposta.

<input type="checkbox"/> a. Diversas unidades do hospital/Nenhuma unidade específica	<input type="checkbox"/> h. Psiquiatria/saúde mental
<input type="checkbox"/> b. Clínica (não cirúrgica)	<input type="checkbox"/> i. Reabilitação
<input type="checkbox"/> c. Cirurgia	<input type="checkbox"/> j. Farmácia
<input type="checkbox"/> d. Obstetrícia	<input type="checkbox"/> k. Laboratório
<input type="checkbox"/> e. Pediatria	<input type="checkbox"/> l. Radiologia
<input type="checkbox"/> f. Setor de Emergência	<input type="checkbox"/> m. Anestesiologia
<input type="checkbox"/> g. Unidade de terapia intensiva (qualquer tipo)	<input type="checkbox"/> n. Outra, por favor, especifique:

Por favor, indique a sua concordância ou discordância com relação às seguintes afirmações sobre a sua área/unidade de trabalho.

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Nesta unidade, as pessoas apóiam umas às outras	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO A: Sua área/unidade de trabalho (continuação)

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Utilizamos mais profissionais temporários percebidos do que seria desejável para o cuidado do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Erros têm levado a mudanças positivas por aqui	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. É apenas por acaso, que erros mais graves não aconteçam por aqui	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. Nós trabalhamos em "situação de crise", tentando fazer muito a muito rápido	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO B: O meu supervisor/chefe

Por favor, indique a sua concordância ou discordância com relação às seguintes afirmações sobre o seu supervisor/chefe imediato ou pessoa a quem você se reporta diretamente.

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital ...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhe mais rápido, mesmo que isso signifique "pular etapas"	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SECÃO C: Comunicação

Com que frequência as situações abaixo ocorrem na sua área/unidade de trabalho?

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital ...	Nunca	Raramente	Às Vezes	Quase sempre	Sempre
1. Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SECÃO D: Frequência de eventos relatados

Na sua área/unidade de trabalho no hospital, quando ocorrem os erros seguintes, com que frequência eles são notificados?

	Nunca	Raramente	Às Vezes	Quase sempre	Sempre
1. Quando ocorre um erro, mas ele é <u>percebido e corrigido antes de atingir o paciente</u> , com que frequência ele é notificado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Quando ocorre um erro, mas <u>não há risco de dano ao paciente</u> , com que frequência ele é notificado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Quando ocorre um erro, que <u>poderia causar danos ao paciente</u> , mas não causa, com que frequência ele é notificado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SECÃO E: Nota de segurança do paciente

Por favor, avalie a segurança do paciente na sua área/unidade de trabalho no hospital.

- A Excelente
 B Muito boa
 C Regular
 D Ruim
 E Muito Ruim

SECÃO F: O seu hospital

Por favor, indique a sua concordância ou discordância com as seguintes afirmações sobre o seu hospital.

Pense no seu hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO F: O seu hospital (continuação)

Pense no seu hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
5. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO G: Número de eventos notificados

Nos últimos 12 meses, quantas notificações de eventos você preencheu e apresentou?

- a. Nenhuma notificação
- b. 1 a 2 notificações
- c. 3 a 5 notificações
- d. 6 a 10 notificações
- e. 11 a 20 notificações
- f. 21 notificações ou mais

SEÇÃO H: Informações gerais

As informações a seguir contribuirão para a análise dos resultados da pesquisa.

1. Há quanto tempo você trabalha neste hospital?

- a. Menos de 1 ano
- b. 1 a 5 anos
- c. 6 a 10 anos
- d. 11 a 15 anos
- e. 16 a 20 anos
- f. 21 anos ou mais

2. Há quanto tempo você trabalha na sua atual área/unidade do hospital?

- a. Menos de 1 ano
- b. 1 a 5 anos
- c. 6 a 10 anos
- d. 11 a 15 anos
- e. 16 a 20 anos
- f. 21 anos ou mais

3. Normalmente, quantas horas por semana você trabalha neste hospital?

- a. Menos de 20 horas por semana
- b. 20 a 39 horas por semana
- c. 40 a 59 horas por semana
- d. 60 a 79 horas por semana
- e. 80 a 99 horas por semana
- f. 100 horas por semana ou mais

SEÇÃO II: Informações gerais (continuação)

4. Qual é o seu cargo/função neste hospital? *Selecione UMA resposta que melhor descreva a sua posição pessoal.*

- a. Médico do Corpo Clínico/Médico Assistente
- b. Médico Residente/ Médico em Treinamento
- c. Enfermeiro
- d. Técnico de Enfermagem
- e. Auxiliar de Enfermagem
- f. Farmacêutico/Bioquímico/Biólogo/Biomédico
- g. Odontólogo
- h. Nutricionista
- i. Fisioterapeuta, Terapeuta Respiratório, Terapeuta Ocupacional ou Fonoaudiólogo
- j. Psicólogo
- k. Assistente Social
- l. Técnico (por exemplo, ECG, Laboratório, Radiologia, Farmácia)
- m. Administração/Direção
- n. Auxiliar Administrativo/Secretário
- o. Outro, especifique _____

5. No seu cargo/função, em geral você tem interação ou contato direto com os pacientes?

- a. SIM, em geral tenho interação ou contato direto com os pacientes.
- b. NÃO, em geral NÃO tenho interação ou contato direto com os pacientes.

6. Há quanto tempo você trabalha na sua especialidade ou profissão atual? _____ anos

7. Qual o seu grau de instrução:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> a. Primeiro grau (Ensino Básico) Incompleto | <input type="checkbox"/> e. Ensino Superior Incompleto |
| <input type="checkbox"/> b. Primeiro grau (Ensino Básico) Completo | <input type="checkbox"/> f. Ensino Superior Completo |
| <input type="checkbox"/> c. Segundo grau (Ensino Médio) Incompleto | <input type="checkbox"/> g. Pós-graduação (Nível Especialização) |
| <input type="checkbox"/> d. Segundo grau (Ensino Médio) Completo | <input type="checkbox"/> h. Pós-graduação (Nível Mestrado ou Doutorado) |

8. Qual a sua idade? _____ anos

9. Indique o seu sexo:

- a. Feminino
- b. Masculino

SEÇÃO I: Seus comentários

Por favor, sinta-se à vontade para escrever qualquer comentário sobre segurança de pacientes, erro ou relato de eventos no seu hospital. (Por favor, utilize o verso)

Obrigado por você completar este questionário e participar desta pesquisa.

QUESTIONÁRIO SOBRE ATITUDES DE SEGURANÇA (SAQ)

Atitudes de Segurança: perspectiva da equipe sobre esta área de cuidado

Área clínica ou área de assistência ao paciente onde você passa maior parte de seu tempo:
 Departamento: _____ Por favor, preencha este instrumento independentemente das suas oportunidades nesta área

• Use somente lápis número 2    Não se aplica

• Assinale muito bem qualquer resposta que você desejar mudar

Por favor, responda os itens seguintes relativos à sua unidade ou área específica
 Selecione suas respostas usando a escala abaixo:

A	B	C	D	E	X
Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Neutro	Concordo parcialmente	Concordo totalmente	Não se aplica



1. As sugestões do (a) enfermeiro (a) são bem recebidas nesta área
2. Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente
3. Nesta área, as discordâncias são resolvidas do modo apropriado (ex: não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente)
4. Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes
5. É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que elas não entendem
6. Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada
7. Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente
8. Erros são tratados de modo apropriado nesta área
9. Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área
10. Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho
11. Nesta área, é difícil discutir sobre erros
12. Sou encorajado(a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente
13. A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros
14. Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração
15. Eu gosto do meu trabalho
16. Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família
17. Este é um bom lugar para trabalhar
18. Eu me orgulho de trabalhar nesta área
19. O moral nesta área é alto
20. Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado
21. Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado (a)
22. Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis
23. O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex: reanimação cardiopulmonar, convulsões)
24. A administração apoia meus esforços diários: Adm unid  Adm hosp 
25. A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente: Adm unid  Adm hosp 
26. A administração está fazendo um bom trabalho: Adm unid  Adm hosp 
27. Problemas problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa: Adm unid  Adm hosp 
28. Meus erros são tratados e reportados sobre eventos que podem afetar meu trabalho (a): Adm unid  Adm hosp 
29. Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes
30. Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe
31. Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim
32. Estagiários de minha profissão são adequadamente supervisionados
33. Eu vivencio boa colaboração com os(as) enfermeiros (as) nesta área
34. Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área
35. Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área
36. Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns

INFORMAÇÕES

Você já havia preenchido este instrumento anteriormente? Sim Não Não sabe Data (mês/ano): _____

Cargo: (marque somente um)

<input type="radio"/> Médico de equipe responsável	<input type="radio"/> Físico(a)	<input type="radio"/> Técnico em radiologia laboratorial
<input type="radio"/> Médico residente	<input type="radio"/> Farmacêutico (a)	<input type="radio"/> Fisioterapeuta
<input type="radio"/> Chefe de enfermagem	<input type="radio"/> Fisioterapeuta	<input type="radio"/> Administrativo (auxiliar escritorial/secretarial/recepcionista)
<input type="radio"/> Enfermeiro (a)	<input type="radio"/> Assessor social	<input type="radio"/> Suporte ambiental (personal de limpeza)
<input type="radio"/> Auxiliar de enfermagem / Técnica de enfermagem	<input type="radio"/> Nutricionista	<input type="radio"/> Outros: _____

Gênero: homem mulher Atuação principal: adulto pediatria outros

Tempo na especialidade: menos de 6 meses 6 a 11 meses 1 a 2 anos 3 a 4 anos 5 a 10 anos 11 a 20 anos 21 anos ou mais

Obrigado por responder este instrumento, seu tempo e sua participação são muito importantes.

FOR FAVOR NÃO ESCREVA NESTA ÁREA



➤ **Considerações Finais**

A implantação do NSP e o desenvolvimento do PNSP, consistem em um processo dinâmico, contínuo e crucial para a boa governança dos serviços de saúde. No serviço de saúde o NSP é a instância responsável pelo diagnóstico, priorização, gestão dos riscos e notificação dos incidentes ao SNVS, contribuindo para o fortalecimento do sistema e tornando mais seguro o cuidado em saúde. A Anvisa espera que o conteúdo deste guia, envolvendo as regulamentações sanitárias, as ferramentas de gestão de riscos e a metodologia de investigação de incidentes relacionados à assistência à saúde, incluindo EA, possam ser utilizados para a exitosa implantação do NSP e execução do PSP, promovendo a adesão de gestores, profissionais que atuam na área da saúde e de vigilância sanitária às boas práticas de segurança do paciente nos serviços de saúde.

2.1.1.8.7. Implantação de Programa de Atenção ao Usuário

Apresentamos a seguir programa que iremos implantar, que visa melhorar a atenção para os clientes e seus acompanhantes.

Ressaltamos que os custos desse programa já estão permeados no PLANO ORÇAMENTÁRIO DE CUSTEIO.

➤ **Projeto Facilitando o Acesso**

✓ **Introdução**

Manteremos profissionais capacitados, o Agente de Fluxo, nos turnos de funcionamento da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, inclusive aos sábados, domingos e feriados, atuando junto aos usuários, na recepção da Unidade, de forma integrada, objetivando a melhora constante da qualidade da atenção, do acolhimento e da recepção dos usuários.

Tal profissional terá autonomia para executar, coordenar e conduzir à equipe de profissionais responsáveis pela recepção, usuários que adentrem na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, objetivando a atenção com excelência, garantindo um atendimento digno, acolhedor e humanizado.

✓ **Objetivos**

Geral: promover e integrar, promovendo uma abordagem gentil e atenciosa dos profissionais que atuam na recepção da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

Específicos:

a) promover uma abordagem de qualidade (com informações precisas), humanizada, de forma respeitosa ao se dirigir tanto ao paciente, quanto ao seu acompanhante;

b) melhorar a interação entre as equipes responsáveis pela recepção e encaminhamento do paciente, visando o conforto do mesmo durante sua permanência na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO;

c) abrir espaço para a escuta, o acolhimento, à obtenção de informações, às orientações e ao encaminhamento resolutivo;

d) esclarecer os direitos e os deveres dos pacientes e de seus acompanhantes;

e) esclarecer junto ao paciente e seu acompanhante, a importância da estratégia do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, no sentido de salvar vidas;

f) esclarecer a importância do papel do acompanhante no processo de assistência humanizada aos pacientes;

g) integrar todos os setores no processo de assistência humanizada aos pacientes e acompanhantes; e,

h) executar demais atividades afins.

✓ **Metas**

a) integrar todos os profissionais da recepção no Processo de Acolhimento e Humanização aos pacientes e acompanhantes;

b) diminuir queixas à Ouvidoria;

c) maior número de pacientes e acompanhantes orientados sobre direitos e deveres e a finalidade do serviço em questão;

d) reduzir conflitos entre pacientes/acompanhantes X equipe;

e) melhorar o reconhecimento das demandas dos pacientes e seus acompanhantes, aumentando a possibilidade de resolutividade da Unidade;

f) aumentar a satisfação dos usuários;

g) aumentar os encaminhamentos seguros: para o local correto e no tempo certo;

h) melhorar a postura de atendimento da equipe; e,

i) melhorar a disseminação da informação sobre as normas do atendimento.

✓ **Atribuições**

a) coordenar o Acolhimento Humanizado no atendimento da equipe como um todo (motorista de ambulância, porteiro, vigia, recepcionista e equipe técnica), subsidiando toda a equipe de saúde, quanto às informações sociais;

b) criar mecanismo (rotina) e ações institucionais (recepção integrada), que agilizem e deem uma satisfação e atenção ao usuário, objetivando a redução do tempo de espera para o atendimento;

c) conhecer e mobilizar a rede municipal de serviços de saúde, objetivando viabilizar os direitos dos usuários;

d) participar de Projeto de Humanização da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO na sua concepção ampliada;

e) facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social, por meio da criação de mecanismos e rotinas de ações;

f) organizar, normatizar e sistematizar o cotidiano do trabalho profissional;

- g) democratizar as informações sobre a formação de saúde, prevenção de doenças, de risco, de danos e de agravos para os usuários;
- h) orientar e encaminhar os usuários, no sentido de viabilizar o acesso universalizado, às políticas públicas e serviços comunitários;
- i) mobilizar equipe para o atendimento nos horários de pico na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO;
- j) reduzir o tempo médio de permanência dos pacientes em observação, em filas e esperas desnecessárias;
- k) garantir o número de saídas dos pacientes com devido encaminhamento, de forma correta e segura;
- l) garantir uma melhora na satisfação dos usuários atendidos; e,
- m) auxiliar na melhora da organização da Rede de Urgência e Emergência e de Ambulatórios de Especialidades.

C1. EXPERIÊNCIA (AVALIADA SEGUNDO TEMPO E VOLUME DE ATIVIDADE) – (ANEXO C1. EXPERIÊNCIA)

Demonstraremos nossa experiência mediante a apresentação de documentos legalmente reconhecidos, na gestão de Equipamentos de Saúde, encartados no final deste Plano de Trabalho (das páginas 756 a 789), comprovando nossa experiência na execução de serviços de natureza semelhante ao Objeto, constituídos por Atestados de Capacidade Técnica, expedidos por pessoas jurídicas de direito público ou privado, contendo: identificação da pessoa jurídica emitente; nome e o cargo do signatário; timbre do emitente; período de vigência do atestado ou do contrato; e objeto contratual que descreve as atividades.

1. EXPERIÊNCIA EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

- Pronto Socorro de Pitangueiras, de 26/03/2.010 até 07/11/2.014.
- Unidades Básicas de Saúde de Pitangueiras, de 26/03/2.010 a 07/11/2.014.
- Unidades Básicas de Saúde de Potirendaba, de 01/12/2.010 a 31/05/2.011.
- Unidades Básicas de Saúde de Cosmorama, de 01/12/2.010 a 30/06/2.011.
- Unidades Básicas de Saúde de Cedral, de 03/01/2.011 a 17/02/2.011.
- Hospital Municipal de Américo Brasiliense "Dr. José Nigro Filho", de 29/05/2.012 até 31/05/2.014.
- Unidades Básicas de Saúde de Serrana, de 02/01/2.013 a 30/07/2.013.
- Unidade de Pronto Atendimento de Serrana, de 02/01/2.013 a 30/07/2.013.
- Estratégia de Saúde da Família de Jacupiranga, de 27/06/2.013 a 23/07/2.014.

- Hospital Municipal de Jacupiranga, de 27/06/2.013 a 23/07/2.014.
- Unidades Básicas de Saúde de Jacupiranga, de 27/06/2.013 a 23/07/2.014.
- Pronto Atendimento de Vargem Grande do Sul, de 25/10/2.013 a 20/07/2.015.
- Unidades Básicas de Saúde de Vargem Grande do Sul, de 25/10/2.013 a 20/07/2.015.
- Hospital da Cidade de Várzea Paulista, de 01/12/2.013 a 21/08/2.016.
- Pronto Socorro do Hospital Municipal Tabajara Ramos de Mogi Guaçu, desde 01/04/2.014 até hoje.
- Posto de Pronto Atendimento de Mogi Guaçu, desde 01/04/2.014 até hoje.
- Unidade de Pronto Atendimento do Putim de São José dos Campos (UPA do Putim), desde 25/06/2.014 até hoje.
- Pronto Atendimento Municipal de Rafard de 14/09/2.015 a 13/09/2.016.
- Unidade Básica de Saúde de Rafard a desde 14/09/2.015 a 13/09/2.015.
- Unidade de Pronto Atendimento Alto da Ponte de São José dos Campos (UPA Alto da Ponte), desde 28/05/2.017 até hoje.
- Unidade de Pronto Atendimento da Cidade Industrial de Curitiba (UPA CIC), desde 25/06/2.018 até hoje.
- Unidade de Pronto Atendimento de Pinhais de Pinhais (UPA Pinhais), desde 05/12/2.018 até hoje.
- Hospital Municipal Nossa Senhora da Luz dos Pinhais de Pinhais, desde 05/12/2.018 até hoje.

2. EXPERIÊNCIA EM GESTÃO DE UNIDADES E/OU REDES DE ATENÇÃO BÁSICA

- Unidades Básicas de Saúde de Pitangueiras, de 26/03/2.010 a 07/11/2.014.
- Unidades Básicas de Saúde de Potirendaba, de 01/12/2.010 a 31/05/2.011.
- Unidades Básicas de Saúde de Cosmorama, de 01/12/2.010 a 30/06/2.011.
- Unidades Básicas de Saúde de Cedral, de 03/01/2.011 a 17/02/2.011.
- Unidades Básicas de Saúde de Serrana, de 02/01/2.013 a 30/07/2.013.
- Unidades Básicas de Saúde de Jacupiranga, de 27/06/2.013 a 23/07/2.014.
- Unidades Básicas de Saúde de Vargem Grande do Sul, de 25/10/2.013 a 20/07/2.015.
- Unidade Básica de Saúde de Rafard a desde 14/09/2.015 a 13/09/2.015.

3. EXPERIÊNCIA EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- Pronto Socorro de Pitangueiras, de 26/03/2.010 até 07/11/2.014.
- Hospital Municipal de Américo Brasiliense "Dr. José Nigro Filho", de 29/05/2.012 até 31/05/2.014.

- Unidade de Pronto Atendimento de Serrana, de 02/01/2.013 a 30/07/2.013.
- Hospital Municipal de Jacupiranga, de 27/06/2.013 a 23/07/2.014.
- Pronto Atendimento de Vargem Grande do Sul, de 25/10/2.013 a 20/07/2.015.
- Hospital da Cidade de Várzea Paulista, de 01/12/2.013 a 21/08/2.016.
- Pronto Socorro do Hospital Municipal Tabajara Ramos de Mogi Guaçu, desde 01/04/2.014 até hoje.
- Posto de Pronto Atendimento de Mogi Guaçu, desde 01/04/2.014 até hoje.
- Unidade de Pronto Atendimento do Putim de São José dos Campos (UPA do Putim), desde 25/06/2.014 até hoje.
- Unidade de Pronto Atendimento Alto da Ponte de São José dos Campos (UPA Alto da Ponte), desde 28/05/2.017 até hoje.
- Pronto Atendimento Municipal de Rafard de 14/09/2.015 a 13/09/2.016.
- Unidade de Pronto Atendimento da Cidade Industrial de Curitiba (UPA CIC), desde 25/06/2.018 até hoje.
- Unidade de Pronto Atendimento de Pinhais de Pinhais (UPA Pinhais), desde 05/12/2.018 até hoje.

C2. CONHECIMENTO DO OBJETO DA CONTRATAÇÃO

Descreveremos e analisaremos a seguir, as principais características epidemiológicas do Município de Jacupiranga e os problemas mais prevalentes da região.

1. IDENTIFICAÇÃO DOS PRINCIPAIS PROBLEMAS E NECESSIDADES

Antes de descrever e analisar as principais características epidemiológicas do Município, bem como os problemas mais prevalentes da região, descreveremos a estrutura física da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE JACUPIRANGA, para que possamos, não só apresentar essa descrição e análise, como também, após a identificação das necessidades, sugerir ações para solucioná-las.

A Unidade localiza-se na região central de Jacupiranga. Funciona na Rua Eunice Carneiro de Paula, nº 101, centro, Jacupiranga, São Paulo, CEP 11940-000, telefones 13 3864-3440 e 3864-3239, em uma área de 5.815,88 metros quadrados,

edificada em 2.128,31 metros quadrados. Tem a caracterização de PRONTO ATENDIMENTO, e subtipo de estabelecimento de PRONTO ATENDIMENTO GERAL, sendo *Cadastrada no CNES desde 01/06/2004 sob o nº 2078309.*

Funciona 24 (vinte e quatro) horas por dia, todos os dias do ano, sendo referência em urgência, emergência e para a atenção em pronto atendimento, tanto para adultos, quanto para crianças.

Sua estrutura física é composta por:

- ✓ 01 (uma) recepção com 02 (dois) nichos para atendimento;
- ✓ 02 (duas) salas de espera com 34 cadeiras;
- ✓ 02 (dois) banheiros públicos anexos às salas de espera;
- ✓ 01 (um) banheiro para pessoas portadoras de necessidades especiais;
- ✓ 01 (uma) sala para Classificação de Risco;
- ✓ 02 (dois) consultórios para atendimento geral (adulto e pediátrico);
- ✓ 01 (uma) sala de inalação;
- ✓ 01 (uma) sala de hipodermia;
- ✓ 01 ampla de emergência (área vermelha) com 02 (dois) leitos;
- ✓ 01 (um) quarto com leitos de isolamento;
- ✓ 13 (treze) leitos de observação, por período de até 24 horas (não caracterizando internação hospitalar), sendo 04 (quatro) leitos adultos femininos, 05 (cinco) leitos adultos masculinos e 04 (quatro) leitos infantis, separados em 03 (três) salas independentes;
- ✓ 01 (uma) área onde é instalado o Laboratório Municipal, que poderá ter seu quadro de pessoal e equipamentos ampliados para funcionamento diuturno ininterrupto;
- ✓ 01 (uma) área de Radiologia com 01 (uma) sala para a realização de exames Radiológicos Digitalizados, integrados com os consultórios;
- ✓ 01 (uma) sala para exames de ECG – Eletrocardiograma;
- ✓ 01 (uma) sala para realização de curativos e suturas;
- ✓ 01 (uma) CME – Central de Material Esterilizado, com 03 (três) áreas (área limpa, área suja e arsenal);
- ✓ 01 (um) Postos de Enfermagem para as salas de observação;
- ✓ 01 (um) DML – Depósito de Material de Limpeza;
- ✓ 01 (uma) sala de apoio para os serviços gerais;
- ✓ 01 (um) Almoxarifado Geral;
- ✓ 01 (um) CAF Central para armazenamento e controle de fármacos;
- ✓ 01 (uma) sala para Farmácia Satélite;
- ✓ 04 (quatro) salas administrativas;
- ✓ 01 (uma) sala de TI;
- ✓ 01 (uma) sala do SAME;
- ✓ 01 (uma) sala de Arquivo Morto;
- ✓ 01 (um) morgue;

- ✓ 03 (três) anexos, sendo 01 (um) para lavanderia, 01 (um) para o grupo gerador e 01 (uma) área para gases medicinais; e,
- ✓ Toda a infraestrutura para os colaboradores, como 01 (uma) copa/cozinha com refeitório; 01 (um) conforto médico e 01 (um) conforto para a equipe de enfermagem.

Ela vai atender principalmente os moradores do Município de Jacupiranga, mas também, servirá de referência para municípios circunvizinhos menores, pela própria característica da Unidade de Saúde em questão, ou seja, uma Unidade de Porta Aberta.

A população atualizada de abrangência é de cerca de 17.851 (dezesete mil, oitocentos e cinquenta e um) habitantes, com prevalência nas classes sociais C e D.

1.1. PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

Promovendo a vigilância em saúde durante todo ano, bem como informação à população durante o atendimento e triagem, com Classificação de Risco, orientaremos a população e contra referenciaremos para as respectivas UBSs, os pacientes atendidos para acompanhamento dos quadros diagnosticados.

Epidemiologicamente, as principais patologias que atendermos da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, de acordo com as áreas clínicas, serão:

- Cardiologia:
 - ✓ Suporte Avançado de Vida em Cardiologia (ACLS);
 - ✓ Parada Cardiorrespiratória;
 - ✓ Insuficiência Cardíaca Aguda e Edema de Pulmão;
 - ✓ Síndrome Aguda Coronariana (SCA);
 - ✓ Infarto Agudo do Miocárdio;
 - ✓ Fibrilação Atrial (FA);
 - ✓ Taquiarritmias e Bradiarritmias;
 - ✓ Tamponamento Cardíaco e Dissecção de Aorta; entre outras.

Assim, no atendimento na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO desses casos, faremos a medicação e estabilização dos quadros possíveis, com o contra referenciamento para a Unidade Básica de Saúde de referência, para os casos de baixa e média complexidade, bem como o encaminhamento para Unidades de maior complexidade, para os casos que necessitarem dessa retaguarda.

- Pneumologia:
 - ✓ Asma;
 - ✓ Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica;
 - ✓ Trombose Venosa Profunda e Tromboembolismo Pulmonar;

- ✓ Tuberculose;
- ✓ Derrame Pleural;
- ✓ Insuficiência Respiratória Aguda;
- ✓ Broncopneumonia;
- ✓ Bronco Espasmo;
- ✓ Infecção de Vias Aéreas Superiores; entre outras.

Estes casos serão inicialmente identificados e tratados de forma adequada na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, sendo na sequência encaminhados para as UBSs de referência, para o devido acompanhamento.

Indicações para a vacina da gripe no calendário vacinal anual serão divulgadas na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, através de cartazes e panfletos, além de divulgação corpo a corpo, realizadas por nossa equipe de colaboradores.

Ainda dentro desse grupo de doenças, no caso de Tuberculose, faremos a primeira abordagem de acordo com a avaliação do Clínico, sendo em seguida, realizada a coleta do escarro e encaminhada ao Laboratório.

Dependendo do quadro clínico, mediante o rápido resultado do exame, o paciente será referenciado imediatamente.

Nefrologia:

- ✓ Lesão Renal Aguda e Nefropatia por Contraste;
- ✓ Distúrbios Hidroeletrólíticos e Acidobásicos;
- ✓ Infecção Trato Urinário; entre outras.

Deste grupo, a principal patologia a ser tratada serão as ITUs, provocadas pela invasão de bactérias no sistema urinário, sendo de maior incidência no sexo feminino devido a anatomia da uretra ter entre 4 a 5 cm e no homem de 15 a 20 cm.

Durante o período de gestação, as mulheres tem maior predisposição devido as alterações hormonais, imunológicas e na pele.

Outros grupos suscetíveis são pessoas com problemas na bexiga, dificuldade para urinar, baixa imunidade, disfunção ou incontinência urinária.

Faremos o primeiro combate à doença e encaminharemos os pacientes para as UBSs referenciadas, para acompanhamento dos quadros diagnosticados e controle de recebimento de medicação.

➤ Gastroenterologia:

- ✓ Diarreias Agudas;
- ✓ Pancreatite Aguda;
- ✓ Infecções de Vias Biliares; entre outras.

As Diarreias Agudas, são as principais patologias desse grupo, atendidas na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, sendo elas provocadas por vários agentes etiológicos (bactérias, vírus e parasitas), onde a manifestação predominante é o aumento dos episódios de evacuações, com fezes líquidas.

Podem ter duração de 2 a 14 dias. Os casos atendidos na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, são decorrentes da desidratação e do desequilíbrio hidroeletrólítico.

Realizaremos o controle da desidratação e dependendo do grau de complexidade, encaminharemos o paciente para internação.

➤ Infectologia:

- ✓ Sepsis;
- ✓ Pneumonia Associada à Comunidade;
- ✓ HIV no Pronto Socorro;
- ✓ Febres Hemorrágicas;
- ✓ Outras Arboviroses; entre outras.

Influenza A – H1N1, é uma doença ligada a este grupo, sendo uma patologia sazonal e com alta incidência nas populações periféricas.

Promoveremos na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, a conscientização da população usuária, através de cartazes alertando para o problema, elencando as formas de prevenção, assim como, folhetos explicativos para esclarecimentos dos sintomas, para a rápida identificação das doenças.

Manteremos na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, profissionais treinados para a rápida identificação e para o pronto atendimento dos casos sugestivos, com consequente notificação à Vigilância Epidemiológica, conforme o caso exigir.

A Dengue e outras Arboviroses, ocorrem predominantemente na estação do verão, com chuvas abundantes, essas doenças são ligadas a proliferação do agente vetor.

Promoveremos na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, a conscientização da população usuária, através de cartazes alertando para o problema, elencando as formas de combate, assim como, folhetos explicativos para esclarecimentos dos sintomas para a rápida identificação das doenças, ações para preveni-las através de atos domésticos, combatendo-se a proliferação mosquito vetor.

Manteremos na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, profissionais treinados para a rápida identificação e pronto atendimento dos casos sugestivos, com consequente notificação à Vigilância Epidemiológica.

As Moléstias Infecciosas e DSTs, conforme preconizado, serão automaticamente notificadas ao serviço de Vigilância Epidemiológica, logo que diagnosticadas, sendo que, os pacientes portadores serão inicialmente tratados adequadamente na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

As principais patologias desse grupo são: AIDS, Coqueluche, Sarampo, Rubéola, Meningites, HPV, Hepatites Virais, etc.

Assim sendo, todos os pacientes serão orientados para a vacinação profilática que consta no calendário do Departamento Municipal de Saúde de Jacupiranga.

➤ Neurologia:

- ✓ Acidente Vascular Cerebral (AVC);
- ✓ Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCi);
- ✓ Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico (AVCh);
- ✓ Cefaleias;
- ✓ Delirium e Estados Confusionais Agudos;
- ✓ Síndromes Convulsivas;
- ✓ Paralisias Flácidas Agudas;
- ✓ Morte Encefálica; entre outras.

As Cefaleias são patologias de grande prevalência na rotina diária de uma UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

Os AVCs, embora em número bastante diminutos, são patologias com alto grau de dano ou óbito, sendo, após diagnosticados e dado o primeiro atendimento, sendo os pacientes, encaminhados para os centros de referências para terapias complementares.

➤ Hematologia/Oncologia:

- ✓ Neutropenia Febril;
- ✓ Emergências Oncológicas;
- ✓ Intoxicação por Cumarínicos;
- ✓ Anemia Falciforme; entre outras.

Pouco corriqueiras na prática de uma UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, apresentam dificuldade diagnóstica, em função do pouco arsenal diagnóstico.

Em caso de suspeição, tais pacientes serão devidamente encaminhados, para os ambulatórios de referência, para o segmento do tratamento.

✓ Reumatologia:

- ✓ Reumatologia no Pronto Socorro;
- ✓ Monoartrites Agudas;
- ✓ Lombalgia no Pronto Socorro; entre outras.

A principal patologia atendida são Lombalgias, constituindo grande volume de atendimento nesse tipo de Unidade de Saúde, sendo diagnosticadas através de radiografias e tratados sintomatologicamente com analgesia, e posteriormente encaminhados aos ambulatórios de especialidades, para segmento terapêutico.

➤ Endocrinologia:

- ✓ Diabetes Melito e Hipoglicemia no Pronto Socorro;
- ✓ Cetoacidose Diabética;
- ✓ Emergências Tireoidianas Endocrinologia; entre outras.

O Diabetes, durante todo ano, são casos comumente diagnosticados em Unidades de Pronto Atendimento.

Orientaremos os pacientes, no sentido de que os mesmos, tenham o mínimo possível de complicações, evitando-se assim, as internações por complicações da doença.

Encaminharemos tais pacientes, para as UBSs referenciadas, para acompanhamento dos quadros diagnosticados e controle de recebimento de medicação e apoio psicológico.

➤ Ortopedia:

A maior parte das lesões traumáticas são referentes a pequenos acidentes domésticos, traumas trazidos pelo Serviço 192 e acidentes ocupacionais, cujo atendimento inicial se resume em diagnóstico, com Raio X, estabilização da lesão e analgesia.

Assim realizaremos procedimentos resultantes de

- ✓ Quedas com torção e dor intensa ou suspeita de fratura;
- ✓ Fraturas dos membros inferiores e superiores;
- ✓ Luxações; e,
- ✓ Imobilizações e pequenos procedimentos.

Na Ortopedia da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, trataremos corriqueiramente as patologias acima descritas, encaminhando os casos mais graves, de acordo com a complexidade, para os serviços de referência.

Já, no segmento das patologias como torções, luxações e fraturas, após realizarmos o primeiro combate, encaminharemos o paciente para o segmento e acompanhamento de seu tratamento e eventuais reabilitações, aos serviços de referência.

➤ Suporte Avançado de Vida no Trauma – ATLS:

- ✓ Trauma: pode ser uma lesão física causada por ações externas lesivas, violentas ou pela introdução de substâncias tóxicas no organismo.

A concentração dos acidentes e das violências tem maior prevalência na zona urbana, assim, estabilizaremos o paciente e encaminharemos o mesmo para os serviços de referência, conforme o grau de complexidade.

➤ Geriatría:

- ✓ O Idoso no Pronto Socorro; e,
- ✓ Cuidados Paliativos.

Patologias específicas nessa faixa etária serão diagnosticadas e tratadas de maneira particular e posteriormente encaminhadas para os ambulatórios de especialidades.

- Outras Patologias: grupo constituídos de patologias de toda sorte, em volume diminuto, tais como, acidentes com ofídios, animais peçonhentos, traumas oculares e demais causas externas.

1.2. AÇÕES PARA SOLUCIONAR AS NECESSIDADES E PROBLEMAS

No conjunto de ações para solucionar as necessidades de Jacupiranga, su-

gerimos a integração da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO com as Unidades Básicas de Saúde do Município, por meio de uma proposta de integração com tais Unidades Básicas de Saúde, através de nosso BI).

Caso seja aprovada pela municipalidade essa integração com as Unidades Básicas de Saúde, podemos apresentar um projeto para a implantação dessa integração, fato que, com certeza, diminuiria o retrabalho e as despesas do DMS (já apresentamos algumas ferramentas de TI que instalaremos na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, que também servirão de infraestrutura para a integração sugerida).

Como exemplo, podemos mencionar o PACS, que disponibilizaria as imagens de radiologia realizados nas Unidades de Pronto Atendimento, para toda a Rede Municipal de Saúde, dentre outras implantações que podemos customizar através de nosso BI.

Nota: as fontes de informação utilizadas são do nosso próprio banco de dados, do grande conhecimento que possuímos em relação aos dados epidemiológicos e da saúde pública do Município, do tempo em que estamos e que já trabalhamos no Município, do Plano Municipal de Saúde, além de pesquisas de dados e informações, obtidos através de meio eletrônico, na rede mundial de computadores.

2. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS E ROTINAS DE REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA

A nossa proposta de organização de referência e contra referência para a UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, funcionará de modo ininterrupto nas 24 horas do dia, em todos os dias da semana, incluídos feriados e pontos facultativos, acolhendo os pacientes e seus familiares, sempre que buscarem atendimento de forma referenciada ou não.

Como já ocorre atualmente, estaremos articulados com as Unidades Básicas de Saúde, Saúde da Família, Serviço 192, Unidades Hospitalares, Unidades de Apoio Diagnóstico e Terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde do Município, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contra referência, ordenando esses fluxos por meio da nossa Regulação Médica de Urgências e Emergências, aos demais complexos reguladores instalados na região, através de equipe multiprofissional interdisciplinar, compatível com o porte instalado.

Prestaremos atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados, de natureza clínica e traumática, prestando o primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes nos atendimentos de urgência e emergência, realizando investigação diagnóstica inicial, de modo a definir, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento à serviços hospitalares de maior complexidade.

Ainda como referência, seremos retaguarda às urgências atendidas pela Rede de Atenção Básica, funcionando como local de estabilização de pacientes atendidos e encaminhados pelo Serviço 192. Realizaremos consultas médicas em regime de Pronto Atendimento em Clínica Médica aos casos de menor gravidade, além de atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados para todos os casos demandados à UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

Prestaremos apoio diagnóstico (ECG, Laboratório Clínico e Raio X) e terapêutico ininterrupto, e manteremos pacientes em observação, por um período de até 24 (vinte e quatro) horas – se possível –, os pacientes para elucidação diagnóstica e/ou estabilização clínica, encaminhando para internação em serviços hospitalares, aqueles que não tiverem suas queixas resolvidas nas 24 (vinte e quatro) horas de observação, por meio da nossa Regulação Médica, com a demais Centrais Reguladoras regionais, num sistema de referência e contra referência.

Assim proveremos atendimento e/ou encaminhamento adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrado à Rede de Atenção às Urgências e Emergências, a partir da complexidade clínica, cirúrgica e/ou traumática do paciente, contra referenciando para os demais serviços de atenção integrantes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, proporcionando continuidade ao tratamento, com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletiva, utilizando-se da retaguarda municipal, dos Serviços de Remoção em USA – Unidade de Suporte Avançado ou USB – Unidade de Suporte Básico, sempre que a gravidade/complexidade dos casos, ultrapassarem a capacidade instalada da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, garantindo assim apoio técnico e logístico para o bom funcionamento da Unidade.

3. DEMONSTRAÇÃO DOS INDICADORES

A demonstração dos indicadores ressaltará todos os elementos do processo de saúde/doença que se quer identificar, sob o qual se deve prioritariamente intervir. Dessa maneira, através do compartilhamento destes indicadores com o DMS e com a Vigilância Epidemiológica, poderemos traçar metas factíveis, para num processo continuado, prezarmos pela melhoria da qualidade do atendimento,

pela profilaxia das doenças, pelo planejamento de ações conjuntas e ordenadas, pela segurança dos usuários e dos colaboradores, bem como, pela solução sensata dos problemas, objetivando para um futuro a Acreditação da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO. Vamos demonstrar os indicadores sob dois aspectos:

I- A compilação de relatórios de todas as atividades assistenciais e de apoio que serão executadas na Unidade, apresentadas mensalmente através de relatórios, para a Comissão de Fiscalização e Avaliação do Contrato de Gestão do Departamento Municipal de Saúde. A descrição detalhada dos relatórios gerenciais a serem apresentados ao DMS, para o acompanhamento das nossas atividades, conterão:

- ✓ os atendimentos constando diagnósticos, procedimentos realizados, prescrições de medicamentos, encaminhamentos, requisição de procedimentos, possibilitando detalhamento das informações de cada ficha de atendimento ambulatorial eletrônica, possibilitando totalizar atendimentos realizados por profissional, motivo da consulta, município do usuário, bairro e faixa etária;
- ✓ os CIDs de notificação diagnosticadas, detalhando os acompanhamentos e ações realizadas;
- ✓ o tempo gasto nas etapas de atendimento (recepção, triagem e atendimento médico), tempo de espera entre cada etapa, média de tempo gasto no atendimento de cada etapa, possibilitando totalizações por setor de atendimento, profissional e especialidade;
- ✓ os comparativos de:
 - atendimentos realizados em anos e meses anteriores, com percentual de aumento ou diminuição nos atendimentos realizados em cada período;
 - CIDs diagnosticadas em anos e meses anteriores, com percentual de aumento ou diminuição nas CIDs diagnosticadas em cada período;
 - encaminhamentos realizados em anos e meses anteriores, com percentual de aumento ou diminuição dos mesmos em cada período;
- ✓ os processos de investigação de agravos, com totais por ano e mês, CID, grupo da CID, usuário, município, bairro e faixa etária;
- ✓ as notificações de agravos à saúde do trabalhador, com totais por ano e mês da notificação, unidade de saúde notificadora, estabelecimento, usuário, município e bairro;
- ✓ as notificações de agravos de hepatites virais, com totais por ano e mês da notificação, unidade de saúde, profissional, usuário, município e bairro;
- ✓ os processos da Ouvidoria com totais por reclamante, assunto, profissional reclamado e parecer; e,
- ✓ quaisquer outros tipos de relatórios que venham a ser solicitados pelo DMS poderão ser customizados pelo nossa BI (Business Intelligence).

Podem ser exportados para os formatos de arquivos em HTML, TIFF, GIF, RTF, JPEG, PDF e CSV. Adiante demonstramos alguns relatórios gerenciais.



Unidade de Pronto Atendimento 24h - Putim

Visão geral de produção assistencial durante o ano de 2018.

- 1) Quantidade de Atendimento
- 2) Desistências
- 3) Bairros Atendidos
- 4) Classificação de Risco e Acolhimento de Enfermagem
- 5) CID – Classificação Internacional de Doenças
- 6) Comparativo: Classificação de Risco x CID
- 7) Resumo das Atividades
- 8) Pesquisa de Satisfação
- 9) Referências



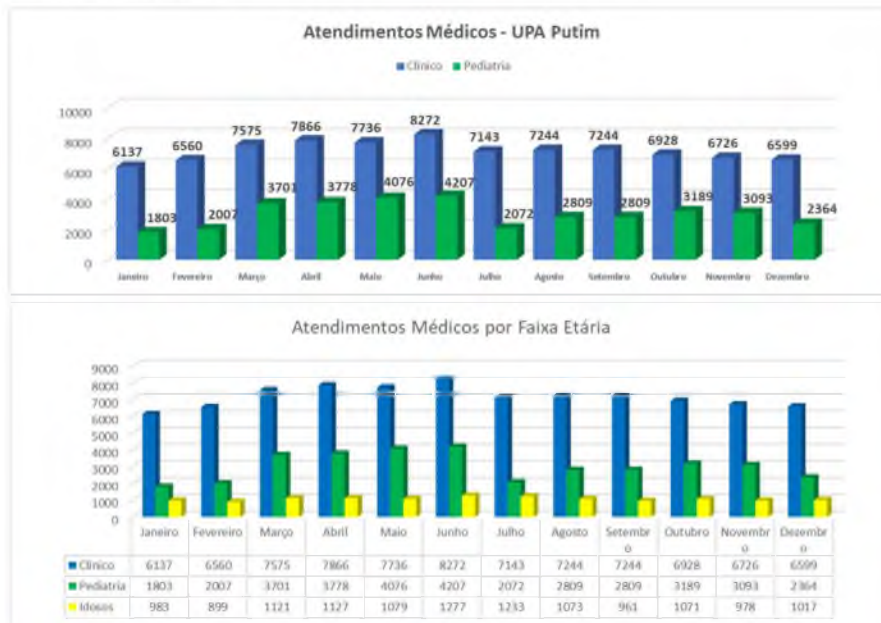
1 – atendimentos

No ano de 2018, foram atendidos na Unidade de Pronto Atendimento do Putim um total de **121.938** pacientes, sendo **86.030 (70%)** pacientes da clínica médica e **35.908 (30 %)** pacientes da pediatria.

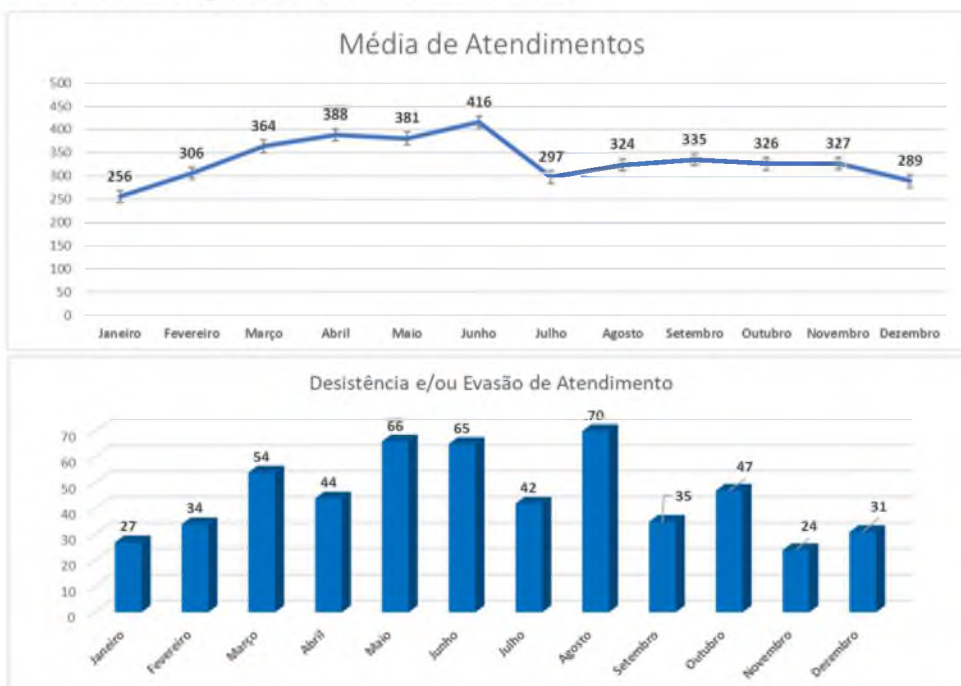
Mês	Total	Clínico	Pediatria	Media
Janeiro	7940	6137	1803	256
Fevereiro	8567	6560	2007	306
Março	11276	7575	3701	364
Abril	11644	7866	3778	388
Maió	11812	7736	4076	381
Junho	12479	8272	4207	416
Julho	9215	7143	2072	297
Agosto	10053	7244	2809	324
Setembro	10053	7244	2809	335
Outubro	10117	6928	3189	326
Novembro	9819	6726	3093	327
Dezembro	8963	6599	2364	289



1 – Atendimentos



2 – Desistência/Evasão de Atendimento





3 – Bairros Atendidos

Seleção dos 20 bairros com maior número de Atendimentos.

Janeiro	
Bairro ou Localidade	Quantidade
746 - PUTIM	881
683 - JD SAO JUDAS TADEU	796
9 - JD SANTA JULIA	362
582 - JD DA GRANJA	347
727 - JD SANTA LUZIA	288
127 - VL IRACEMA	273
206 - CAMPOS DE SAO JOSE	268
741 - JD DO LAGO	265
585 - JD UIRA	232
745 - JD SAO LEOPOLDO	221
632 - JD TORRAO DE OURO	220
178 - VL ADRIANA	216
742 - JD SANTA FE	199
744 - JD SANTO ONOFRE	178
302 - VL SAO BENTO	176
685 - RES JATOBA	167
751 - VL RICA	165
426 - JD SANTA ROSA	164
587 - PQ RES FLAMBOYANT	161
591 - RES SAO FRANCISCO	160

Fevereiro	
Bairro ou Localidade	Quantidade
683 - JD SAO JUDAS TADEU	810
746 - PUTIM	806
9 - JD SANTA JULIA	402
582 - JD DA GRANJA	350
727 - JD SANTA LUZIA	303
206 - CAMPOS DE SAO JOSE	276
127 - VL IRACEMA	264
632 - JD TORRAO DE OURO	239
745 - JD SAO LEOPOLDO	237
741 - JD DO LAGO	226
178 - VL ADRIANA	220
585 - JD UIRA	215
426 - JD SANTA ROSA	208
742 - JD SANTA FE	202
587 - PQ RES FLAMBOYANT	172
744 - JD SANTO ONOFRE	171
751 - VL RICA	156
302 - VL SAO BENTO	151
685 - RES JATOBA	142
591 - RES SAO FRANCISCO	139

Março	
Bairro ou Localidade	Quantidade
683 - JD SAO JUDAS TADEU	1112
746 - PUTIM	978
9 - JD SANTA JULIA	485
582 - JD DA GRANJA	476
741 - JD DO LAGO	383
206 - CAMPOS DE SAO JOSE	377
127 - VL IRACEMA	355
745 - JD SAO LEOPOLDO	343
727 - JD SANTA LUZIA	342
632 - JD TORRAO DE OURO	302
742 - JD SANTA FE	287
426 - JD SANTA ROSA	283
585 - JD UIRA	273
178 - VL ADRIANA	270
302 - VL SAO BENTO	244
587 - PQ RES FLAMBOYANT	232
744 - JD SANTO ONOFRE	229
685 - RES JATOBA	221
591 - RES SAO FRANCISCO	219
11247 - PINHEIRINHO DOS PALMARES II	197

Abril	
Bairro ou Localidade	Quantidade
683 - JD SAO JUDAS TADEU	1101
746 - PUTIM	1077
9 - JD SANTA JULIA	514
582 - JD DA GRANJA	491
206 - CAMPOS DE SAO JOSE	395
727 - JD SANTA LUZIA	364
127 - VL IRACEMA	362
741 - JD DO LAGO	360
745 - JD SAO LEOPOLDO	312
585 - JD UIRA	308
632 - JD TORRAO DE OURO	307
178 - VL ADRIANA	279
426 - JD SANTA ROSA	262
742 - JD SANTA FE	258
587 - PQ RES FLAMBOYANT	246
302 - VL SAO BENTO	234
744 - JD SANTO ONOFRE	232
685 - RES JATOBA	216
751 - VL RICA	208
11247 - PINHEIRINHO DOS PALMARES II	205

Julho	
Bairro ou Localidade	Quantidade
683 - JD SAO JUDAS TADEU	855
746 - PUTIM	830
9 - JD SANTA JULIA	393
582 - JD DA GRANJA	379
206 - CAMPOS DE SAO JOSE	352
127 - VL IRACEMA	290
727 - JD SANTA LUZIA	288
745 - JD SAO LEOPOLDO	288
741 - JD DO LAGO	274
585 - JD UIRA	241
632 - JD TORRAO DE OURO	231
426 - JD SANTA ROSA	222
744 - JD SANTO ONOFRE	218
742 - JD SANTA FE	215
178 - VL ADRIANA	208
685 - RES JATOBA	194
302 - VL SAO BENTO	192
587 - PQ RES FLAMBOYANT	169
751 - VL RICA	166
591 - RES SAO FRANCISCO	150

Agosto	
Bairro ou Localidade	Quantidade
683 - JD SAO JUDAS TADEU	987
746 - PUTIM	864
9 - JD SANTA JULIA	473
582 - JD DA GRANJA	409
206 - CAMPOS DE SAO JOSE	345
127 - VL IRACEMA	343
727 - JD SANTA LUZIA	335
745 - JD SAO LEOPOLDO	287
741 - JD DO LAGO	269
178 - VL ADRIANA	262
585 - JD UIRA	256
632 - JD TORRAO DE OURO	249
426 - JD SANTA ROSA	248
742 - JD SANTA FE	230
302 - VL SAO BENTO	225
744 - JD SANTO ONOFRE	202
751 - VL RICA	199
11247 - PINHEIRINHO DOS PALMARES II	195
587 - PQ RES FLAMBOYANT	167
591 - RES SAO FRANCISCO	167



3 – Bairros Atendidos

Seleção dos 20 bairros com maior número de Atendimentos.

Setembro	
Bairro ou Localidade	Quantidade
683 - JD SAO JUDAS TADEU	907
746 - PUTIM	797
9 - JD SANTA JULIA	520
582 - JD DA GRANJA	370
206 - CAMPOS DE SAO JOSE	328
727 - JD SANTA LUZIA	321
127 - VL IRACEMA	310
745 - JD SAO LEOPOLDO	299
741 - JD DO LAGO	250
178 - VL ADRIANA	249
742 - JD SANTA FE	237
744 - JD SANTO ONOFRE	220
426 - JD SANTA ROSA	215
585 - JD UIRA	214
751 - VL RICA	213
632 - JD TORRAO DE OURO	208
685 - RES JATOBA	200
587 - PQ RES FLAMBOYANT	195
302 - VL SAO BENTO	177
11247 - PINHEIRINHO DOS PALMARES II	163

Outubro	
Bairro ou Localidade	Quantidade
683 - JD SAO JUDAS TADEU	1002
746 - PUTIM	841
9 - JD SANTA JULIA	534
582 - JD DA GRANJA	399
206 - CAMPOS DE SAO JOSE	361
727 - JD SANTA LUZIA	346
741 - JD DO LAGO	322
127 - VL IRACEMA	293
178 - VL ADRIANA	264
742 - JD SANTA FE	250
745 - JD SAO LEOPOLDO	244
302 - VL SAO BENTO	240
744 - JD SANTO ONOFRE	237
585 - JD UIRA	234
426 - JD SANTA ROSA	228
632 - JD TORRAO DE OURO	218
751 - VL RICA	211
11247 - PINHEIRINHO DOS PALMARES II	195
591 - RES SAO FRANCISCO	190
587 - PQ RES FLAMBOYANT	176

Novembro		Dezembro	
Bairro ou Localidade	Quantidade	Bairro ou Localidade	Quantidade
683 - JD SAO JUDAS TADEU	959	683 - JD SAO JUDAS TADEU	770
746 - PUTIM	810	746 - PUTIM	745
9 - JD SANTA JULIA	450	9 - JD SANTA JULIA	441
727 - JD SANTA LUZIA	359	582 - JD DA GRANJA	391
206 - CAMPOS DE SAO JOSE	342	206 - CAMPOS DE SAO JOSE	386
127 - VL IRACEMA	337	727 - JD SANTA LUZIA	307
582 - JD DA GRANJA	324	741 - JD DO LAGO	266
745 - JD SAO LEOPOLDO	312	127 - VL IRACEMA	258
741 - JD DO LAGO	247	585 - JD UIRA	245
744 - JD SANTO ONOFRE	241	745 - JD SAO LEOPOLDO	222
178 - VL ADRIANA	240	302 - VL SAO BENTO	218
742 - JD SANTA FE	238	178 - VL ADRIANA	216
426 - JD SANTA ROSA	234	742 - JD SANTA FE	211
632 - JD TORRAO DE OURO	233	632 - JD TORRAO DE OURO	205
751 - VL RICA	222	426 - JD SANTA ROSA	201
585 - JD UIRA	211	744 - JD SANTO ONOFRE	197
302 - VL SAO BENTO	201	751 - VL RICA	187
587 - PQ RES FLAMBOYANT	195	587 - PQ RES FLAMBOYANT	167
685 - RES JATOBA	185	591 - RES SAO FRANCISCO	150
11247 - PINHEIRINHO DOS PALMARES II	179	685 - RES JATOBA	143



3 – Bairros Atendidos

Percentual de Atendimentos nos Bairros abrangidos na Região do Putim. Área demarcada em Azul referem-se aos bairros contemplados pela região do Putim, segundo informações da Prefeitura Municipal de São José dos Campos.

Fonte: <http://www.sic.sp.gov.br/secretarias/fazenda/pop/putim.aspx>





4 – Classificação de Risco

Os atendimentos são realizados seguindo as normativas estabelecidas no Protocolo de Manchester.

Classificação de Risco	2018
Atendimento Imediato	303
10 Minutos	1522
60 Minutos	11643
120 Minutos	44564
240 Minutos	48223



5 – Classificação Internacional de Doenças - CID

TOP 20 CID por mês.

Competência: Janeiro/2018	Quantidade
A09 - DIARREIA E GASTROENTERITE DE ORIGEM INFECCIOSA PRESUMIVEL	541
R520 - DOR AGUDA	517
J00 - NASOFARINGITE AGUDA [RESFRIADO COMUM]	368
J039 - AMIGDALITE AGUDA NAO ESPECIFICADA	368
R05 - TOSSE	362
R51 - CEFALEIA	339
R11 - NAUSEA E VOMITOS	316
T784 - ALERGIA NAO ESPECIFICADA	294
M255 - DOR ARTICULAR	277
R529 - DOR NAO ESPECIFICADA	255
N390 - INFECCAO DO TRATO URINARIO DE LOCALIZACAO NAO ESPECIFICADA	215
J22 - INFECCOES AGUDAS NAO ESPECIFICADA DAS VIAS AEREAS INFERIORES	196
Z518 - OUTRO CUIDADO MEDICO ESPECIFICADO	191
J069 - INFECCAO AGUDA DAS VIAS AEREAS SUPERIORES NAO ESPECIFICADA	173
R509 - FEBRE NAO ESPECIFICADA	170
Z519 - CUIDADO MEDICO NAO ESPECIFICADO	167
I10 - HIPERTENSAO ESSENCIAL (PRIMARIA)	145
R104 - OUTRAS DORES ABDOMINAIS E AS NAO ESPECIFICADAS	138
M645 - DOR LOMBAR BAIXA	130
T140 - TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE REGIAO NAO ESPECIFICADA DO CORP	119

Competência: Fevereiro/2018	Quantidade
R520 - DOR AGUDA	509
J00 - NASOFARINGITE AGUDA [RESFRIADO COMUM]	447
A09 - DIARREIA E GASTROENTERITE DE ORIGEM INFECCIOSA PRESUMIVEL	443
R51 - CEFALEIA	392
R05 - TOSSE	362
J039 - AMIGDALITE AGUDA NAO ESPECIFICADA	350
R11 - NAUSEA E VOMITOS	285
M255 - DOR ARTICULAR	275
R509 - FEBRE NAO ESPECIFICADA	235
J069 - INFECCAO AGUDA DAS VIAS AEREAS SUPERIORES NAO ESPECIFICADA	233
R529 - DOR NAO ESPECIFICADA	225
T784 - ALERGIA NAO ESPECIFICADA	221
N390 - INFECCAO DO TRATO URINARIO DE LOCALIZACAO NAO ESPECIFICADA	218
I10 - HIPERTENSAO ESSENCIAL (PRIMARIA)	189
Z519 - CUIDADO MEDICO NAO ESPECIFICADO	183
M545 - DOR LOMBAR BAIXA	144
R104 - OUTRAS DORES ABDOMINAIS E AS NAO ESPECIFICADAS	129
J22 - INFECCOES AGUDAS NAO ESPECIFICADA DAS VIAS AEREAS INFERIORES	124
J029 - FARINGITE AGUDA NAO ESPECIFICADA	117
M791 - MIALGIA	113



5 – Classificação Internacional de Doenças - CID

TOP 20 CID por mês.

Competência: Março/2018	Quantidade
J00 - NASOFARINGITE AGUDA [RESFRIADO COMUM]	694
J039 - AMIGDALITE AGUDA NAO ESPECIFICADA	681
A09 - DIARREIA E GASTROENTERITE DE ORIGEM INFECCIOSA PRESUMIVEL	605
R05 - TOSSE	535
R520 - DOR AGUDA	508
R509 - FEBRE NAO ESPECIFICADA	459
R51 - CEFALEIA	355
R11 - NAUSEA E VOMITOS	352
J069 - INFECCAO AGUDA DAS VIAS AEREAS SUPERIORES NAO ESPECIFICADA	326
R529 - DOR NAO ESPECIFICADA	300
Z519 - CUIDADO MEDICO NAO ESPECIFICADO	290
T784 - ALERGIA NAO ESPECIFICADA	289
M255 - DOR ARTICULAR	266
N390 - INFECCAO DO TRATO URINARIO DE LOCALIZACAO NAO ESPECIFICADA	243
H109 - CONJUNTIVITE NAO ESPECIFICADA	210
R104 - OUTRAS DORES ABDOMINAIS E AS NAO ESPECIFICADAS	196
I10 - HIPERTENSAO ESSENCIAL (PRIMARIA)	183
J029 - FARINGITE AGUDA NAO ESPECIFICADA	158
M545 - DOR LOMBAR BAIXA	146
H103 - CONJUNTIVITE AGUDA NAO ESPECIFICADA	142

Competência: Abril/2018	Quantidade
J00 - NASOFARINGITE AGUDA [RESFRIADO COMUM]	962
R05 - TOSSE	684
A09 - DIARREIA E GASTROENTERITE DE ORIGEM INFECCIOSA PRESUMIVEL	670
J039 - AMIGDALITE AGUDA NAO ESPECIFICADA	629
R520 - DOR AGUDA	597
R11 - NAUSEA E VOMITOS	394
R509 - FEBRE NAO ESPECIFICADA	356
J069 - INFECCAO AGUDA DAS VIAS AEREAS SUPERIORES NAO ESPECIFICADA	346
R51 - CEFALEIA	321
Z519 - CUIDADO MEDICO NAO ESPECIFICADO	314
J22 - INFECCOES AGUDAS NAO ESPECIFICADA DAS VIAS AEREAS INFERIORES	271
R529 - DOR NAO ESPECIFICADA	258
N390 - INFECCAO DO TRATO URINARIO DE LOCALIZACAO NAO ESPECIFICADA	252
H109 - CONJUNTIVITE NAO ESPECIFICADA	203
T784 - ALERGIA NAO ESPECIFICADA	203
I10 - HIPERTENSAO ESSENCIAL (PRIMARIA)	191
M255 - DOR ARTICULAR	185
J018 - OUTRAS SINUSITES AGUDAS	164
J029 - FARINGITE AGUDA NAO ESPECIFICADA	152
R104 - OUTRAS DORES ABDOMINAIS E AS NAO ESPECIFICADAS	146



5 – Classificação Internacional de Doenças - CID

TOP 20 CID por mês.

Competência: Maio/2018	Quantidade
J00 - NASOFARINGITE AGUDA [RESFRIADO COMUM]	1323
R05 - TOSSE	953
J039 - AMIGDALITE AGUDA NAO ESPECIFICADA	643
Z000 - EXAME MEDICO GERAL	636
A09 - DIARREIA E GASTROENTERITE DE ORIGEM INFECCIOSA PRESUMIVEL	552
R520 - DOR AGUDA	509
J069 - INFECCAO AGUDA DAS VIAS AEREAS SUPERIORES NAO ESPECIFICADA	464
R509 - FEBRE NAO ESPECIFICADA	360
R11 - NAUSEA E VOMITOS	344
J22 - INFECCOES AGUDAS NAO ESPECIFICADA DAS VIAS AEREAS INFERIORES	335
R51 - CEFALEIA	291
J029 - FARINGITE AGUDA NAO ESPECIFICADA	249
I10 - HIPERTENSAO ESSENCIAL (PRIMARIA)	248
Z519 - CUIDADO MEDICO NAO ESPECIFICADO	235
R529 - DOR NAO ESPECIFICADA	217
J459 - ASMA NAO ESPECIFICADA	214
N390 - INFECCAO DO TRATO URINARIO DE LOCALIZACAO NAO ESPECIFICADA	208
J018 - OUTRAS SINUSITES AGUDAS	206
M255 - DOR ARTICULAR	176
T784 - ALERGIA NAO ESPECIFICADA	148

Competência: Junho/2018	Quantidade
J00 - NASOFARINGITE AGUDA [RESFRIADO COMUM]	1719
R05 - TOSSE	965
J039 - AMIGDALITE AGUDA NAO ESPECIFICADA	769
J069 - INFECCAO AGUDA DAS VIAS AEREAS SUPERIORES NAO ESPECIFICADA	630
J22 - INFECCOES AGUDAS NAO ESPECIFICADA DAS VIAS AEREAS INFERIORES	605
A09 - DIARREIA E GASTROENTERITE DE ORIGEM INFECCIOSA PRESUMIVEL	422
R509 - FEBRE NAO ESPECIFICADA	420
R520 - DOR AGUDA	333
R11 - NAUSEA E VOMITOS	285
R51 - CEFALEIA	278
Z519 - CUIDADO MEDICO NAO ESPECIFICADO	253
J018 - OUTRAS SINUSITES AGUDAS	220
I10 - HIPERTENSAO ESSENCIAL (PRIMARIA)	216
R529 - DOR NAO ESPECIFICADA	215
N390 - INFECCAO DO TRATO URINARIO DE LOCALIZACAO NAO ESPECIFICADA	207
J029 - FARINGITE AGUDA NAO ESPECIFICADA	186
J459 - ASMA NAO ESPECIFICADA	179
M255 - DOR ARTICULAR	161
T784 - ALERGIA NAO ESPECIFICADA	158
M545 - DOR LOMBAR BAIXA	153



5 – Classificação Internacional de Doenças - CID

TOP 20 CID por mês.

Competência: Julho/2018	Quantidade
R05 - TOSSE	820
J00 - NASOFARINGITE AGUDA [RESFRIADO COMUM]	737
R520 - DOR AGUDA	485
J039 - AMIGDALITE AGUDA NAO ESPECIFICADA	447
J22 - INFECCOES AGUDAS NAO ESPECIFICADA DAS VIAS AEREAS INFERIORES	423
A09 - DIARREIA E GASTROENTERITE DE ORIGEM INFECCIOSA PRESUMIVEL	341
R529 - DOR NAO ESPECIFICADA	297
R51 - CEFALEIA	273
Z519 - CUIDADO MEDICO NAO ESPECIFICADO	265
J069 - INFECCAO AGUDA DAS VIAS AEREAS SUPERIORES NAO ESPECIFICADA	252
I10 - HIPERTENSAO ESSENCIAL (PRIMARIA)	249
R11 - NAUSEA E VOMITOS	213
J018 - OUTRAS SINUSITES AGUDAS	186
R509 - FEBRE NAO ESPECIFICADA	186
N390 - INFECCAO DO TRATO URINARIO DE LOCALIZACAO NAO ESPECIFICADA	180
J029 - FARINGITE AGUDA NAO ESPECIFICADA	173
M255 - DOR ARTICULAR	156
J459 - ASMA NAO ESPECIFICADA	149
T784 - ALERGIA NAO ESPECIFICADA	146
M545 - DOR LOMBAR BAIXA	121

Competência: Agosto/2018	Quantidade
J00 - NASOFARINGITE AGUDA [RESFRIADO COMUM]	808
R05 - TOSSE	749
J039 - AMIGDALITE AGUDA NAO ESPECIFICADA	553
R520 - DOR AGUDA	442
J069 - INFECCAO AGUDA DAS VIAS AEREAS SUPERIORES NAO ESPECIFICADA	366
R529 - DOR NAO ESPECIFICADA	364
A09 - DIARREIA E GASTROENTERITE DE ORIGEM INFECCIOSA PRESUMIVEL	330
R51 - CEFALEIA	295
J22 - INFECCOES AGUDAS NAO ESPECIFICADA DAS VIAS AEREAS INFERIORES	290
I10 - HIPERTENSAO ESSENCIAL (PRIMARIA)	250
Z519 - CUIDADO MEDICO NAO ESPECIFICADO	240
R11 - NAUSEA E VOMITOS	231
J459 - ASMA NAO ESPECIFICADA	230
N390 - INFECCAO DO TRATO URINARIO DE LOCALIZACAO NAO ESPECIFICADA	224
M255 - DOR ARTICULAR	208
J018 - OUTRAS SINUSITES AGUDAS	187
T784 - ALERGIA NAO ESPECIFICADA	182
R509 - FEBRE NAO ESPECIFICADA	173
Z518 - OUTRO CUIDADO MEDICO ESPECIFICADO	160
J029 - FARINGITE AGUDA NAO ESPECIFICADA	143



5 – Classificação Internacional de Doenças - CID

TOP 20 CID por mês.

Competência: Setembro/2018	Quantidade
J00 - NASOFARINGITE AGUDA [RESFRIADO COMUM]	731
J039 - AMIGDALITE AGUDA NAO ESPECIFICADA	641
R05 - TOSSE	559
A09 - DIARREIA E GASTROENTERITE DE ORIGEM INFECCIOSA	478
R520 - DOR AGUDA	391
J069 - INFECCAO AGUDA DAS VIAS AEREAS SUPERIORES	322
R51 - CEFALEIA	281
R11 - NAUSEA E VOMITOS	278
R509 - FEBRE NAO ESPECIFICADA	270
R529 - DOR NAO ESPECIFICADA	254
I10 - HIPERTENSAO ESSENCIAL (PRIMARIA)	237
T784 - ALERGIA NAO ESPECIFICADA	206
J22 - INFECCOES AGUDAS NAO ESPECIFICADA DAS VIAS	189
N390 - INFECCAO DO TRATO URINARIO DE LOCALIZACAO	180
M255 - DOR ARTICULAR	172
J029 - FARINGITE AGUDA NAO ESPECIFICADA	152
R104 - OUTRAS DORES ABDOMINAIS E AS NAO	142
J018 - OUTRAS SINUSITES AGUDAS	128
M545 - DOR LOMBAR BAIXA	122
N399 - TRANSTORNOS NAO ESPECIFICADOS DO APARELHO	98

Competência: Outubro/2018	Quantidade
J00 - NASOFARINGITE AGUDA [RESFRIADO COMUM]	725
J039 - AMIGDALITE AGUDA NAO ESPECIFICADA	699
R520 - DOR AGUDA	501
A09 - DIARREIA E GASTROENTERITE DE ORIGEM INFECCIOSA	491
R05 - TOSSE	440
R529 - DOR NAO ESPECIFICADA	371
J069 - INFECCAO AGUDA DAS VIAS AEREAS SUPERIORES	339
R11 - NAUSEA E VOMITOS	284
R51 - CEFALEIA	282
J22 - INFECCOES AGUDAS NAO ESPECIFICADA DAS VIAS	278
R509 - FEBRE NAO ESPECIFICADA	278
N390 - INFECCAO DO TRATO URINARIO DE LOCALIZACAO	257
M255 - DOR ARTICULAR	232
T784 - ALERGIA NAO ESPECIFICADA	207
I10 - HIPERTENSAO ESSENCIAL (PRIMARIA)	204
J459 - ASMA NAO ESPECIFICADA	185
R104 - OUTRAS DORES ABDOMINAIS E AS NAO	135
J029 - FARINGITE AGUDA NAO ESPECIFICADA	114
J018 - OUTRAS SINUSITES AGUDAS	108
T140 - TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE REGIAO NAO	104



5 – Classificação Internacional de Doenças - CID

TOP 20 CID por mês.

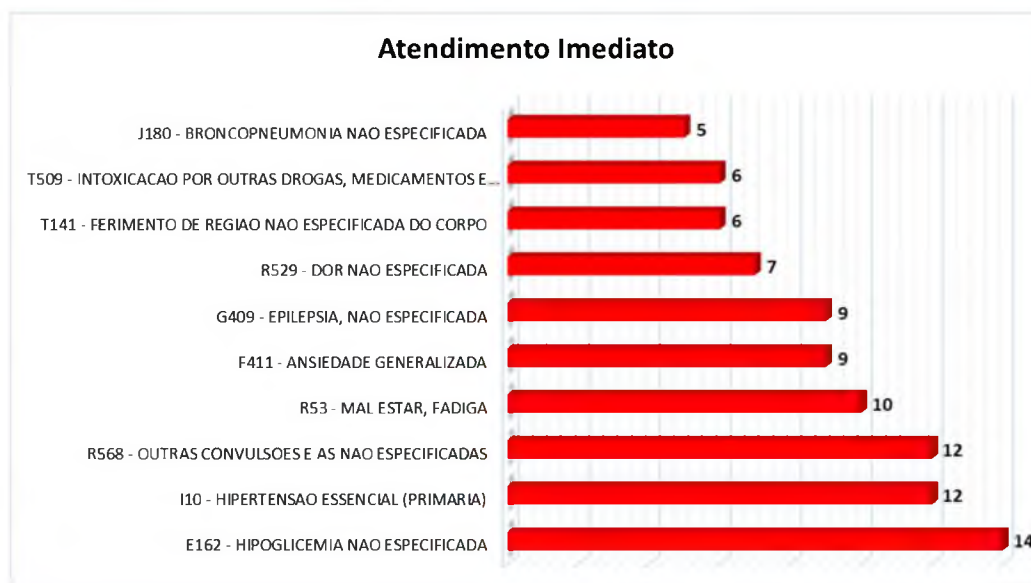
Competência: Novembro/2018	Quantidade
J00 - NASOFARINGITE AGUDA [RESFRIADO COMUM]	740
J039 - AMIGDALITE AGUDA NAO ESPECIFICADA	568
A09 - DIARREIA E GASTROENTERITE DE ORIGEM INFECCIOSA PRESUMIVEL	549
R05 - TOSSE	440
R529 - DOR NAO ESPECIFICADA	421
R520 - DOR AGUDA	406
J069 - INFECCAO AGUDA DAS VIAS AEREAS SUPERIORES NAO ESPECIFICADA	362
J22 - INFECCOES AGUDAS NAO ESPECIFICADA DAS VIAS AEREAS INFERIORES	310
R11 - NAUSEA E VOMITOS	292
R509 - FEBRE NAO ESPECIFICADA	291
M255 - DOR ARTICULAR	257
R51 - CEFALEIA	250
T784 - ALERGIA NAO ESPECIFICADA	215
I10 - HIPERTENSAO ESSENCIAL (PRIMARIA)	199
N390 - INFECCAO DO TRATO URINARIO DE LOCALIZACAO NAO ESPECIFICADA	191
J459 - ASMA NAO ESPECIFICADA	171
J029 - FARINGITE AGUDA NAO ESPECIFICADA	158
R104 - OUTRAS DORES ABDOMINAIS E AS NAO ESPECIFICADAS	133
M545 - DOR LOMBAR BAIXA	117
J018 - OUTRAS SINUSITES AGUDAS	115

Competência: Dezembro/2018	Quantidade
A09 - DIARREIA E GASTROENTERITE DE ORIGEM INFECCIOSA	523
J00 - NASOFARINGITE AGUDA [RESFRIADO COMUM]	502
R520 - DOR AGUDA	487
J039 - AMIGDALITE AGUDA NAO ESPECIFICADA	477
R05 - TOSSE	407
R529 - DOR NAO ESPECIFICADA	376
R11 - NAUSEA E VOMITOS	297
R509 - FEBRE NAO ESPECIFICADA	286
J22 - INFECCOES AGUDAS NAO ESPECIFICADA DAS VIAS AEREAS	248
R51 - CEFALIA	229
M255 - DOR ARTICULAR	218
J069 - INFECCAO AGUDA DAS VIAS AEREAS SUPERIORES NAO	203
T784 - ALERGIA NAO ESPECIFICADA	201
N390 - INFECCAO DO TRATO URINARIO DE LOCALIZACAO NAO	197
I10 - HIPERTENSAO ESSENCIAL (PRIMARIA)	149
T140 - TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE REGIAO NAO ESPECIFICADA	139
R104 - OUTRAS DORES ABDOMINAIS E AS NAO ESPECIFICADAS	122
J029 - FARINGITE AGUDA NAO ESPECIFICADA	114
M545 - DOR LOMBAR BAIXA	109
R300 - DISURIA	92



6 – Comparativo de Classificação de Risco x CID

Comparativo dos atendimentos realizados, utilizando um TOP 10 CID, dentro de cada Nível de Classificação de Risco do Protocolo de Manchester.





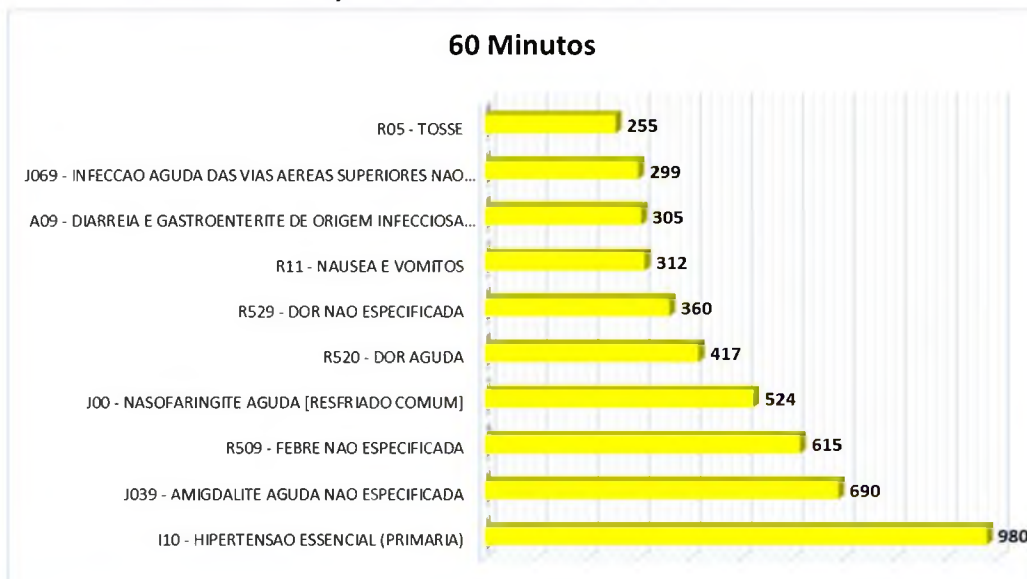
6 – Comparativo de Classificação de Risco x CID

Comparativo dos atendimentos realizados, utilizando um TOP 10 CID, dentro de cada Nível de Classificação de Risco do Protocolo de Manchester.



6 – Comparativo de Classificação de Risco x CID

Comparativo dos atendimentos realizados, utilizando um TOP 10 CID, dentro de cada Nível de Classificação de Risco do Protocolo de Manchester.





6 – Comparativo de Classificação de Risco x CID

Comparativo dos atendimentos realizados, utilizando um TOP 10 CID, dentro de cada Nível de Classificação de Risco do Protocolo de Manchester.



6 – Comparativo de Classificação de Risco x CID

Comparativo dos atendimentos realizados, utilizando um TOP 10 CID, dentro de cada Nível de Classificação de Risco do Protocolo de Manchester.





7 – Resumo das Atividades

Tabela com resumo das informações de atendimentos e serviços prestados na Unidade de Pronto Atendimento do Putim durante o ano de 2018.

Resumo das Atividades - 2018													
Atividade	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Mai	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Total
Atendimentos Médicos no Pronto Atendimento UPA Putim	7940	8567	11276	11644	11812	12479	9215	10053	9538	10117	9819	8963	121423
Atendimento da Clínica Médica	6137	6560	7575	7866	7736	8272	7143	7244	6582	6928	6726	6599	85368
Atendimento da Pediatria	1803	2007	3701	3778	4076	4207	2072	2809	2956	3189	3093	2364	36055
Classificação de risco	7940	8567	11276	11644	11812	12479	9215	10053	9538	10117	9819	8963	121423
Administração de Medicamentos	5876	7739	7676	5704	4547	1401	2558	1922	3761	6553	6292	4415	58444
Exames de Raios - x	2649	2508	3269	2137	2905	3956	3427	3181	3736	3912	3090	3637	38407
Exames de Eletrocardiograma	230	254	231	162	100	162	112	176	222	351	300	264	2564
Sutura e/ou Exisão Simples e Curativo	209	198	236	146	78	41	79	63	175	188	242	212	1867
Observação até 24 horas Adulto	102	77	113	95	68	83	124	124	110	89	91	105	1181
Observação até 24 horas Infantil	54	46	69	88	63	49	81	65	88	57	72	47	779
Coleta de Materiais	684	771	775	619	354	107	311	157	630	855	735	669	6667
Exames Laboratoriais	2333	2737	3123	2728	2510	2593	2976	2729	3097	3109	2504	3100	33539
Atendimentos Sala de Urgência	61	53	56	75	57	45	67	54	47	81	52	67	715
Remoções / Saídas	63	75	60	89	82	54	85	65	58	56	73	75	835
Óbitos	4	3	0	0	2	4	3	1	2	1	4	3	27



7 – Resumo das Atividades

Procedimento	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Mai	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	
Consultas em Clínica Médica	6137	6560	7575	7866	7736	8272	7143	7244	6582	6928	6726	6599	
Consultas em Pediatria	1803	2007	3701	3778	4076	4207	2072	2809	2956	3189	3093	2364	
Consultas de Enfermeiro	7940	8567	11276	11644	11812	12479	9215	10053	9538	10117	9819	8963	
Coletas em Geral	684	771	775	619	854	607	811	557	630	855	735	669	
Atendimentos de Enfermagem (em geral)	24213	24931	31507	28333	26717	23341	19682	20108	21757	28096	27350	26264	
Suturas, Drenagens, Curativos Grau I e II e Cistos	209	198	236	146	178	141	179	163	175	188	242	212	
Eletrocardiograma	230	254	231	262	240	262	232	276	222	351	300	264	
Exames Laboratoriais	2333	2737	3123	2728	2510	2593	2976	2729	3097	3109	2504	3100	
Exames Radiológicos	2649	2508	3269	2137	2905	3956	3427	3181	3736	3912	3090	3637	
% Cumprida das Metas Estipuladas													
Procedimento	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Mai	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	
Consultas em Clínica Médica e Pediatria	120,9	130,4	171,6	177,2	179,8	189,9	140,3	153,0	145,2	154,0	149,5	136,4	
Consultas de Enfermeiro	124	134	176	182	185	195	144	157	149	158	153	140	
Coletas em Geral	124	139	140	112	154	110	147	101	114	155	133	121	
Atendimentos de Enfermagem (em geral)	644,6	663,8	838,8	754,3	711,3	621,4	524,0	535,4	579,3	748,0	728,2	699,3	
Suturas, Drenagens, Curativos Grau I e II e Cistos	160,8	152,3	181,5	112,3	136,9	108,5	137,7	125,4	134,6	144,6	186,2	163,1	
Eletrocardiograma	104,1	114,9	104,5	118,6	108,6	118,6	105,0	124,9	100,5	158,8	135,7	119,5	
Exames Laboratoriais	151,8	178,1	203,2	177,5	163,3	168,7	193,6	177,6	201,5	202,3	162,9	201,7	
Exames Radiológicos	261,8	247,8	323,0	211,2	287,1	390,9	338,6	314,3	369,2	386,6	305,3	359,4	

Além das avançadas ferramentas de TI, o INCS possui uma equipe que detém expertise de implantação, customização e otimização do SIG – Sistema de Informação Gerencial utilizado. Essa equipe não somente domina a tecnologia e o conhecimento, mas também conhece todos os documentos, protocolos e relatórios necessários para os diferentes processos de QUALIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE, que possibilita, não somente excelência nos serviços prestados, mas também, pode propiciar aumento na captação de recursos financeiros junto ao Ministério da Saúde, frente a um serviço qualificado junto ao SUS, através da acurácia do faturamento da produção ambulatorial (BPA).

II- O detalhamento das características das ações voltadas à apuração de indicadores, associados à mensuração da satisfação dos pacientes e seus acompanhantes, serão realizadas através de um totem eletrônico tipo “touch screen”, que está interfaceado com nosso SIG – Sistema de Informações Gerenciais, através da nossa equipe de TI, que são apresentados periodicamente, através de relatórios, para a Comissão de Fiscalização e Avaliação do Contrato do Departamento Municipal de Saúde.

As estratégias para essas ações objetivando a apuração e mensuração da satisfação dos usuários, é consubstanciada pelo estímulo que nossos colaboradores exercem sobre os usuários, demonstrando-lhes como é fácil, simples e rápido participar das pesquisas de satisfação que são realizadas através do sistema digital, e que, consubstancia o nível de satisfação dos pacientes e acompanhantes que fazem uso dos serviços que gerenciamos e executamos na Unidade. Demonstramos a seguir, exemplos de pesquisas de satisfação.



8 – Pesquisa de Satisfação

Gráficos e informações coletadas através da pesquisa de satisfação.

Janeiro, Fevereiro e Março 2017	Total de Pesquisas Realizadas:					3303
	Excelente	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	
Atendimento de Recepção	1629	525	536	171	442	
Atendimento do Acolhimento	1726	426	430	245	476	
Atendimento de Enfermagem	1641	512	439	238	473	
Atendimento Médico	1714	579	367	222	421	
Tempo de Espera Médico	1664	515	312	231	581	
Condições de Higiêne e Limpeza	2259	380	335	109	220	
Total	10633	2937	2419	1216	2613	



4. PROPOSTA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

4.1. ACOLHIMENTO

O Acolhimento é uma ação tecnoassistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade.

É um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para continuidade da assistência, estabelecendo articulações com estes serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

➤ Paradigma

“Constatar os problemas de saúde e tomá-los como desafio, não é suficiente para imprimir as mudanças que possam traduzir a saúde como direito e patrimônio público da sociedade”.

É preciso restabelecer no cotidiano o princípio da universalidade do acesso, a responsabilização pela saúde dos indivíduos e a consequente constituição de vínculos entre os profissionais e população, empenhando-se na construção coletiva de estratégias que promovam mudanças nas práticas dos serviços, onde a defesa e afirmação de uma vida digna de ser vivida seja adotada como lema.

Tradicionalmente a noção de Acolhimento no campo da saúde tem sido identificada ora com uma dimensão espacial, recepção administrativa e ambiente confortável, ora com uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos.

Ambas as noções têm sua importância, entretanto quando tomadas isoladamente dos processos de trabalho em saúde se restringem à uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e produção de vínculo. Neste funcionamento o objetivo principal é o repasse do problema tendo como foco a doença e não o sujeito e suas necessidades.

Desdobra-se daí a questão do acesso comumente trabalhado a partir das filas por ordem de chegada, sem avaliação do potencial de risco e agravo, o funcionamento de agendas restritivas dos profissionais de saúde funcionando a moda privada de clientela cativa e num modelo médico centrado, sem ação de vínculo e responsabilidade, principalmente num local de referência para doenças.

Este funcionamento demonstra a lógica perversa no qual a grande parte dos serviços de saúde vem se apoiando para o desenvolvimento do trabalho cotidiano. Lógica esta, que tem produzido falta de estímulo dos profissionais, arranjos desagregadores para suprir a falta de uma remuneração justa, a precarização da capacitação técnica pela não inserção do conjunto de profissionais ligados à assistência, a não integração de diferentes setores e projetos e a não articulação com a rede de serviços no sistema de referência e contra referência. O que vemos é que este funcionamento tem produzido sofrimento e precarização da vida não só dos usuários, mas também dos profissionais de saúde.

A reversão deste processo nos convoca a acolher o desafio de construirmos alianças éticas com a produção da vida e traçar nestas a coprodução de compromissos singulares reativando o protagonismo dos sujeitos, usuários e profissionais de saúde. Não há como constituir-se como sujeito e agir como tal, fora das estratégias de constituição das subjetividades que cada contexto oferece, o Acolhimento como estratégia de interferência nos processos de trabalho.

Assim, o Acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética que se constrói em meio a imperativos de necessidade, de direito e da solidariedade humana. Desse modo ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ações que devem ocorrer em todos os locais e momentos na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE JACUPIRANGA.

Colocar em ação o Acolhimento como diretriz operacional, requer uma nova atitude de mudança, no fazer, em saúde, implicando:

- ✓ Numa organização do serviço de saúde a partir da problematização dos processos de trabalho de modo a possibilitar a intervenção de toda a equipe multiprofissional, encarregada da escuta e resolução do problema do usuário.
- ✓ Em mudanças estruturais na forma de gestão da unidade ampliando os espaços democráticos de discussão/decisão, os espaços de escuta, as trocas e as decisões coletivas.
- ✓ Numa postura de escuta e compromisso de dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelos usuários.

Acolher com resolutividade as pessoas que procuram uma unidade de saúde pressupõe que todas as pessoas que a procuram, por demanda espontânea, deverão ser acolhidas por um ou mais profissionais da equipe técnica. O profissional deve escutar a queixa, identificar riscos e vulnerabilidades (escuta qualificada), assim como responsabilizar-se para dar uma resposta ao problema.

Neste funcionamento, o Acolhimento deixa de ser uma ação pontual e isolada dos processos de produção de saúde, e capilariza-se em inúmeras outras ações, que partindo do complexo encontro do sujeito profissional de saúde e do sujeito demandante, possibilita analisar:

- ✓ A adequação da área física.

- ✓ As formas de organização dos serviços de saúde.
- ✓ A governabilidade das equipes locais.
- ✓ A humanização das relações em serviço.
- ✓ Os modelos de gestão vigentes.
- ✓ O ato da escuta.
- ✓ O uso ou não de saberes para melhoria da qualidade das ações de saúde e o quanto estes saberes estão a favor da vida.
- ✓ O Acolhimento como dispositivo tecnológico e as mudanças possíveis no trabalho da atenção e produção de saúde.

O Acolhimento como dispositivo tecnoassistencial é disparador de reflexões e mudanças nos modos de operar a assistência, pois interroga as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão, assim como as relações de acessibilidade.

Tais indagações, quando acolhidas e transformadas em invenção de novos modos de se produzir a assistência, e a si mesmo como profissional de saúde, objetivam:

- ✓ A melhoria do acesso dos usuários aos serviços de saúde, mudando a forma tradicional de entrada por filas e ordem de chegada.
- ✓ A humanização das relações entre profissionais de saúde e usuários, no que tange a forma de escutar este usuário, em seus problemas e demandas.
- ✓ Uma abordagem integral a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania.
- ✓ O aperfeiçoamento do trabalho em equipe com a integração e complementaridade das atividades exercidas por cada categoria, buscando o atendimento por riscos apresentados, complexidade do problema, grau de saber e tecnologias exigidas para a solução.
- ✓ O aumento da responsabilização dos profissionais de saúde em seu contexto existencial, assim como a elevação dos coeficientes de vínculo e confiança entre eles.
- ✓ A operacionalização de uma clínica ampliada.
- ✓ A diminuição de riscos relacionados ao tempo do atendimento na intervenção em casos de maior necessidade.
- ✓ O aumento da satisfação do usuário.

➤ **Algumas Ferramentas Teóricas Disponíveis**

- ✓ **Fluxograma Analisador:** é um diagrama no qual desenhamos o modo de organizar os processos de trabalho que se vinculam entre si em torno de certa cadeia de produção (Ex.: foto das entradas no processo, etapas percorridas, saídas e resultados alcançados → análise do caso). Funciona como ferramenta para reflexão da equipe sobre como é o trabalho no dia a dia dos serviços.

- ✓ **Oficinas de Discussão:** é uma ferramenta que objetiva a construção de ações com acento no trabalho grupal multiprofissional, com a participação de equipe local e/ou consultorias externas.
- ✓ **Elaboração de Protocolos:** são construídos sob a ótica da intervenção multiprofissional na qualificação da assistência, legitimando a inserção do conjunto de profissionais ligados a assistência, a humanização do atendimento, a identificação de risco por todos os profissionais, a definição de prioridades e a padronização de medicamentos.
- **Requisitos Necessários à Implantação do Processo de Acolhimento**
- ✓ Estabelecimento de fluxos, protocolos de atendimento, triagem administrativa e classificação de risco.
- ✓ Qualificação das Equipes de Acolhimento e Classificação de Risco (recepção, enfermagem, orientadores de fluxo e controladores de acesso).
- ✓ Sistema de informações para a regulação de consultas ambulatoriais e de encaminhamentos específicos.
- ✓ Quantificação dos atendimentos diários.
- ✓ Traçar o perfil da clientela e os horários de pico.
- **Processo de Acolhimento**

O usuário ao procurar a UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO será direcionado a uma Central de Acolhimento, que tem como objetivos:

 - ✓ Direcionar e organizar o fluxo através da identificação das diversas demandas do usuário.
 - ✓ Determinar as áreas de atendimento em nível primário.
 - ✓ Acolher pacientes e familiares nas demandas de informações do processo de atendimento, tempo e motivo de espera.

A Central de Acolhimento tem a demanda atendida imediatamente, sem precisar esperar por consulta médica (consultas ambulatoriais e procura por exames) e que estariam passando por atendimento médico de forma desnecessária.

4.2. MANUAL DE FLUXO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento.

Com a crescente demanda e procura pelos serviços de urgência e emergência, observou-se um enorme fluxo de “circulação desordenada” dos usuários nas portas dos Pronto Socorros e Pronto Atendimentos, tornando-se necessário a reorganização do processo de trabalho destas unidades de saúde, de

forma a atender os diferentes graus de especificidade e resolutividade, na assistência realizada aos agravos agudos, de forma que, a assistência prestada, fosse de acordo com diferentes graus de necessidades ou sofrimento, e não mais pessoal e/ou por ordem de chegada.

➤ **Objetivos da Classificação de Risco**

- ✓ Avaliação do paciente logo na sua chegada à UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, humanizando o atendimento.
- ✓ Descongestionamento da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.
- ✓ Redução do tempo para o atendimento médico, fazendo com que o paciente seja visto precocemente de acordo com a sua gravidade.
- ✓ Determinação da área de atendimento primário, devendo o paciente ser encaminhado diretamente às especialidades conforme protocolo. Ex.: ambulatórios, urgência e emergência.
- ✓ Informação dos tempos de espera.
- ✓ Retorno das informações aos familiares.

➤ **Requisitos Necessários à Implantação da Central de Acolhimento e Classificação de Risco**

- ✓ Estabelecimento de fluxos, protocolos de atendimento, triagem e Classificação de Risco.
- ✓ Qualificação das Equipes de Acolhimento e Classificação de Risco (recepção, enfermagem, orientadores de fluxo e controladores de acesso).
- ✓ Sistema de informações para o agendamento de consultas ambulatoriais e encaminhamentos específicos.
- ✓ Quantificação dos atendimentos diários.
- ✓ Estabelecimento do perfil da clientela e dos horários de pico.
- ✓ Constante adequação da estrutura física e logística das seguintes áreas de atendimento:
 - Área de Emergência.
 - Área de Pronto Atendimento.

➤ **Área de Emergência:** a área de Emergência, nesta lógica, é constantemente repensada por nível de complexidade, desta forma otimiza-se seus recursos tecnológicos e força de trabalho das equipes, atendendo ao usuário segundo sua necessidade específica.

➤ **Área de Pronto Atendimento:** é uma área com consultórios e salas para processos assistenciais de enfermagem.

4.2.1. Área de Acolhimento com Fluxo Obrigatório na Chegada

Área física que favorece a visão dos que esperam por atendimentos de baixa complexidade na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

Ela contempla:

- Consultório de Enfermagem: local de realização da Classificação de Risco e procedimentos iniciais com os seguintes equipamentos e materiais para o atendimento as eventuais doenças:
 - monitor e eletrocardiógrafo;
 - oxímetro de pulso;
 - glicosímetro;
 - material de punção venosa; e,
 - prancha longa e colar cervical.
- Consultórios Médicos.
- Sala de Administração de Medicamentos e Soroterapia.
- Sala de Inaloterapia.

4.2.2. Processo de Acolhimento e Classificação de Risco

O usuário ao procurar a UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, será direcionado à Central de Acolhimento que tem como objetivos:

- ✓ Direcionar e organizar o fluxo através da identificação das diversas demandas do usuário.
- ✓ Determinar as áreas de atendimento em nível primário.
- ✓ Acolher pacientes e familiares nas demandas de informações do processo de atendimento, tempo e motivo de espera.

A Central de Acolhimento tem sua demanda atendida imediatamente, sem precisar esperar pela consulta médica (consultas ambulatoriais ou procura por exames já realizados) e que estaria passando por atendimento médico de forma desnecessária.

Após a triagem administrativa o paciente é encaminhado para o consultório de enfermagem onde a classificação de risco é feita baseada nos seguintes dados:

- Situação/Queixa/Duração (QPD).
- Breve histórico (relatadas pelo próprio paciente, familiar ou testemunhas).
- Uso de medicações.
- Verificação de sinais vitais.
- Exame físico sumário buscando sinais objetivos.
- Verificação da glicemia e eletrocardiograma se necessário.

4.2.3. Níveis da Classificação de Risco

- **Vermelho:** tem prioridade 0 → emergência, necessita de atendimento imediato e são encaminhados para Sala de Emergência, pois tem risco imediato de perder a vida.
- **Laranja:** tem prioridade 1 → muito urgente, atendimento em até 10 minutos, pois há risco de perda de função de órgãos ou membros.
- **Amarelo:** tem prioridade 2 → urgente, atendimento em até 60 minutos, pois o paciente apresenta condição que pode se agravar sem atendimento.
- **Verde:** tem prioridade 3 → pouco urgente, atendimento em até 120 minutos, com baixo risco de agravo à saúde.
- **Azul:** tem prioridade 4 → não urgente, atendimento de acordo com o horário de chegada e o tempo de espera pode chegar até 240 minutos, conforme a demanda deste nível de prioridade, ou seja, prioridade 4 frente as outras demandas dos pacientes com prioridade 0, prioridade 1, prioridade 2 e prioridade 3, pois o paciente não apresenta risco de agravo à saúde.

A identificação das prioridades é realizada de forma lúdica, mediante fixação de adesivo colorido colado no canto superior direito da Ficha de Atendimento, assim como da identificação do paciente, utilizando-se da mesma forma, ou seja, através de pulseiras, fichas, adesivos, ou qualquer outro elemento que permita identificar a cor da Classificação do Risco.



4.2.4. Protocolo de Classificação de Risco (Manchester)

- **Vermelho: PRIORIDADE 1.** Pacientes com condições que ameaçam a vida ou com sinais iminentes de risco de deterioração do quadro clínico, em que o tempo para o atendimento médico é imediato.
Tipo de paciente: não responsivo, sinais vitais instáveis ou ausentes e desidratação grave.

SITUAÇÃO / QUEIXA

210

I. TRAUMA***1. Grande Trauma**

- **Politraumatizado grave: lesão grave de um ou mais órgãos, sistemas e/ou comprometimento de coluna cervical.**
- **Queimaduras graves: > 20% da superfície corpórea (SC) nas lesões de 2º e 3º grau em adulto; crianças e idosos com mais de 10% da SC nas lesões de 2º e 3º grau; e > 5% SC nas lesões de 3º grau.**
- **Queimaduras químicas e/ou elétricas.**
- **Traumatismo crânio-encefálico (TCE) grave ECG < 10 pontos.**
- **Amputação com alteração dos sinais vitais.**
- **Lesão no tórax e/ou abdômen com alteração respiratória, hipotensão, taquicardia, estado mental e/ou dor severa.**
- **Grandes hemorragias com alteração dos sinais vitais.**

*** Verificar o modificador — mecanismo da lesão, pensar em TCE e proteção de coluna cervical.**

II. ALTERAÇÃO DO ESTADO MENTAL

- 1. Estado de inconsciência — overdoses, intoxicação exógenas, estado de anafilaxia, hipoglicemia e cetoacidose diabética.**
- 2. Estado de crise convulsiva — Crises > 5 minutos (Estado de Mal Epilético).**

III. ALTERAÇÃO CÁRDIO – VASCULAR*

- 1. Parada cárdiorrespiratória (PCR) — Pacientes em PCR ou com sinais sugestivos de pré-parada.**
- 2. Estados de choque — condições onde exista um desequilíbrio entre a oferta de O₂ e a demanda, caracterizado por: sudorese intensa, pele fria e pegajosa, palidez e hipotensão, taquicardia e bradicardia com instabilidade.**

3. **Dor no peito associada a falta de ar e cianose — dor tipo facada, em aperto, agulhada com irradiação para um ou ambos membros superiores, região cervical e mandíbula; início súbito, acompanhada de sudorese, náuseas, vômitos ou queimação gástrica elou perda da consciência.**
4. **Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) com supra S-T.**
 - * **Atenção para os pacientes com história anterior de DAC, embolia pulmonar, aneurisma e/ou diabetes.**

IV. ALTERAÇÃO RESPIRATÓRIA

1. **Alterações respiratórias graves — bradispnéia ou taquidispnéia (FR < 10 e > 30), incapacidade para falar, cianose, sibilos, respiração diafragmática e estado de mal asmático — incapacidade para falar, letargia, confusão e saturação < 90%.**

V. COMPETÊNCIA

1. **Primeiro Atendimento: UBS; Serviço 192; Unidade de Pronto Atendimento e Hospital.**
2. **Local de Atendimento: Sala de Emergência.**
3. **Serviço 192: USA.**
4. **Atendimento Definitivo: Hospital.**
5. **Atribuições**
 - **Enfermeiro:**
 - I. **Iniciar S.B.V. em de P.C.R.**
 - II. **M.O.V.**
 - III. **Acompanhar o paciente.**
 - IV. **Chamar o médico para a Sala de Emergência.**
 - **Médico:**
 - I. **Iniciar S.B.V. e S.A.V. em caso de P.C.R.**
 - II. **Estabilização:**
 - **Vias Aéreas (V.A.);**
 - **Reposição de Volume;**
 - **Drogas; e,**
 - **Desfibrilação/Cardioversão.**
 - III. **Comunicar o Serviço 192 em caso de transferência.**
 - IV. **Informar a família em caso de óbito/gravidade.**

- **Laranja: PRIORIDADE 2.** Pacientes com condições que potencialmente, ameaçam a vida e requerem rápida intervenção médica e de enfermagem, em que o tempo para o atendimento médico seja obrigatoriamente em até 10 minutos.

SITUAÇÃO / QUEIXA

I. TRAUMA

1. Trauma Grave*

- TCE com Escala de Coma de Glasgow >10 e <= 14 pontos ou com comprometimento da coluna cervical ou associado com cefaléia severa, perda da consciência, dor cervical e vômitos.
- Forças de aceleração ou desaceleração (veículos motorizados acima de 35 km/h, quedas ou explosões) com ou sem alteração dos sinais vitais e/ou com perda da consciência após o acidente, mesmo que momentânea.
- Suspeita de fraturas de costelas: 1^a e 2^a costelas; 9^a, 10^a e 11^a costelas ou mais de 3 costelas.
- Possível aspiração ou contusão pulmonar.
- Amputação traumática.
- Óbitos no local do acidente.
- Mordeduras ou picadas de animais peçonhentos de grande repercussão: ex. cobras venenosas, escorpiões (com dor intensa).
- Tentativas de suicídio e alteração do estado mental.
- Empalamentos por corpo estranho.
- Acidente em rodovia.

* Verificar o modificador — mecanismo da lesão, pensar em TCE e proteção de coluna cervical.

II. ALTERAÇÃO DO ESTADO MENTAL

1. Infecções graves — febre mais exantema petequial ou púrpura, com sinais vitais alterados.
2. Intoxicações exógenas — deve-se levar em consideração o tipo de droga, a quantidade e tempo de ingestão (< 6 horas), alterações dos sinais vitais e/ou Glasgow <= 12 pontos.

3. Distúrbios neurológicos graves e agudos (plegias, dislalia, cefaléia intensa), tempo de início dos sintomas < 3 horas.
4. Cefaléia intensa de início súbito ou rapidamente progressiva, acompanhada de sinais e sintomas neurológicos — parestias, plegias, alterações no campo visual, dislalia e afasia.
5. Imunossuprimido com alteração do nível de consciência e/ou deterioração do quadro clínico.

III. OLHOS E OUVIDOS

1. Dor ocular — 8-10/10 — após exposição química, queimadura e/ou corpo estranho com alterações visuais; Glaucoma; perfuração.

IV. ALTERAÇÃO CÁRDIO-VASCULAR

1. Dor torácica com duração superior a 30 minutos, sem melhora em repouso e história anterior de DAC.
2. Dor torácica com ou sem alteração dos sinais vitais.
3. Dor visceral contínua com duração entre 2-5 minutos.
4. Crise hipertensiva P.A.S. ≥ 220 mmHg e P.A.D. ≥ 130 mmHg e sinais de comprometimento de órgãos alvos (cefaléia severa, dor no peito, parestias, parestesias, plegias, náuseas e vômitos).
5. Hipotensão grave — P.A.S. < 80 mmHg e P.A.D. < 50 mmHg.
6. Febre 39°/40° com um ou mais sinais físicos alterados: estado mental, sinais vitais, saturação de oxigênio, calafrios, tremores ou sinais de letargia.
7. Sangramento ativo — grave ou moderado — hematêmese, melena, enterorragia e/ou hemorragias internas ou externas com alteração dos sinais vitais.
8. Epistaxe ativo com ou sem alterações dos sinais vitais.

V. ALTERAÇÃO RESPIRATÓRIA

1. Estados de hiperpirexia — temperatura > 40°, associado à falta de ar.
2. Alteração respiratória grave: asma severa com saturação de O₂ < 90% e sinais vitais alterados.

3. **Dispnéia FR > 34** — a ausculta pulmonar permite intervenção precoce para a maioria dos casos de falta de ar.
4. **Reações alérgicas graves** — com queixa de aperto na garganta ou sinais respiratórios.

VI. ALTERAÇÃO ABDOMINAL

1. **Dor abdominal grave** — 8-10/10, de início súbito e alteração de sinais vitais (P.A.S. <90 mmHg ou >180 mmHg, FC >120 e <50).

VII. ALTERAÇÃO GENITURINÁRIA

1. **Dor severa em região genital** — 8-10/10 com hematomas, considerar traumas.
2. **Sangramento vaginal ou dor pélvica de origem súbita e aguda, alteração dos sinais vitais** — considere gravidez ectópica.
3. **Retenção urinária severa, dor intensa** — 8-10/10 e alteração dos sinais vitais.
4. **Priapismo com dor severa** — 8-10/10.

VIII. DOR

1. **Dor grave 8-10/10, com sinais vitais alterados e qualquer um dos sintomas: sudorese, náuseas/vômitos e postural, de origem aguda central ou periférica.**

IX. ALTERAÇÃO DA SAÚDE MENTAL

1. **Abstinência de drogas** — Delirium Tremens, convulsões, coma, confusão, agitação, taquicardia e alteração da pressão arterial.
2. **Psicoses agudas/agitação extrema** — negação violenta das óbvias injúrias, com pensamentos de fuga e alteração do discurso, e ocasionalmente, com respostas inapropriadas.

X. OUTRAS COMPLICAÇÕES

1. **Vômitos incoercíveis e/ou diarreia com sinais de desidratação grave.**

2. Abuso, negligência ou violência sexual com dor intensa — proporcionar ambiente seguro e calmo com suporte emocional.
3. Complicações pós-operatórias: grandes eviscerações.
4. Alterações dos sinais vitais em pacientes sintomáticos:
 Pulso > 140 ou < 45 bpm.
 P.A.S. < 80 mmHg ou P.A.D. >= 130 mmHg.
 FR > 34 ou < 10 irpm.
 Saturação de Oxigênio < 90%.

XI. COMPETÊNCIA

1. Primeiro Atendimento: UBS; Serviço 192; Unidade de Pronto Atendimento e Hospital.
2. Local de Atendimento: preferencialmente na Sala de Emergência.
3. Serviço 192: USA ou USB.
4. Atendimento Definitivo: Hospital.
6. Atribuições
 - Enfermeiro:
 - I. Iniciar S.B.V. em caso de P.C.R.
 - II. M.O.V.
 - III. Acompanhar o paciente.
 - IV. Chamar o médico para a Sala de Emergência.
 - Médico:
 - I. Iniciar S.B.V. e S.A.V. em caso de P.C.R.
 - II. Estabilização:
 - Vias Aéreas (V.A.).
 - Reposição de Volume.
 - Drogas.
 - Desfibrilação/Cardioversão.
 - III. Comunicar o Serviço 192 em caso de transferência.

- **Amarelo: PRIORIDADE 3.** Pacientes em condições que podem, potencialmente, evoluir para problemas sérios e requerem atendimento médico e de enfermagem, porém não correm risco imediato de morte, onde o tempo para o atendimento médico deve ser obrigatoriamente de até 60 minutos.

SITUAÇÃO / QUEIXA

I. TRAUMA*

1. Trauma Moderado

- Queda da própria altura sem alteração do estado mental (Glasgow 15 pontos) e sinais vitais normais.
- TCE Leve – Glasgow 15 pontos, sem perda da consciência.
- Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neurovascular ou dor severa – 8-10/10.
- Moderduras ou picadas de animais peçonhentos de menor repercussão – verificar o tempo que ocorreu o evento.
- Queimaduras leves 1º e 2º grau – < 5% da superfície corpórea.
- TCE tardio com dor severa – 8-10/10.
- Acidente com material perfurocortante – verificar o local de referência.
- Verificar o modificador – mecanismo da lesão, pensar em TCE e proteção de coluna cervical.

II. ALTERAÇÃO DO ESTADO MENTAL

1. Alteração do estado mental leve/moderada (agitação, letargia ou confusão) e Glasgow > 13 pontos.
2. Convulsões – convulsão prévia ou ataque recente, inclusive pós-ictal, < 5 minutos de duração; o paciente deve estar fora da crise, em alerta e sinais vitais normais.
3. História de desmaios recentes.
4. Cefaléia intensa de início súbito ou rapidamente progressiva, não acompanhada de sinais e sintomas neurológicos – parestesia, alterações no campo visual, dislalia, plegia e afasia.
5. Alterações nos diabéticos: sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômitos, taquidispnéia e/ou taquicardia – fazer teste de glicemia.
6. Intoxicações exógenas, sem alteração dos sinais vitais, Glasgow de 15 pontos e tempo de ingestão > 6 horas.

III. OLHOS E OUVIDOS

1. Dor ocular – 8-10/10, sem alterações visuais ou dos sinais vitais, com eritema e/ou lacrimejando.
2. Corpo estranho no ouvido ou olho, no período < 8 horas.

IV. ALTERAÇÃO CÁRDIO-VASCULAR

- 1. Dor torácica aguda que piora com a respiração, tosse ou palpação, não associada à falta de ar ou outros sintomas de doenças cardíacas, inclusive o paciente não deve ter passagem no serviço de saúde, por doenças coronarianas; nem características de dor visceral.**
- 2. Crise hipertensiva PAS \geq 220 e PAD \geq 120, sem indicações de comprometimento de órgãos vitais (cefaléia, dor no peito, plegias, parestias e/ou parestesias).**
- 3. História recente de melena ou hematêmese com sinais vitais normais. Se vômitos e/ou evacuações $>$ 5 episódios no período de 24 h – aumentar o nível de classificação.**
- 4. Sangramento vaginal com dor abdominal e alterações de sinais vitais – gravidez confirmada ou suspeita.**
- 5. Epistaxe recorrente e não ativo, com alteração dos sinais vitais.**
- 6. Dor em MMII com ausência de pulso pedioso, eritema, calor e/ou edema.**

V. ALTERAÇÃO RESPIRATÓRIA

- 1. Crise asmática – leve/moderada, falta de ar aos esforços, tosse frequente e saturação de O₂ $>$ 93%.**
- 2. Alteração respiratória leve/moderada – dispnéia, estertores crepantes, roncosp.**
- 3. Febre 39°/40°.**
- 4. Reações alérgicas sem comprometimento respiratório.**

VI. ALTERAÇÃO ABDOMINAL

- 1. Dor abdominal – 8-10/10, não súbita, com náuseas/vômitos, sudorese e alteração de sinais vitais – taquicardia, bradicardia, hipertensão, hipotensão e/ou febre.**
*** Verificar o modificador – severidade da dor.**

VII. ALTERAÇÃO GENITURINÁRIA

- 1. Dor intensa – 8-10/10, tipo "cólica", em região lombar, sem alteração dos sinais vitais – proporcionar maca para o conforto deste paciente.**

- 2. Disúria - dor intensa – 8-10/10.**
- 3. Vitimas de abuso sexual ou agressão física com sinais vitais normais – proporcionar ambiente calmo e suporte emocional.**

VIII. DOR

- 1. Dor forte – 8-10/10, com sinais vitais normais e nenhum outro sintoma observado, de origem aguda ou crônica.**
- 2. Dor moderada de 4-7/10, de origem central e aguda.
*Verificar o modificador – severidade da dor.**

IX. ALTERAÇÃO DA SAÚDE MENTAL

- 1. Psicose aguda/suícida leve ou moderada.**
- 2. Problemas psiquiátricos sem agitação psicomotora e sinais vitais normais.**

X. OUTRAS CONDIÇÕES

- 1. Sintomatologias de doenças altamente contagiosas – Tuberculose, Varicela, Meningite, H1N1 (medidas de precaução e isolamento).**
- 2. Vômitos/diarréias persistentes com desidratação – letargia discretas mucosas ressecadas, turgor pastoso e alterações dos sinais vitais.**
- 3. Transplantados com alteração dos sinais vitais.**
- 4. Nefropatas – em hemodiálise e alterações dos sinais vitais.**
- 5. Imunossuprimidos – quimioterapia, neoplasias, HIV, com alterações dos sinais vitais.**
- 6. Coloração da pele – descorada ou ictérica, com alterações dos sinais vitais.**
- 7. Abscesso com flutuação (tumefação, dor intensa, calor e rubor).**
- 8. Lesões de pele graves com eritema, dor, calor e/ou odor.**
- 9. Prurido intenso.**
- 10. Retorno do paciente no serviço de urgência por sintomas agudos**

no período de 7 dias.

- 11. Alterações dos sinais vitais em pacientes assintomáticos e com antecedentes respiratórios, cardiovasculares e/ou metabólicos:**
Pulso >50 ou <= 140 bpm.
PAS < 80 mmHg ou PAD > 130mmHg.
FR > 34 ou < 10 irpm.
Saturação de Oxigênio > 90%.

XI. COMPETÊNCIA

- 1. Primeiro Atendimento: UBS; Serviço 192; Unidade de Pronto Atendimento e Hospital.**
- 2. Local de Atendimento: preferencialmente na Sala de Observação.**
- 3. Serviço 192: USB.**
- 4. Tratamento Definitivo: na própria Unidade com encaminhamento para Atenção Básica de origem.**
- 5. Atribuições**
 - **Enfermeiro:**
 - I. Orientar aguardar na recepção.**
 - II. Reavaliação até o atendimento médico.**
 - **Médico:**
 - I. Realizar a consulta.**
 - II. Reavaliação.**
 - III. Referenciar: Atenção Básica ou investigação em Unidade Hospitalar.**

- **Verde: PRIORIDADE 4.** Pacientes que apresentam potencial para complicações (condições agudas ou não agudas), com retorno ao serviço num período inferior a 24 horas, mesmo que o nível de classificação anterior tenha sido – cor AZUL (prioridade 5), onde o tempo para o atendimento desejável é de até 120 minutos. Observar a necessidade de abertura de NAT (Notificação de Acidente de Trabalho). Pacientes com ferimentos abertos deverão ser encaminhados diretamente para a sala de sutura.

SITUAÇÃO / QUEIXA

I. CONDIÇÕES ESPECIAIS

- 1. Condições que devem ter prioridade no atendimento, pois apresentam potencial para complicações:**

- Pacientes com idade igual ou superior a 60 anos.
- Pacientes escoltados (não presidiário).
- Pacientes com criança sendo amamentada.
- Gestantes com complicações da gravidez.
- Paciente transplantado, mas no momento da consulta, assintomático.
- Pacientes doadores de sangue com alteração dos sinais vitais.
- Portadores de necessidades especiais (ex. déficit motor e/ou visual).
- Paciente na fila de transplante.
- Retorno ao Serviço de Emergência, no período inferior a 24 horas, devido a não melhora do quadro clínico, exceto no nível de classificação vermelho I, laranja 2 ou amarelo 3.
- Pacientes com distúrbios neurovegetativos.

II. TRAUMA

1. Trauma Menor

- Pequenos traumas — contusões, abrasões, luxações e/ou entorses (tornozelo, punho, etc.) com sinais vitais normais e dor moderada — 4-7/10.
- TCE com dor leve — 1-4/10, sem alterações de sinais vitais, nem perda da consciência no local.
- TCE tardio com dor leve — 1-4/10 e sinais vitais normais.
- Verificar o modificador — mecanismo da lesão, pensar em TCE e proteção de coluna cervical.

III. ALTERAÇÃO DO ESTADO MENTAL

1. Cefaléia ou Enxaqueca — dor moderada — 5-7/10, pacientes com diagnóstico anterior de enxaqueca.
2. História de crises convulsivas recorrentes (última crise > 24 horas), sinais vitais normais e sem alterações neurológicas.

IV. OLHOS E OUVIDOS

1. Dor moderada — 4-7/10 nos olhos ou ouvidos com sinais de eritema, lacrimejando e/ou secreção.
2. Corpo estranho no olho ou ouvido com dor leve — 1-4/10 e tempo > 24 horas.

V. ALTERAÇÃO CARDIOVASCULAR

1. Sangramento retal ou nas fezes. discreto e/ou crônico.
2. Dor torácica moderada — 4-7/10, eupnéico, sem característica de dor visceral, nem história DAC e sinais vitais normais — DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA.
3. Sangramento vaginal e dor abdominal sem alteração dos sinais vitais — descartar gravidez.
4. Hipertensão PAS ≥ 180 e < 220 e PAD ≥ 120 e < 130 sem indicações de comprometimento de órgãos vitais (cefaléia, dor no peito, parestias, plegias e/ou parestesias) e sinais vitais normais.
5. Dor nos MMII com pulso pedioso presente, edema, eritema e/ou calor.

VI. ALTERAÇÃO RESPIRATÓRIA

1. Lombalgia ou dor nas costas moderada — 4-7/10 com sinais vitais normais.
2. Portadores de asma, fora da crise.
3. Estado gripal com alteração dos sinais vitais, febre ($< 39^\circ$), tosse, garganta inflamada, congestão nasal, dor moderada — 4-7/10 e história recorrente serviço de urgência; se a Saturação de O₂ $\leq 92\%$, eleve a cor de classificação.

VII. ALTERAÇÃO ABDOMINAL

1. Dor abdominal crônica ou aguda moderada — 4-7/10 com sinais vitais normais.

VIII. ALTERAÇÃO GENITURINÁRIA

1. Dor lombar, tipo cólica moderada/leve — 1-7/10, de origem aguda ou recorrente.
2. História de disúria aguda ou recorrente, dor moderada — 4-7/10.

➤ **Azul: PRIORIDADE 5.** Pacientes em condições não agudas, não urgentes ou problemas crônicos, com sinais vitais normais, onde o tempo para o atendimento médico desejável é inferior a 240 minutos. O enfermeiro avaliará o risco e seguirá as condutas abaixo.

SITUAÇÃO / QUEIXA

I. TRAUMA

1. Trauma*

- Pequenos traumas que não necessitem de suturas, analgesia e/ou curativos.
- Pequenas lesões na pele — alergias, de origem crônica — o paciente deve ser encaminhado para consulta na UBS.
- Doença do sistema osteomuscular crônica, sem alterações dos sinais vitais — o paciente deve ser encaminhado para consulta na UBS.

* Caso ocorra a necessidade de abertura de NAT (Notificação de Acidente de Trabalho); realizar o atendimento, caso contrário, orientar e encaminhar o paciente para UBS, se necessário.

II. TRAUMA

1. Tontura crônica e sinais vitais sem alterações

III. OLHOS E OUVIDOS

1. Dor de ouvido, olho, nariz e garganta, de origem crônica, dor leve — 1-4/10.

IV. ALTERAÇÃO RESPIRATÓRIA

1. Sinais de infecções de VAS leves, congestão nasal com sinais vitais normais, temperatura corporal $< 37,5^{\circ}$, nem história de febre.
2. Dor crônica nas costas.

V. ALTERAÇÃO ABDOMINAL

1. Dor abdominal crônica, no momento da consulta, ausência de dor e sinais vitais normais.

VI. ALTERAÇÃO GENITURINÁRIA

- Dor lombar crônica leve — 1-4/10 e sinais vitais normais.
História de disúria recorrente, dor leve — 1-4/10.

VII. DOR

1. Dor leve 1-4/10 de origem central e crônica ou periférica e crônica.
2. Dor moderada 4-7/10 de origem periférica e crônica.

VIII. ALTERAÇÃO DA SAÚDE MENTAL

1. Distúrbios psiquiátricos leves, recorrentes e/ou crônicos.

IX. OUTRAS COMPLICAÇÕES

1. Histórias de febre, dor no corpo e mal estar — no momento da consulta assintomático.
2. História de fraqueza sem sinais de desidratação.
3. Vômitos isolados e diarreias isoladas.
4. Prurido leve e crômco — encaminhar para consulta agendada na UBS.
5. Apenas imunização.

6. Procedimentos como curativos, troca de sondas, avaliação de resultados de exames, solicitação de atestado médico, solicitação de receitas de medicamentos de uso contínuo, retirada de pontos – o paciente deve ser encaminhado para consulta na UBS.
7. Queixas crônicas sem alterações agudas.
8. Atestado.

X. COMPETÊNCIA

1. Primeiro Atendimento: preferencialmente na UBS.
2. Local de Atendimento: consultório médico.
3. Serviço 192 ou meios próprios.
4. Tratamento Definitivo: UBS.
5. Atribuições
 - Enfermeiro:
 - I. Acolher/Avaliar.
 - II. Orientar o tempo de espera.
 - III. Encaminhar.
 - Médico:
 - I. Realizar a consulta.
 - II. Reavaliar.
 - III. Referenciar para Atenção Básica.

4.2.5. Roteiros de Avaliação para Classificação de Risco

- **Avaliação Neurológica** – Situação/Queixa quando o paciente queixar-se de:
 - Cefaleia.
 - Tontura e fraqueza.
 - Problemas de coordenação motora.
 - Trauma cranioencefálico de leve a moderado.
 - Diminuição no nível de consciência / desmaios.
 - Distúrbios visuais (diplopia, dislalia, escotomas e hianopsia).
 - Confusão mental.
 - Convulsão.
 - Parestesias e paralisias de parte do corpo.
 - Com histórias passadas de:
 - PA alta;

- acidente vascular cerebral;
- convulsões;
- trauma cranioencefálico;
- trauma raquimedular;
- meningite;
- encefalite;
- alcoolismo;
- drogas; e,
- medicamentos em uso.

Assim na avaliação neurológica avaliaremos o paciente em relação:

- Nível de consciência.
 - Consciente e orientado.
 - Consciente desorientado.
 - Confusão mental.
 - Inquieto.
 - Discurso claro.
 - Discurso incoerente e desconexo.
 - Deturpado.
 - Dificuldade de falar.
 - Responsivo ao nome, sacudir, estímulos dolorosos apropriados ou desapropriados.
 - Avaliação ocular:
 - pupilas fotorreagentes, isocóricas, anisocóricas, miose, midríase;
 - ptose palpebral;
 - movimento ocular para cima e para baixo, para esquerda e direita;
 - Habilidade em movimentar membros superiores e inferiores;
 - Força muscular;
 - Parestesias, plegias e paresias;
 - Dificuldade de engolir;
 - Desvio de rima;
 - Tremores; e,
 - Convulsões.
 - Verificação dos sinais vitais:
 - PA;
 - pulso;
 - respiração; e,
 - Temperatura.
- **Avaliação Cardiorrespiratória** – Situação/Queixa, quando o paciente queixar-se de:
- Tosse produtiva ou não.

- Dificuldades de respirar / cianose.
 - Resfriado recente.
 - Dor torácica intensa.
 - Fadiga.
 - Edema de extremidades.
 - Taquicardia.
 - Síncope.
 - Com histórias passadas de:
 - asma / bronquite;
 - alergias;
 - enfisema;
 - tuberculose;
 - trauma de tórax;
 - problemas cardíacos;
 - antecedentes com problemas cardíacos; e,
 - tabagismo.
 - Mnemônico que utilizaremos para avaliar a dor torácica – PQRST:
 - P -> O que provocou a dor? O que piora ou melhora?
 - Q -> Qual a qualidade da dor? Faça com que o paciente descreva a dor, isto é, em pontada, contínua, ao respirar.
 - R -> A dor tem aspectos de radiação? Onde a dor está localizada?
 - S -> Até que ponto a dor é severa? Faça com que o paciente classifique a dor numa escala de 1 a 10.
 - T -> Por quanto tempo o paciente está sentido a dor? O que foi tomado para diminuir a dor?
 - Associar história médica passada de:
 - Doença cardíaca ou pulmonar anterior.
 - Hipertensão arterial.
 - Diabetes.
 - Medicamentos atuais.
 - Procedimentos diagnósticos:
 - Monitorização cardíaca.
 - Eletrocardiograma.
 - Oximetria.
- **Encaminhamento para Área Vermelha:**
- Dor torácica ou abdome superior acompanhada de náuseas, sudorese, palidez.
 - Dor torácica e PA sistólica superior ou igual 180, PA diastólica igual ou superior a 120.
 - Dor torácica com alteração hemodinâmica.

- Pulso arritmico ou frequência cardíaca superior a 120 bpm.
 - Taquidispnéia, cianose, cornagem, estridor (ruídos respiratórios).
 - Frequência respiratória menor que 10 ou superior a 22.
 - Dor mais alteração hemodinâmica.
 - PA menor que 90 ou maior que 180.
 - Frequência cardíaca maior que 120 e menor que 50 com PA maior ou igual a 180.
 - Dor mais dispnéia intensa.
 - Dispnéia intensa.
 - Vômitos incoercíveis.
 - Hematêmese.
- **Avaliação da Dor Abdominal Aguda** – A dor abdominal aguda é uma queixa comum, caracterizando-se como sintoma de uma série de doenças e disfunções.
- Obter a descrição da dor no que se refere a:
- Localização precisa.
 - Aparecimento.
 - Duração.
 - Qualidade.
 - Severidade.
 - Manobras provocativas ou paliativas.
 - Sintomas associados como febre, vômitos, diarreia, disúria, secreção vaginal, sangramento, sendo que em mulheres em idade fértil, deve-se considerar a história menstrual e tipo de anticoncepção utilizada.
- Relacionar a dor com:
- Ingestão de medicamentos (particularmente anti-inflamatórios e aspirina).
 - Náuseas e vômitos.
 - Ingestão de alimentos (colecistite, úlcera).
 - Sangramentos.
 - Disúria, urgência urinária, urina turva, hematúria e sensibilidade supra púbica.
- Observar:
- Palidez.
 - Cianose.
 - Icterícia.
 - Sinais de choque.
 - Posição do paciente (ex.: na cólica renal o paciente se contorce).
 - Distensão, movimento da parede abdominal, presença de ascites.
- Apalpar levemente atentando para:

- Resistências.
- Massas.
- Flacidez.
- Cicatrizes.

Quanto aos sinais vitais, observar:

- Hiperventilação.
- Taquicardia.
- PA.
- Temperatura.

Quanto aos procedimentos diagnósticos, realizar:

- Análise de urina.
- Eletrocardiograma (em pacientes com história de riscos cardíacos).

➤ **Avaliação da Saúde Mental** – Uma avaliação rápida da Saúde Mental consistirá na avaliação dos seguintes aspectos:

- Aparência (arrumada ou suja, desleixado, desarrumado, roupas apropriadas ou não).
- Comportamento (estranho, ameaçador ou violento, fazendo caretas, tremores, dificuldades para deambular, agitação).
- Movimentos extraoculares.
- Discurso (velocidade, tom, quantidade).
- Pensamento (conteúdo e fluxo: suicida, aleatório ao acaso, ilusional ou lógico, preocupação com o corpo – tangencial, preocupação religiosa).
- Humor (triste, alto, bravo, com medo, sofrendo).
- Percepção (baseado na realidade, ilusões, alucinações).
- Agitação Psicomotora.
- Capacidade cognitiva (orientado, memória, função intelectual, insight ou julgamento).
- História de dependência química.
- Antecedentes psiquiátricos.

5. PROPOSTA – 08 PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS

Os Protocolos Assistenciais são diretrizes de tratamento para as doenças assistidas pela equipe médica da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE JACUPIRANGA, formatados de acordo com uma metodologia específica, a medicina baseada em evidências. Suas diretrizes estão concebidas para atender as demandas específicas do Pronto Atendimento e das enfermarias de observação.

Eles conterão os seguintes itens:

- Objetivo: finalidade da sua elaboração e a sua relevância.
- Classificação dos Assuntos: apresentação dos assuntos contemplados.
- Preparo e Emissão de Normas: descrição dos procedimentos técnicos padrões.
- Padrões para redação de comunicações normativas: linguagem técnica que tem como objetivo estabelecer normas e condutas.
- Modificação de Normas: readequação, atualização e substituição de condutas padronizadas para novas práticas baseadas em evidências científicas.

Nos próximos subitens apresentaremos os 08 Protocolos Assistenciais solicitados no Edital e seus algoritmos, de forma abrangente, que utilizaremos no atendimento de urgência e emergência. Tais Protocolos, serão apresentados novamente no ANEXO II desse Plano de Trabalho.

5.1. IAM – INFARTO AGUDO NO MIOCÁRDIO

A doença arterial coronariana aumenta a sua incidência na medida em que estão presentes os fatores de risco cardiovascular. Basicamente, quanto mais fatores presentes em um determinado indivíduo, maior a sua chance de desenvolver doença coronariana. Isso se deve ao fato de que a formação da placa aterosclerótica na luz da coronária é influenciada por tais fatores. Os principais fatores de risco cardiovascular são responsáveis por quase 90% do risco atribuível de doença na população mundial:

História familiar de DAC prematura (familiar 1º grau sexo masculino < 55 anos e sexo feminino < 65 anos)
Homem > 45 anos e mulher > 55 anos
Tabagismo
Hipercolesterolemia (LDL-c elevado)
Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS
Diabete Melito
Obesidade (IMC ≥ 30 Kg/m²)
Gordura abdominal
Sedentarismo
Dieta pobre em frutas e vegetais
Estresse psicossocial

O infarto agudo do miocárdio (IAM) é definido como uma lesão isquêmica no músculo cardíaco, ou miocárdio, decorrente da interrupção do fluxo sanguíneo em determinada área do coração. Geralmente, essa interrupção se dá pela ruptura de uma placa aterosclerótica que forma um trombo no local, impedindo a passagem do sangue pela luz do vaso. A interrupção do suprimento sanguíneo leva à morte celular e à necrose miocárdica, caso o fluxo não seja restabelecido em

tempo. Dessa forma, faz sentido a máxima na Cardiologia que diz: “Tempo é músculo”. Ou seja, quanto mais tempo se levar para reverter o quadro de isquemia, maior será a necrose decorrente do infarto. O IAM faz parte do grupo das síndromes coronarianas agudas (SCA) que se dividem em SCA sem elevação do segmento ST e SCA com elevação do segmento ST.

➤ SCA sem elevação do segmento ST: compreende a angina instável e o infarto sem supra de ST (IAMSST). A diferença fundamental entre ambos é que o primeiro não apresenta elevação dos marcadores de necrose miocárdica (MNM), e o segundo é caracterizado pela elevação dos MNM. Basicamente, a fisiopatologia e a conduta clínica são semelhantes em ambos os casos, conforme a estratificação de risco.

➤ SCA com elevação do segmento ST: é também denominado de IAM com supra de ST (IAMCST). O diagnóstico de IAMCST pode ser estabelecido quando existe dor torácica típica de infarto associada a bloqueio de ramo esquerdo novo ou presumivelmente novo, ou elevação do segmento ST no eletrocardiograma em duas derivações contíguas, relacionadas à mesma parede ventricular.

➤ **Quadro Clínico**

Apesar de todos os avanços laboratoriais na detecção do IAM, a história clínica permanece como um ponto fundamental no diagnóstico. A dor “torácica” pode se manifestar da mandíbula até o epigástrio, incluindo os membros superiores. A dor é contínua, geralmente intensa, sem relação com esforço físico. Vale ressaltar que cerca de um terço dos pacientes com diagnóstico de IAM tiveram sintomas de dor anginosa que precederam o infarto em períodos de uma até quatro semanas. O infarto sem dor é mais frequente em indivíduos idosos e manifesta-se usualmente por dispneia súbita ou sinais de insuficiência cardíaca. Sudorese, náusea ou vômitos podem estar presentes nos pacientes com ou sem dor torácica. No exame físico, os pacientes apresentam-se geralmente ansiosos, pálidos, taquipneicos ou dispneicos. A frequência cardíaca pode variar de uma bradicardia profunda, resultado de reflexo vagal, até a taquicardia sinusal irregular por extrassistolia. Os pacientes normotensos podem se apresentar levemente hipertensos devido à resposta adrenérgica. O choque cardiogênico é definido por pressão arterial (PA) sistólica abaixo de 90 mm Hg com evidência de hipoperfusão tecidual. É importante frisar que nem todo paciente com IAM e PA abaixo de 90 mm Hg está em choque cardiogênico. Pacientes com IAM inferior podem ter hipotensão devido ao reflexo vagal que reverte com posição de Trendelenburg, volume e droga vasoativa. A ausculta cardíaca pode ser normal. A quarta bulha usualmente é auscultada entre o bordo esternal esquerdo e o íctus. A terceira bulha somente está presente diante de severa disfunção ventricular. Os sopros cardíacos são decorrentes de insuficiência mitral por disfunção do músculo papilar. Complicações como rotura do músculo papilar ou comunicação interventricular pós

IAM também geram sopros cardíacos bastante evidentes. O atrito pericárdico é mais frequente em grandes infartos transmurais, sendo audível de 24 horas até duas semanas do quadro.

O IAM deve ser classificado conforme a sua apresentação clínica, de acordo com a chamada Classificação de Killip-Kimball, a qual vem sendo utilizada há mais de 30 anos na Cardiologia e consegue estimar o risco de morte nos primeiros 30 dias.

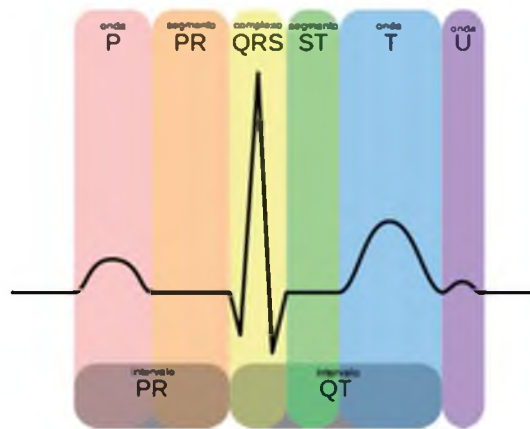
➤ **Exames Laboratoriais**

- Hemograma, coagulograma, uréia, creatinina, sódio, potássio.
 - Marcadores de necrose: CPK, CK-MB e troponina (admissão, 6, 12 e 24h).
- Exame complementar: radiografia de tórax.

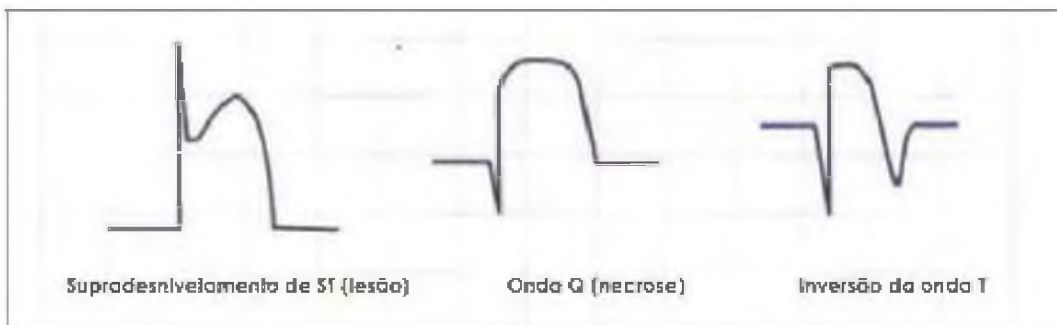
➤ **ECG**

Deve ser realizado em 12 derivações na admissão, 30 e 60 minutos após e se piora do quadro.

O emergencista deve reconhecer os traçados com elevação do segmento ST em relação à linha de base e o bloqueio de ramo esquerdo.



No caso de infarto agudo do miocárdio em evolução, ocorre elevação do segmento ST, aparecimento de ondas Q patológicas (necrose miocárdica) e alterações da onda T.



➤ **Principais Critérios Para Identificação do Bloqueio de Ramo Esquerdo (BRE)**

- ✓ Duração do QRS maior que 12 segundos.
- ✓ Presença de ondas R alargadas e/ou com entalhes em V5, V6, D1 e aVL.
- ✓ Ausência de onda q em V5, V6 e D1.

O ECG com BRE naturalmente apresenta supradesnível de ST. Portanto, o BRE inviabiliza a avaliação do segmento ST, e esse achado pode ocorrer com certa frequência em indivíduos com aparelho cardiovascular normal. Contudo, a presença de BRE novo ou presumivelmente nova associada à dor torácica típica de infarto deve ser tratada como IAMCST.



Por fim, ainda é importante correlacionar as paredes ou as regiões afetadas pelo infarto, de acordo com a presença de supradesnível de ST nas derivações eletrocardiográficas correspondentes.

Localização do infarto de acordo com as derivações do ECG	
Parede/Local do IAM	Supradesnível de ST
Anterior	V1 a V4
Anterior extenso	V1 a V6 (podendo incluir D1 e aVL)
Inferior	D2, D3 e aVF
Posterior ou dorsal	V7 e V8 associado a infra de ST de V1-V4
Lateral alto	D1 e aVL
Ventrículo direito	V3R e V4R

➤ **IAM do Ventrículo Direito (VD)**

Ocorre em até um terço dos casos de IAM de parede inferior. Além disso, os pacientes com IAM de VD apresentam pior prognóstico em relação aos pacientes apenas com IAM inferior. O resultado imediato da isquemia do VD é a dilatação ventricular que aumenta a pressão intrapericárdica, reduzindo a pressão sistólica, o débito do VD, a pré-carga e o volume de ejeção e de dimensão diastólica final do ventrículo esquerdo (VE). Recomenda-se a avaliação sistemática de IAM de VD em todos os pacientes com evidências de IAM inferior. A tríade clínica da isquemia do VD caracteriza-se por hipotensão, campos pulmonares limpos e elevação da pressão venosa jugular. Apesar de ser muito específica, essa tríade apresenta baixa sensibilidade. A elevação do segmento ST na derivação precordial direita

V4R apresenta o maior valor preditivo para o diagnóstico. O tratamento, além da terapêutica-padrão, compreende a reposição volêmica vigorosa para evitar hipotensão. Estão contraindicados os diuréticos e os nitratos. As taquicardias sustentadas devem ser revertidas por meio de cardioversão elétrica imediata para evitar a deterioração do quadro hemodinâmico.

Tratamento do infarto agudo do miocárdio de ventrículo direito com repercussão clínica		
Manutenção da pré-carga ventricular	<p>Expansão volêmica</p> <p>Evitar o uso de dilatares venosos (nitratos) e diuréticos</p> <p>Manter a sincronia atrioventricular</p>	<p>Marca-passo sequencial atrioventricular para bradiaritmias sintomáticas não responsivas à atropina</p> <p>Cardioversão imediata na presença de arritmias supraventriculares com repercussão hemodinâmica</p>
Suporte inotrópico	<p>Dobulamina (caso o débito cardíaco não se eleve após expansão volêmica)</p> <p>Redução da pós carga ventricular direita (se houver disfunção do ventrículo esquerdo)</p>	<p>BIA</p> <p>Vasodilatadores arteriais (nitroprussiato de sódio, hidralazina)</p>
Reperusão	<p>Agentes trombolíticos ICP primária</p> <p>Cirurgia de revascularização miocárdica (em casos selecionados)</p>	

➤ **Tratamento**

✓ **Imediato:** AAS 200mg (v.o.), monitorização, acesso venoso periférico, cateter O2 se saturação < 90%.

✓ **MONAB**

Morfina 2-4mg EV S/N.

Oxigênio.

Nitrato: Isordil 5mg SL (máx 15mg).

Anticoagulantes: Enoxeparina 1mg/Kg.

Betabloqueador:

✓ Outros medicamentos: Clopidogrel 300 mg (4 comprimidos), inibidor de ECA (captopril), ansiolítico, estatina.

✓ Alteplase (caso não haja contraindicação).

➤ **Tratamento Tromboembólico do Infarto Agudo do Miocárdio**

POSOLOGIA DA ALTEPLASE						
Início do Sintoma	Regime	Peso	Dose Total	Tempo de Infusão Intravenosa		
				Bolus	30 minutos	60 minutos
Até 6 h	Acelerado (90 min)	< 65 Kg	1,5 mg x peso	15 mg	0,75 mg/Kg (Máx. 50 mg)	0,5 mg (Máx. 35 mg)
		> 65 Kg	100 mg	15 mg	50mg	35 mg
Início do Sintoma	Regime	Peso	Dose Total	Bolus	30 minutos	60 minutos
Entre 6 - 12 h	Convencional (3h)	< 65 Kg	1,5 mg x peso	10 mg	50 mg	10 mg a cada 30 min (Máx. 1,5 mg x Kg)
		> 65 Kg	100 mg	10 mg	50 mg	40 mg

A dose máxima permitida em IAM é 100 mg

Escores de Risco: Síndromes Coronarianas Agudas Sem Supradesnivelamento do segmento ST

Escore de TIMI

Pontuação	Variável
1	Idade superior a 65 anos
1	3 ou mais FR para DAC (HAS, DM, TBG, DLP, HF)
1	Uso prévio de AAS
1	Estenose coronariana > 50%
1	Dor precordial em repouso nas últimas 24 horas
1	IST > 0,5mm
1	Elevação de marcadores cardíacos

0 - 2 pontos: Baixo Risco

3 - 4 pontos: Intermediário Risco

5 - 7 pontos: Alto Risco

Escore de Braunwald

Características	Alto	Moderado	Baixo
História	Idade > 75 anos Dor progressiva, sintomas nas últimas 48 horas	Idade 70-75 anos Infarto prévio, doença vascular periférica, diabetes melito, cirurgia de revascularização, uso prévio de AAS	
Dor precordial	Prolongada (> 20 min.), em repouso	Prolongada (> 20 min.), em repouso mas com alívio espontâneo ou nitrato	Sintomas novos de angina classe III ou IV da CCS nas últimas 2 semanas sem dor em repouso prolongada (> 20 min.)
Exame físico	Edema pulmonar, piora ou surgimento de sopro de regurgitação mitral B3, hipotensão, bradicardia e taquicardia		
Eletrocardiograma	Intradesnível do segmento ST > 0,5 mm (associada ou não com angina), alteração dinâmica do ST, bloqueio completo de ramo, novo ou presumidamente novo, Taquicardia ventricular sustentada	Inversão onda T > 2 mm, ondas Q patológicas	Normal ou inalterado durante o episódio de dor
Marcadores séricos de isquemia	Apertuadamente elevados	Elevação discreta	Normais

*Tnc, TnTe ou CK-MB (preferencialmente massa) elevados = acima do percentil 99; elevação discreta=acima do nível de detecção e inferior ao percentil 99. CCS - Canadian Cardiovascular Society

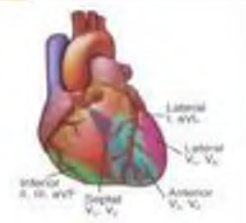
Muito alto risco

Dor refratária, arritmia ventricular grave ou choque cardiogênico

Correlação ECG - Paredes



- Parede Lateral Alta
- Parede Inferior
- Parede Antero Septal
- Parede Lateral
- Parede Anterior
- Parede Anterior Extensa



Contra-indicações aos Trombolíticos

- AVC h prévio
- AVC i < 6 meses
- Pç ã compressível < 1d
- Trauma face ou cabeça < 1m
- MAV ou Neoplasia ou dano em SNC
- Sangramento ativo atual ou TGI < 1mes.
- Suspeita de dissecação aguda de aorta

Contra-indicações relativas:
 AIT < 6m; Uso de anticoagulante; Gravidez ou 1 semana pós-parto; PA > 180x110mmHg; Dç hepática grave; Endocardite Infecçiosa; Úlcera péptica ativa; RCP prolongada

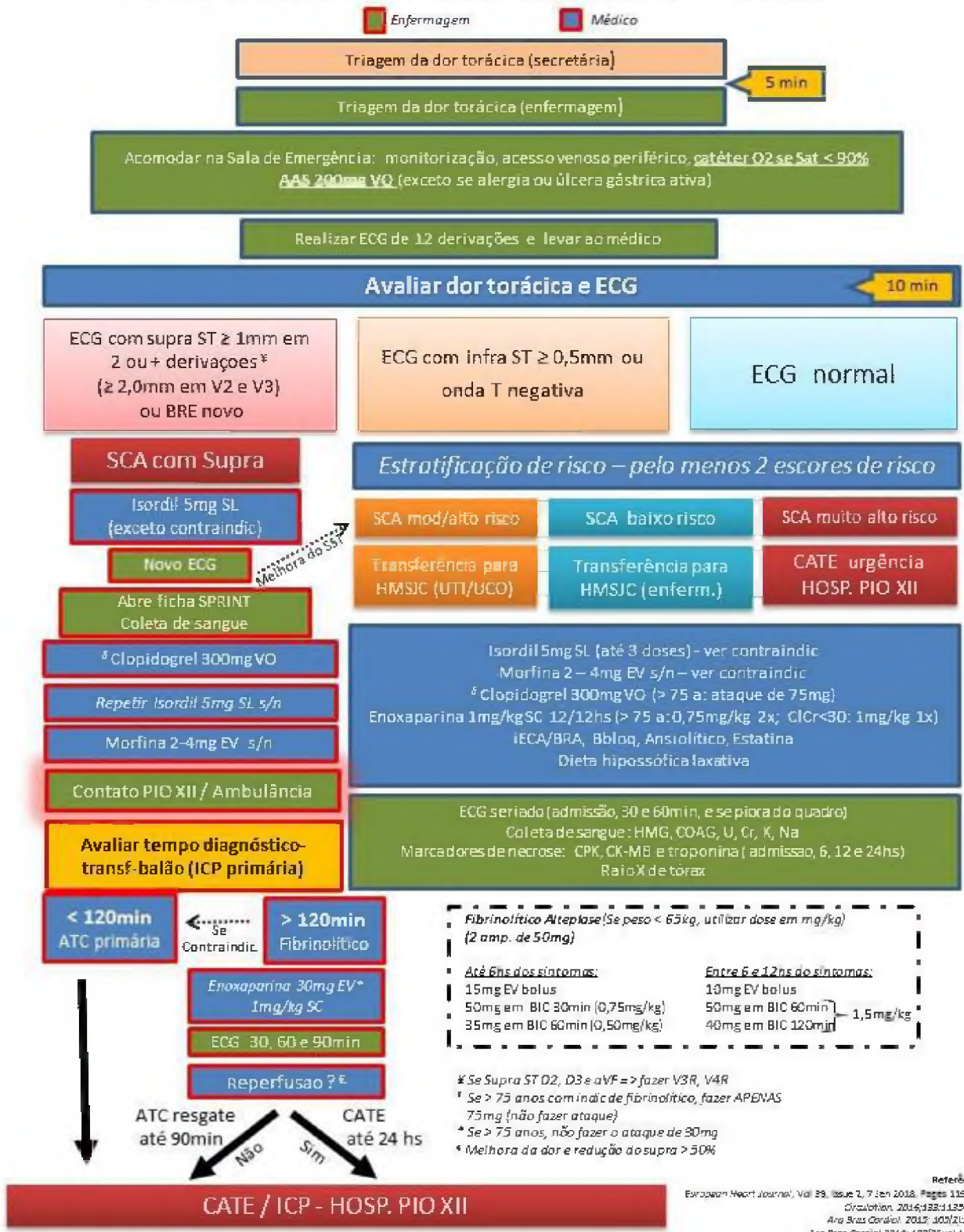
Dor precordial típica

- ✓ Retroesternal
 - Aperto ou opressão, prolongada
 - Irradiação para membros superiores, pescoço, mandíbula ou epigástrio
 - Associado a náuseas, dispneia, palidez, calafrios.
- ✓ Desencadeada pelo esforço ou estresse.
- ✓ Aliviada parcialmente com repouso ou nitrato

Atenção

**IDOSOS, MULHERES E
 DIABÉTICOS PODEM
 NÃO TER DOR TÍPICA**

Protocolo de Dor Torácica – UPA



Referências:
European Heart Journal, Vol 39, Issue 7, 7 Jan 2018, Pages 116–177
Circulation, 2014;130:1135-1147
Arq Bras Cardiol. 2017; 103(2):1-107
Arq Bras Cardiol. 2014; 102(3):sup. 113-61

5.2. AVC – ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Todos os pacientes com suspeita de AVC devem ser encaminhados diretamente à emergência para avaliação inicial com o ABCDE e estabilização clínica. Cerca de 85% dos AVC's são isquêmicos, 10 % são decorrentes de hemorragia intraparenquimatosa e 5% de hemorragia subaracnóidea.

A história clínica é crucial na avaliação da suspeita de AVC. Sinais de alerta devem ser procurados (início súbito): déficit motor unilateral, disartria, afasia, incoordenação e desequilíbrio, perda de campo visual, diplopia, cefaleia e alteração no nível de consciência.

Antecedentes pessoais e fatores de risco devem ser avaliados, assim como medicamentos e drogas em uso, traumatismos recentes, crises convulsivas ou cirurgias.

➤ **Avaliação Inicial**

- A prevenção da hipóxia é de grande importância, sendo indicado O2 suplementar quando oximetria < 92% ou presença de hipoxemia.
- Pacientes com rebaixamento do nível de consciência são candidatos a intubação oro traqueal.
- Obter 2 acessos venosos periféricos. Hidratação.
- Monitorização contínua. Controle glicêmico.
- Febre é indicativo de AVC isquêmico, devendo-se corrigir a hipertermia.

➤ **Atendimento Inicial do Paciente Com AVC**

Manutenção da Permeabilidade das Vias Aéreas

- A) Nível de consciência (escala de coma de Glasgow).
- B) Inspeção de orofaringe: prótese dentária, alimentos, corpo estranho, reflexo do vômito e deglutição.
- C) Remoção de corpo estranho/ prótese dentária, aspiração de secreções.
- D) Posicionamento do paciente.
- E) Elevação do mento e da cabeceira 30° em caso de rebaixamento do nível de consciência. Caso contrário, manter cabeceira a 0°.
- E) Oferecer O2 por máscara ou cateter nasal se saturação for menor que 92%.
- F) Intubação orotraqueal dos pacientes com rebaixamento do nível de consciência pela incapacidade de manter a permeabilidade das vias aéreas e/ou lidar com secreções.

➤ **Respiração: Ventilação e Oxigenação**

- A) Pacientes incapazes de respirar: ventilação ambu/máscara, ambu/tubo orotraqueal ou ventilação mecânica.
- B) Pacientes com respiração espontânea: verificar frequência, profundidade e eficiência.

- C) Oxímetro de pulso; suporte de O₂ para atingir saturação igual ou superior a 95%. Excluir possíveis erros de medida: doença vascular oclusiva, hipotensão, envenenamento por monóxido de carbono.
OBS: Oxímetro não avalia a ventilação.

➤ **Circulação**

- A) Verificar pulso e pressão arterial (MMSS direito e esquerdo) DD: AVE x dissecação de aorta.
B) Tratamento agressivo da hipotensão arterial. Reposição de 500 a 1000 mL de SF 0,9%. Repetir se necessário.
C) Monitorização cardíaca e eletrocardiograma: ritmo e função cardíaca podem ser afetados pela liberação de catecolaminas durante AVE (alterações inespecíficas ECG, arritmias cardíacas, ICC e IAM).
D) Tratamento das arritmias: risco de repercussões hemodinâmica.

➤ **Acidente Vascular Cerebral Isquêmico**
Investigação Diagnóstica

- A) Glicemia capilar- importância da hipoglicemia como um diagnóstico diferencial.
B) Eletrólitos, função renal, hemograma completo, coagulograma, enzimas cardíacas, ECG, oximetria contínua, gasometria arterial.
C) Em casos selecionados pode ser útil avaliação função hepática, radiografia de tórax, beta HCG, LCR.
D) A terapia trombolítica não deve ser atrasada exceto quando há indícios de sangramento ou trombocitopenia, uso de heparina ou varfarina, ou quando uso de anticoagulantes não é conhecido.

➤ **Tratamento**

O tratamento do AVC depende de diversos fatores, mas, principalmente, do tempo do início dos sintomas o que vai definir (ou não) o uso de trombolíticos.

➤ **Tratamento Clínico**

- ✓ Monitorização contínua e sinais vitais (controle de PA, temperatura, glicemia).
- ✓ Encaminhamento para unidade hospitalar/avaliação tomográfica.

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL HEMORRÁGICO (AVCH)

Causas específicas importantes a serem consideradas: angiopatia amiloide, malformações arteriovenosas, aneurismas cerebrais, angioma cavernoso, trombose do seio venoso, neoplasias encefálicas, vasculites, drogas ilícitas e simpatomiméticas.

A transformação hemorrágica do AVCI deve ser também considerada, sobretudo em caso de uso de trombolíticos.

➤ **Quadro Clínico**

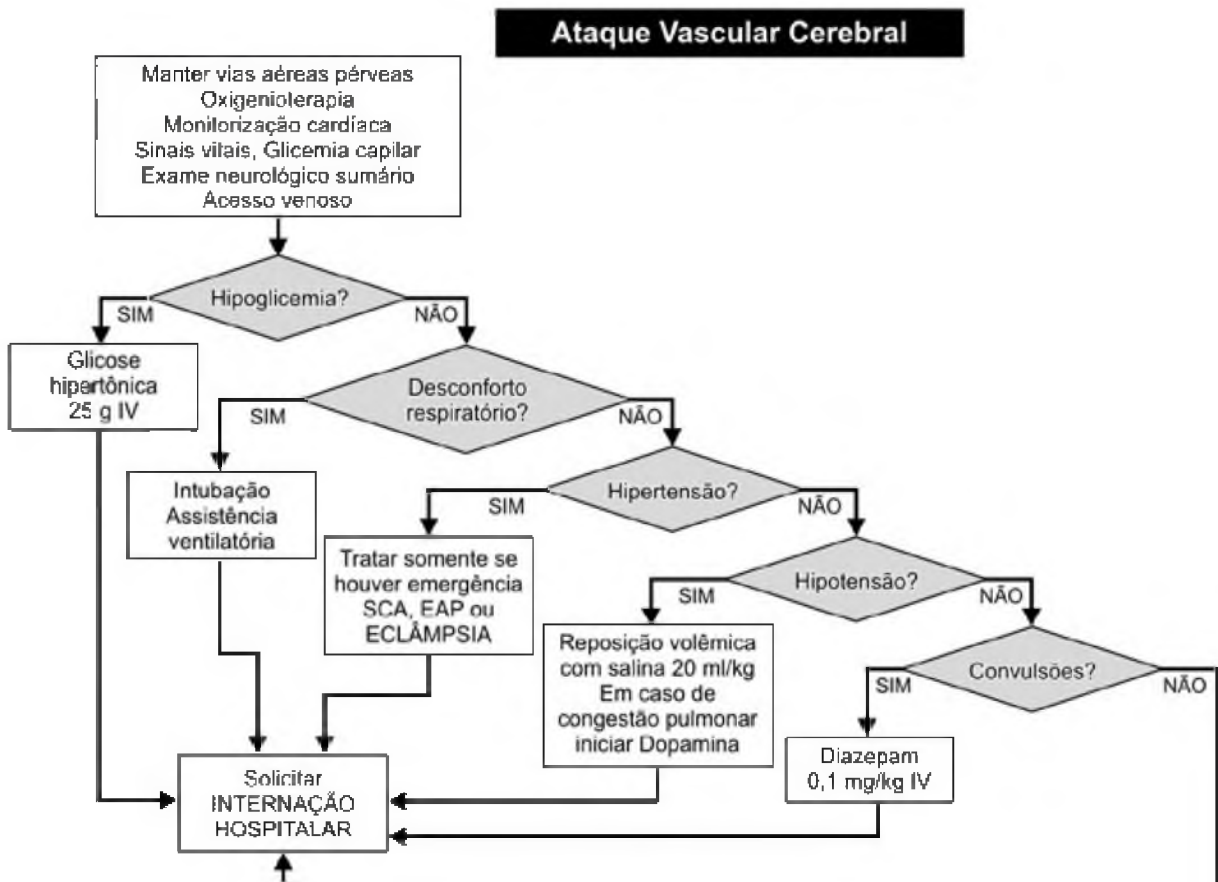
Hemiparesia súbita com rebaixamento do nível de consciência devido à hipertensão intracraniana, associada ou não à cefaleia.

Clinicamente indistinguível de um AVCI, por isso a importância de exames de imagem no diagnóstico.

➤ **Tratamento Clínico**

- ✓ Demanda controle de sinais vitais e indicação de procedimentos neurocirúrgicos de acordo com a necessidade.
- ✓ Tratamento de hipertensão intracraniana.
- ✓ Quaisquer sinais de hipertensão intracraniana devem suscitar o monitoramento da pressão: escala de coma Glasgow < 8, evidências clínicas de herniação transtentorial, hematomas extensos, hidrocefalia.
- ✓ Deve-se proceder:
 - Elevação de cabeceira a 30°.
 - Terapia osmótica.
 - Hiperventilação (muito efetiva nas primeiras horas do AVCH).

ALGORITMO DE ATENDIMENTO A PACIENTES COM ATAQUE CEREBRAL



Escala de AVC do National Institute of Health Stroke Scale (NIH)

Instrução	Definição da escala
<p>1a. Nível de Consciência O investigador deve escolher uma resposta mesmo se uma avaliação completa é prejudicada por obstáculos como um tubo orotraqueal, barreiras de linguagem, trauma ou curativo orotraqueal. Um 3 é dado apenas se o paciente não faz nenhum movimento (outro além de postura reflexa) em resposta à estimulação dolorosa.</p>	<p>0 = Alerta; responde com entusiasmo. 1 = Não alerta, mas ao ser acordado por mínima estimulação obedece, responde ou reage. 2 = Não alerta, requer repetida estimulação ou estimulação dolorosa para realizar movimentos (não estereotipados). 3 = Responde somente com reflexo motor ou reações autonômicas, ou totalmente irresponsivo, flácido e arreflexo.</p>
<p>1b. Perguntas de Nível de Consciência O paciente é questionado sobre o mês e sua idade. A resposta deve ser correta - não há nota parcial por chegar perto. Pacientes com afasia ou esturpor que não compreendem as perguntas irão receber 2. Pacientes incapacitados de falar devido a intubação orotraqueal, trauma orotraqueal, disartria grave de qualquer causa, barreiras de linguagem ou qualquer outro problema não secundário a afasia receberão um 1. É importante que somente a resposta inicial seja considerada e que o examinador não "ajude" o paciente com dicas verbais ou não verbais.</p>	<p>0 = Responde ambas as questões corretamente. 1 = Responde uma questão corretamente. 2 = Não responde nenhuma questão corretamente.</p>
<p>1c. Comandos de Nível de Consciência O paciente é solicitado a abrir e fechar os olhos e então abrir e fechar a mão não parética. Substitua por outro comando de um único passo se as mãos não podem ser utilizadas. É dado crédito se uma tentativa inequívoca é feita, mas não completada devido à fraqueza. Se o paciente não responde ao comando, a tarefa deve ser demonstrada a ele (pantomima) e o resultado registrado (i.e., segue um, nenhum ou ambos os comandos). Aos pacientes com trauma, amputação ou outro impedimento físico devem ser dados comandos únicos compatíveis. Somente a primeira tentativa é registrada.</p>	<p>0 = Realiza ambas as tarefas corretamente. 1 = Realiza uma tarefa corretamente. 2 = Não realiza nenhuma tarefa corretamente.</p>
<p>2. Melhor olhar conjugado Somente os movimentos oculares horizontais são testados. Movimentos oculares voluntários ou reflexos (óculo-cefálico) recebem nota, mas a prova calórica não é usada. Se o paciente tem um desvio conjugado do olhar, que pode ser sobreposto por atividade voluntária ou reflexa, o score será 1. Se o paciente tem uma paresia de nervo periférica isolada (NC III, IV ou VI), marque 1. O olhar é testado em todos os pacientes afásicos. Os pacientes com trauma ocular, curativos, cegueira preexistente ou outro distúrbio de acuidade ou campo visual devem ser testados com movimentos reflexos e a escolha feita pelo investigador. Estabelecer contato visual e, então, mover-se perto do paciente de um lado para outro, pode esclarecer a presença de paralisia do olhar.</p>	<p>0 = Normal. 1 = Paralisia parcial do olhar. Este score é dado quando o olhar é anormal em um ou ambos os olhos, mas não há desvio forçado ou paresia total do olhar. 2 = Desvio forçado ou paralisia total do olhar que não podem ser vencidos pela manobra óculo-cefálica.</p>

Instrução	Definição da escala
<p>3. Visual OS campos visuais (quadrantes superiores e inferiores) são testados por confrontação, utilizando contagem de dedos ou ameaça visual, conforme apropriado. O paciente deve ser encorajado, mas se olha para o lado do movimento dos dedos, deve ser considerado como normal. Se houver cegueira unilateral ou enucleação, os campos visuais no olho restante são avaliados. Marque 1 somente se uma clara assimetria, incluindo quadrantanopsia, for encontrada. Se o paciente é cego por qualquer causa, marque 3. Estimulação dupla simultânea é realizada neste momento. Se houver uma extinção, o paciente recebe 1 e os resultados são usados para responder a questão 11.</p>	<p>0 = Sem perda visual. 1 = Hemianopsia parcial. 2 = Hemianopsia completa. 3 = Hemianopsia bilateral (cego, incluindo cegueira cortical).</p>
<p>4. Paralisia Facial Pergunte ou use pantomima para encorajar o paciente a mostrar os dentes ou sorrir e fechar os olhos. Considere a simetria de contração facial em resposta a estímulo doloroso em paciente pouco responsivo ou incapaz de compreender. Na presença de trauma /curativo facial, tubo orotraqueal, esparadrapo ou outra barreira física que obscureça a face, estes devem ser removidos, tanto quanto possível.</p>	<p>0 = Movimentos normais simétricos. 1 = Paralisia facial leve (apagamento de prega nasolabial, assimetria no sorriso). 2 = Paralisia facial central evidente (paralisia facial total ou quase total da região inferior da face). 3 = Paralisia facial completa (ausência de movimentos faciais das regiões superior e inferior da face).</p>
<p>5. Motor para braços O braço é colocado na posição apropriada: extensão dos braços (palmas para baixo) a 90° (se sentado) ou a 45° (se deitado). É valorizada queda do braço se esta ocorre antes de 10 segundos. O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz e de pantomima, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, iniciando pelo braço não-parético. Somente em caso de amputação ou de fusão de articulação no ombro, o item deve ser considerado não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita para esta escolha.</p>	<p>0 = Sem queda; mantém o braço 90° (ou 45°) por 10 segundos completos. 1 = Queda; mantém o braço a 90° (ou 45°), porém este apresenta queda antes dos 10 segundos completos; não toca a cama ou outro suporte. 2 = Algum esforço contra a gravidade; o braço não atinge ou não mantém 90° (ou 45°), cai na cama, mas tem alguma força contra a gravidade. 3 = Nenhum esforço contra a gravidade; braço despenca. 4 = Nenhum movimento. NT = Amputação ou fusão articular, explique: _____</p> <p>5a. Braço esquerdo 5b. Braço direito</p>
<p>6. Motor para pernas A perna é colocada na posição apropriada: extensão a 30° (sempre na posição supina). É valorizada queda do braço se esta ocorre antes de 5 segundos. O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz e de pantomima, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, iniciando pela perna não-parética. Somente em caso de amputação ou de fusão de articulação no quadril, o item deve ser considerado não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita para esta escolha.</p>	<p>0 = Sem queda; mantém a perna a 30° por 5 segundos completos. 1 = Queda; mantém a perna a 30°, porém esta apresenta queda antes dos 5 segundos completos; não toca a cama ou outro suporte. 2 = Algum esforço contra a gravidade; a perna não atinge ou não mantém 30°, cai na cama, mas tem alguma força contra a gravidade. 3 = Nenhum esforço contra a gravidade; perna despenca. 4 = Nenhum movimento. NT = Amputação ou fusão articular, explique: _____</p> <p>6a. Perna esquerda 6b. Perna direita</p>

Instrução	Definição da escala
<p>7. Ataxia de membros Este item é avaliado se existe evidência de uma lesão cerebelar unilateral. Teste com os olhos abertos. Em caso de defeito visual, assegure-se que o teste é feito no campo visual intacto. Os testes índex-nariz e calcanhar-joelho são realizados em ambos os lados e a ataxia é valorizada, somente, se for desproporcional à fraqueza. A ataxia é considerada ausente no paciente que não pode entender ou está hemiplégico. Somente em caso de amputação ou de fusão de articulações, o item deve ser considerado não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita para esta escolha. Em caso de cegueira, teste tocando o nariz, a partir de uma posição com os braços estendidos.</p>	<p>0 = Ausente. 1 = Presente em 1 membro. 2 = Presente em dois membros. NT = Amputação ou fusão articular, explique: _____</p>
<p>8. Sensibilidade Avalie sensibilidade ou mímica facial ao beliscar ou retirada do estímulo doloroso em paciente torporoso ou afásico. Somente a perda de sensibilidade atribuída ao AVC é registrada como anormal e o examinador deve testar tantas áreas do corpo (braços [exceto mãos], pernas, tronco e face) quantas forem necessárias para checar acuradamente um perda hemissensitiva. Um escore de 2, "grave ou total" deve ser dado somente quando uma perda grave ou total da sensibilidade pode ser claramente demonstrada. Portanto, pacientes em estupor e afásicos irão receber provavelmente 1 ou 0. O paciente com AVC de tronco que tem perda de sensibilidade bilateral recebe 2. Se o paciente não responde e está quadriplégico, marque 2. Pacientes em coma (item 1a=3) recebem arbitrariamente 2 neste item.</p>	<p>0 = Normal; nenhuma perda. 1 = Perda sensitiva leve a moderada; a sensibilidade ao beliscar é menos aguda ou diminuída do lado afetado, ou há uma perda da dor superficial ao beliscar, mas o paciente está ciente de que está sendo tocado. 2 = Perda da sensibilidade grave ou total; o paciente não sente que está sendo tocado.</p>
<p>9. Melhor linguagem Uma grande quantidade de informações acerca da compreensão pode obtida durante a aplicação dos itens precedentes do exame. O paciente é solicitado a descrever o que está acontecendo no quadro em anexo, a nomear os itens na lista de identificação anexa e a ler da lista de sentença anexa. A compreensão é julgada a partir destas respostas assim como das de todos os comandos no exame neurológico geral precedente. Se a perda visual interfere com os testes, peça ao paciente que identifique objetos colocados em sua mão, repita e produza falas. O paciente intubado deve ser incentivado a escrever. O paciente em coma (item 1A=3) receberá automaticamente 3 neste item. O examinador deve escolher um escore para pacientes em estupor ou pouco cooperativos, mas a pontuação 3 deve ser reservada ao paciente que está mudo e que não segue nenhum comando simples.</p>	<p>0 = Sem afasia; normal. 1 = Afasia leve a moderada; alguma perda óbvia da fluência ou dificuldade de compreensão, sem limitação significativa das idéias expressão ou forma de expressão. A redução do discurso e/ou compreensão, entretanto, dificultam ou impossibilitam a conversação sobre o material fornecido. Por exemplo, na conversa sobre o material fornecido, o examinador pode identificar figuras ou item da lista de nomeação a partir da resposta do paciente. 2 = Afasia grave; toda a comunicação é feita através de expressões fragmentadas; grande necessidade de interferência, questionamento e adivinhação por parte do ouvinte. A quantidade de informação que pode ser trocada é limitada; o ouvinte carrega o fardo da comunicação. O examinador não consegue identificar itens do material fornecido a partir da resposta do paciente. 3 = Mudo, afasia global; nenhuma fala útil ou compreensão auditiva.</p>

Instrução	Definição da escala
<p>10. Disartria Se acredita que o paciente é normal, uma avaliação mais adequada é obtida, pedindo-se ao paciente que leia ou repita palavras da lista anexa. Se o paciente tem afasia grave, a clareza da articulação da fala espontânea pode ser graduada. Somente se o paciente estiver intubado ou tiver outras barreiras físicas a produção da fala, este item deverá ser considerado não testável (NT). Não diga ao paciente por que ele está sendo testado.</p>	<p>0 = Normal. 1 = Disartria leve a moderada; paciente arrasta pelo menos algumas palavras, e na pior das hipóteses, pode ser entendido, com alguma dificuldade. 2 = Disartria grave; fala do paciente é tão empastada que chega a ser ininteligível, na ausência de disfasia ou com disfasia desproporcional, ou é mudo/anártrico. NT = Intubado ou outra barreira física; explique</p>
<p>11. Extinção ou Desatenção (antiga negligência) Informação suficiente para a identificação de negligência pode ter sido obtida durante os testes anteriores. Se o paciente tem perda visual grave, que impede o teste da estimulação visual dupla simultânea, e os estímulos cutâneos são normais, o escore é normal. Se o paciente tem afasia, mas parece atentar para ambos os lados, o escore é normal. A presença de negligência espacial visual ou anosagnosia pode também ser considerada como evidência de negligência. Como a anormalidade só é pontuada se presente, o item nunca é considerado não testável.</p>	<p>0 = Nenhuma anormalidade. 1 = Desatenção visual, tátil, auditiva, espacial ou pessoal, ou extinção à estimulação simultânea em uma das modalidades sensoriais. 2 = Profunda hemi-desatenção ou hemi-desatenção para mais de uma modalidade; não reconhece a própria mão e se orienta somente para um lado do espaço.</p>

5.3. ACLS – ADVANCED CARDIAC LIFE SUPPORT (SUPORTE AVANÇADO DE VIDA EM CARDIOLOGIA)

O Suporte Avançado de Vida em Cardiologia (ACLS) consiste em uma série de respostas baseadas em evidências simples com objetivo de alcançar o melhor resultado possível para os indivíduos que estão experimentando um evento com risco de vida.

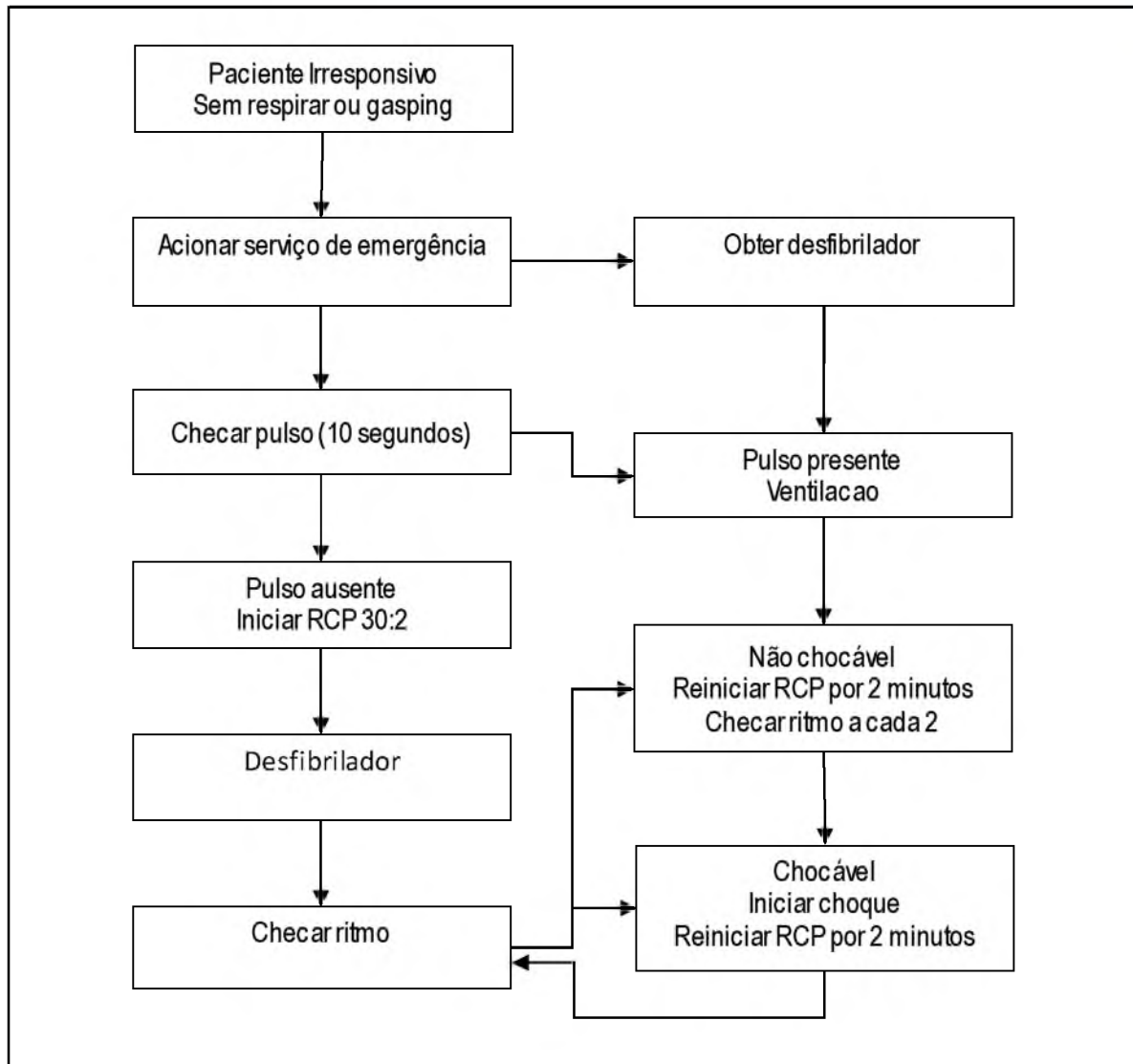
SUPORTE BÁSICO DE VIDA

Iniciar Sequência BLS:

- ✓ C (circulation): circulação;
 - ✓ A (airway): vias aéreas;
 - ✓ B (breathing): respiração;
 - ✓ D (defibrillation): desfibrilação ou drogas*.
- C: Avaliar o pulso + iniciar as compressões torácicas
A: Posicionar o paciente e abrir as vias aéreas
B: Estabelecer duas ventilações

Iniciar com 100-120 compressões/min intercalando 2 ventilações para cada 30 compressões (sem via área artificial) durante 2 minutos

RCP de boa qualidade



Suporte Avançado de Vida em Cardiologia (ACLS)

- ✓ Iniciar RCP, fornecer oxigênio, monitorizar o paciente.
- ✓ Checar o ritmo: pas do desfibrilador caso não monitorizado.
- ✓ Choque (se indicado: FV-TV).
- ✓ Desfibrilar o paciente (1 choque de 200 joules ou 360J no desfibrilador monofásico) Reversão >85% dos casos. Persistindo FV/TV, repetir 1 choque de 360J a cada intervalo de ressuscitação cardiopulmonar (2 minutos).
- ✓ Via aérea avançada – intubação orotraqueal (IOT).

PPPOEIE

Assistolia: Protocolo de Linha Isoelétrica (CAGADE)

- ✓ Verificar se o monitor e o desfibrilador estão ligados

- ✓ Verificar todas as conexões: dispositivo – cabos, cabos – paciente, dispositivo – pás – paciente.
- ✓ Verificar GANHO ou SENSIBILIDADE selecionado no desfibrilador/monitor.
- ✓ Selecionar derivação e fazer uma rápida verificação do ritmo em cada derivação.
- ✓ Quando monitor “EM PÁS”, fazer uma rotação de 90° para verificar se há vetor de FV (pá do esterno superior direito para o esterno superior esquerdo; pá do ápice esquerdo para a borda inferior direita do esterno).

PRINCIPAIS CAUSAS DE PCR

Mnemonico HS e TS	
Etiologia	Tratamento
Hipovolemia	Fluidos/ Soro ringer-lactato
Hipoxia	O2 a 100% (EOT)
Hipercalemia/Hipocalemia	Bicarbonato/ KCl
Hipotermia	Reaquecimento
Acidose	Bicarbonato
Pneumotorax hipertensivo	Descompressao
Intoxicacoes por drogas	Antagonistas
Tromboembolismo pulmonar	Tromboliticos (heparina)
Trombose coronaria (SCA)	Trombolise se IAM com supraprevio a PCR
Tamponamento cardíaco	Pericardiocentese

INQUÉRITO ACLS (ABCD)

VIA AÉREA

Monitorar e manter as vias respiratórias abertas em todos os momentos. O provedor deve decidir se o benefício da adição de uma via aérea avançada supera o risco de interromper a RCP. Se o tórax do indivíduo está subindo sem utilizar uma via aérea avançada, continue dando CPR sem pausa.

RESPIRAÇÃO

Na parada cardíaca, administrar oxigênio a 100%. Manter sangue com saturação de O₂ (SATs) maior do que ou igual a 94%, monitorada por um oxímetro de pulso.

A pressão parcial normal de CO₂ situa-se entre 35 a 40mmHg. RCP de alta qualidade deve produzir uma CO₂ entre 10 a 20mmHg. Se a leitura ETCO₂ é inferior a 10 mmHg após 20 minutos de RCP para um indivíduo intubado, então você pode considerar parar tentativas de reanimação.

CIRCULAÇÃO

Obter o acesso intravenoso, quando possível. Monitor pressão arterial com uma braçadeira de pressão sanguínea ou a linha intra-arterial, se disponível.

Monitorizar o ritmo cardíaco usando monitor cardíaco. Dê fluidos quando apropriado. Usar medicamentos cardiovasculares, quando indicado.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Comece com a causa mais provável da detenção e, em seguida, avaliar a causas menos prováveis. Tratar causas reversíveis e continuar CPR como para um diagnóstico diferencial. Parar apenas brevemente para confirmar um diagnóstico ou para tratar causas reversíveis. Minimizar interrupções na perfusão é fundamental.

MANEJO DAS VIAS AÉREAS

Avaliar necessidade de via aérea avançada durante o levantamento ACLS. O valor da fixação das vias respiratórias devem ser equilibradas contra a necessidade de minimizar a interrupção da perfusão que resulta em travar a RCP durante a colocação das vias aéreas. Os equipamentos disponíveis de vias aéreas de base inclui a via aérea orofaríngea (OPA) e a via aérea da nasofaringe (NPA).

A principal vantagem de um ANP sobre um OPA é que ele pode ser utilizado em indivíduos conscientes ou inconscientes, porque o dispositivo não estimula o reflexo de vômito. Equipamento de via aérea artificial inclui as vias aéreas máscara laríngea, tubo de laringe e tubo endotraqueal. De diferentes estilos de estas vias aéreas supraglótica estão disponíveis. Se for dentro do seu âmbito de prática, pode-se usar equipamentos de via aérea avançada, quando apropriado e disponível.

TUBO ENDOTRAQUEAL

O tubo endotraqueal (ET) é uma alternativa via aérea artificial. É um tipo específico de tubo traqueal que é inserido através da boca ou nariz. É a via aérea tecnicamente mais difíceis de lugar; no entanto, é a via aérea mais segura disponível. Esta técnica requer o uso de um laringoscópio.

MÁSCARA LARÍNGEA

A máscara laríngea (LMA) é uma alternativa via aérea artificial para ET intubação e fornece ventilação comparável. É aceitável a utilização do LMA como uma alternativa a um tubo esofágico-traqueal para a gestão das vias aéreas em paragem cardíaca. A experiência vai permitir uma rápida colocação do dispositivo LMA por um provedor de ACLS.

TUBO LARÍNGEO

As vantagens do tubo de laringe são semelhantes aos do tubo esofágico-traqueal; no entanto, o tubo de laringe é mais compacto e menos complicada para inserir. Este tubo tem apenas um maior do balão para inflar e pode ser inserido cegamente.

A aspiração é um componente essencial de manutenção da função respiratória. Deve-se aspirar as vias respiratórias imediatamente se houver secreção abundante, sangue ou vômito. As tentativas de sucção não devem ser superiores a 10 segundos. Para evitar hipoxemia, siga tentativas de aspiração com um curto período de administração de oxigênio a 100%. Interromper a aspiração e administrar oxigênio se qualquer deterioração em quadro clínico é observado durante a aspiração.

Monitorar frequência do indivíduo cardíaca, saturação de oxigênio, e aparência clínica durante a aspiração. Se uma alteração nos parâmetros de monitorização é vista, interromper a aspiração e administrar oxigênio até o ritmo cardíaco volte ao normal e até que a condição clínica melhora. Auxiliar de ventilação tal como garantido.

INSERINDO UMA OPA

- 1.** Limpar a boca de sangue e secreções com sucção, se possível.
- 2.** Selecione um dispositivo de via aérea que é o tamanho correto para a pessoa.
 - ✓ Se um dispositivo for demasiado grande para vias aéreas, pode danificar a garganta.
 - ✓ Se um dispositivo for muito pequeno para as vias aéreas, pode pressionar a língua para a via aérea.
- 3.** Coloque o dispositivo na parte lateral do rosto da pessoa. Escolha do dispositivo que se estende a partir do canto da boca até o lóbulo da orelha.
- 4.** Inserir o dispositivo para dentro da boca de modo que o ponto é para o céu da boca, ou em paralelo com os dentes.
 - ✓ Não pressione a língua de volta para a garganta.
- 5.** Uma vez que o dispositivo está quase totalmente inserido, transformá-lo até que a língua é segurado pelo interior curva do dispositivo.

A intubação oro-traqueal com sequência de intubação rápida (SIR) e alinhamento da coluna cervical (ACC) da coluna cervical é a técnica mais confiável e rápida de se obter uma via aérea segura em pacientes em apnéia ou instáveis. O paciente é cuidadosamente colocado em posição supina, com a cabeça neutra. A oximetria deve ser monitorizada. A porção anterior do colar do tipo Philadelphia (ou todo o colar) deve ser removida, pois ela reduz a abertura da boca. Um assistente deve realizar a ACC do pescoço com as mãos posicionadas abertas na lateral da face do paciente, os dedos fixando o processo mastóide para resistir a extensão da coluna cervical imposta pela laringoscopia. Normalmente, o assistente se coloca à esquerda do médico que está realizando a intubação. O paciente é pré-oxigenado se estiver respirando, e, com a perda da consciência, a pressão cricóide (manobra de Sullick) pode ser aplicada por um segundo assistente localizado à direita. A pressão cricóide deve ser mantida até que o sucesso da intubação seja confirmado. O assistente que estiver realizando a pressão cricóide deve usar a

outra mão para amparar a porção posterior da coluna cervical do paciente, pois essa pressão pode causar deslocamento das vértebras cervicais quando for aplicada sem o apoio posterior do colar Philadelphia. A hipnose é alcançada com o uso endovenoso de midazolam, e o bloqueio neuromuscular com fentanila. O surgimento de fasciculações musculares no paciente indica o início do bloqueio. O paciente é intubado com a lâmina de laringoscópio curva (Macintosh), desenhada para ser inserida no lado direito da boca do paciente, deslocando a língua para a esquerda. A ponta da lâmina é locada na valécula na base da língua, então é aplicada uma tração para cima.

A repetição de tentativas malsucedidas pode causar edema na laringe, sangramento, obstrução de vias aéreas e hipoxia grave. Após aspiração orofaríngea, o médico pode usar uma máscara laríngea ou ambú para ventilar o paciente durante o tempo necessário. A máscara laríngea é uma opção para médicos menos experientes ou via aérea difícil. Os pacientes devem estar com o nível de consciência rebaixado para possibilitar seu uso

FARMACOLOGIA NA INTUBAÇÃO

Midazolam: benzodiazepínico, sedativo, hipnótico, produz amnésia anterógrada. É reversível com Flumazenil (antídoto). Pode apresentar depressão respiratória e hipotensão em idosos e pacientes hipovolêmicos. Dose: 0,1 mg/Kg, com início de ação em 1 minuto. Pode ser repetida a dose inicial, se pouco resultado inicial. Pode, por si só, sedando, facilitar a intubação, ou precederá a aplicação do relaxante. Duração aproximada de 30 minutos.

Fentanila: na dose de 2 a 4 mcg/Kg é usado com objetivo de reduzir a resposta cardiovascular exagerada e o aumento da pressão intracraniana. Paraefeitos: depressão respiratória, hipotensão.

Lidocaína: usada endovenosa, na dose de 1,5 mg/Kg, 2 a 3 minutos antes da intubação, diminui os efeitos cardiovasculares e sobre a pressão intracraniana provocados pela intubação orotraqueal;

VIAS AÉREAS - PROTOCOLO PARA INTUBAÇÃO DE SEQUÊNCIA RÁPIDA

1. Garantir a disponibilidade do equipamento necessário.
 - a. Fonte de oxigênio.
 - b. Máscara associada a balão dotado de válvula unidirecional de tipo e tamanho apropriados.
 - a. Máscara de fluxo unidirecional.
 - b. Laringoscópio com lâminas.
 - c. Cânulas traqueais.
 - d. Material para via aérea cirúrgica e alternativa.
 - e. Medicamentos da ISR.
 - f. Material para fixar o tubo traqueal após a intubação.

- g. Material para aspiração.
2. Garantir no mínimo um, mas preferencialmente, dois acessos venosos adequados.
 3. Pré-oxigenar o paciente usando máscara de fluxo unidirecional ou máscara associada a balão dotado de válvula unidirecional com 100% de oxigênio. Pré-oxigenar de preferência por 3 a 4 minutos.
 4. Instalar monitor cardíaco e oxímetro de pulso.
 5. Se o paciente estiver consciente, considerar o uso de agentes sedativos.
 6. Considerar a administração de agentes sedativos e lidocaína se houver suspeita ou confirmação de trauma craneencefálico (TCE).
 7. Após a administração de curares, fazer a manobra de Sellick (pressão na cricóide) para diminuir o risco de aspiração.
 8. Confirmar a localização no tubo imediatamente após a intubação.
 9. Monitoração cardíaca contínua (ECG) e oximetria de pulso são necessárias durante e após a ISR.
 10. A localização do tubo deve ser verificada periodicamente durante o transporte e sempre que o paciente for movimentado.
 11. Podem ser necessárias doses repetidas de relaxantes musculares para manter a curarização.
 12. Confirmar a localização do tubo.
 13. Se as tentativas repetidas de intubação forem malsucedidas, considerar a possibilidade de via aérea alternativa.

INSERIR A NPA

1. Selecione um dispositivo de via aérea que é o tamanho correto para a pessoa.
2. Coloque o dispositivo na parte lateral do rosto da pessoa. Escolha do dispositivo que se estende a partir da ponta do nariz para o lóbulo da orelha. Use o maior dispositivo de diâmetro que vai caber.
3. Lubrificar as vias aéreas com um lubrificante solúvel em água ou geleia anestésica.
4. Insira o dispositivo lentamente, movendo-se em linha reta no rosto (não para o cérebro).
5. Ele deve se sentir confortável; não forçar o dispositivo na narina. Se ele se sente preso, remova-o e tente a outra narina.

ASPIRAÇÃO

- ✓ Quando a aspiração da orofaringe, não inserir o cateter muito profundamente. Estender o cateter até a profundidade máxima de segurança e de sucção como você retirar.
- ✓ Quando a aspiração de um tubo endotraqueal (ET), tenha em mente o tubo está dentro da traquéia e que você pode ser a aspiração perto da brônquios ou pulmão. Portanto, uma técnica estéril deve ser usada.

- ✓ Cada tentativa de sucção deve ser para não mais de 10 segundos. Lembre-se de que a pessoa não terá oxigênio durante a aspiração.
- ✓ Monitorar os sinais vitais durante a aspiração e parar a aspiração imediatamente se a pessoa experimenta hipoxemia (SATs de oxigênio inferior a 94%), tem uma nova arritmia, ou torna-se cianótica.
- ✓ OPAs muito grande ou muito pequeno, pode obstruir as vias aéreas.
- ✓ NPAs dimensionada incorretamente pode entrar no esôfago.
- ✓ Sempre vá para respiração espontânea após a inserção de um ou outro dispositivo.

VIAS DE ACESSO

A principal via de acesso para administração de medicamentos deve ser a via intravenosa (IV).

A IV periférico é preferido para administração de medicamentos e de fluido, a menos que de acesso à linha central, já está disponível. O acesso à linha central não é necessário durante a maioria das tentativas de reanimação, pois pode causar interrupções no CPR e complicações durante a inserção. Colocar uma linha periférica não requer interrupção PCR.

Quando se utiliza via IV periférico de administração, os fármacos podem ter até dois minutos ou mais para atingir a circulação central. O efeito de medicamentos dados não podem ser vistos até mesmo mais. RCP de alta qualidade ajuda a circular essas drogas e é uma parte importante da ressuscitação.

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

MEDICAMENTO	PRINCIPAL USO	DOSE/VIA	OBSERVAÇÃO
Adenosina	- TPSV Narrow / SVT. - QRS largo irregular: evitar adenosina.	6 mg IV de bolus, pode repetir com 12 mg em 1 a 2 min.	- IV impulso rápido perto do cubo, seguido de um bolus de solução salina. - Monitorização cardíaca contínua durante a administração. - Faz com que o rubor e peito pese.
Amiodarona	- FV taquicardia ventricular. - VT com pulso. - Controle da taquicardia.	- FV / TV: 300 mg (diluir em 20 a 30 mL, pode repetir 150 mg em 3 a 5 min).	- Antecipar hipotensão, bradicardia e toxicidade gastrointestinal. - Monitorização cardíaca contínua - meia vida muito longa (até 40 dias). - Não utilizar em bloco de 2º ou 3º grau coração. - Não administrar por via tubo ET.
Atropina	- Bradicardia sintomática.	- IV 0,5 mg / ET a cada 3 a 5 minutos. - A dose máxima: 3 mg.	- Monitorização cardíaca e BP. - Não utilizar em glaucoma ou taquiarritmias. - Dose mínima de 0,5 mg.
	- Toxinas específicas / sobredosagem (ex.: organofosfatos).	- 2 a 4 mg IV / ET pode ser necessário.	
Dopamina	- Choque.	- 2 a 20 mc / Kg / min. - Titula-se a pressão arterial desejado.	- Ressuscitação Fluid primeiro. - A monitorização cardíaca e BP.

Adrenalina	- Parada cardíaca.	- Inicial: 1,0 mg (1: 10000) IV ou de 2 a 2,5 mg (1:1000) ETT cada 3 a 5 min. - Manter: / kg / min Titular desejar a pressão sanguínea 0,1 e 0,5 mcg.	- Monitorização cardíaca. - Contínua concentrações. - Dar se possível através da linha central.
	- Anafilaxia.	- 500 mcg IM. - Repita a cada cinco minutos, conforme necessário.	
	Bradicardia sintomática / Choque.	- 2 a 10 mcg / min de infusão - Titular a resposta.	
Lidocaína <i>(recomendada se a amiodarona não está acessível)</i>	- Parada cardíaca (VF / VT).	- Inicial: 1 a 1,5 mg / kg IV carregamento. - Segunda: metade da primeira dose de 5 a 10 min. - Manter: 1 a 4 mg / min.	- Monitorização cardíaca e BP. - Bolus pode causar hipotensão e bradicardia. - Use com cuidado na insuficiência renal. - Gliconato de cálcio pode inverter a hipermagnesemia.
	- Taquicardia grande / Complexo com pulso.	- inicial: 0,5 a 1,5 mg / kg, IV - Segunda: Metade da primeira dose de 5 a 10 min - Manter: 1 a 4 mg / min.	
Sulfato de Magnésio	- Parada cardíaca / Torsades sem pulso.	1 a 2 g diluídos em 10 mL.	- A monitorização cardíaca e BP. - Bolus pode causar hipotensão e bradicardia. - Use com cuidado na insuficiência renal. - Gliconato de cálcio pode inverter a hipermagnesemia.

DEFIBRILAÇÃO

Quanto mais cedo a desfibrilação ocorre, quanto maior a taxa de sobrevivência. Quando uma arritmia fatal está presente a CPR pode fornecer uma pequena quantidade de fluxo de sangue para o coração e cérebro, mas não pode restaurar diretamente um ritmo organizado. A probabilidade de restaurar um ritmo de perfusão é otimizado com RCP imediata e desfibrilação. O objetivo da desfibrilação é interromper um ritmo caótico e permitir pacemakers normais do coração para retomar a atividade elétrica eficaz. A dose de energia adequado é determinada pela concepção do desfibrilador-monofásico ou bifásico. Se você estiver usando um desfibrilador monofásico, dar um único 360 J choque. Use a mesma dose de energia em choques subsequentes. Desfibriladores bifásicos utilizar uma variedade de formas de onda e ter sido mostrado para ser mais eficaz para terminar uma arritmia fatal. Ao usar desfibriladores bifásicos, os fornecedores devem usar dose de energia recomendado pelo fabricante. Muitos fabricantes de desfibriladores bifásicos exibir o intervalo de dose eficaz de energia na face do dispositivo. Se o primeiro choque não terminar a arritmia, pode ser razoável para escalar a energia entregue se o desfibrilador permite.

Para minimizar as interrupções das compressões torácicas durante a RCP, continuar CPR enquanto o desfibrilador está a carregar.

Certifique-se de limpar o indivíduo, garantindo que o oxigênio é removido e ninguém está tocando o indivíduo antes de entregar o choque.

Imediatamente após o choque, reinicia a RCP, começando com compressões. Dê CPR por dois minutos (aproximadamente cinco ciclos).

Um ciclo consiste de 30 compressões seguidas por duas respirações para um indivíduo sem uma via aérea artificial. Aqueles indivíduos com um dispositivo de via aérea artificial no local pode ser ventilado a uma taxa de uma respiração a cada 5 a 6 segundos (ou 10 a 12 respirações por minuto).

- ✓ Assegurar se o oxigênio não está fluindo através do paciente de peito, quando entregar choque.
- ✓ Não parar as compressões torácicas por mais de 10 segundos, quando se avalia o ritmo.
- ✓ Mantenha-se afastado do paciente quando a entrega do choque.
- ✓ Avaliar pulso após os primeiros dois minutos de RCP.
- ✓ Se o CO₂ total final é inferior a 10 mmHg durante a RCP, considere a adição de um vasopressor e melhore as compressões torácicas.

RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR

O sucesso ressuscitação cardiopulmonar (CPR) requer o uso dele como parte de um sistema de cuidados de chamada da Cadeia de Sobrevivência.

O início precoce da BLS aumenta a probabilidade de sobrevivência de uma pessoa lidar com parada cardíaca.

1. Hipotermia Terapêutica

- ✓ Recomendado para pessoas em coma, com retorno da circulação espontânea após um evento de parada cardíaca.
- ✓ Os indivíduos devem ser arrefecidos para 32 a 36° C durante pelo menos 24 horas.

2. Otimização de Hemodinâmica e Ventilação

- ✓ 100% de oxigênio é aceitável para a intervenção precoce, mas não para períodos de tempo prolongados.
- ✓ Oxigênio deve ser titulado, de modo que a oximetria de pulso do indivíduo seja superior a 94%, para se evitar a toxicidade de oxigênio.
- ✓ Não mais ventilar para evitar potenciais efeitos hemodinâmicos adversos.
- ✓ Taxas de ventilação de 10 a 12 respirações por minuto para atingir ETCO₂ em 35 a 40 mmHg.
- ✓ Fluídos e medicamentos vasoativos devem ser titulados para a estabilidade hemodinâmica.

SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

É muito importante reconhecer indivíduos com potencial de ACS, a fim de iniciar a avaliação, triagem apropriada, e gestão oportuna. O diagnóstico e trata-

mento rápido tem maior sucesso de preservar o tecido saudável do coração.

Quanto menor o tempo até à reperfusão, quanto maior a quantidade de tecido do coração que pode ser salva, melhor o prognóstico. Eventos cardíacos adversos inclui a morte e o infarte do miocárdio não fatal.

Complicações fatais de ACS incluem fibrilação ventricular, taquicardia ventricular sem pulso, bradiarritmias, choque cardiogênico e edema pulmonar.

MONITORIZAÇÃO CARDÍACA

A) Considerações Gerais

- ✓ O ECG é o registro da atividade elétrica do coração. O registro desta atividade forma uma série de ondas e complexos que foram rotulados arbitrariamente.
- ✓ A chave do diagnóstico das arritmias é a análise da forma e interrelações da onda P, intervalo PR e do QRS.
- ✓ Os eletrodos mais frequentemente empregados na monitorização contínua são os do tipo auto adesivos aplicados ao tórax ou pulseiras aplicadas nas extremidades.
- ✓ O corpo age como um grande condutor de eletricidade e a eletricidade gerada no coração pode ser detectada por eletrodos aplicados na pele.
- ✓ Qualquer impulso elétrico se movendo em direção a um eletrodo positivo produz uma onda com deflexão positiva. O impulso elétrico se movendo em direção contrária ao eletrodo positivo produz uma deflexão negativa.
- ✓ A linha isoelétrica representa a ausência de atividade elétrica ou que ela se move perpendicularmente aos eletrodos.
- ✓ Cada derivação representa uma visão de uma determinada parede ou área do coração, colocando-se os eletrodos em posições diferentes. Uma derivação bipolar é uma combinação de dois eletrodos um positivo e um negativo.

B) Conduta

- ✓ Utilizar no mínimo 3 eletrodos: um positivo, um negativo e o terra.
- ✓ Saber que os eletrodos são identificados por cores o negativo é branco, o positivo é vermelho e o terra pode ser preto, verde ou marrom.
- ✓ As duas derivações mais frequentemente utilizadas são DII e DI modificada.
- ✓ Obter a derivação I colocando o eletrodo positivo abaixo da clavícula esquerda e o negativo abaixo da direita.
- ✓ Obter a derivação II posicionando o eletrodo positivo abaixo do músculo peitoral esquerdo e o negativo abaixo da clavícula direita.
- ✓ Fixar o eletrodo terra em qualquer posição, porém geralmente é fixado abaixo do músculo peitoral direito.
- ✓ Imprimir o traçado para facilitar sua análise.

- ✓ Aplicar eletrodos torácicos em posições que permitam a desfibrilação ou a cardioversão.
- ✓ Remover com álcool a gordura e a sujeira da área onde o eletrodo será aplicado.
- ✓ Realizar caso necessário tricotomia.
- ✓ Tomar cuidado com os artefatos: uma linha isoelétrica pode significar desconexão do cabo ou eletrodo e não assistolia e a fibrilação ventricular pode ser simulada por movimentos ou tremores do paciente.
- ✓ Verificar as condições clínicas do paciente antes de qualquer tratamento.
- ✓ O eletrocardiograma de doze derivações representa uma análise mais completa da atividade elétrica cardíaca, sendo necessário para fazer um diagnóstico definitivo das taquicardias de complexo alargado.
- ✓ As anormalidades do segmento ST não devem ser interpretadas com base na monitorização.

C) Conduta Para Análise do ECG

- ✓ Abordar sistematicamente o traçado.
- ✓ Contar o número de quadrados grandes e pequenos. Um quadrado pequeno representa 0,04 segundo e um quadrado grande que possui 5 quadrados pequenos dura 0,20 segundos.
- ✓ Verificar os componentes do traçado eletrocardiográfico são: onda P (despolarização atrial), complexo QRS (despolarização ventricular), onda T (repolarização ventricular).
- ✓ Medir o intervalo PR, que representa a distância entre o início da onda P e o início do complexo QRS, mostra o tempo que a onda de despolarização leva para ir do átrio ao ventrículo.
- ✓ Considerar que são fontes de interferência na monitorização eletrocardiográfica: desconexão de eletrodos, tremores, movimentação do paciente, fontes de eletricidade (60 ciclos) e mal funcionamento do monitor ou cabos.
- ✓ Verificar se existe QRS: a ausência de QRS ocorre na fibrilação ventricular e na assistolia, duas situações indicadoras de parada cardíaca.
- ✓ Estabelecer se o ritmo é regular ou não, observando se os intervalos entre as ondas R e também entre as ondas P é regular ou irregular. Se o ritmo for irregular é necessário definir se a irregularidade segue algum padrão, ou se ela é ocasional ou se o ritmo é totalmente irregular.
- ✓ Calcular a frequência: devem ser determinadas tanto a ventricular quanto a atrial. Em ritmos regulares deve-se dividir 300 pelo número de quadrados grandes ou 1500 pelo número de quadrados pequenos para obter a frequência por minuto. Em ritmos irregulares o melhor é contar o número de ondas R em fita de 6 segundos e multiplicando o resultado por 10.

- ✓ Determinar se existe onda P, se todas as ondas P são iguais, se existe complexo QRS após cada onda P.
- ✓ Mensurar a duração do intervalo PR e se ele é constante caso exista intervalo PR.

Passos para Realizar a Análise Sistemática do ECG

1. Existem complexos QRS?
2. Os complexos QRS tem aspecto normal em forma e durante caso exista.
3. Frequência de existência do complexos QRS.
4. Existência de complexos QRS após cada onda PO intervalo P-R é normal ou alargado?

D) Características das Arritmias Cardíacas

➤ **Taquicardia Sinusal:**

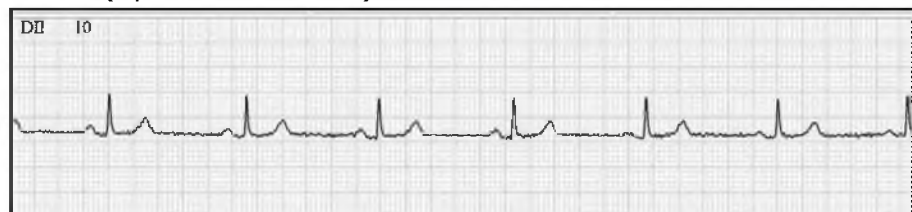
- ✓ Frequência: maior que 100/min em adultos.
- ✓ Ritmo: regular.
- ✓ Ondas P: uma para cada complexo, todas positivas e uniformes.
- ✓ PR: constante e durando entre 0,12 e 0,20 s.
- ✓ QRS: normais (0,10 s ou menos).



Traçado de eletrocardiograma com taquicardia sinusal, frequência cardíaca de 108 bpm

➤ **Bradicardia Sinusal:**

- ✓ Frequência: menor que 60/min.
- ✓ Ritmo: regular.
- ✓ Ondas P: uma para cada complexo, todas positivas e uniformes.
- ✓ PR: constante e durando entre 0,12 e 0,20 s.
- ✓ QRS: normais (0,10 s ou menos).

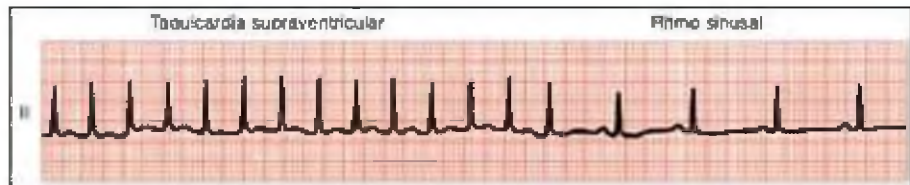


Traçado de eletrocardiograma com bradicardia sinusal, frequência cardíaca de 56 bpm.

➤ **Taquicardia Paroxística Supraventricular (TPSV):**

- ✓ Frequência: em geral situa-se entre 140 a 240/min.
- ✓ Ritmo: regular.
- ✓ Ondas P: podem estar no interior das ondas T precedentes, quando visíveis

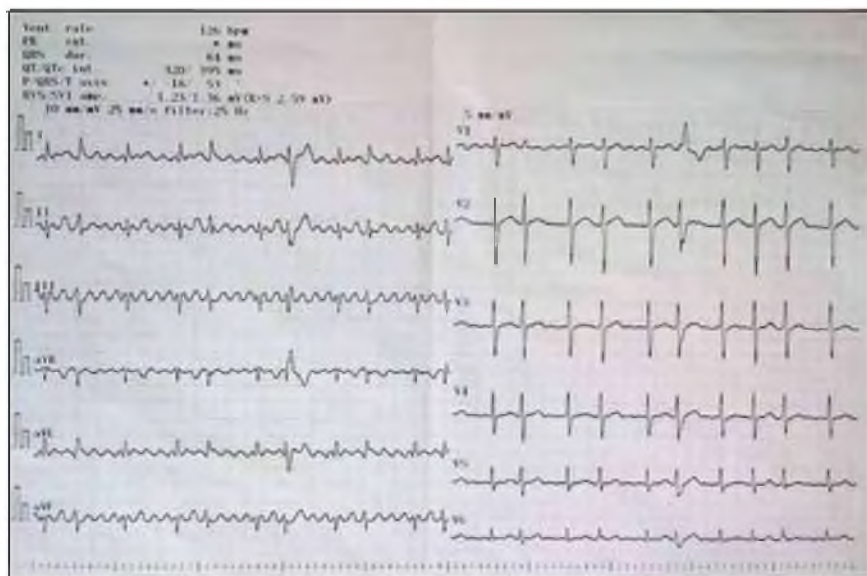
- diferem das ondas P sinusais.
- ✓ PR: geralmente não pode ser medido.
- ✓ QRS: geralmente normais (0,10 s ou menos), mas podem ser alargados em caso de condução aberrante pelos ventrículos.



Traçado de eletrocardiograma com taquicardia supraventricular com frequência ventricular de 150 bpm, com complexos QRS estreitos.

➤ **Flutter Atrial:**

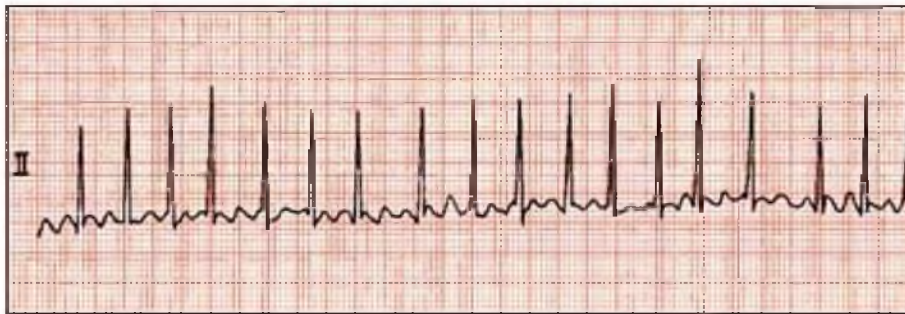
- ✓ Frequência: atrial entre 250 e 350 /min e a ventricular é variável. A resposta ventricular dependerá do grau de bloqueio AV.
- ✓ Ritmo: atrial é regular. A resposta ventricular geralmente é regular mas depende do grau de bloqueio AV (em geral 2:1; 4:1). A manobra vagal, aumentando o grau de bloqueio no AV serve para identificar a arritmia.
- ✓ Ondas P: duas ou mais ondas de flutter antes do QRS lembram dentes de serra e parecem invertidas, podem ser difíceis de identificar no flutter 2:1. Suspeitar quando o ritmo for regular e a frequência ventricular estiver entre 140 – 160 / min.
- ✓ PR: pode ser constante ou variável.
- ✓ QRS: geralmente normais (0,10 s ou menos), mas podem ser alargados em alguns casos.



Traçado de eletrocardiograma com flutter atrial com ondas F positivas em D2, D3 e aVF, com frequência de 250; a frequência ventricular variável em torno de 125 bpm.

➤ **Fibrilação Atrial:**

- ✓ Frequência: atrial maior que 350/min e a ventricular é variável. A resposta ventricular dependerá do grau de bloqueio AV existente.
- ✓ Ritmo: irregular.
- ✓ Ondas P: não existem ondas P verdadeiras. Aparecem ondas irregulares chamadas de fibrilatórias, quando de baixa amplitude a linha de base pode parecer isométrica.
- ✓ PR: não há.
- ✓ QRS: geralmente normais (0,10 s ou menos), mas podem ser alargados em alguns casos.



Traçado de eletrocardiograma com fibrilação atrial de elevada resposta ventricular (FC=187bpm), ritmo irregular, com ondas f grosseiras, simulando falsas ondas P. Paciente portadora de hipertireoidismo.

➤ **Batimentos Prematuros Ventriculares (BPV):**

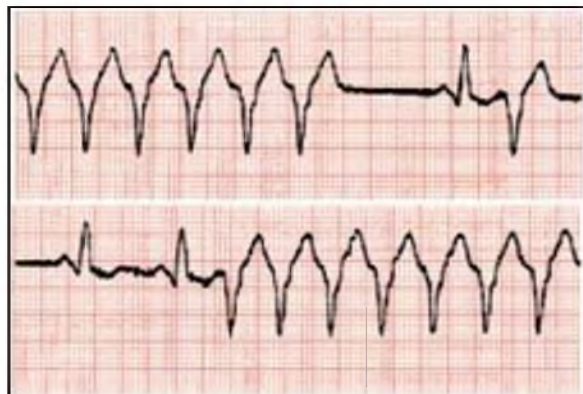
- ✓ Frequência: variável.
- ✓ Ritmo: irregular quando ocorre um BPV. Um intervalo R-R mais curto que o normal separa o batimento prematuro do batimento precedente. A maioria é sucedida de pausa compensatória. Pode se apresentar isoladamente, com regularidade intercalando o ritmo basal (bigeminismo, trigeminismo, etc.) ou em salvas; de um mesmo foco ou de vários focos mais (unifocal = monomórfica ou multifocal = polimórfica).
- ✓ Ondas P: nenhuma associada ao BPV.
- ✓ PR: nenhum.
- ✓ QRS: precoce, bizarro com duração maior ou igual a 0,12 s em geral com padrão de bloqueio de ramo e onda T invertida.



Traçado de eletrocardiograma com extrasístolia ventricular com fenômeno R sobre T, com elevada potencial de conversão para fibrilação ou taquicardia ventricular.

➤ **Taquicardia Ventricular (TV):**

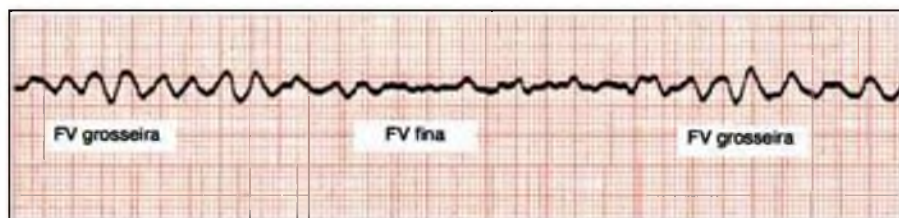
- ✓ Frequência: 100 a 250 / min. A presença de pelo menos três batimentos consecutivos de origem ventricular com frequência superior a 100/min define a presença da arritmia. A taquicardia ventricular é considerada não sustentada quando sua duração é menor que trinta segundos.
- ✓ Ritmo: regular ou discretamente irregular.
- ✓ Ondas P: ausentes ou quando presentes estão dissociadas dos complexos QRS.
- ✓ PR: não existente.
- ✓ QRS: alargado e bizarro 0,12 s ou maiores, podem ser em alguns casos batimentos de fusão.



Traçado de eletrocardiograma exibindo episódios de taquicardia ventricular não sustentada com frequência em torno de 200 bpm, com reversão espontânea.

➤ **Fibrilação Ventricular: (FV)**

- ✓ Frequência: não mensurável.
- ✓ Ritmo: irregular.
- ✓ Ondas P: não identificáveis.
- ✓ PR: não mensurável.
- ✓ QRS: ausentes.

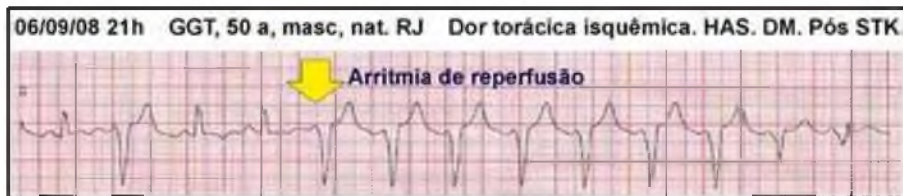


Traçado eletrocardiográfico com episódio de fibrilação ventricular

➤ **Ritmos Ventriculares de Escape**

- ✓ Frequência: 20 a 40/min. Quando a FC está entre 40 e 99, este ritmo é chamado de idioventricular acelerado. Pode estar associado a reperfusão após uso de terapia trombolítica.
- ✓ Ritmo: geralmente regular.

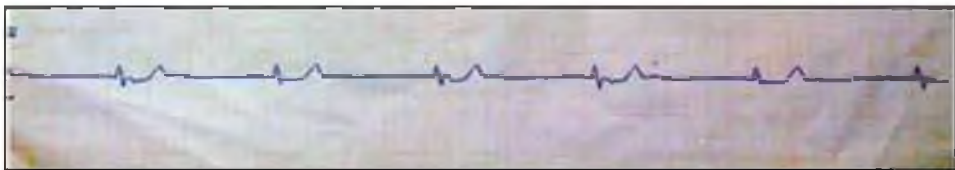
- ✓ Ondas P: nenhuma.
- ✓ PR: nenhum. QRS: alargados (> 0,12 s).



Traçado de eletrocardiograma com ritmo idioventricular acelerado, com frequência cardíaca de 80 bpm, complexos QRS alargados. Arritmia de característica benigna presente após terapia de reperfusão por trombolítico.

➤ **Ritmos Juncionais de Escape**

- ✓ Frequência: 40 a 60/min. Quando a FC está entre 40 e 99, este ritmo é chamado de idioventricular acelerado.
- ✓ Ritmo: geralmente regular.
- ✓ Ondas P: retrógradas negativas em II e III. Pode anteceder, ser simultânea ou suceder ao QRS.
- ✓ PR: nenhum.
- ✓ QRS: geralmente normais.



Traçado de eletrocardiograma com ritmo juncional de escape: frequência ventricular em torno de 40 bpm, com complexos QRS estreitos e condução retrógrada de P.

➤ **Bloqueio Átrio Ventricular (BAV) do 1º Grau**

- ✓ Frequência: variável.
- ✓ Ritmo: regular.
- ✓ Ondas P: uma para cada complexo, todas positivas e uniformes.
- ✓ PR: constante com duração maior que 0,20 s.
- ✓ QRS: normais (0,10 s ou menos).



Traçado de eletrocardiograma com bloqueio atrioventricular do 1º grau.

➤ **Bloqueio Átrio Ventricular (BAV) 2º Grau tipo I (com fenômeno de Wenckebach)**

- ✓ Frequência: variável. Atrial > ventricular, nem todo P conduz.
- ✓ Ritmo: atrial regular e ventricular irregular (R-R variável).

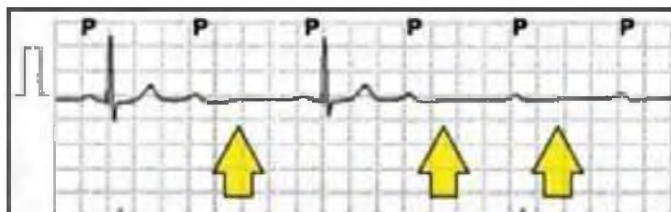
- ✓ Ondas P: uma para cada complexo, todas positivas e uniformes.
- ✓ PR: aumenta progressivamente antes do P bloqueado.
- ✓ QRS: normais (0,10 s ou menos).



Traçado de eletrocardiograma com bloqueio atrioventricular do 2º grau, tipo I, apresentando fenômeno de Wenckebach (aumento progressivo do intervalo PR com bloqueio indicado na seta amarela).

➤ **Bloqueio Átrio Ventricular (BAV) 2º Grau tipo II e 2:1**

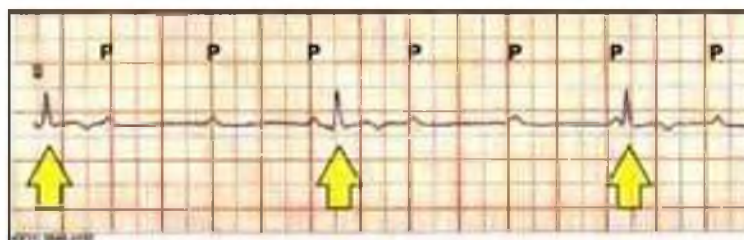
- ✓ Frequência: variável. Atrial > ventricular, nem todo P conduz.
- ✓ Ritmo: atrial regular e ventricular irregular (R-R variável).
- ✓ Ondas P: uma para cada complexo, todas positivas e uniformes.
- ✓ PR: constante antes do P bloqueado.
- ✓ QRS: normais (0,10 s ou menos).



Traçado de eletrocardiograma com bloqueio atrioventricular do 2º grau, tipo II, apresentando condução inicial 2:1 (duas ondas P para um complexo QRS) e em seguida um bloqueio avançado sem complexo QRS após as ondas P subsequentes.

➤ **Bloqueio Átrio Ventricular (BAV) de 3º Grau:**

- ✓ Frequência: ventricular inferior a atrial. No BAV intranodal a frequência está entre 40 – 60 /min e no infranodal é inferior a 40 /min.
- ✓ Ritmo: atrial e ventricular são regulares.
- ✓ Ondas P: normais geralmente.
- ✓ PR: variável.
- ✓ QRS: No BAV de 3º grau intra-nodal o QRS é estreito (0,10 s ou menos) e no bloqueio AV infranodal os QRS são alargados.



Traçado de eletrocardiograma com bloqueio atrioventricular total com dissociação das ondas P e dos complexos QRS (setas).

CARDIOVERSÃO

A) Considerações Especiais de Avaliação

- ✓ Consiste em devolver ao coração ao ritmo normal utilizando um medicamento, impacto mecânico ou aplicação de energia elétrica.
- ✓ Somente pacientes instáveis devem ser submetidos a cardioversão medicamentosa ou elétrica no ambiente pré-hospitalar.
- ✓ O tratamento medicamentoso de pacientes sintomáticos também deve ser considerado caso não seja possível transferir rapidamente para hospital de referência.
- ✓ A energia é liberada pelo aparelho frações de segundo após a detecção do pico da onda R (10 a 20 ms) durante o período refratário absoluto, quando os ventrículos não estão vulneráveis.
- ✓ O motivo de se efetuar a descarga sincronizada é evitar que o choque ocorra sobre a onda T desencadeando a fibrilação ventricular.
- ✓ Está indicada no tratamento de taquiarritmias cardíacas com frequência maior que 150/min, com instabilidade hemodinâmica mas que apresentam pulso central.
- ✓ Exige a colocação de eletrodos autoadesivos no tórax do paciente.

B) Conduta

- ✓ Instalar oxigênio suplementar por máscara e obter, se possível, acesso venoso periférico (não se deve retardar a cardioversão de emergência).
- ✓ Preparar material de ventilação e acesso as vias aéreas, medicações de PCR e monitorizar o paciente com eletrodos autoadesivos, oxímetro de pulso e pressão arterial não invasiva.
- ✓ Ligar o aparelho acionando o modo sincronizado.
- ✓ Observar o surgimento das marcações no traçado, ajustar se necessário o ganho do monitor e ajustar a energia do choque nos níveis desejados.
- ✓ Efetuar sedação e analgesia em pacientes conscientes de acordo com o protocolo.
- ✓ Posicionar as pás com gel condutor sobre o tórax do paciente (mesmo local da desfibrilação).
- ✓ Certificar-se que ninguém toca o paciente.
- ✓ Efetuar as descargas com os níveis de energia recomendados no protocolo.
- ✓ Verificar sempre se após cada choque o aparelho não voltou ao modo assíncronico.

ENERGIA APLICADA À CARADIOVERSÃO ELÉTRICA DE ACORDO COM O TIPO DE ARRITMIA CARDÍACA

ARRITMIA	ENERGIA INICIAL	CHOQUES SUBSEQUENTES
Flutter Atrial Taquicardia Paroxística Supraventricular	50 J	100, 200, 300 e 360 J
Fibrilação Atrial TV Monomórfica	100 J	200, 300 e 360 J
TV Polimórfica	200 J	300 e 360 J

DEFIBRILAÇÃO MANUAL

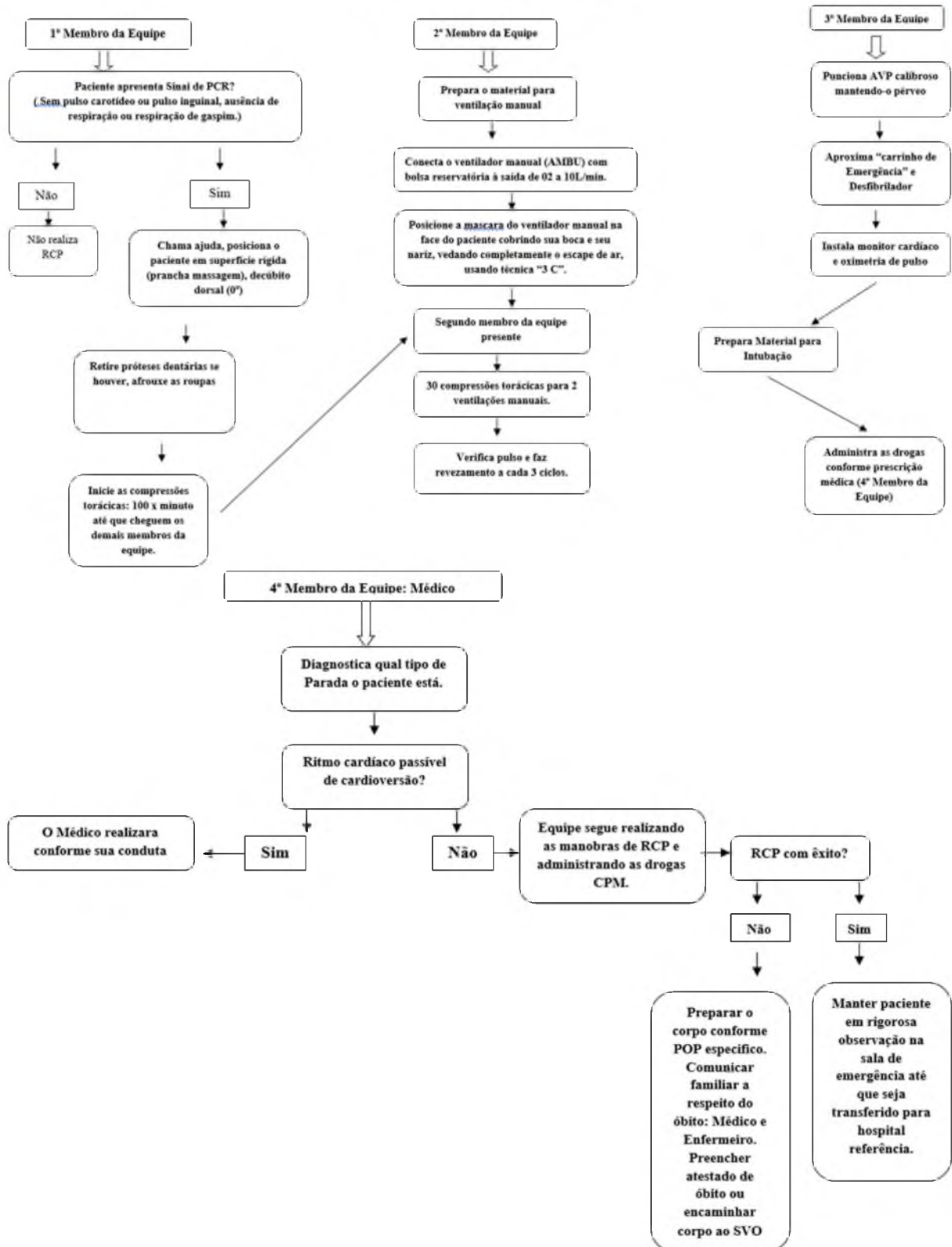
A) Considerações Especiais de Avaliação

- ✓ Consiste na aplicação de energia elétrica de forma não sincronizada para terminar fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular.
- ✓ A desfibrilação faz com que o miocárdio entre em estado de despolarização generalizada e que o nódulo sinusal ou outro marcapasso restabeleça a sequência normal de repolarização-despolarização.
- ✓ É o procedimento prioritário da reanimação sendo realizado, se possível, após a constatação da inconsciência com ausência de pulso carotídeo.
- ✓ A fibrilação ventricular (FV) é a principal causa de PCR no ambiente extra-hospitalar.
- ✓ O único tratamento eficaz para a fibrilação ventricular é a desfibrilação.
- ✓ A precocidade da desfibrilação é o maior determinante do sucesso da reanimação.
- ✓ As complicações da desfibrilação são: queimaduras na pele, e lesões do miocárdio devido a energia elevada ou a um número elevado de descargas.

B) Conduta

- ✓ Diagnosticar a PCR.
- ✓ Efetuar 2 minutos de compressões e ventilações caso a PCR não tenha sido presenciada.
- ✓ Monitorizar os pacientes com as pás do aparelho. Identificar a TV sem pulso ou FV.
- ✓ Selecionar o nível de energia desejado, que inicialmente é de 200 J em adultos ou de 2 J/kg em crianças.
- ✓ Aplicar a pasta condutora.
- ✓ Posicionar as pás sobre o tórax do paciente, uma do lado direito da porção superior do esterno, abaixo da clavícula direita e a outra na linha axilar anterior, lateral ao mamilo esquerdo.
- ✓ Pressionar as pás sobre a pele para reduzir a impedância.
- ✓ Afastar os socorristas do contato com a vítima, exceto aquele que segura as pás do desfibrilador.
- ✓ Pressionar o botão de descarga.
- ✓ Efetuar 2 min de RCP ou 5 ciclos. Checar o paciente.

PCR em Adulto



5.4. ATLS – ADVANCED TRAUMA LIFE SUPPORT (SUPORTE AVANÇADO DE VIDA NO TRAUMA)

ATENDIMENTO INICIAL AO TRAUMATIZADO

➤ **Avaliação Primária**

A avaliação primária é designada para identificar lesões que devem ser imediatamente tratadas e iniciar o tratamento assim que elas forem identificadas. Assim que o paciente chega, todos os agentes de saúde devem assegurar-se de estarem protegidos contra a transmissão de doenças infecciosas transmitidas por secreções.

VIAS AÉREAS

➤ **Considerações Diagnósticas**

- ✓ A obstrução da via aérea pode matar em 3 minutos.
- ✓ Os traumas craniano, facial, do pescoço e as lesões por inalação são potencialmente causadores de perda de via aérea.
- ✓ A respiração ruidosa muitas vezes indica obstrução das vias aéreas.
- ✓ Pacientes com Escala de Coma de Glasgow < 9 em geral precisam de proteção das vias aéreas.
- ✓ Os pacientes que conseguem falar em geral não precisam imediatamente de manutenção das vias aéreas.
- ✓ As lesões laríngeas podem ser sutis; a rouquidão ou a voz fraca pode indicar lesões graves.

➤ **Considerações Terapêuticas**

- ✓ Prática das habilidades para manter a proficiência.
- ✓ O levantamento do queixo e a protrusão da mandíbula e das vias aéreas por acesso orofaríngeo às vezes são úteis. Ter sistema de aspiração disponível (bico de aspirador rígido).
- ✓ Se o bloqueio muscular for necessário para a intubação, assegure-se de que há condição para obter uma via aérea cirúrgica.
- ✓ Pacientes sedados não respondem; o exame neurológico não será possível.
- ✓ Confirme o posicionamento do tubo.
- ✓ Assegure-se de que o tubo é adequado (geralmente entre 7 e 8).

➤ **Precauções**

- ✓ Antecipe os problemas, incluindo falha de equipamento.
- ✓ Não falhe em reconhecer um potencial comprometimento das vias aéreas.
- ✓ Não confunda a ventilação difícil por problemas de vias aéreas.
- ✓ Em crianças, o uso de tubos muito pequenos pode obstruir o clearance de secreções.
- ✓ A movimentação dos pacientes pode deslocar o tubo, resultando em mau posicionamento.

- ✓ Preparação para uma possível e inadvertida extubação no transporte dos pacientes.
- ✓ Um paciente agitado pode estar hipóxico.
- ✓ Deve haver proteção da coluna vertebral até que a lesão tenha sido descartada por radiografia ou exame clínico em pacientes com potencial risco de lesões da coluna vertebral.
- ✓ A proteção completa requer que a coluna esteja totalmente imobilizada, da cabeça até o dedo do pé.

PROTEÇÃO DA COLUNA VERTEBRAL

➤ **Considerações Diagnósticas**

- ✓ As fraturas potenciais da coluna devem ser imobilizadas antes do seu diagnóstico; imobilize antes e diagnostique depois.
- ✓ O diagnóstico da fratura de coluna não deve preceder o restabelecimento das funções vitais do paciente.
- ✓ Os acidentes automobilísticos e as quedas estão mais comumente associados a lesões de coluna.
- ✓ A evidência de paralisia equivale à instabilidade da coluna. Imobilize.
- ✓ A avaliação das funções motoras e sensitivas não é possível após o uso de bloqueadores musculares.
- ✓ Observe os movimentos das extremidades antes da administração e documente as alterações.

➤ **Considerações Terapêuticas**

- ✓ A proteção da coluna requer que esta esteja inteiramente imobilizada.
- ✓ Os pacientes devem ser fixados à prancha para sua proteção.
- ✓ A imobilização manual do pescoço do paciente durante a movimentação do paciente é aconselhável.
- ✓ A imobilização na posição neutra, sem tracioná-la, é o objetivo durante o atendimento inicial.

➤ **Precauções**

- ✓ Os colares cervicais macios não oferecem proteção adequada.
- ✓ Confiar apenas na utilização de colares semirrígidos é insuficiente para a proteção completa da coluna.
- ✓ A utilidade da prancha é para se obter facilidade de mover o paciente sem que ocorra a movimentação excessiva da coluna.
- ✓ Os socorristas devem estar atentos para aqueles pacientes que estão impacientes e combativos.
- ✓ Coma e um nível de consciência alterado estão frequentemente associados à lesão de coluna.
- ✓ As crianças e os idosos têm risco de lesão de coluna sem anormalidades radiológicas.

RESPIRAÇÃO E VENTILAÇÃO

- ✓ Uma troca gasosa inadequada significa uma via aérea inadequada.

➤ Considerações Diagnósticas	
Condições	Achados clínicos frequentemente associados
Pneumotórax hipertensivo	Ausência de murmúrio vesicular, hipertimpanismo à percussão, estase jugular, desvio de traquéia (contralateral)
Hemotórax maciço	Ausência de murmúrios vesiculares, desvio de traquéia, macicez à percussão, instabilidade hemodinâmica
Tórax instável	Movimentos paradoxais do tórax (vistos em ventilação sem pressão positiva)
Pneumotórax aberto	Sucção da parede torácica
Tamponamento cardíaco	Instabilidade hemodinâmica, sensação iminente de morte, estase jugular (a menos que tenha depleção de volume), sem resposta à infusão de volume ou resposta transitória

➤ Considerações Terapêuticas

- ✓ As condições apresentadas anteriormente são diagnosticadas pelo exame físico e são manejadas sem a confirmação da radiografia de tórax.
- ✓ O oxigênio é essencial para a vida, é um inotrópico potente e deve ser administrado com liberdade.
- ✓ A utilização dos tubos endotraqueais e de tórax é o tratamento definitivo para 85 a 90% de todas as lesões torácicas potencialmente tratáveis de imediato.
- ✓ O dreno de tórax colocado no quinto espaço intercostal anterior a linha axilar média em geral é adequado para o tratamento imediato.
- ✓ O hemotórax maciço geralmente necessita de transfusão sanguínea.
- ✓ A oximetria é muito útil para assegurar ventilação adequada.
- ✓ A ausência de murmúrio ventilatório em um paciente com alterações hemodinâmicas requer descompressão torácica imediata com agulha seguida de drenagem torácica.
- ✓ Após qualquer intervenção, reveja a adequação da ventilação mecânica.
- ✓ Confirme a posição adequada dos tubos através da ausculta e com radiografia, se necessário.

➤ Precauções

- ✓ Não espere a confirmação radiológica na suspeita diagnóstica antes de iniciar o tratamento.
- ✓ A oximetria de pulso é menos eficiente em pacientes com baixa perfusão, com manguito de pressão próximo à monitorização, em pacientes hipotérmicos ou quando localizados em extremidades com pulso diminuído.
- ✓ Os drenos de tórax podem ser removidos inadvertidamente durante a movimentação ou o transporte do paciente; planejar-se para contingências e a segurança dos tubos apropriadamente.

MANEJO DE VIAS AÉREAS

Podem aparecer intercorrências quando a intubação é indicada e o manejo pode ser difícil. Quando isso acontece, técnicas alternativas para o manejo da via aérea têm sido propostas.

➤ **Circulação**

- ✓ O choque inicialmente é um diagnóstico clínico.
- ✓ Considere todos os pacientes traumatizados que manifestam sinais de choque como portadores de choque hemorrágico, até que se prove o contrário.

➤ **Considerações Diagnósticas**

- ✓ Avalie o paciente observando sinais de perfusão tecidual inadequada (palidez, frio, pele pegajosa, enchimento capilar diminuído, alteração do nível de consciência, débito urinário inadequado [$< 0,5$ mL/Kg/hora para adultos], fraqueza ou pulso fraco).
- ✓ A taquicardia é o sinal mais comum de choque hemorrágico. Encontre a origem do sangramento.
- ✓ Examine cada parte do corpo do paciente: frente, costas e lados, da cabeça aos pés.
- ✓ Realize palpação para dor pélvica.
- ✓ Inspeccione extremidades em busca de fraturas.
- ✓ Se houver estase jugular, procure por uma origem no tórax: hemotórax, pneumotórax hipertensivo ou tamponamento.
- ✓ Considere eventos prévios ao trauma, como infarto agudo do miocárdio ou AVC, como etiologia do choque.
- ✓ A resposta transitória como veste em pacientes que melhoram depois voltam a piorar ou que não respondem antecipadamente, pode indicar perda sanguínea ou diagnóstico incorreto (considerar causas torácicas).
- ✓ Os pacientes com choque neurogênico puro geralmente têm extremidades quentes e frequência cardíaca normal ou baixa.
- ✓ Os pacientes com choque séptico em geral têm extremidades quentes.

➤ **Considerações Terapêuticas**

- ✓ Pare o sangramento.
- ✓ Aplique pressão direta.
- ✓ Os sangramentos arteriais em tecidos abertos podem ser ligados se visualizados e isolados.
- ✓ As lacerações de couro cabeludo podem ser temporariamente fechadas com suturas de pele.
- ✓ Restauração da circulação do volume sanguíneo ao normal.
- ✓ Inicia-se com dois acessos venosos calibrosos; o acesso periférico é preferível.

- ✓ Todos os fluidos devem ser aquecidos, se possível.
- ✓ Adultos: bolus de 1-2 litros de Ringer Lactato.
- **Outros Pontos Importantes**
- ✓ Imobilização de fraturas.
- ✓ Reexpansão dos pulmões com dreno de tórax quando necessário.
- ✓ Em respondedores transitórios (pacientes que respondem inicialmente e depois piora, ou aqueles que não respondem à intervenção), considere um diagnóstico alternativo (tamponamento, trauma raquimedular ou necessidade de intervenção cirúrgica).
- **Precauções**
- ✓ Não dependa da pressão arterial como único indicador de choque.
- ✓ Os idosos podem estar em choque grave com pressão arterial relativamente normal.
- ✓ Os atletas têm reserva hemodinâmica significativa e podem não demonstrar os sinais clássicos de choque.
- ✓ Um feto pode estar em sério risco com sinais vitais maternos relativamente normais.
- ✓ O uso crônico de medicação pode mascarar os sinais clássicos de choque (β -bloqueadores, digitais, bloqueadores de canal de cálcio, etc.).
- ✓ Planejamento para intercorrências durante o transporte ou a movimentação do paciente (no caso de piora do quadro hemodinâmico do paciente durante transporte ou perda do acesso venoso ou o seu não-funcionamento).
- ✓ Os idosos devem ser tratados com métodos agressivos, mas com cuidado; a monitorização invasiva.
- ✓ Os vasopressores têm função limitada na normalização inicial dos índices de perfusão do paciente.
- ✓ O bicarbonato de sódio não tem função na ressuscitação do paciente com choque hemorrágico.
- ✓ A restauração da perfusão corrige a acidose metabólica.

INCAPACIDADE

A base do exame neurológico é essencial em determinar a deterioração da função neurológica e a assimetria no exame pode indicar a necessidade de intervenção neurocirúrgica de emergência.

➤ **Considerações Diagnósticas**

- ✓ Determine o tamanho da pupila, a reatividade e a velocidade de reação em resposta à luz.
- ✓ Determine movimentação motora grosseira e simetria do movimento.
- ✓ Se houver assimetria durante o exame, a presença de hemorragia intracraniana extra axial é suspeitada e a intervenção cirúrgica pode ser necessária.

- ✓ Um diagnóstico preciso não é necessário nesse ponto da avaliação.
- ✓ Documente os achados.
- ✓ A hipóxia e a hipotensão são causas que induzem à lesão cerebral secundária e é essencial preveni-las e corrigi-las rapidamente assim que identificadas.
- **Considerações Terapêuticas**
 - ✓ Assegure-se da oxigenação cerebral e da perfusão.
 - ✓ Repita o ABC descrito anteriormente se for necessário.
 - ✓ Pare o sangramento de tecidos escarpados.
 - ✓ Uma deterioração no escore da Escala de Coma de Glasgow requer medidas em reduzir a pressão intracraniana e manter a oxigenação e a perfusão cerebral.
- **Precauções**
 - ✓ A hipotensão raras vezes é causada por lesão traumática isolada do cérebro! Procure outra origem, em geral choque hemorrágico.
 - ✓ Não atribua mudanças no status mental a álcool e drogas durante o atendimento primário.
 - ✓ Exclua hipóxia e má perfusão tecidual.
 - ✓ Um exame neurológico detalhado não é necessário durante o atendimento primário.
 - ✓ Os pacientes sedados não têm uma avaliação neurológica adequada no exame físico.
 - ✓ O coma e a alteração do nível de consciência estão associados com lesão de coluna cervical.
 - ✓ Os pacientes com ECG < 9 geralmente necessitam de proteção de vias aéreas. A reavaliação neurológica com frequência é essencial.

EXPOSIÇÃO E CONTROLE AMBIENTAL (PREVENÇÃO DA HIPOTERMIA)

A hipotermia é potencialmente letal para pacientes traumatizados!

- **Considerações Diagnósticas**
 - ✓ Retire toda a roupa do paciente. Se as lesões não puderem ser vistas, elas não podem ser diagnosticadas.
 - ✓ Determine a temperatura do paciente.
- **Considerações Terapêuticas**
 - ✓ A hipotermia é mais fácil de prevenir do que de tratar.
 - ✓ O controle da hemorragia é a medida mais efetiva para prevenir a hipotermia.
 - ✓ Mantenha tudo aquecido; o paciente, com cobertores aquecidos e o quarto.
 - ✓ Diversos procedimentos úteis no atendimento primário devem monitorar a resposta do paciente e a ressuscitação e identificar fontes de sangramento das cavidades do corpo que são obscuras (p.ex., tórax, abdome e pelve).

- ✓ Os procedimentos para especificar lesões são realizados durante o atendimento secundário e não devem impedir esforços em restaurar as funções vitais ao normal.
- **Regras Gerais**
 - ✓ Não realize o atendimento secundário até que as funções vitais do paciente estejam normais ou demonstrem melhora.
 - ✓ Repita o atendimento primário para os pacientes que pioram durante a avaliação subsequente.
 - ✓ A ressuscitação nunca deve ser retardada para que se obtenha um teste diagnóstico especializado.
 - ✓ O controle imediato da hemorragia é a chave do manejo do choque hemorrágico; portanto, considere a possível necessidade de intervenção cirúrgica.
 - ✓ A decisão de transferir o paciente é geralmente tomada durante o atendimento primário, quando as necessidades do paciente excedem a capacidade da equipe de atendimento ou da instituição.
 - ✓ Uma vez que a decisão de transferir foi tomada, todos os esforços devem ser direcionados para tal; realizar melhora dos parâmetros vitais do paciente com todos os recursos locais disponíveis, evitar testes diagnósticos adicionais que não seriam adicionais à ressuscitação e apenas retardariam o processo de transferência, planejar as intercorrências que dariam o processo de transferência e promover instrução e equipamento adequados para a equipe de transferência, a fim de que possam lidar com os problemas encontrados.

➤ **Procedimentos diagnósticos**

Procedimento	Racional	Precauções
Descompressão gástrica	<p>Reduz, mas não elimina o risco de aspiração.</p> <p>A distensão gástrica e o atraso no esvaziamento gástrico geralmente acompanham a lesão principal.</p> <p>A distensão gástrica pode resultar em deterioração hemodinâmica, especialmente em crianças e idosos.</p> <p>A disposição do tubo gástrico através do esôfago e do estômago vista no raio X pode sugerir lesão aórtica ou diafragmática (ex.: desvio do tubo para a direita ou vê-lo no hemitórax esquerdo).</p>	<p>Fraturas faciais, especialmente na face média.</p> <p>Fratura da base de crânio e fratura do cribiforme – use a rota orogástrica.</p> <p>O posicionamento pode causar vômitos. Tenha aspiração disponível.</p> <p>A descompressão Gástrica é essencial para pacientes intubados e ventilados mecanicamente.</p>
Procedimento	Racional	Precauções
Sonda vesical	<p>Diagnóstico – hematúria ou uso de cistograma.</p> <p>A determinação do débito urinário é uma monitorização útil do índice de perfusão.</p> <p>Aliviar a distensão vesical pode mudar o exame do abdome.</p> <p>O alívio da pressão vesical, pode levar a alterações hemodinâmicas em alguns pacientes.</p>	<p>Lesão uretral – sangue no meato uretral, hematoma perineal e escrotal, fratura em livro aberto ou cisalhamento vertical, próstata móvel ou flutuante.</p> <p>Realize o exame retal antes da inserção do cateter.</p> <p>As alterações uretrais e a hiperplasia benigna de próstata podem dificultar ou impossibilitar o posicionamento do cateter – não force o cateter.</p> <p>Obtenha um uretrocistograma retrógrado se necessário.</p>

Procedimento	Racional	Precauções
Monitor eletrocardiográfico e ECG	Monitoriza o ritmo e a frequência cardíaca. Ajuda na detecção de anormalidades no traça-do cardíaco (ex.: infarto, hipertrofia ventricular esquerda, distúrbios da condução, etc.).	Nenhum outro conhecido além de falha de equipamento.
Procedimento	Racional	Precauções
Oximetria de Pulso	Leitura contínua da oxigenação da hemoglobina e da frequência cardíaca. Permite detecção precoce da dessaturação do oxigênio. Pode ser útil em determinar a perfusão periférica. Pode ajudar na avaliação de pacientes com suspeita de lesão vascular.	Não coloque o sensor na extremidade distal de um manguito de pressão, pois a insuflação do manguito, resultará em oclusão temporária do fluxo sanguíneo e levará ao disparo do alarme sonoro. Menos confiável em pacientes hipotérmicos.



ATENDIMENTO SECUNDÁRIO

Esse atendimento é realizado após o primeiro e a ressuscitação está no caminho do sucesso. No entanto, o atendimento secundário não pode ser finalizado antes que o paciente tenha sido submetido à cirurgia para controle da hemorragia.

O atendimento secundário inclui a história e um exame físico da cabeça aos pés feitos rapidamente para evitar o atraso do atendimento definitivo. Adjuntos do atendimento secundário são utilizados quando necessário, se a instabilidade hemodinâmica recorrer, o atendimento primário deve ser retomado.

➤ **História**

Uma "AMPLA" história é obtida do paciente pelos primeiros socorristas antes que estes percam a oportunidade, e a história também é obtida da família.

Alergias: o toxóide tetânico, o contraste e os antibióticos podem ser usados precocemente nos pacientes traumatizados e podem causar reações adversas em pacientes alérgicos.

Medicações: os sedativos, as drogas ilícitas, os anticonvulsivantes e a insulina podem causar mudança do nível de consciência. A trombopatia anticoagulante pode piorar a lesão cerebral e, por outro lado, aumentar o sangramento. Os colírios que levam à midríase e à miose podem afetar o exame das pupilas.

Doenças Prévias: as doenças crônicas como o diabete, a doença aterosclerótica do coração, a falência renal, a obesidade mórbida e a imunossupressão podem ser co-morbidades. Adultos com mais de 55, têm especial destaque quando traumatizados.

Última Refeição: o álcool e as lesões podem causar retardo do esvaziamento gástrico e todos os pacientes devem ser tratados mesmo se o estômago estiver cheio.

Eventos Associados Com a Lesão: a hipo e a hipertermia podem afetar o tratamento. Os mecanismos de lesão são importantes para determinar o tipo de lesão.

LESÕES ESPECÍFICAS

Crânio: os dois pontos principais no tratamento do trauma de crânio são a oferta máxima de oxigênio suplementar (incluindo o manejo apropriado das vias aéreas) e a manutenção da pressão de perfusão cerebral. Isso inclui evitar procedimentos desnecessários que possam aumentar a pressão intracraniana, como intubação nasotraqueal. A pressão sanguínea deve ser mantida com a reposição de fluidos para preservar a pressão de perfusão cerebral.

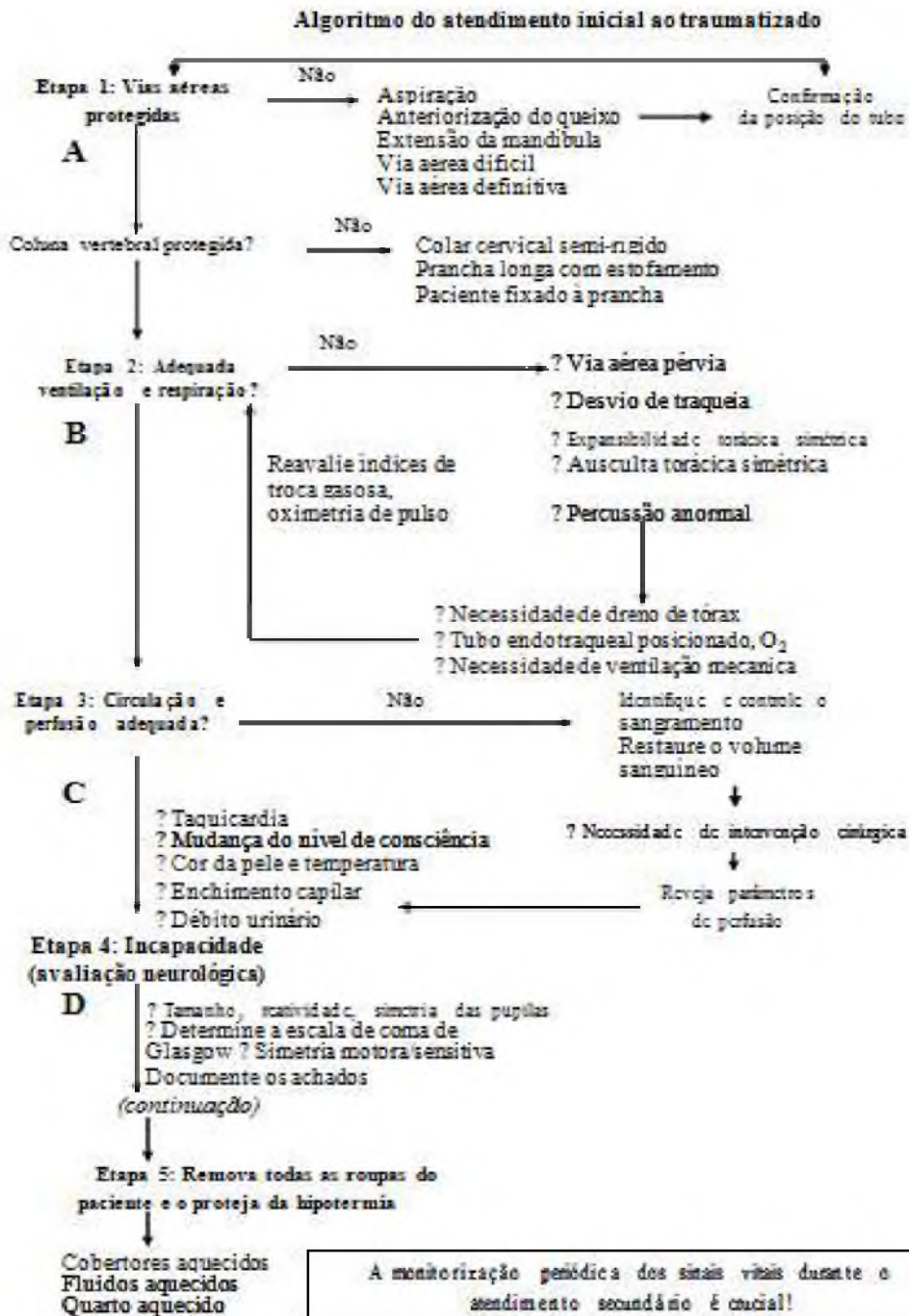
Coluna Vertebral: o cuidado básico é imobilizar qualquer paciente envolvido em trauma com mecanismo de lesão que possa resultar em lesões na coluna. Com imobilização correta, 15% das lesões secundárias da coluna podem ser prevenidas.

Tórax: o controle da via aérea e o fornecimento máximo de oxigênio suplementar são necessários para o tratamento de lesões torácicas. O pneumotórax aberto deve ser tratado com curativo tipo válvula. O pneumotórax hipertensivo deve ser reconhecido e tratado no campo com descompressão com agulha (cateter intravenoso calibroso, linha hemiclavicular, segundo espaço intercostal). A agulha é deixada no local e, se o transporte for prolongado, uma válvula pode ser confeccionada com o dedo de uma luva colocado na ponta do cateter.

Abdome: o cuidado definitivo do paciente com trauma abdominal hemorrágico é a rápida intervenção cirúrgica no hospital. A evisceração deve ser coberta com uma compressa úmida e não se deve tentar recolocar o órgão na cavidade. Objetos empalados devem ser mantidos no lugar e só devem ser retirados se for absolutamente necessário para o transporte do paciente.

Pelve: pacientes com suspeita de lesões de pelve devem ser imobilizados de forma apropriada e rapidamente transportados para o hospital. O paciente hemodinamicamente instável pode se beneficiar do uso de enfaixamento compressivo com lençol e cruzamento dos membros inferiores.

Extremidades: os perigos no encontro do TME com o paciente com trauma de extremidade são dois. Primeiro, o TME não deve se distrair no manejo básico do paciente com aspecto terrível, mas não-crítico, das lesões de extremidades. Segundo, lesões de extremidades que ameaçam a vida não devem ser subestimadas. A fixação segura do paciente na prancha, na posição supina, pode efetivamente sustentar e fixar cada osso e junta.



CONTROLES DAS VIAS AÉREAS

As recomendações do Suporte Avançado de Vida no Trauma (ATLS, *Advanced Trauma Life Support*) enfatizam a importância do manejo imediato das vias aéreas associado à imobilização da coluna cervical como prioridade inicial do paciente traumatizado.

➤ **Suspeita de Lesão na Coluna Cervical**

Todos os pacientes politraumatizados devem ser manejados como se apresentassem lesão da coluna cervical. Não é necessária uma radiografia da coluna cervical para a realização de intubação orotraqueal de emergência, e a imobilização é mantida até que posteriormente seja descartada a lesão na coluna cervical. Na cena do trauma, a coluna cervical é imobilizada com colar do tipo Philadelphia e o corpo é colocado em uma prancha de imobilização.

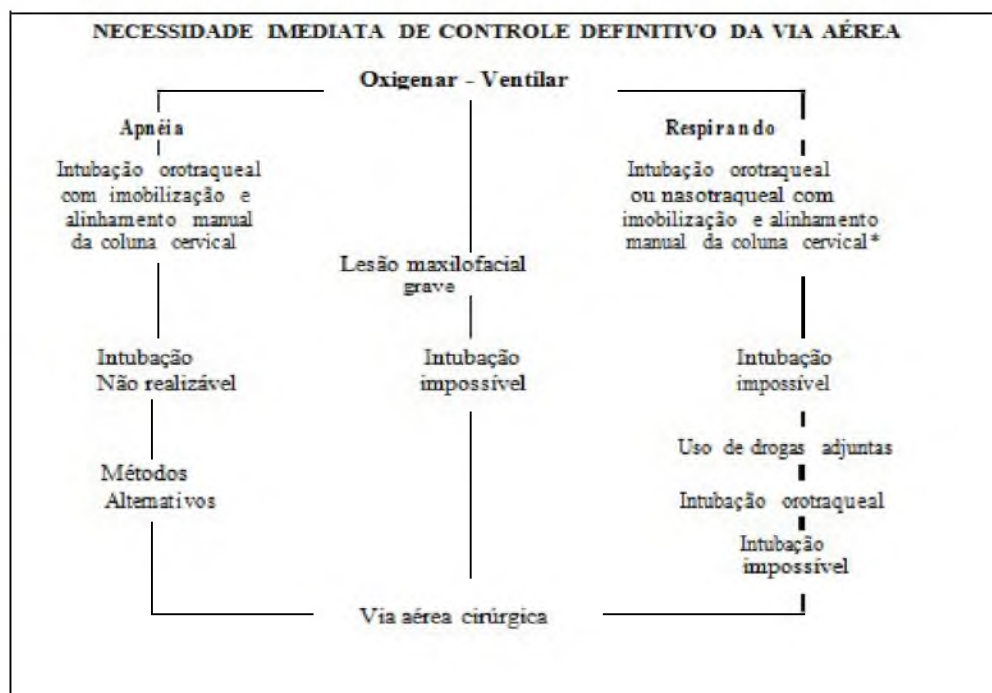
Apoios laterais são utilizados ao lado da cabeça, e a região frontal é imobilizada com uma fita adesiva colada à prancha. A partir do momento que o paciente esteja imobilizado pelo protocolo do ATLS, o movimento do pescoço está reduzido a 5% do habitual.

O colar cervical do tipo Philadelphia (Semirrígido) quando usado isoladamente não imobiliza adequadamente a coluna cervical, pois restringe os movimentos laterais em 50% e a extensão em 30% do normal.

➤ **Manejo das Vias Aéreas sem Intubação**

A administração de oxigênio; a desobstrução manual das vias aéreas; a sucção de secreções, sangue e debris da boca e faringe; o uso de cânulas ora e nasofaríngeas lubrificadas ou o uso de máscaras laríngeas podem permitir o transporte de pacientes traumatizados respirando espontaneamente até um centro de atendimento de trauma, porém, não garantem a via aérea e nem protegem do broncoaspiração.

ALGORITMO PARA O MANEJO DAS VIAS AÉREAS



MANEJO DA VIA AÉREA COM INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL

➤ **Intubação Orotraqueal**

A intubação orotraqueal com sequência de intubação rápida (SIR) e alinhamento da coluna cervical (ACC) da coluna cervical é a técnica mais confiável e rápida de se obter uma via aérea segura em pacientes em apnéia ou instáveis. O paciente é cuidadosamente colocado em posição supina, com a cabeça neutra. A oximetria deve ser monitorizada. A porção anterior do colar do tipo Philadelphia (ou todo o colar) deve ser removida, pois ela reduz a abertura da boca. Um assistente deve realizar a ACC do pescoço com as mãos posicionadas abertas na lateral da face do paciente, os dedos fixando o processo mastóide para resistir a extensão da coluna cervical imposta pela laringoscopia. Normalmente, o assistente se coloca à esquerda do médico que está realizando a intubação. O paciente é pré-oxigenado se estiver respirando, e, com a perda da consciência, a pressão cricóide (manobra de Sullick) pode ser aplicada por um segundo assistente localizado à direita. A pressão cricóide deve ser mantida até que o sucesso da intubação seja confirmado. O assistente que estiver realizando a pressão cricóide deve usar a outra mão para amparar a porção posterior da coluna cervical do paciente, pois essa pressão pode causar deslocamento das vértebras cervicais quando for aplicada sem o apoio posterior do colar Philadelphia. A hipnose é alcançada com o uso endovenoso de midazolam, e o bloqueio neuromuscular com fentanila. O surgimento de fasciculações musculares no paciente indica o início do bloqueio. O paciente é intubado com a lâmina de laringoscópio curva (Macintosh), desenhada para ser inserida no lado direito da boca do paciente, deslocando a língua para a esquerda. A ponta da lâmina é locada na valécula na base da língua, então é aplicada uma tração para cima.

A repetição de tentativas malsucedidas pode causar edema na laringe, sangramento, obstrução de vias aéreas e hipoxia grave. Após aspiração orofaríngea, o médico pode usar uma máscara laríngea ou ambú para ventilar o paciente durante o tempo necessário. A máscara laríngea é uma opção para médicos menos experientes ou via aérea difícil. Os pacientes devem estar com o nível de consciência rebaixado para possibilitar seu uso.

Os bloqueadores neuromusculares não devem ser utilizados por médicos inexperientes. Um paciente em coma geralmente pode ser intubado sem o uso de sedativos ou paralisantes. A via aérea pode ser inspecionada com ACC para acessar a dificuldade de intubação antes de se usar um paralisante neuromuscular. A intubação orotraqueal em pacientes acordados poderá ser utilizada quando a perda da via aérea causada pelo bloqueio neuromuscular for uma preocupação do médico.

➤ **Farmacologia na Intubação**

Midazolam: benzodiazepínico, sedativo, hipnótico, produz amnésia anterógrada. É reversível com Flumazenil (antídoto). Pode apresentar depressão respiratória e hipotensão em idosos e pacientes hipovolêmicos. Dose: 0,1 mg/Kg, com início de ação em 1 minuto. Pode ser repetida a dose inicial, se pouco resultado inicial. Pode, por si só, sedando, facilitar a intubação, ou precederá a aplicação do relaxante. Duração aproximada de 30 minutos.

Fentanila: na dose de 2 a 4 mcg/Kg é usado com objetivo de reduzir a resposta cardiovascular exagerada e o aumento da pressão intracraniana. Para efeitos: depressão respiratória, hipotensão.

Lidocaína: usada endovenosa, na dose de 1,5 mg/Kg, 2 a 3 minutos antes da intubação, diminui os efeitos cardiovasculares e sobre a pressão intracraniana provocados pela intubação orotraqueal.

VIAS AÉREAS - PROTOCOLO PARA INTUBAÇÃO DE SEQUÊNCIA RÁPIDA

1. Garantir a disponibilidade do equipamento necessário.
 - a. Fonte de oxigênio.
 - b. Máscara associada a balão dotado de válvula unidirecional de tipo e tamanho apropriados.
 - c. Máscara de fluxo unidirecional.
 - d. Laringoscópio com lâminas.
 - e. Cânulas traqueais.
 - f. Material para via aérea cirúrgica e alternativa.
 - g. Medicamentos da ISR
 - h. Material para fixar o tubo traqueal após a intubação
 - i. Material para aspiração
2. Garantir, no mínimo um, mas preferencialmente dois acessos venosos adequados.
3. Pré-oxigenar o paciente usando máscara de fluxo unidirecional ou máscara associada a balão dotado de válvula unidirecional com 100% de oxigênio. Pré-oxigenar de preferência por 3 a 4 minutos.
4. Instalar monitor cardíaco e oxímetro de pulso.
5. Se o paciente estiver consciente, considerar o uso de agentes sedativos.
6. Considerar a administração de agentes sedativos e lidocaína se houver suspeita ou confirmação de trauma craniocéfálico (TCE).
7. Após a administração de sedativos, fazer a manobra de Sellick (pressão na cricóide) para diminuir o risco de aspiração.
8. Confirmar a localização no tubo imediatamente após a intubação. A monitoração cardíaca contínua (ECG) e a oximetria de pulso são necessárias

durante e após a ISR. A localização do tubo deve ser verificada periodicamente durante o transporte e sempre que o paciente for movimentado.

9. Podem ser necessárias doses repetidas de relaxantes musculares para manter a curarização.

10. Confirmar a localização do tubo.

11. Se as tentativas repetidas de intubação forem mal sucedidas, considerar a possibilidade de via aérea alternativa.

Métodos Alternativos de Abordagem às Vias Aéreas

Existem atualmente disponíveis métodos alternativos para abordagem a via aérea difícil. Os instrumentos hoje disponíveis são a máscara laríngea e tubo laríngeo e podem ser úteis quando a Intubação Orotraqueal não é realizável pelo médico assistente.

CHOQUE NO TRAUMATIZADO

➤ **Diagnóstico Clínico do Choque**

Os achados clínicos de choque hemorrágico compensado incluem hipotensão postural, diaforese, agitação e palidez por vasoconstricção cutânea. A taquicardia é comumente observada nos pacientes em choque hemorrágico. Entretanto, estudos clínicos de frequência cardíaca na admissão de pacientes com perda substancial de sangue têm revelado de forma consistente que a frequência cardíaca varia muito.

Os pacientes com perda significativa de sangue são compensados por reflexos neuroendócrinos, os quais causam vasoconstricção da circulação cutânea. A vasopressina plasmática – um poderoso vasoconstritor cutâneo – aumenta seus níveis no paciente hipovolêmico. Uma manifestação clínica de choque é a pele fria, pálida, e o enchimento capilar lentificado do leito subungueal após serem comprimidos.

Os pacientes gravemente hipotensos apresentam com frequência depressão do nível de consciência, uma sensação de morte, e podem estar agitados. Os pacientes em choque profundo estão inconscientes e devem ser submetidos à intubação endotraqueal e ventilação mecânica; contudo, a intubação apresenta riscos. Os hipovolêmicos podem apresentar queda ainda maior da pressão arterial com ventilação com pressão positiva ou, raras vezes, sofrerem parada cardíaca. Para pacientes adultos em choque, volumes correntes menores de 5 mL/Kg, estabelecer frequências respiratórias de 20 a 30 movimentos respiratórios por minuto é recomendado.

RESSUSCITAÇÃO DO CHOQUE CIRCULATÓRIO

O primeiro passo é avaliar se há má perfusão tecidual, isto é, definir se há

choque circulatório. Apesar da pressão arterial ser o parâmetro mais utilizado, pode haver sinais de choque com a PA ainda normal. Por isso, você deve avaliar:

- ✓ Nível consciência.
- ✓ Frequência cardíaca e respiratória.
- ✓ Pressão arterial e pressão de pulso.
- ✓ Pulsos periféricos.
- ✓ Enchimento capilar.
- ✓ Diurese.

Ao final, classifique o paciente conforme a tabela abaixo:

Classe	Perda Estimada de Sangue	FC (bpm)	PA (mmHg)	Pressão Pulso	FR (irpm)	Sensório
I	< 750 ml (15%)	< 100	Normal	Normal	14-20	Ansiedade leve
II	750-1500 ml (15-30%)	100-120	Normal	Reduzida	20-30	Ansiedade moderada
III	1500-2000 ml (30-40%)	120-140	Reduzida	Reduzida	30-40	Ansioso e/ou confuso
IV	> 2000 ml (> 40%)	>140	Reduzida	Reduzida	>35	Comatoso, letárgico

Uma vez confirmada a presença de choque, duas ações simultâneas devem ocorrer:

1. Reposição volêmica.
2. Reversão da causa do choque - no trauma, o choque hemorrágico é disparadamente mais comum e você deve pensar e tratar como se fosse na ausência de pistas para outras causas.

➤ **Causas Menos Comuns De Choque No Trauma:**

- ✓ **Neurológico:** no paciente com TRM, mas não no TCE isolado
- ✓ **Obstrutivo:** tamponamento e pneumotórax são os fantasmas. Taquicardia com hipotensão e jugulares túrgidas são a principal pista. No caso do PTX, há ainda a ausculta pulmonar assimétrica
- ✓ **Séptico:** raro no trauma, a não ser em pacientes nas fases tardias, por infecção de feridas

Os pacientes traumatizados hipovolêmicos precisam de duas intervenções: a reposição da volemia e o controle da hemorragia. Os pacientes adultos hipotensos com frequência têm aumento da pressão sistólica após infusão rápida de 1 L de

solução cristalóide (de SF 0,9% ou RL) ou 20 ml/kg. A resposta da pressão sanguínea à tentativa inicial de ressuscitação deve ser determinada. Os pacientes que permanecem hipotensos deverão ser rapidamente avaliados para determinar se a hemorragia persiste. Simultâneo a isso, um segundo *bolus* de infusão de líquido eletrolítico balanceado é apropriado. Aqueles pacientes que não respondem ao segundo *bolus* em geral necessitarão de cirurgia para controlar a hemorragia, bem como de transfusão de sangue, a transfusão empírica, antes da prova cruzada com sangue O negativo, é reservada para emergências, com sangramento maciço e choque tipo IV. Quando o paciente necessita de mais de 10 bolsas de hemácia em 24h (ou > 4 bolsas em 1 hora), recomenda-se transfusão empírica de plasma e plaquetas na proporção 1:1:1.

➤ **Identificação do Local e Sangramento**

Hemorragia significativa em pacientes traumatizados ocorrerá em cinco localizações, e cada sítio apresenta considerações específicas para o diagnóstico e a hemostasia. Os cinco locais são a hemorragia externa, o sangramento intracavitário dentro do espaço pleural ou dentro da cavidade peritoneal, o sangramento dentro do músculo e do tecido subcutâneo por contusão ou fratura e o sangramento para dentro do retroperitônio, geralmente causado por uma fratura da pelve.

Hemorragia externa: a hemorragia externa por feridas pode ser óbvia e a compressão direta em geral controla o sangramento. Se o sangramento ocorrer em extremidade distal, um cuff inflado de pressão arterial na região proximal pode cessar o sangramento, enquanto o paciente é prontamente transportado para melhores recursos de uma sala de cirurgia para a exploração da ferida e o reparo ou a ligadura dos vasos com sangramento. As lacerações com sangramento ativo por escalpo podem ser melhor conduzidas com sutura rápida, que será revisada mais tarde.

Espaço pleural: o sangramento dentro do espaço pleural por grandes artérias ou aorta, na maioria das vezes, é rapidamente fatal. O sangramento torácico pelo pulmão, ou pelos vasos menores da parede torácica, como os ramos intercostais ou a artéria mamária interna, produz hemotórax. Uma radiografia de tórax ou uma ultrassonografia de pleura oferece pronto diagnóstico.

Cavidade peritoneal: a perda de sangue intra-abdominal substancial pode ocorrer sem sinais externos evidentes. Um hemoperitônio pode ser prontamente identificado com lavado peritoneal diagnóstico, ultrassonografia.

Fraturas de extremidades: o volume da perda de sangue para dentro de extremidades ou em camadas musculares do tronco pode ser enganoso. Grandes hematomas subfaciais em extremidades e no dorso estão geralmente associados com fraturas; contudo, litros de sangue podem ser perdidos em contusões.

Espaço retroperitoneal: litros de sangue podem ficar contidos no espaço retroperitoneal nos pacientes com fratura de pelve, lesões renais ou ruptura de vasos lombares. Pacientes em choque com suspeita de hemorragia ativa por ruptura arterial associada com fratura de pelve devem ser imediatamente encaminhados ao hospital assim como pacientes traumatizados por lesões penetrantes ou contusas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE CHOQUE NO TRAUMATIZADO

➤ Choque Neurogênico – Lesão da Medula Espinal

A lesão da medula espinhal até o nível da vértebra cervical ou torácica pode causar denervação simpática. O choque neurogênico é a consequência da perda súbita do tônus motor. Sem tônus alfa-adrenérgico nos vasos arteriolares ocorre vasodilatação, levando à queda da resistência vascular sistêmica. A resposta hemodinâmica é a queda da pressão sistólica e diastólica e a redução do débito cardíaco. A vasodilatação dos vasos venosos aumenta sua capacitância, que já é um reservatório substancial, e o tratamento é a expansão do volume intravascular. Os pacientes hipotensos com choque neurogênico não terão caracteristicamente taquicardia; terão pulsos periféricos fracamente palpáveis e exibirão leitos ungueais rosados com bom enchimento capilar. Esses pacientes têm ampla pressão de pulso, e pacientes hipotensos podem estar alerta. Frequência cardíaca abaixo de 100 bpm, mesmo bradicardia sinusal, ocorre em pacientes com choque neurogênico e é atribuída ao tônus vagal não-compensado em áreas cronotrópicas do coração em pacientes que perderam a inervação simpática.

Muitos pacientes adultos com choque neurogênico responderão à infusão endovenosa de 1 L de solução eletrolítica balanceada. A expansão de volume pode repor as perdas causadas pela hemorragia, e também “encher” as reservas venosas dilatadas.

➤ Trauma Crânio Encefálico (TCE)

A lesão não deve ser considerada inicialmente a causa primária de hipotensão em pacientes politraumatizados, mesmo que a lesão do tronco cerebral possa causar instabilidade cardiovascular. Além disso, perdas maiores de sangue por lacerações por escalpo ou fratura facial aberta podem ocorrer.

SINAIS ASSOCIADOS AOS DIVERSOS TIPOS DE CHOQUE

Sinais	Hipovolêmico	Neurogênico	Séptico	Cardiogênico
Temperatura da pele	Fria, pegajosa	Quente, seca	Fria, pegajosa	Fria, pegajosa
Coloração da pele	Pálida, cianótica	Rosada	Pálida, rendilhada	Pálida, cianótica
Pressão arterial	Diminuída	Diminuída	Diminuída	Diminuída
Nível de consciência	Alterado	Mantido	Alterado	Alterado
Enchimento capilar	Retardado	Normal	Retardado	Retardado

TRAUMA TORÁCICO

O traumatismo torácico é responsável por 25% das mortes dos politraumatizados, em serviços de emergência. A cada 100 pessoas com trauma isolado de tórax, 12 vão a óbito. Muitas dessas mortes ocorrem já no hospital e poderiam ser evitadas se o diagnóstico e o devido tratamento fossem realizados precocemente e de forma eficiente.

O trauma torácico ocorre, principalmente, em homens entre 20 e 50 anos e ao contrário do que muitos imaginam, o tratamento cirúrgico não é o mais comum nesses casos. Menos de 10% dos traumatismos contusos de tórax necessitam de intervenção cirúrgica. A maioria desses pacientes pode ser tratada com procedimentos simples.

Traumas de tórax ocorrem por três mecanismos principais. O mais comum é a aceleração e desaceleração brusca do corpo. O melhor exemplo disso é o acidente automobilístico. O segundo mecanismo mais comum é a compressão do corpo, onde a força exercida sobre este exceda a capacidade de resistência das estruturas ósseas. E por fim, impactos de alta velocidade, onde a violência excede a tolerância viscosa do órgão atingido. Esse último difere da aceleração e desaceleração por ser localizado, sendo causado, por exemplo, por projéteis de arma de fogo e armas brancas.

A maioria dos traumas torácicos tem repercussão no sistema respiratório, causando problemas ventilatórios e/ou na difusão dos gases. As principais consequências disso são: hipóxia, hipercapnia e acidose.

A hipóxia tecidual é a oferta inadequada de oxigênio aos tecidos que pode ser causada por desequilíbrio na relação ventilação-perfusão e por alterações nas relações pressóricas intratorácicas (pneumotórax aberto ou hipertensivo).

A hipercapnia é o aumento na concentração de dióxido de carbono no sangue. As duas causas principais de hipercapnia são o comprometimento da relação ventilação-perfusão e a hipoventilação. A hipóxia é mais importante agudamente.

➤ **Coque Compressivo/Obstrutivo**

O choque compressivo ocorre quando o débito cardíaco está baixo devido à pressão extrínseca do coração ou dos pulmões por líquido, ar ou sangue, reduzindo o fluxo da veia cava durante o enchimento diastólico das câmaras direitas do coração.

➤ **Pneumotórax Hipertensivo**

O pneumotórax hipertensivo ocorre quando o ar fica encarcerado no espaço pleural entre o pulmão e a parede torácica, atingindo uma pressão suficiente para comprimir os pulmões e desviando o mediastino. Muitos pacientes com pneumotórax hipertensivo também apresentam hemotórax. O diagnóstico de pneumotórax hipertensivo é suspeitado no exame clínico do paciente hipotenso

que tem tórax hipertimpânico à percussão do tórax anterior, ausência de murmúrio vesicular ipsilateral, desvio da traquéia para o pulmão lesado, distensão das veias do pescoço, trauma penetrante ou contusão no tórax são suficientes para causar fratura dos arcos costais. Embora muitos pacientes com pneumotórax hipertensivo possuam achados facilmente identificáveis na radiografia de tórax, pacientes com liberação da aderência pleural à parede torácica raramente desenvolvem bolsas de ar não-evidentes na radiografia de tórax de rotina. Em situações nas quais um dreno torácico não pode ser inserido, o pneumotórax hipertensivo pode ser descomprimido de emergência com uma agulha de grosso calibre inserida no segundo no quarto espaço intercostal, na linha hemiclavicular. A hipotensão pode reverter drasticamente quando o ar é drenado através da agulha. O tratamento definitivo do pneumotórax hipertensivo é a inserção de um dreno de tórax no 4º ou 5º espaço intercostal.

➤ **Choque Cardiogênico**

Em termos fisiológicos, choque cardiogênico é a circunstância de débito cardíaco baixo apesar do volume diastólico final ventricular, que deverá estar adequado para conceder ao ventrículo uma contração vigorosa e a eleição de um volume sistólico amplo. Em situações clínicas, o choque cardiogênico pode refletir várias influências adversas concomitantes, incluindo déficit miocárdico importante, disfunção valvar e arritmias. A perfusão para órgãos múltiplos está inadequada no choque cardiogênico, incluindo a oferta de oxigênio ao miocárdio, que exacerba a falência da performance miocárdica. A combinação de falência de bomba cardíaca e redução da perfusão coronariana é um insulto sincronizado que pode piorar de forma rápida, causando a morte.

➤ **Contusão Miocárdica**

Embora a contusão cardíaca pode ocorrer comumente em pacientes com trauma importante no dorso, raras vezes se torna a causa de disfunção miocárdica grave e choque. O diagnóstico de contusão cardíaca é confirmado pelo início súbito de anormalidades no ECG da admissão ou hipotensão que não é explicada pelas lesões.

➤ **Choque Séptico**

Pacientes lesados podem chegar a Unidade de Saúde em choque causado por infecção. Essa rara circunstância é causada com frequência pelo atraso entre a lesão e o início do tratamento. A morte por choque séptico em pacientes traumatizados em geral ocorre dias a semanas após a admissão hospitalar, e muitas vezes está associada com falência de múltiplos órgãos. Infecção grave, particularmente quando associada à bacteremia, pode ser uma causa de choque rapidamente letal com achados cardiovasculares característicos, se a administração de líquidos não for rápida e vigorosa: hipotensão, débito cardíaco

elevado e resistência vascular sistêmica baixa. O choque séptico é categorizado como distributivo, um termo que enfatiza que, apesar da oferta aumentada de oxigênio às células pela circulação hiperdinâmica, a disponibilidade de oxigênio aos sítios de metabolismo aeróbico está prejudicada.

A ressuscitação de pacientes em choque séptico envolve três passos. Primeiro, o fluido intravenoso é infundido para restaurar o volume intravascular e otimizar as pressões de enchimento diastólico final dos ventrículos direito e esquerdo. A ressuscitação de líquidos é acompanhada por soluções isotônicas. Segundo, já que a contratilidade miocárdica está prejudicada em pacientes com choque séptico, o suporte inotrópico geralmente é necessário. O terceiro tratamento para choque séptico que pode ser necessário para pacientes com uma RVS irreversivelmente baixa é o uso de vasoconstritores, os quais aumentam a pressão arterial sistêmica média.

EXAME PRIMÁRIO DAS LESÕES COM RISCO DE VIDA

O exame primário tem por função minimizar os riscos à vida do paciente traumatizado, através da avaliação das vias aéreas, respiração e circulação, a qual estabelece critérios de prioridade de atendimento.

A avaliação deve ser feita na seguinte ordem:

➤ **Vias Aéreas**

- ✓ Ausculta do fluxo aéreo pela boca e nariz do paciente para avaliar a permeabilidade da via aérea e existência de movimentos respiratórios.
- ✓ Detectar a presença de triagem (retração dos espaços intercostais) por obstrução brônquica ou traqueal.
- ✓ Verificar se há corpos estranhos obstruindo a orofaringe, principalmente em pacientes inconscientes.
- ✓ Respiração: observar e avaliar os movimentos respiratórios e a qualidade da respiração através da exposição do tórax do paciente, ausculta e palpar. Caso haja lesão torácica, teremos sinais importantes, porém sutis, de hipóxia, como aumento da frequência respiratória e mudança no padrão dos movimentos respiratórios. A cianose é um sinal tardio de hipóxia, porém, sua ausência não indica oxigenação tecidual adequada e uma via aérea permeável.
- ✓ Instalar um monitor cardíaco no paciente, a fim de se detectar arritmias, com possibilidade aumentada em pacientes com hipóxia e/ou acidose, vítimas de trauma torácico. Além disso, pacientes com tamponamento cardíaco, pneumotórax hipertensivo, hipovolemia profunda ou ruptura cardíaca podem apresentar atividade elétrica sem pulso (AESP), manifesta no ECG por presença de ritmo cardíaco em paciente sem pulso identificável.

IDENTIFICAÇÃO DAS LESÕES TORÁCICAS COM RISCO DE VIDA NO EXAME PRIMÁRIO

➤ **Obstrução das Vias Aéreas**

A obstrução das vias aéreas é uma lesão com alto risco de vida discutida.

➤ **Pneumotórax**

- ✓ Denomina-se pneumotórax a coleção de ar entre os folhetos visceral e parietal da pleura.
- ✓ A pressão negativa ente os folhetos são fundamentais para que ocorra a expansão pulmonar.
- ✓ No pneumotórax, essa pressão negativa é abolida, dificultando a respiração.
- ✓ Quando fluido sangue ou pus também estão presentes, fala-se em hidropneumotórax, hemopneumórax ou piopneumotórax, respectivamente.
- ✓ O pneumotórax pode ser simples, hipertensivo ou aberto.

➤ **Pneumotórax Hipertensivo**

No pneumotórax hipertensivo há acúmulo de ar na cavidade pleural por um sistema de válvula unidirecional, que faz com que o ar possa entrar, mas não possa sair. O pulmão do lado afetado é completamente colapsado, e a traquéia e o mediastino são deslocados para o lado oposto, comprometendo o retorno venoso e causando compressão do pulmão contralateral à lesão.

Na maioria das vezes, a causa é a lesão do parênquima pulmonar, independentemente da etiologia, que é, mais comumente, a ventilação com pressão expiratória final positiva, a ruptura de uma bolha enfisematosa ou o trauma contuso de tórax com lesão ao selada do parênquima. Lesões traumáticas da parede torácica também podem ser causa de pneumotórax hipertensivo ocasionalmente. Não é incomum que a inserção de cateteres na veia subclávia ou jugular interna seja a causa de pneumotórax.

Os sinais clínicos do pneumotórax hipertensivo são dispnéia, taquicardia, hipotensão, desvio da traquéia para o lado oposto, ausência de murmúrio vesicular unilateral, turgidez das veias do pescoço e timpanismo à percussão. A cianose pode surgir como uma consequência tardia da hipóxia.

O pneumotórax hipertensivo deve ser tratado imediatamente ao ser diagnosticado, introduzindo-se uma agulha no segundo espaço intercostal na linha hemiclavicular no hemitórax lesado. Converte-se então a lesão num pneumotórax simples. Procede-se à avaliação repetida. O tratamento definitivo é feito pela inserção de um dreno no quinto espaço intercostal na linha axilar média.

➤ **Pneumotórax Aberto ou “Ferida Torácica Aspirativa”**

Quando há um grande ferimento da parede torácica, amplo o suficiente para permitir que o ar passe livremente, fala-se em pneumotórax aberto. As pressões intratorácica e atmosférica rapidamente se igualam na vigência de tal lesão.

A incidência de pneumotórax aberto em ambiente civil é menor que 1%. Embora quaisquer ferimentos por arma de fogo ou arma branca tecnicamente produzam pneumotórax, os tecidos da parede torácica se justapõem, fechando a lesão.

Se a abertura é maior ou igual a 2/3 do diâmetro da traquéia, o ar passará preferencialmente pelo ferimento, provocando um ruído característico como “traumatopnéia”.

Ocorre grave distúrbio ventilatório devido ao colapso do pulmão no hemitórax afetado, levando à hipóxia. Há desvio do mediastino para o lado contralateral e dificuldade de expansão do outro pulmão devido à competição entre o fluxo da abertura traqueobrônquica e o fluxo da abertura pleurocutânea.

O tratamento inicial é feito com um curativo quadrangular extenso o suficiente para cobrir todas as bordas do ferimento fixado em três de seus lados. Essa fixação faz com que o curativo funcione como uma válvula que deixa o ar sair na expiração, mas oclui o ferimento durante a inspiração. A fixação dos quatro lados pode causar pneumotórax hipertensivo, a menos que o tórax seja drenado. Qualquer curativo oclusivo pode ser usado temporariamente.

O hemitórax lesado deve ser drenado assim que possível, em local longe do ferimento, que geralmente necessita ser fechado cirurgicamente.

➤ **Hemotórax Maciço**

No hemotórax maciço há acúmulo rápido de mais de 1,5 L de sangue na cavidade pleural. A pressão torácica torna-se positiva, colapsando o pulmão e desviando a traquéia e o mediastino, complicando a grande perda de sangue. As veias do pescoço podem estar túrgidas devido aos efeitos mecânicos ou colapsadas pela grave hipovolemia. Há maciez à percussão e ausência de murmúrio vesicular do lado lesado.

A causa principal são os ferimentos penetrantes que dilaceram vasos sistêmicos ou hilares.

É tratado inicialmente por reposição ou volume rapidamente através de dois acessos venosos calibrosos, e descompressão da cavidade torácica simultaneamente, através de drenagem no quinto espaço intercostal.

➤ **Tórax Instável**

Está presente em 10% a 20% dos casos de trauma, sendo caracterizado pela falta de continuidade óssea da parede torácica, determinando uma mobilidade paradoxal durante o ciclo respiratório. A mortalidade é alta, aproximadamente

50% sendo mais pronunciada em pacientes acima de 60 anos.

As maiores repercussões provêm da lesão pulmonar subjacente, que, juntamente com a dor associada à restrição dos movimentos respiratórios, contribuem para hipóxia do paciente. Este respira com dificuldade, possuindo movimento torácico assimétrico e desordenado, e à palpação detectam-se movimentos respiratórios anormais e crepitação.

O tratamento inicial inclui correção da hipovolemia e administração de oxigênio umidificado. Caso não haja hipotensão sistêmica, faz-se necessário controle da administração intravenosa de cristalóides para evitar a hiperidratação. Alguns pacientes podem ser tratados sem o uso do ventilador, no entanto, a prevenção da hipóxia é de suma importância em pacientes traumatizados.

➤ **Tamponamento Cardíaco**

No tamponamento cardíaco há acúmulo rápido de sangue no saco pericárdico. O aumento da pressão intrapericárdica reduz o enchimento diastólico. Como o pericárdio é inelástico, mesmo pequenos volumes de líquido podem ocasionar o tamponamento. A diminuição da pressão intra-aórticas causa redução de fluxo coronariano, com prejuízo do metabolismo cardíaco.

O tamponamento cardíaco se manifesta pela "tríade de Beck": aumento da pressão venosa com ingurgitamento das veias do pescoço, queda da pressão artéria e abafamento das bulhas cardíacas. O ingurgitamento pode não estar presente devido à hipovolemia. Pode haver pulso paradoxal, uma diminuição da PA de mais de 10 mmHg durante a inspiração. O pneumotórax hipertensivo, particularmente do lado esquerdo, pode mimetizar o tamponamento cardíaco e a diferenciação é feita pelo timpanismo à percussão, presente apenas no pneumotórax. O aumento da pressão venosa na inspiração durante a respiração espontânea (sinal de Kussmaul) reflete o comportamento paradoxal desta na vigência de tamponamento cardíaco.

➤ **Conduta**

- ✓ Abrir as vias aéreas.
- ✓ Garantir ventilação adequada com oxigênio suplementar sob máscara.
- ✓ Caso estas medidas não sejam suficientes proceder a intubação orotraqueal e iniciar ventilação sob pressão positiva.
- ✓ Obter acesso venoso periférico com cateter curto e calibroso.
- ✓ Administrar volume em quantidade suficiente para manter a pressão sistólica entre 90 e 100 mmHg. A reposição volêmica rápida é imperativa, pois o aumento da pressão venosa central pode manter temporariamente o enchimento ventricular, até a chegada ao hospital.
- ✓ Efetuar a pericardiocentese nas vítimas que apresentam quadro clínico consistente com tamponamento cardíaco e estão agônicas ou em PCR. Esta é uma medida provisória, antes da realização da toracotomia. O

procedimento é mal sucedido em mais de 60% dos casos, pois geralmente o sangue no interior do saco pericárdico está parcialmente coagulado, o que impossibilita sua aspiração por agulha. As complicações da pericárdio-centese são: pneumotórax, laceração cardíaca ou de coronárias e arritmias.

- ✓ Remover o paciente imediatamente para hospital que possua cirurgia de emergência.

LESÕES TORÁCICAS POTENCIALMENTE LETAIS SUSPEITADAS DURANTE O EXAME FÍSICO SECUNDÁRIO E RAIOS X DE TÓRAX

Consideram-se como lesões potencialmente letais:

- ✓ Contusão pulmonar.
- ✓ Contusão miocárdica.
- ✓ Ruptura aórtica.
- ✓ Ruptura traumática do diafragma.
- ✓ Laceração traqueobrônquica.
- ✓ Laceração esofágica.

Tais lesões não são óbvias durante o exame físico inicial. O diagnóstico necessita de um elevado índice de suspeição. No entanto, se passarem despercebidas, tais lesões podem comprometer a vida do paciente.

Outras indicações para a inserção do dreno de tórax:

- ✓ Pacientes que necessitam de ventilação compressão positiva, nos quais se suspeita de lesão torácica importante.
- ✓ Pacientes com lesão pulmonar grave que precisam ser transferidos por transporte aéreo ou terrestre.

Concluindo, é alta a incidência de trauma torácico entre os politraumatizados, muitas vezes associado ao grande risco de morte, devendo ser sempre suspeitado. A identificação e o tratamento simples com a inserção de um dreno de tórax e precoce as lesões são essenciais. Lesões com risco imediato de vida devem ser diagnosticadas já no exame primário e tratadas prontamente, permitindo que se continue à avaliação. Algumas lesões com risco de vida potencial que podem não ser identificadas no exame primário devem ser diagnosticadas e tratadas durante o exame secundário.

TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

➤ Atendimento Inicial

O traumatismo de crânio é responsável pela maior parte das mortes nas vítimas de acidentes de trânsito no nosso meio. A atenção primária do tratamento para doentes com suspeita de ter trauma cranioencefálico grave deve ser de prevenir a lesão cerebral secundária. Estes pacientes devem receber oxigenação adequada e manutenção da pressão arterial suficiente para garantir a pressão de

perfusão do cérebro, são estas maneiras as mais importantes para limitar o dano cerebral secundário. Após a aplicação dos ABCDE é crucial que se identifique em lesões de massa que necessitam de intervenção cirúrgica. É importante que dados como a idade do doente, mecanismo de trauma, tempo decorrido do trauma, condições respiratória e cardiovascular, lesões associadas e tratamento da hipotensão e hipóxia, sejam relatados pelos médicos que prestam o primeiro atendimento aos pacientes com lesão de crânio.

No traumatismo de crânio após as medidas iniciais de ressuscitação serem estabelecidas deve-se avaliar o nível de consciência e a reação das pupilas. Esse exame consiste em avaliar a Escala de Coma de Glasgow e a resposta pupilar ao estímulo doloroso. Os pacientes com Escala de Glasgow inferior a 9, devem ter a sua via aérea superior protegida pela realização de intubação traqueal. O nível do Glasgow e a resposta pupilar devem ser avaliados antes da utilização de sedativos ou curarizantes.

Nos pacientes portadores de traumatismo crânio encefálico após a priorização das vias aéreas e restabelecimento da pressão arterial e de outros sinais de hipoperfusão serem corrigidos através da oxigenação e reposição volêmica, deve-se comunicar através do acionamento da Central de Regulação Médica demonstrando a gravidade do caso.

Nos pacientes com traumatismo crânio encefálico leve que não apresentam perda de consciência, intoxicação por álcool e drogas significativa, fratura de crânio, perda de líquido pelo nariz ou ouvido, traumatismos significativos associados, falta de acompanhante confiável em casa, vômitos, cefaléia e crise convulsiva são candidatos a receber alta com orientações. Nos demais casos os pacientes devem ser encaminhados para avaliação em hospital com capacidade para avaliação e segmento desses pacientes.

O tratamento adequado de um doente com TCE começa com intervenções que obedecem a uma sequência priorizando o tratamento de lesões que comprometam a vida identificadas no exame primário. Uma vez tratadas as alterações, o doente deve ser rapidamente imobilizado e transportado para o hospital mais próximo com recursos para atender casos com TCE.

➤ **Vias Aéreas**

Doentes com rebaixamento do nível de consciência podem ser incapazes de proteger sua via aérea. Um estudo retrospectivo tem documentado diminuição da taxa de mortalidade em doentes com TCE que foram submetidos à intubação traqueal no atendimento pré-hospitalar. Assim todos os doentes com TCE grave (escore de Escala de Coma de Glasgow 8 ou menos) são candidatos a intubação traqueal, embora isto possa ser desafiador quando se trata de doentes agressivos, quando cerram os músculos da mandíbula (trismo), na presença de vômitos, e devido à necessidade de manter a coluna cervical do doente alinhada e imobilizada.

O uso de agentes bloqueadores neuromusculares (curarizantes) como parte do protocolo da sequência de intubação rápida pode facilitar o procedimento de intubação. Com base em estudos com animais, uma dose intravenosa de lidocaína (1 mg/Kg) pode evitar o aumento da PIC durante a intubação. A intubação nasotraqueal às cegas pode ser uma técnica alternativa, mas a presença de trauma na região medial da face é contraindicação, deve-se evitar laringoscopias prolongadas, principalmente se o tempo de transporte for curto. O uso de cânula orofaríngea e ventilação com máscara facial, associada a balão dotado de válvula unidirecional ou ventilação transtraqueal percutânea, são alternativas possíveis.

➤ **Respiração**

Todos os doentes com suspeita de TCE moderado/grave devem receber oxigênio suplementar. O uso de oximetria de pulso é de extrema importância, pois a hipóxia pode agravar o quadro neurológico. A concentração de oxigênio pode ser titulada quando se usa a oximetria de pulso; no entanto, a saturação de oxigênio (SaO₂) deve ser mantida em 95% ou mais. Se a oximetria de pulso não está disponível, o oxigênio deve ser fornecido por máscara facial unidirecional para os doentes que apresentam respiração espontânea. Para os doentes intubados, deve ser mantida a concentração de oxigênio de 100% (FiO₂ de 1,0) com uso de máscara facial associada a balão dotado de válvula unidirecional. Se persistir a hipóxia mesmo com a oferta de oxigênio, o socorrista deve tentar identificar e tratar todas as prováveis etiologias, incluindo aspiração e pneumotórax hipertensivo. Uso de válvulas de pressão expiratória final positiva (PEEP) pode ser considerado para melhorar a oxigenação, no entanto, níveis de PEEP maiores do que 15 cm H₂O podem produzir aumento da PIC.

Como a hipocapnia e a hiperapnia podem agravar a lesão cerebral, o socorrista deve manter taxas normais de ventilação quando o doente com TCE estiver sob ventilação assistida – 10 respirações por minuto (RPM) para adultos. Hiperventilação muito agressiva produz vasoconstrição cerebral que, por sua vez, leva à diminuição da oferta de oxigênio para o cérebro. Tem sido demonstrado que hiperventilação profilática de rotina piora o quadro neurológico e não deve ser utilizada.

➤ **Circulação**

Tanto a hipóxia quanto a hipotensão são causas importantes de lesão cerebral secundária, portanto devem-se prevenir e tratar estas condições. O controle da hemorragia é essencial. Pressão direta sobre o local ou curativos compressivos devem ser aplicados em qualquer hemorragia externa. Ferimentos complexos no couro cabeludo podem produzir sangramento externo significativo. Alguns chumaços de gaze colocados sobre o local e fixados com bandagem elástica tornam-se um curativo compressivo efetivo para controlar o sangramento; no entanto, esta compressão não deve ser aplicada em fraturas abertas ou com

afundamento de crânio a menos que haja hemorragia significativa, porque a compressão pode agravar a lesão cerebral e levar a aumento da PIC. Uma discreta pressão direta sobre o ferimento também pode limitar o tamanho de hematomas extra cranianos (couro cabeludo). Manejo delicado e imobilização em prancha longa, mantendo alinhamento anatômico, pode minimizar a perda sanguínea intersticial no local da fratura.

Como a hipotensão piora ainda mais a isquemia cerebral, devem-se adotar medidas-padrão para combater o quadro de choque. Em doentes com lesão cerebral traumática, a combinação de hipóxia e hipotensão está associada com taxa de mortalidade de cerca de 75%. Na presença de choque e suspeita de sangramento interno importante, o transporte rápido para um centro de trauma tem prioridade com relação à lesão cerebral. O choque hipovolêmico e o neurogênico devem ser tratados por reanimação com soluções cristalóides isotônicas; no entanto o transporte não deve ser retardado para que se estabeleça um acesso venoso. Embora a avaliação do volume sanguíneo seja muito difícil no ambiente pré-hospitalar, o socorrista deve fazer com que o doente retorne ao estado de volume circulatório normal (euvolemia).

Para preservar a perfusão cerebral, devem-se utilizar recursos para manter pressão sanguínea sistólica de pelo menos 90 a 100 mmHg; entretanto a reposição volêmica excessiva pode levar a sangramento interno descontrolado, aumento do edema cerebral e da PIC, portanto cuidado na reposição volêmica do traumatizado. Para doentes adultos com TCE e sinais vitais normais, sem suspeita de outras lesões, devem-se administrar fluidos intravenosos em velocidade não maior que 125ml/h, e ajuste se surgirem sinais de choque.

➤ **Incapacidade – Avaliação Neurológica**

Intervenções neurocirúrgicas para inserir dispositivos para monitoração da PIC ou drenagem de hematomas intracranianos não são realizadas no atendimento pré-hospitalar. Como tem sido enfatizado, o tratamento pré-hospitalar da lesão cerebral traumática consiste primariamente em medidas que visam reverter e prevenir fatores que causem uma lesão cerebral secundária. Convulsões prolongadas ou de grande mal e múltiplas podem ser tratadas com a administração de benzodiazepínico intravenoso, como diazepam, ou midazolam. Estas drogas devem ser tituladas com cautela, pois podem provocar hipotensão e depressão respiratória.

Devido à incidência significativa de fraturas de coluna cervical, doentes com suspeita de lesão cerebral traumática devem ter a coluna imobilizada. Deve haver muita cautela ao aplicar o colar cervical em vítima com TCE. Algumas evidências sugerem que manter o colar cervical firmemente ajustado pode impedir o retorno venoso da região cefálica, assim levando ao aumento da PIC. A colocação do colar

cervical não é obrigatória desde que se mantenha imobilização adequada da coluna cervical.

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR	
Não	1
A dor	2
Aos estímulos verbais	3
Espontânea	4
MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Sem resposta	1
Extensão	2
Flexão anormal	3
Retirada em flexão	4
Localiza a dor	5
Obedece	6
MELHOR RESPOSTA VERBAL	
Sem resposta	1
Sons incompreensíveis	2
Palavras desconexas	3
Desorientado	4
Conversa com orientação	5

➤ **Transporte**

Para que se alcance o melhor resultado possível, doentes com TCE moderada e grave devem ser transportados diretamente ao serviço hospitalar (centro de trauma) com recursos de tomografia computadorizada e equipe de neurocirurgia disponível no plantão. Frequência cardíaca, pressão arterial, SaO₂ e Escala de Coma de Glasgow do doente devem ser reavaliados e anotados em prontuário a cada 5 ou 10 minutos durante o transporte. Válvulas de PEEP podem ser utilizadas se houver persistência de hipóxia, desde que seu uso seja cauteloso, pois níveis de PEEP maiores que 15 cm H₂O podem aumentar a PIC. Deve-se preservar o calor do corpo do doente durante o transporte (evitar hipotermia).

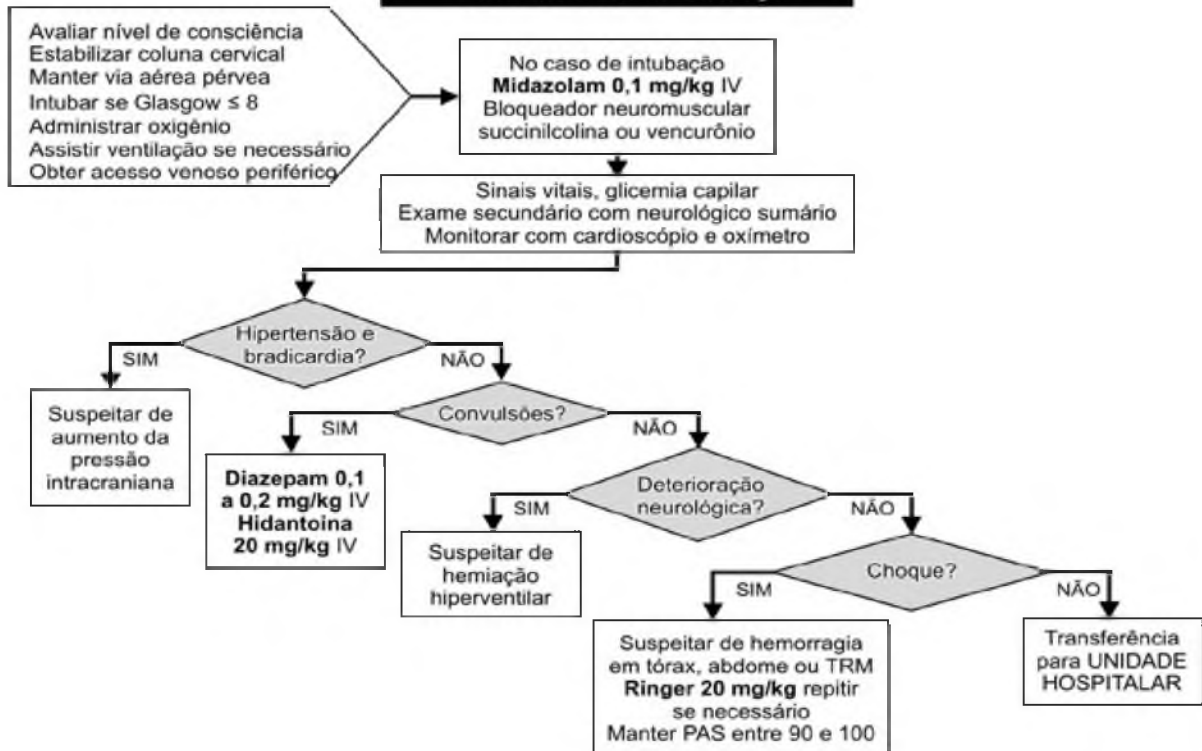
Existem controvérsias a respeito da melhor posição de um doente com TCE. Em geral, os doentes com TCE devem ser transportados em posição supina pela presença de outras lesões potenciais. Embora a elevação da cabeceira da maca ou da prancha longa (posição de Trendelenburg reversa) possa diminuir a PIC, a pressão de perfusão cerebral pode também ser prejudicada, especialmente se a cabeça for elevada em mais de 30°.

O hospital de destino deve ser comunicado, o mais rápido possível, para que os recursos necessários já estejam disponibilizados no momento da chegada do doente. A comunicação por rádio ou telefone deve incluir informações sobre o

mecanismo de trauma, o escore na Escala de Coma de Glasgow inicial, sinais vitais, outras lesões de gravidade e a resposta ao tratamento inicial adotado.

ALGORITMO DE TCE

Traumatismo da Cabeça



RAUMA RAQUIMEDULAR

✓ Indicações para Imobilização da Coluna

Uma possível lesão traumática da coluna vertebral com ou sem a presença de déficits neurológicos deve ser procurada e excluída em doentes vítimas de trauma multissistêmico. O médico e os outros profissionais de saúde que atendem doentes vítimas de trauma de coluna devem estar atentos aos riscos implícitos à excessiva manipulação e a imobilização inadequada. Desde que a coluna do doente esteja devidamente protegida, o exame da coluna e a exclusão de traumas podem e devem ser postergados sem riscos.

Portanto, é obrigação dos médicos e outros profissionais de saúde garantir a imobilização da coluna cervical. A responsabilidade pela retirada da imobilização deve ser feita em Unidades de Saúde e Hospitais, após a avaliação primária e secundária, garantindo que não existem outros riscos antes da retirada dos dispositivos de proteção da coluna. Em casos de impossibilidades de retirada do colar cervical e da prancha, estes pacientes deverão ser mantidos imobilizados.

Os mecanismos de lesão podem auxiliar a determinar a necessidade de imobilização da coluna. O ponto chave é lançar mão de boas práticas clínicas para fazer a avaliação e, em caso de dúvida, **imobilizar**.

No caso de pacientes que tenham sofrido lesões penetrantes, como ferimentos com armas de fogo ou arma branca, deve-se suspeitar de mecanismo de lesão preocupante quando houver queixas, sintomas ou achados neurológicos, como dormência, formigamento, perda da função motora ou sensitiva, ou ainda perda da consciência. Se não houver queixas ou achados neurológicos, a coluna não precisa ser imobilizada (embora o uso de prancha longa ainda seja recomendado para o transporte). Algumas condições no trauma contuso apontam para a necessidade de imobilização espinal:

1. Alteração no nível de consciência (escore na Escala de Coma de Glasgow < do que 15), incluindo:

- *Reações de Estresse Agudo (REA)* são respostas temporárias do sistema nervoso autônomo. REA simpática é a resposta “fugir ou lutar”, quando as funções do corpo aumentam e a dor fica mascarada. REA parassimpática retarda as funções do organismo e pode resultar em síncope. Se os sinais de REA simpática estão presentes, o doente é considerado não-confiável para obtenção de informações.
- *Lesão Crânio Encefálica* pode envolver perda temporária de consciência e exige que o doente seja tratado como portador de lesão raquimedular. Em alguns casos, o comportamento agressivo e não-cooperativo pode ser o único sinal de lesão.
- *Estado Mental Anormal (EMA)*. Pacientes com estado mental anormal incluem doentes psiquiátricos, portadores de Alzheimer ou doentes com EMA causado por trauma. Eles devem ser completamente imobilizados.

2. Dor ou sensibilidade na coluna. Incluem-se aí dor associada ou não ao movimento, sensibilidade em um ponto, deformidade e posição de defesa para evitar dor na região da coluna.

3. Déficit ou sintoma neurológico. Sinais neurológicos incluem paralisia bilateral, paralisia parcial, paresia (fraqueza), dormência, formigamento ou cócegas, e déficit neurológico espinal abaixo do nível de lesão. Em homens, uma ereção contínua do pênis, chamada priapismo, pode ser uma indicação adicional de lesão da medula.

4. Deformação anatômica da coluna. Inclui qualquer deformidade perceptível através de exame físico do paciente.

A ausência destes sinais não exclui, porém, a possibilidade de lesão da coluna. No caso de pacientes com mecanismos de lesão preocupantes e ausência de condições relacionadas, o socorrista deve considerar a confiabilidade do paciente. Pacientes confiáveis são calmos, cooperativos e sóbrios.

Pacientes não confiáveis incluem:

- ✓ **Embriaguez.** Pacientes sob influência de drogas ou álcool devem ser imobilizados e tratados como portadores de lesão raquimedular até que estejam calmos, cooperativos e sóbrios.
- ✓ **Lesões que desviam a atenção.** São lesões muito dolorosas ou com sangramento intenso que podem impedir o doente de dar respostas confiáveis durante a avaliação. Exemplos dessas lesões incluem a fratura de fêmur ou queimaduras profundas e extensas.
- ✓ **Barreiras de comunicação.** Problemas que podem advir de barreiras de língua, surdez, pouca idade ou qualquer outro impedimento à comunicação.

A confiabilidade do doente deve ser continuamente verificada em todas as fases de uma avaliação. Se em qualquer momento o doente exibir os sinais ou sintomas que foram mencionados, deve-se supor que o doente tenha lesão raquimedular e devem ser implementadas técnicas de atendimento e imobilização completa.

➤ **Sinais e Sintomas de Lesão de Coluna**

- ✓ Dor no pescoço ou nas costas
- ✓ Dor ao mexer o pescoço ou as costas
- ✓ Dor à palpação da região posterior do pescoço ou da linha média das costas
- Deformidade da coluna
- ✓ Defesa ou contratura da musculatura do pescoço ou das costas
- ✓ Paralisia, paresia, adormecimento ou formigamento nas pernas ou nos braços, em qualquer momento após o incidente.
- ✓ Sinais e sintomas de choque neurogênico.
- ✓ Priapismo (no sexo masculino).

➤ **Eventos Associados a Traumatismo Raquimedular**

- ✓ Mecanismo de lesão sugestivo.
- ✓ Inconsciência ou nível consciência alterado por álcool ou drogas.
- ✓ Dor no pescoço ou dorso.
- ✓ Traumatismo facial grave.
- ✓ Traumatismo craniano fechado.
- ✓ Perda sensitiva ou motora no tronco e membros.
- ✓ Choque neurogênico.
- ✓ Fraturas de pernas ou bacia por desaceleração.
- ✓ A capacidade de deambular não indica que a coluna não foi lesada.
- ✓ Priapismo.

➤ **Mecanismo de Trauma Preocupante**

- ✓ Qualquer mecanismo com impacto violento de cabeça, pescoço, tronco ou bacia (por exemplo, colisões automobilísticas em velocidade moderada ou alta, envolvimento em explosão, etc.).
 - ✓ Qualquer queda, especialmente no idoso.
 - ✓ Ejeção ou queda de qualquer meio de transporte motorizado ou de propulsão humana (por exemplo, skate, bicicleta, automóvel, motocicleta ou veículos de recreação).
 - ✓ Vítima de incidente de mergulho em água rasa.
- **Lesão que Desvie a Atenção**
Qualquer lesão que possa alterar a capacidade do doente de prestar atenção em outras lesões. Exemplos de lesões que podem desviar a atenção:
- a) fratura de ossos longos;
 - b) lesão visceral que necessite de avaliação cirúrgica;
 - c) laceração extensa, desenluvamento ou esmagamento;
 - d) queimaduras extensas; ou
 - e) qualquer outra lesão que provoque alteração funcional aguda.
- **Incapacidade de se Comunicar**
Qualquer paciente que, por razões não especificadas acima, não seja capaz de se comunicar com clareza, de modo a participar ativamente da sua avaliação. Exemplos: distúrbio da fala ou da audição, os que falam apenas língua estrangeira e crianças pequenas.

TRAUMA MÚSCULO ESQUELÉTICO

A) Condições Especiais de Avaliação

- ✓ A maioria das lesões de extremidades não causa risco imediato de vida, sendo avaliadas durante o exame detalhado do traumatizado.
- ✓ Frequentemente são as lesões mais evidentes no politraumatizado, possuindo o potencial de desviar a atenção do socorrista de lesões mais graves.
- ✓ O exame e tratamento da vítima devem priorizar as condições que causem instabilidade: obstrução de vias aéreas, respiração ineficaz e instabilidade circulatória.
- ✓ As fraturas e luxações podem causar lesões vasculares e nervosas.
- ✓ As grandes artérias das extremidades ficam junto aos ossos, especialmente próximo as articulações.
- ✓ É obrigatória a palpação dos pulsos e a avaliação do enchimento capilar, sensibilidade e motilidade.
- ✓ Algumas fraturas como as de fêmur e bacia, podem produzir hemorragias graves levando ao choque hipovolêmico.

- ✓ Em fraturas abertas a contaminação é uma complicação frequente.
- ✓ No atendimento pré-hospitalar, não se deve efetuar a limpeza da superfície de ossos expostos.

B) Quadro Clínico

- ✓ Os pacientes lúcidos podem relatar que ouviram o ruído típico da fratura e se queixam de dor intensa e constante.
- ✓ Incapacidade funcional.
- ✓ Deformidade do membro, com encurtamento e aumento de volume.
- ✓ Sempre comparar uma extremidade com a outra para avaliar estas características.
- ✓ Em fraturas expostas o osso fraturado pode ser visualizado.
- ✓ A presença de palidez ou cianose no lado lesado sugere comprometimento vascular.
- ✓ A crepitação pode ser detectada pelo socorrista ao palpar a extremidade ou sentida pela vítima ao tentar movimentar o membro. Nunca permitir que a vítima se movimente para testar este sinal.

C) Conduta

- ✓ Priorizar a desobstrução das vias aéreas, oxigenação e manutenção circulatória.
- ✓ Adotar medidas de estabilização da coluna cervical caso indicado.
- ✓ Aplicar oxigênio sob máscara 10 a 15 litros por minuto em pacientes ventilando espontaneamente.
- ✓ Abrir vias aéreas em pacientes inconscientes e assistir a ventilação se necessário com BMV.
- ✓ Analisar na avaliação rápida do traumatizado se a vítima apresenta condições "Load and Go".
- ✓ Indicar o transporte rápido na presença de fraturas bilaterais de fêmur e da pelve.
- ✓ Conter hemorragias externas com a compressão de ferimentos abertos.
- ✓ Procurar obter na cena pelo menos um acesso venoso periférico em extremidade superior não lesada, exceto em pacientes apresentando lesões isoladas.
- ✓ Imobilizar pacientes estáveis antes da remoção.
- ✓ Efetuar analgesia antes da imobilização.
- ✓ Imobilizar pacientes que apresentam critérios de instabilidade em imobilizador de corpo inteiro (prancha longa).
- ✓ Não perder tempo imobilizando uma fratura quando a vida da vítima está em risco.
- ✓ Remover as roupas, anéis e pulseiras, que podem comprometer a vascularização da extremidade.

- ✓ Cortar com instrumento apropriado anéis em extremidades lesadas.
- ✓ Cobrir lesões abertas com bandagens estéreis.
- ✓ Alinhar a extremidade.
- ✓ Verificar antes e depois da imobilização: pulsos distais, enchimento capilar, sensibilidade e motilidade.
- ✓ Imobilizar a extremidade na posição em que foi encontrada no caso de uma luxação ou fratura de articulação.
- ✓ Obter radiografia em duas incidências nos pacientes estáveis.
- ✓ Manter o paciente imobilizado no hospital de referência, só remover o imobilizador após concordância do ortopedista ou médico recebedor.
- ✓ Trocar o imobilizador no hospital de referência.

PRINCÍPIOS DE IMOBILIZAÇÃO

- ✓ Expor a lesão.
- ✓ Remover anéis e braceletes que podem comprometer a circulação.
- ✓ Cobrir lesões abertas com bandagens estéreis.
- ✓ Alinhar as extremidades um socorrista deve suportar a extremidade enquanto o outro aplica o dispositivo de imobilização.
- ✓ Imobilizar na posição encontrada se houver resistência.
- ✓ Acolchoar imobilizadores rígidos para evitar ferimentos em pontos de pressão.
- ✓ Não reduzir fraturas ou luxações!
- ✓ Verificar pulsos distais, enchimento capilar, sensibilidade e motricidade antes e depois da imobilização.
- ✓ Retirar o imobilizador, realinhar e reimmobilizar se os pulsos desaparecerem depois da imobilização.
- ✓ Imobilizar a articulação distal e proximal.

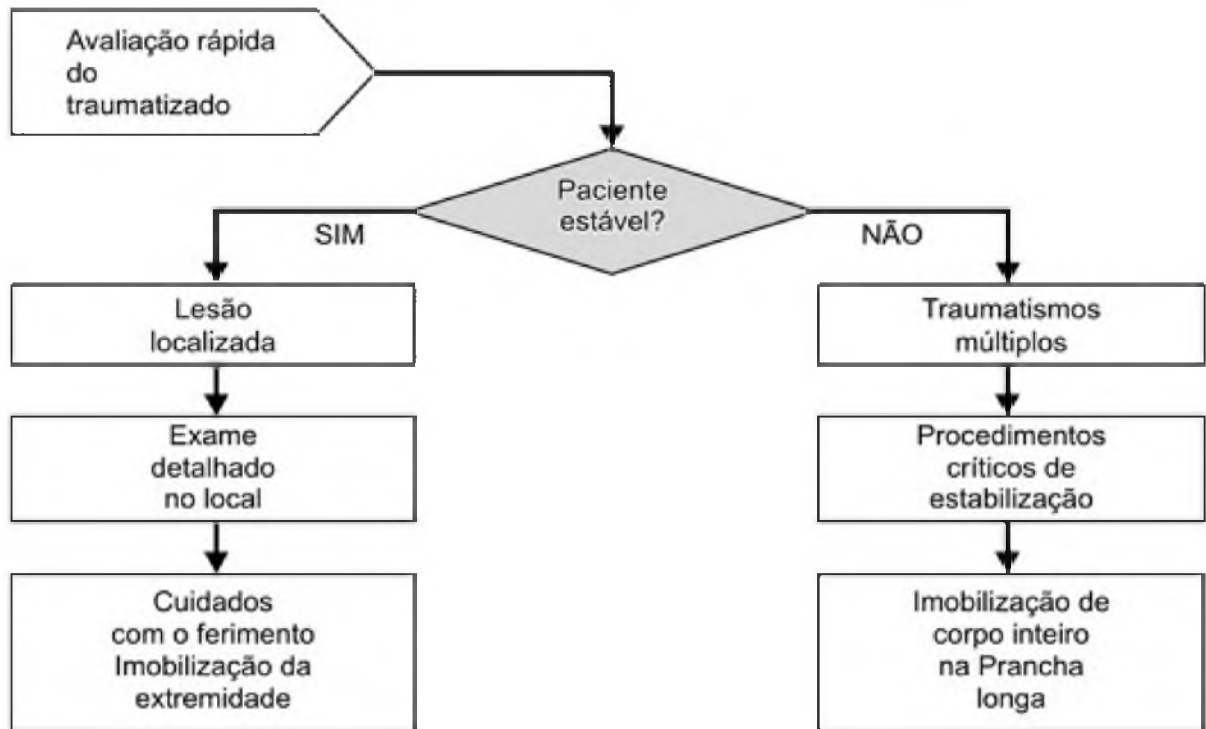
COMPARAÇÃO ENTRE OS DIVERSOS DISPOSITIVOS DE IMOBILIZAÇÃO

DISPOSITIVO DE IMOBILIZAÇÃO	INDICAÇÕES	VANTAGENS	CARACTERÍSTICAS
BANDAGENS	Fraturas de clavícula, cabeça do úmero e escápula	Baixo custo.	Imobilizam a extremidade contra a parede torácica. Devem ser associados a travesseiros para imobilizar em situações em que não é possível aproximar a extremidade da parede torácica.
IMOBILIZADORES RÍGIDOS	São úteis especialmente em lesões de mãos, pés, punhos, tornozelos, antebraços e pernas. Não imobilizam lesões proximais ao joelho e cotovelo com eficácia.	Boa qualidade de imobilização. Podem ser adaptados para uso em fraturas anguladas.	Podem ser de madeira, papelão ortopédico, alumínio ou imobilizadores à vácuo. Os imobilizadores à vácuo podem ser adaptados facilmente a fraturas anguladas. Devem ser acolchoados para evitar lesões da extremidade.

TALAS INFLÁVEIS	Empregadas em imobilização de perna e de antebraço.	Transparentes. Tem ação hemostática por compressão. Podem ser reutilizados.	Podem causar isquemia do membro. Variação da pressão com a altitude. <i>Cuidado em transportes aéreos!</i> Frágeis – furam com facilidade. Não podem ser usadas em fraturas anguladas. Necessitam de avaliação constante da pressão.
COLETE FLEXÍVEL "KENDRICK EXTRICATION DEVICE"	Coluna vertebral. Fraturas de pelve e de fêmur proximal.	Imobilização eficiente.	Colocação fácil
DISPOSITIVOS DE TRAÇÃO	Fraturas de fêmur.	Imobilização eficiente.	Contraindicar em fraturas de fêmur associadas a lesões de joelho, luxação coxofemural e fraturas de pelve. Aplicação demorada.
ALMOFADAS OU TRAVESSEIROS	Fraturas de tornozelo e de pé.	Baixo custo. imobilização eficiente.	Utilizado em transporte de pacientes com luxação do quadril.

ALGORITMO DE ATENDIMENTO A PACIENTES COM LESÃO MÚSCULO- ESQUELÉTICA

Lesão Músculo Esquelética



ABORDAGEM DE LESÕES ESPECÍFICAS

COLUNA VERTEBRAL	<p>Uso de imobilizador de corpo inteiro como a prancha longa associada a colar cervical com dimensões apropriadas e estabilizador lateral da cabeça ou um imobilizador a vácuo. Importante: o colar cervical isoladamente não é um bom dispositivo imobilizador.</p>
PELVE	<p>Geralmente são causadas por acidentes automobilísticos ou atropelamentos. São identificadas no ambiente pré-hospitalar por dor e instabilidade com a palpação da pelve. Tem o potencial de causar o choque hipovolêmico devido ao intenso sangramento que provocam. O paciente é considerado instável mesmo com aparência de estável. Pacientes com sinais evidentes de choque pode ser utilizada apenas a prancha longa. Pacientes estáveis podem ser imobilizados com o KED invertido associado a prancha longa ou um imobilizador a vácuo de corpo inteiro. A “scoop stretcher” oferece vantagem pois o paciente pode ser colocado na prancha com menor manipulação e menor risco de agravamento da lesão. As manobras de rolamento podem agravar a lesão.</p>
FÊMUR	<p>Podem ser complicadas com hemorragias graves. Pacientes com fraturas bilaterais são considerados como graves, mesmo com aparência de estáveis. Caso a lesão seja unilateral e isolada o socorrista pode aplicar a tala de tração desde que não existam contra-indicações a sua utilização. Em fraturas bilaterais o único imobilizador aplicado é a prancha longa, se a vítima estiver estável pode ser usado o KED invertido.</p>
QUADRIL	<p>As luxações posteriores do quadril são consideradas emergências devido ao alto risco de interrupção do fluxo sanguíneo na cabeça do fêmur e por lesão do nervo ciático. O paciente apresenta flexão do quadril e rotação interna da coxa. A extremidade deve ser imobilizada na posição encontrada, da maneira mais confortável, suportada por travesseiros.</p>
ESMAGAMENTOS	<p>Obter acesso venoso periférico e iniciar a reposição com solução salina, o objetivo deste tratamento é evitar a lesão renal causada por mioglobinúria. A hipercalemia deve ser monitorada devido ao risco de arritmias.</p>
JOELHO	<p>Emergência médica devido ao elevado risco de lesão vascular e de amputação da extremidade. Imobilizar na posição encontrada, colocando um suporte sob a articulação.</p>
AMPUTAÇÕES TRAUMÁTICAS	<p>São lesões em que ocorre separação de um membro ou de uma estrutura protuberante do corpo. São causadas por acidentes industriais e automobilísticos. Mais comuns em jovens. Devido às características elásticas dos vasos sanguíneos há uma tendência natural à retração dos mesmos. Portanto, as amputações completas sangram menos que as parciais. A exposição das artérias laceradas leva a sangramento profuso. O tratamento inicial deve ser rápido pela gravidade da lesão, que pode causar a morte por hemorragia e, pela possibilidade de implante do membro amputado. O membro amputado deve ser preservado sempre que possível, porém a maior prioridade é a manutenção da vida.</p>

ESMAGAMENTOS

A) Considerações Gerais de Avaliação

- ✓ Existe o risco da “Síndrome pós-liberação”, compreendida por: choque por perda para 3º espaço pelo edema muscular, acidose e hipercalemia de reperfusão e insuficiência renal aguda por mioglobinúria.

- ✓ Estes pacientes podem apresentar morte súbita pela hipercalemia. Caso o eletrocardiograma mostre alterações típicas de hipercalemia, iniciar tratamento com sais de cálcio e bicarbonato de sódio.

B) Conduta

- ✓ Executar a avaliação rápida do traumatizado.
- ✓ Abrir vias aéreas com manobra manual.
- ✓ Assistir ventilação caso necessário com bolsa e máscara.
- ✓ Administrar oxigênio sob máscara com reservatório 10 a 15 litros por minuto.
- ✓ Desobstruir as vias aéreas com controle da coluna cervical.
- ✓ Indicar estabilização da coluna cervical de todos os pacientes com história de trauma acima das clavículas, exceto se a lesão de coluna já tiver sido afastada por método de imagem.
- ✓ Manter manualmente o alinhamento da coluna cervical até que a vítima esteja imobilizada por colar cervical rígido de extricação e fixado sobre a prancha longa.
- ✓ Monitorizar o paciente com cardioscópio, oxímetro de pulso e monitor de PNI.
- ✓ Intubar pacientes com Glasgow ≤ 8 .
- ✓ Conter hemorragias externas.
- ✓ Iniciar reposição volêmica na extricação para prevenir a "Síndrome pós-liberação".
- ✓ Utilizar salina a 0,9%, evitando o Ringer-Lactato por seu conteúdo de potássio, manter débito urinário maior que 100 ml/h.
- ✓ Monitorizar continuamente o ECG procurando alterações da hipercalemia.
- ✓ Colher sangue para dosar hematócrito, hemoglobina, natremia, calemia, calcemia, CPK total e gasometria arterial.
- ✓ Administrar em caso de hipercalemia, gluconato de cálcio e bicarbonato de sódio (se paciente apresentar acidose).
- ✓ Manter o ritmo cardíaco, oximetria e PNI continuamente monitorizados.
- ✓ Transportar para o hospital de referência.

AMPUTAÇÕES TRAUMÁTICAS

A) Considerações Especiais de Avaliação

- ✓ São vistas em acidentes industriais e automobilísticos, com maior incidência em homens jovens.

- ✓ O tratamento inicial deve ser rápido pela gravidade da lesão e pela possibilidade de implante do membro amputado.
- ✓ São lesões incapacitantes e mutilantes e algumas vezes podem ameaçar a vida da vítima.
- ✓ O controle da hemorragia é fundamental na primeira fase do tratamento. O membro amputado deve ser preservado sempre que possível, visando o implante.
- ✓ Existe uma tendência natural, ao espasmo e retração que explicam o menor sangramento nas amputações completas.
- ✓ Nas amputações parciais e nos desenlívamentos o sangramento é profuso.

B) Quadro Clínico

Na amputação completa ou total, o segmento é totalmente separado do corpo. Na parcial o segmento está separado do corpo 50% ou mais e no desenlívamento a pele e tecido adiposo são descolados do tecido subjacente.

C) Conduta

- ✓ Executar a avaliação rápida do traumatizado. Abrir vias aéreas com manobra manual.
- ✓ Assistir ventilação caso necessário com BMV e oxigênio.
- ✓ Administrar oxigênio por máscara com reservatório 10 a 15 litros por minuto.
- ✓ Monitorizar o paciente com cardioscópio, oxímetro de pulso e monitor não invasivo da tensão arterial.
- ✓ Administrar em caso de hipercalemia, gluconato de cálcio e bicarbonato de sódio (se paciente apresentar acidose).
- ✓ Manter o ritmo cardíaco, oximetria e PNI continuamente monitorizados. Transportar para o hospital de referência.

AFOGAMENTO

➤ **Considerações Especiais de Avaliação**

- ✓ É definido como a sufocação após imersão em meio líquido.
- ✓ Complicações: hipoxemia causada por asfixia ou pela lesão pulmonar aguda, hipotermia, arritmias cardíacas decorrentes de hipoxemia e aspiração pulmonar de água poluída ou contaminada.
- ✓ A associação com traumatismos, especialmente de coluna vertebral, é encontrada em afogamento após mergulho em água rasa ou após queda não intencional na água.
- ✓ Afogamento secundário a mal súbito (epilepsia, arritmias cardíacas) ou intoxicação exógena.

➤ **Quadro Clínico**

CLASSIFICAÇÃO DO AFOGADO

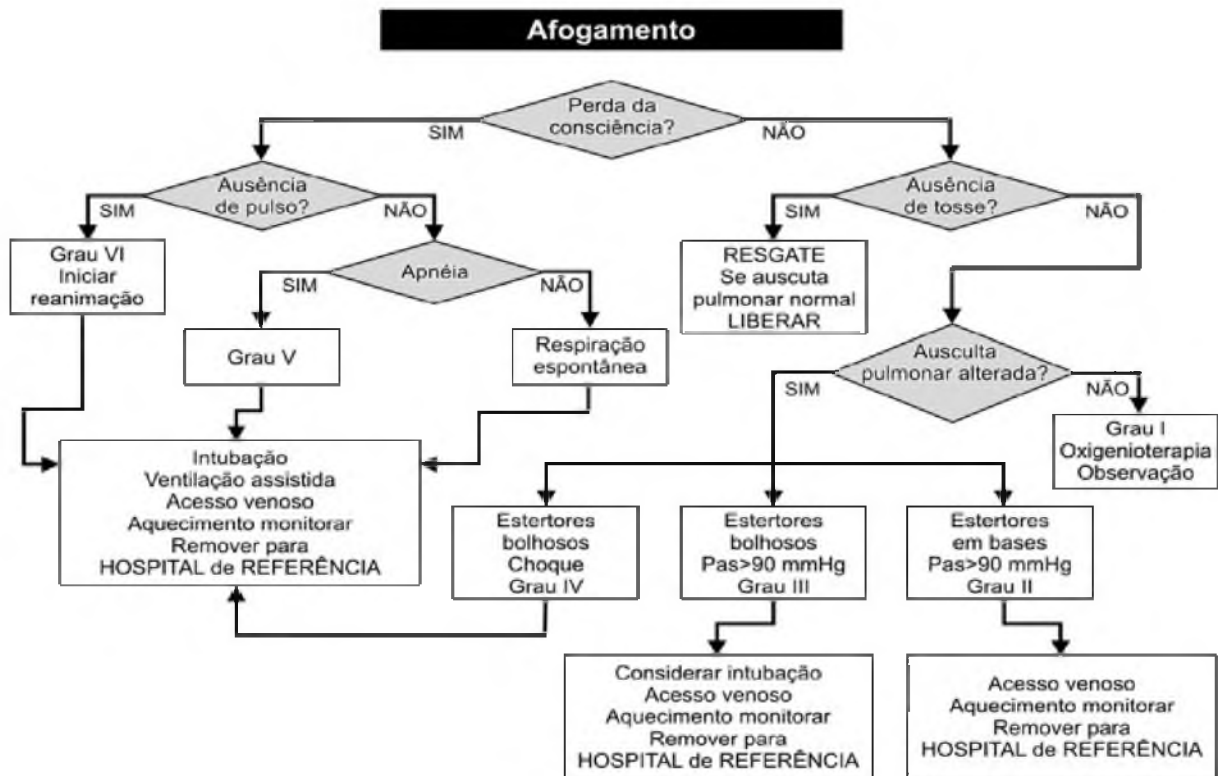
	CONSCIÊNCIA	RESPIRAÇÃO	AUSCULTA PULMONAR	HEMODYNÂMICA
RESGATE	Lúcido	Normal	Normal	Estável
GRAU I	Lúcido	Tosse	Normal	Estável
GRAU II	Ansioso	Taquipnéia Tosse	Estertores em bases	Estável
GRAU III	Agitação ou Confusão Mental	Desconforto respiratório Tosse com espuma	Estertores bolhosos difusos	Estável
GRAU IV	Confusão e/ou Inconsciência	Desconforto respiratório Tosse com espuma	Estertores bolhosos difusos	Choque
GRAU V	Inconsciência	Apnéia ou Gasps	–	Variável
GRAU VI	Inconsciência	Apnéia ou Gasps	–	Parada Cardíaca

➤ **Conduta**

- ✓ Abrir as vias aéreas através das manobras manuais, caso indicado.
- ✓ Verificar a respiração.
- ✓ Assistir a ventilação pulmonar com BMV se indicado utilizando oxigênio suplementar.
- ✓ Observar cuidados com a coluna cervical se houver suspeita de trauma (mergulho em águas rasas, trauma esportivo, etc.).
- ✓ Administrar oxigênio sob máscara em pacientes ventilando espontaneamente com fluxo de dez a quinze litros por minuto.
- ✓ Evitar a utilização da Manobra de Heimlich para esvaziar o estômago distendido, só aumenta o risco de aspiração pulmonar.
- ✓ Não tentar retirar a água dos pulmões ou do estômago.
- ✓ Monitorizar o paciente com cardioscópio, oxímetro de pulso e PNI.
- ✓ Prevenir a aspiração pulmonar em vítimas com respiração espontânea, colocando o paciente em decúbito lateral esquerdo (posição de segurança) caso ocorram vômitos.
- ✓ Iniciar a reanimação na ausência de pulso carotídeo mesmo em indivíduos que ficaram submersos por até quinze minutos.
- ✓ Realizar a intubação orotraqueal de pacientes em Grau III ou superior.
- ✓ Iniciar ventilação controlada com FiO₂ de 1,0.
- ✓ Aquecer passivamente com cobertor térmico de alumínio.
- ✓ Obter acesso venoso periférico com cateter curto e calibroso.
- ✓ Colher sangue para os seguintes exames: hematócrito, hemoglobina, creatinina, uréia, natremia e calemia e gasometria arterial.
- ✓ Obter radiografia de tórax em todos os pacientes.

- ✓ Iniciar reposição com solução de Ringer no volume de 20 ml/kg caso hipotensão arterial.
- ✓ Transportar pacientes em Grau I ou superior para hospital de referência.
- ✓ Manter o ritmo cardíaco, oximetria e PNI continuamente monitorizados.

ALGORITMO DE ATENDIMENTO AO PACIENTE AFOGADO



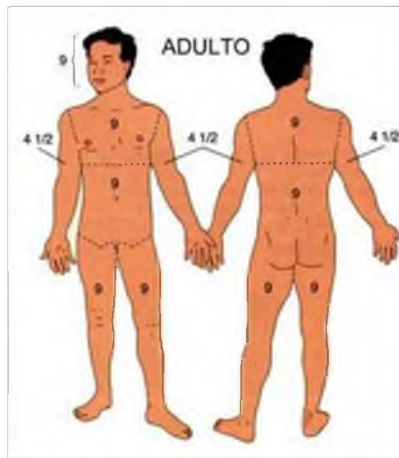
ATENDIMENTO AO GRANDE QUEIMADO

- **Considerações Especiais de Avaliação**
- ✓ As queimaduras podem ser classificadas quanto a etiologia em: térmicas, elétricas, químicas e por radiação.
- ✓ A classificação da gravidade da queimadura é essencial para determinar a indicação de admissão em centro de queimados, guiar a ressuscitação inicial e estabelecer o prognóstico.
- ✓ A gravidade da queimadura depende de uma série de fatores: etiologia, profundidade, extensão, localização, idade da vítima e comorbidades.
- ✓ É importante que o socorrista saiba que a queimadura não é uniforme e que existem vários graus de profundidade em um mesma lesão.

CLASSIFICAÇÃO DAS QUEIMADURAS TÉRMICAS DE ACORDO COM A PROFUNDIDADE				
GRAUS	PROFUNDIDADE	COR	ENCHIMENTO CAPILAR	DOR
1º Grau	Epiderme Superficial	Eritema	Presente	Presente
2º Grau Superficial	Epiderme e Derme Superficial	Eritema Bolhas	Presente	Presente
2º Grau Profunda	Epiderme e Derme Profunda	Rósea ou Esbranquiçada	Variável	Variável
3º Grau	Epiderme e Derme Totais	Branca, Preta ou Marrom	Ausente	Ausente

- ✓ Estimativa da Superfície Corporal Queimada: pela regra dos nove, com esta técnica estima-se que a cabeça e cada membro superior representam 9% da superfície corporal (SC) cada membro inferior representa 18% da SC e o tronco 36% da SC.
 - ✓ As queimaduras nas seguintes áreas são consideradas graves: mãos, pés, face, períneo e circunferenciais.
 - ✓ A inalação de fumaça ou gases é a principal causa de mortalidade precoce em vítimas de incêndio devido a intoxicação por monóxido de carbono que é a complicação mais comum.
 - ✓ Podem ocorrer a lesão da via aérea pelo calor (térmica) com edema e obstrução alta e a lesão química acompanhada as vezes pela intoxicação sistêmica: a combustão de determinados materiais produz substâncias químicas tóxicas, que atuam nas vias aéreas e/ou de modo sistêmico após serem absorvidas.
 - ✓ A lesão elétrica: pode produzir danos extensos apesar de apresentar poucas evidências visíveis de lesão.
 - ✓ Pode causar arritmias cardíacas e apnéia.
 - ✓ Os pacientes devem ser monitorizados no APH pois a principal causa de óbito precoce são arritmias cardíacas.
 - ✓ A mortalidade aumenta abaixo dos cinco anos de idade e acima dos 55 anos.
 - ✓ Suspeitar quando a vítima for resgatada de incêndios em locais fechados, apresentar pelos nasais queimados, escarro enegrecido (carbonáceo), rouquidão e estridor.
- **Conduta**
- ✓ Descontaminar com água corrente as lesões causadas por produtos químicos líquidos, observando sempre os cuidados com sua autoproteção.
 - ✓ Escovar a pele de pacientes vítimas de exposição a substâncias químicas sólidas em pó antes de descontaminá-las com água corrente.
 - ✓ Procurar por sinais de lesão por inalação de fumaça.
 - ✓ Estabilizar a coluna de pacientes inconscientes ou com mecanismo de trauma sugestivo.

- ✓ Administrar oxigênio suplementar sob máscara com reservatório 10 a 15 L/min.
- ✓ Considerar a intubação orotraqueal em caso de depressão do nível de consciência, sofrimento respiratório, evidências de obstrução de vias aéreas (estridor, rouquidão).
- ✓ Monitorizar o paciente com cardioscópio, oxímetro de pulso e monitor de PNI.
- ✓ Lembrar que a oximetria de pulso e a gasometria arterial podem ser falseadas pela intoxicação com monóxido de carbono.
- ✓ Obter acesso venoso periférico com cateter calbroso.
- ✓ Evitar a punção venosa em áreas queimadas, mas se não houver outra opção ela pode ser utilizada.
- ✓ Iniciar a reposição volêmica baseada na fórmula de Parkland (4 ml/ kg de salina para cada 1% de superfície corporal queimada), infundindo 50% deste volume nas primeiras 8 horas.
- ✓ Administrar solução salina IV em pacientes com lesões elétricas devido a possibilidade de rbdomiólise com hemoglobinúria.
- ✓ Efetuar o cateterismo vesical de grandes queimados ou pacientes com lesões por eletricidade.
- ✓ Monitorizar o débito urinário mantendo-o superior a 100 ml/h em caso de queimaduras elétricas.
- ✓ Seguir o protocolo de arritmias cardíacas em pacientes com lesões por eletricidade.
- ✓ Efetuar a analgesia em pacientes com dor intensa, com sulfato de morfina 2 a 10 mg IV.
- ✓ Expor a área queimada.
- ✓ Evitar romper bolhas e desbridar lesões e aplicar creme de sulfadiazina prata pomada ou medicamento sobre a lesão.
- ✓ Envolver a vítima com lençóis secos para reduzir a perda de calor e a contaminação bacteriana.
- ✓ Secar os pacientes pois os mecanismos de regulação da temperatura corporal estão prejudicados no grande queimado e o desenvolvimento de hipotermia é comum.
- ✓ Remover anéis, braceletes e outras joias devido ao risco de interrupção da circulação pelo edema.
- ✓ Tratar traumatismos associados.
- ✓ Avaliar o paciente decidindo se o mesmo se trata ou não de um grande queimado. Remover para centro especializado caso indicado.

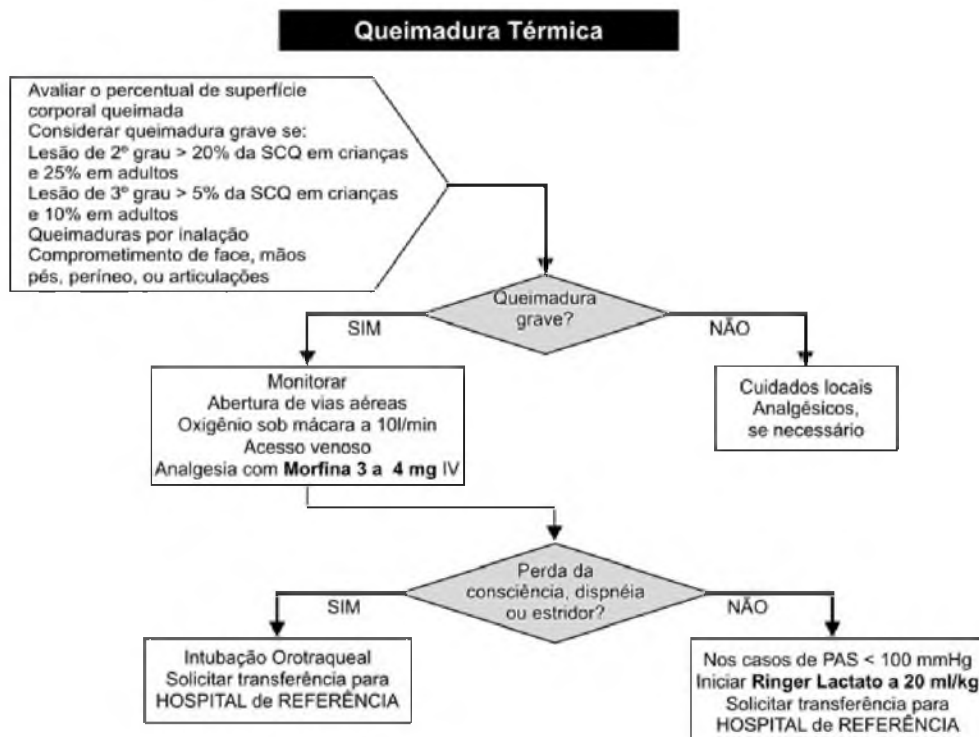


Percentual de superfície corporal queimada de acordo com a fórmula de Parkland

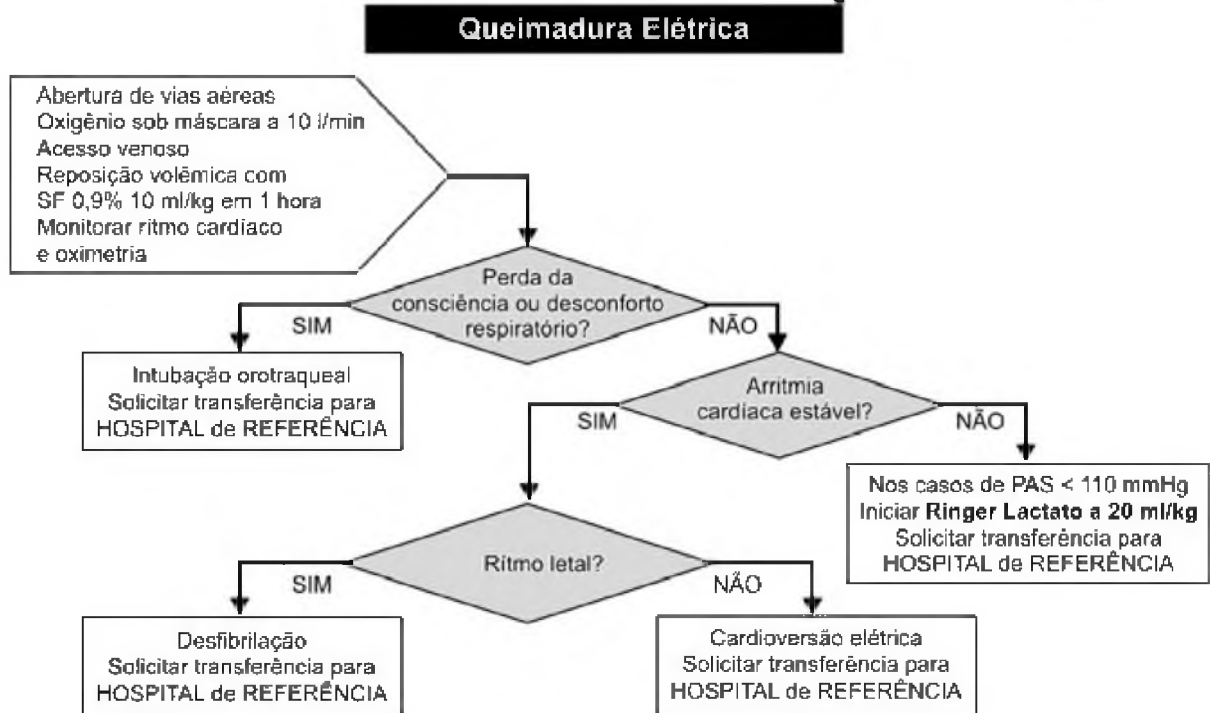
GRAVIDADE DAS QUEIMADURAS TÉRMICAS

QUEIMADURAS DE SEGUNDO GRAU > 25% DA SC EM ADULTOS
QUEIMADURAS DE SEGUNDO GRAU > 20% DA SC EM CRIANÇAS
QUEIMADURAS DE TERCEIRO GRAU > 10% DA SC
TRAUMATISMOS ASSOCIADOS GRAVES
MUITOS PACIENTES COM: QUEIMADURAS ELÉTRICAS, LESÃO POR INALAÇÃO.
LESÕES EM MÃOS, PÉS, FACE, OLHO E PERÍNEO.
QUEIMADOS COM LESÕES MODERADAS MAS DE ALTO RISCO CLÍNICO.

ALGORITMO DE ATENDIMENTO AO PACIENTE COM QUEIMADURA TÉRMICA



ALGORITMO DE ATENDIMENTO AO PACIENTE COM QUEIMADURA ELÉTRICA



TARUMA NA GRAVIDEZ

➤ **Considerações Especiais de Avaliação**

- ✓ A incidência de traumatismos durante o período gestacional vem aumentando nos últimos anos.
- ✓ As causas mais comuns são: acidentes automobilísticos, atropelamentos e outros tipos de agressão.
- ✓ O trauma é a principal causa não-obstétrica de mortalidade materno-fetal.
- ✓ Cerca de 80% das gestantes com choque hemorrágico tem morte do feto.
- ✓ A gestação provoca alterações em praticamente todos os órgãos e sistemas do organismo materno.
- ✓ O organismo da gestante apresenta reações diferentes diante de agressão traumática.
- ✓ As prioridades no tratamento da grávida traumatizada são as mesmas de uma paciente não gestante.
- ✓ Atenção deve ser dada ao segundo paciente, ou seja, o feto, depois que a mãe foi estabilizada.
- ✓ No trauma penetrante as outras vísceras ficaram relativamente protegidas pelo útero aumentado, que fica muito mais vulnerável.
- ✓ No trauma fechado, o líquido amniótico atua como um protetor fetal.

- ✓ O consumo de O₂ está aumentado durante a gestação e a manutenção de oxigenação adequada é importante na fase de reanimação da paciente grávida traumatizada.
- ✓ Na gestante, há um aumento do volume plasmático, levando a uma diminuição da hemoglobina, que fica em aproximadamente 11 g/dl e do hematócrito, que pode chegar a 31 a 35% no final da gestação.
- ✓ Alguns pacientes podem exibir profunda hipotensão quando em decúbito dorsal devido à compressão da veia cava inferior e da própria aorta abdominal pelo útero aumentado. Esta situação é resolvida quando se coloca a paciente em posição de decúbito lateral esquerdo.
- ✓ Nas grávidas o tempo de esvaziamento gástrico está aumentado e o estômago fica comprimido pelo útero, tornando a paciente mais vulnerável a aspiração pulmonar.
- ✓ A hemorragia é a principal causa de morte no período pós-traumático e plenamente passível de um tratamento rápido e eficiente no próprio cenário extra hospitalar.
- **Quadro Clínico**
 - ✓ As gestantes sadias devido ao aumento de seu volume circulante podem perder de 30 a 35% de sua volemia antes de exibirem sinais de choque, como: hipotensão arterial, diminuição da pressão de pulso, taquipnéia, diminuição da diurese ou alterações do SNC, tais como ansiedade, confusão e/ou letargia.
 - ✓ Os sinais de sofrimento fetal antecedem os sinais e sintomas de choque da gestante.
 - ✓ Se o volume sanguíneo materno diminui devido ao trauma, o fluxo sanguíneo placentário é diminuído seletivamente.
 - ✓ A frequência cardíaca aumenta durante a gravidez alcançando no 3º trimestre, 15 a 20/min a mais que na mulher não grávida, fator a ser considerado na interpretação da taquicardia em gestantes.
 - ✓ A pressão arterial diminui de 10 a 15 mmHg durante o 2º trimestre e retorna aos seus níveis normais próximos ao termo.
- **Conduta**
 - ✓ Avaliar as vias aéreas com controle da coluna cervical.
 - ✓ Utilizar a manobra manual de elevação modificada da mandíbula com concomitante estabilização manual da cabeça e pescoço.
 - ✓ Lembrar que pela compressão do estômago pelo útero e pelo tempo de esvaziamento gástrico aumentado, que o estômago da grávida deve ser considerado como cheio.

- ✓ Observar medidas para evitar a aspiração do conteúdo gástrico para as vias aéreas, ou seja, a rotação lateral do corpo em bloco e aspiração apropriada das vias aéreas superiores.
- ✓ Administrar O₂ suplementar sob máscara com reservatório.
- ✓ Ventilar a vítima caso a ventilação esteja inadequada na frequência de 12 a 16/min.
- ✓ Posicionar a paciente imobilizada sobre prancha longa inclinada para a esquerda, ou alternativamente o útero pode ser deslocado manualmente para a esquerda enquanto a paciente não estiver sobre a prancha.
- ✓ Avaliar a possibilidade de cesárea de emergência em caso de PCR.
- ✓ Obter acesso venoso a duas veias periféricas de extremidade superior, com cateteres de calibre mínimo de 16, e a reposição de um volume líquido inicial de 1 a 2 litros de Ringer Lactato ou soro fisiológico administrados tão rapidamente quanto possível.
- ✓ Obter Ht, gasometria arterial, glicemia, eletrólitos e função renal.
- ✓ Reavaliar a paciente após a infusão de líquido e a infusão suspensa se a PA chegar a 90 mmHg de sistólica.
- ✓ Efetuar o transporte da paciente para o hospital em todos os casos.
- ✓ Incluir no exame a avaliação da irritabilidade uterina (presença de contrações e seu ritmo) e a altura do fundo de útero.
- ✓ Prestar atenção a saída de líquido amniótico ou sangramentos vaginal.
- ✓ Anotar todos os dados observados e comunicá-los ao médico do hospital de referência.

TRAUMA PEDIÁTRICO

- **Considerações Gerais de Avaliação**
- ✓ Durante o atendimento a criança ferida uma das principais dificuldades é lidar com os responsáveis, que geralmente estão ansiosos e preocupados.
- ✓ A melhor maneira de ganhar a confiança dos pais é demonstrar competência durante o atendimento. Envolvê-los no socorro.
- ✓ Sempre que possível mantenha os pais em contato físico e verbal com o paciente.
- ✓ Pedir por exemplo que eles confortem a criança e ajudem segurando algum equipamento.
- ✓ Explicar tudo o que está sendo feito para os responsáveis, demonstre preocupação pela criança mantendo o profissionalismo.
- ✓ O traumatismo da cabeça é a causa mais comum de óbito após trauma em pacientes pediátrico.
- ✓ As lesões da cabeça são mais frequentes na criança devido ao tamanho e peso desta em relação ao corpo.

- ✓ As crianças costumam apresentar um prognóstico melhor do que adultos com o mesmo grau de lesão e a recuperação pode ser completa mesmo em pacientes com lesões graves.
- ✓ O traumatismo de abdome representa a segunda causa de óbito após trauma em pacientes pediátricos. Sua principal manifestação é o choque hemorrágico causado pela rotura do fígado e do baço. Estes órgãos são menos protegidos pelas costelas e são relativamente maiores em crianças.
- ✓ A parede torácica é mais elástica em crianças do que em adultos diminuindo a chance de lesões como tórax instável e tamponamento cardíaco, após o traumatismo de tórax.
- ✓ Traumatismos de coluna vertebral são pouco frequentes antes da adolescência apesar do tamanho da cabeça da criança. Mas mesmo assim imobilizar toda a criança com mecanismo de lesão sugestivo.
- ✓ Os pacientes socorridos em assentos infantis, apresentam menor chance de sofrer lesões graves em acidentes automobilísticos.
- **Quadro Clínico**
- ✓ A avaliação do nível de consciência é um excelente indicador de traumatismo de crânio. Utilizar como parâmetro a variação da pontuação na escala de Glasgow adaptada para pediatria.
- ✓ Crianças pequenas podem se beneficiar de um brinquedo e caso algum esteja disponível permitir que ele fique com o paciente.
- ✓ Uma criança que pode ser consolada ou distraída com algum brinquedo tem o cérebro adequadamente perfundido e oxigenado.
- ✓ Particularidades: as contusões abdominais, equimoses provocadas por cintos de segurança, dor abdominal em pacientes pediátricos representam indicações de transporte rápido.
- ✓ Mesmo vítimas com sinais mínimos de trauma podem apresentar lesões graves.
- ✓ Os principais sinais do traumatismo de tórax são: dificuldade respiratória que pode ser causada por pneumotórax, hemotórax e contusão pulmonar.
- ✓ A taquipnéia é um importante sinal de comprometimento respiratório, uma criança respirando com frequência maior que quarenta por minuto ou um lactente com mais de sessenta por minuto tem indicação de transporte rápido; batimentos de asa de nariz; retrações supra-externais, intercostais e subcostais.
- ✓ A ausculta pulmonar pode ser enganosa em caso de pneumotórax pode haver transmissão de ruídos de um lado do tórax para outro devido ao pequeno tamanho da caixa torácica.
- ✓ O diagnóstico de choque é mais difícil em crianças do que em adultos e quanto mais jovem o paciente mais difícil é a avaliação.

- ✓ Os sinais de choque podem ser simulados por outras condições como exposição ao frio, medo e estresse.
- ✓ A frequência de pulso maior que 130 bpm deve sugerir choque.
- ✓ A palpação de pulsos pode ser difícil em crianças pequenas e lactentes, mesmo que eles não estejam em choque.
- ✓ No lactente o pulso braquial é o mais fácil de palpar.
- ✓ A redução da temperatura das extremidades pode ser secundária a exposição ao frio, medo e estresse.
- ✓ Hipotensão arterial: é um sinal tardio de choque.
- ✓ A aferição da pressão arterial é difícil e pode ser demorada em crianças pequenas.
- ✓ Como regra a pressão arterial sistólica menor que 80 mmHg em crianças e que setenta mmHg em lactentes são sinais indicativos de hipotensão.
- ✓ O tamanho do manguito do esfigmomanômetro deve ser adequado ao do paciente para evitar erros na aferição.
- ✓ O enchimento capilar também é difícil de avaliar, quando superior a 2 segundos sugere a presença de problema circulatório.
- ✓ Devido a mecanismos compensatórios as crianças em estágio inicial de choque podem parecer bem. A piora é súbita.

ESCALA DE GLASGOW PEDIÁTRICA

ABERTURA OCULAR			
	> 1 ANO	< 1 ANO	
1	NÃO ABRE	NÃO ABRE	
2	A DOR	A DOR	
3	AOS ESTÍMULOS VERBAIS	AO GRITO	
4	ESPONTÂNEA	ESPONTÂNEA	
MELHOR RESPOSTA MOTORA			
	> 1 ANO	< 1 ANO	
1	SEM RESPOSTA	SEM RESPOSTA	
2	EXTENSÃO	EXTENSÃO	
3	FLEXÃO ANORMAL	FLEXÃO ANORMAL	
4	RETIRADA EM FLEXÃO	RETIRADA EM FLEXÃO	
5	LOCALIZA A DOR	LOCALIZA A DOR	
6	OBEDECE		
MELHOR RESPOSTA VERBAL			
	> 5 ANOS	> 2 - 5 ANOS	0 - 2 ANOS
1	SEM RESPOSTA	SEM RESPOSTA	SEM RESPOSTA
2	SONS INCOMPREENSÍVEIS	GRUNHIDOS	GRUNHIDOS
3	PALAVRAS DESCONEXAS	CHORO E GRITOS	CHORO INAPROPRIADO
4	DESORIENTADO	PALAVRAS INAPROPRIADAS	CHORO
5	CONVERSA COM ORIENTAÇÃO	FRASES E PALAVRAS APROPRIADAS	SORRI, BALBUÇIA E CHORA APROPRIADAMENTE

SINAIS VITAIS DE ACORDO COM A FAIXA ETÁRIA

IDADE	PESO (Kg)	RESPIRAÇÕES/ MINUTO	PULSO (bpm)	PA SISTÓLICA (mmHg)
Recém nato	3 - 4	30 - 50	120 - 160	> 60
6 meses a 1 ano	8 -10	30 - 40	120 - 140	70 - 80
2 a 4 anos	12 - 16	20 - 30	100 - 110	80 - 95
5 a 8 anos	18 - 26	14 - 20	80 - 100	90 - 100
8 a12 anos	26 - 50	12 - 20	80 - 100	100 -110
> 12 anos	> 50	12 - 16	80 - 100	100 - 120



➤ **Conduta**

- ✓ Adotar medidas de autoproteção.
- ✓ Manter as vias aéreas abertas com manobras manuais e estabilização manual da cabeça e pescoço.
- ✓ Determinar após a abertura da via aérea, se a vítima apresenta respiração adequada.
- ✓ Iniciar a assistência ventilatória com a respiração artificial sob máscara, caso a respiração esteja ausente ou inapropriada.
- ✓ Utilizar a máscara invertida caso a disponível seja grande para o paciente.
- ✓ Estabilizar a cabeça e pescoço manualmente, o colar cervical só é aplicado no final da avaliação rápida.
- ✓ A manobra manual de desobstrução indicada no trauma é a elevação modificada da mandíbula.
- ✓ Colocar um coxim sob os ombros para manter a cabeça em posição neutra geralmente é necessário.
- ✓ Em crianças pequenas devido ao maior tamanho da cabeça em proporção ao corpo o occipital pode manter a cabeça flexionada obstruindo a via aérea quando ela está em decúbito dorsal.
- ✓ Lembrar que a hiperextensão da cabeça pode causar obstrução de vias aéreas e a cânula orofaríngea deve ser utilizada somente em crianças não reativas. A cânula nasofaríngea está contraindicada.
- ✓ Ventilar crianças que não apresentam respiração adequada com oxigênio suplementar.
- ✓ Administrar oxigênio sob máscara em crianças ventilando adequadamente.
- ✓ Efetuar as ventilações pulmonares lentamente para evitar a distensão gástrica e na frequência apropriada para a idade da vítima.
- ✓ Empregar as frequências recomendadas para ventilação pediátrica que são: 20/min para pacientes menores que um ano de idade e 15 a 20/min para crianças maiores e adolescentes.
- ✓ Proceder a intubação orotraqueal em caso de inconsciência e/ou necessidade de assistência respiratória.
- ✓ Conter hemorragias externas.

- ✓ Os locais de sangramento óbvios devem ser controlados para manter a circulação.
- ✓ Como o volume sanguíneo da criança é de 80 a 90 ml/kg sangramentos com perdas que seriam bem toleradas em um adulto podem causar o choque. As técnicas de controle de hemorragias são as mesmas utilizadas em adultos.
- ✓ Obter acesso a circulação, como no adulto não é uma prioridade em transportes de curta duração.
- ✓ Em situações especiais como transportes prolongados, hemorragias controladas, esmagamentos, tempo longo de desencarceramento o acesso a circulação no ambiente pré-hospitalar o procedimento é necessário.
- ✓ São opções a veias periféricas de extremidades superiores, a safena anteriormente ao maléolo medial da tíbia e a infusão intraóssea.
- ✓ Colher sangue para hematócrito, gasometria arterial, eletrólitos e função renal.
- ✓ Monitorizar ECG, oximetria de pulso.
- ✓ Obter radiografia de tórax.
- ✓ Efetuar a reposição de volume em bolus de 20 mL/kg seguidos por reavaliação dos parâmetros clínicos do paciente. Caso necessário o bolus deve ser repetido.
- ✓ Transportar rápido ao hospital para avaliação caso indicado.

IMOBILIZAÇÃO DO POLITRAUMATIZADO

A imobilização no politraumatizado é de fundamental importância, pois evita o agravamento das lesões e inicia o tratamento de algumas delas, alivia a dor e restabelece perfusão em fraturas de extremidades.

A imobilização deve ser realizada precocemente no ambiente pré hospitalar e intra hospitalar. Consiste na imobilização da coluna cervical e extremidades.

- ✓ A coluna cervical deve ser protegida até que a lesão de coluna tenha sido descartada.
- ✓ Para garantir uma imobilização adequada, o paciente deve ser mantido em posição supina com o eixo da coluna alinhada.
- ✓ É sempre obrigatório o uso de colar cervical e nos casos de suspeita de lesões além do uso do colar, utilizar prancha longa, e atadura para evitar qualquer movimento de rotação da cabeça ou do tronco.
- ✓ Em crianças pequenas que apresentam a região occipital do crânio desproporcionalmente grande, necessitam de enchimento para elevar os ombros e o tronco com o objetivo de manter o alinhamento vertebral ao serem colocados em superfície plana.
- ✓ Está indicada as medidas de imobilização em todos os pacientes com trauma aberto ou fechado que possa levar a lesão medular, o mecanismo de

trauma, a sintomatologia e o exame físico devem ser realizados sistematicamente; deve-se interrogar sob presença de dor sob a região da coluna e pesquisar sinais e sintomas neurológicos.

- ✓ O erro mais comum na imobilização da coluna é assegurar a imobilização de cabeça e não do dorso, para evitar esta ocorrência os pacientes devem ser transportados em prancha longa com 4 pessoas participando do rolamento.
- ✓ Outro erro grave é a inadequada imobilização da coluna cervical durante intubação orotraqueal, para isso deve se utilizar duas pessoas na intubação, um fixando a coluna em posição neutra e outro procedendo a intubação orotraqueal.
- ✓ As complicações da imobilização de coluna cervical é a aspiração broncopulmonar (pois estão restritos e não podem manter as vias aéreas livres), podem ainda provocar dor e até escaras de decúbito, portanto os pacientes devem ser removidos ou colocados sob superfícies acolchoadas o mais rápido possível após avaliação do traumatismo raquimedular.
- ✓ O rolamento do paciente em bloco deve ser realizado durante o exame da superfície dorsal do paciente e para retirá-lo da prancha longa. Deve ser realizado por quatro pessoas. Três fazem o rolamento em bloco fixo da cabeça e pescoço; o tronco, a pelve e extremidades. O quarto elemento coordena o processo sendo responsável por retirar a prancha longa e examinar o dorso.
- ✓ A retirada do paciente da prancha longa somente deve ser realizado após excluída lesão raquimedular.
- ✓ A remoção deve ser conduzida por quatro pessoas mantendo a coluna alinhada como um todo e evitando qualquer arqueamento da coluna.
- ✓ Todos cuidados devem ser tomados para evitar lesão no processo de rolamento e remoção da prancha longa.
- ✓ A imobilização das extremidades deve ser realizada, sempre que possível, após a estabilização dos pacientes.
- ✓ Em vítimas graves e instáveis não se deve deixar de realizar a imobilização quando várias pessoas estão prestando atendimento.
- ✓ O objetivo da imobilização nas lesões de extremidades é promover o alinhamento das extremidades o mais próximo possível da posição anatômica e a prevenção da movimentação do local de fratura.
- ✓ O atendimento inicial não deve ter objetivo de reduzir fraturas.
- ✓ O alinhamento é obtido com uso de tração e imobilização através do uso de talas, travesseiros, aparelhos gessados, faixas e mecanismos de tração contínua.

- ✓ As luxações articulares frequentemente exigem imobilização na posição em que foram encontradas e fraturas expostas não necessitam ser reduzidas, pois necessitam de tratamento cirúrgico obrigatoriamente.
- ✓ Antes da colocação das talas deve-se avaliar a condição neurovascular do membro afetado.
- ✓ A imobilização deve incluir as articulações acima e abaixo da fratura.
- ✓ Após a imobilização, o estado neurovascular deve ser reavaliado. Outros aspectos importantes sob a imobilização são as seguintes:
- ✓ Cobrir com gaze estéril qualquer ferimento aberto, aplicar alguma forma de acolchoamento sobre as protuberâncias ósseas.
- ✓ Não deve-se esquecer de sempre documentar as condições neurovasculares da extremidade e realizar a profilaxia antitetânica.
- ✓ Os erros graves provocados pelas técnicas inadequadas de imobilizações são as lesões neurovasculares e síndrome compartimental promovida por talas gessadas muito apertadas.
- ✓ As fraturas de fêmur podem ser imobilizadas temporariamente com talas de tração.
- ✓ A força de tração exercida pelo dispositivo é aplicada distalmente, ao nível do tornozelo, ou na superfície da pele.
- ✓ Na sua porção proximal, a tala é empurrada contra a coxa e o quadril por meio de um anel que se apoia nas nádegas, no períneo e na virilha.
- ✓ Uma tração excessiva pode provocar lesão da pele do pé, do tornozelo ou do períneo.
- ✓ O estiramento dos nervos periféricos pode resultar em comprometimento neurovascular.
- ✓ As fraturas de quadril podem ser imobilizadas de maneira semelhante com um dispositivo de tração, mas é mais conveniente que sejam imobilizadas por meio de tração na pele ou em uma bota de tração feita de espuma, posicionando o joelho em ligeira flexão.
- ✓ Uma forma simples de imobilizar um membro inferior é enfaixando-o ao membro contralateral.
- ✓ Para garantir a estabilidade e oferecer conforto ao doente, podem ser usados dispositivos de imobilização de joelho disponível no comércio ou talas ou aparelhos gessados longos.
- ✓ A perna não deve ser imobilizada em extensão completa, mas permanecer em flexão de 10 graus aproximadamente, a fim diminuir o estiramento das estruturas neurovasculares.
- ✓ As fraturas da tíbia são imobilizadas, de forma adequada, por meio de talas em forma de goteira, longas e bem acolchoadas, feitas com papelão ou metal.

- ✓ Caso prontamente disponíveis, podem ser usados aparelhos gessados, de modo a imobilizar a perna, o joelho e o tornozelo.
- ✓ As fraturas de tornozelo podem ser imobilizadas com uso de talas de papelão ou outras, desde que acolchoadas para evitar seja exercida pressão sobre as proeminências ósseas.
- ✓ A mão pode ser imobilizada temporariamente em posição anatômica e funcional com o punho em ligeira flexão dorsal e os dedos gentilmente fletidos, em 45°, a nível das articulações metacarpo-falangianas. Usualmente, essa posição pode ser obtida através da imobilização delicada da mão sobre um rolo grande de gaze, utilizando-se uma pequena tala de antebraço.
- ✓ O antebraço e o punho são imobilizados estendidos sobre talas acolchoadas.
- ✓ O cotovelo é imobilizado em posição fletida, utilizando-se talas acolchoadas ou imobilizando-o contra o corpo, por meio de uma tipóia e de bandagens.
- ✓ O braço costuma ser imobilizado apoiado contra o corpo ou utilizando-se tipóia ou faixas que podem ser ampliadas com uma bandagem toraco-abdominal.
- ✓ Lesões do ombro são tratadas com tipóia ou faixas ou por um curativo feito à moda de Velpeau.

➤ **Tratamento da Dor**

- ✓ O controle pré-hospitalar da dor frequentemente não é conseguido; entretanto, o médico pode tentar obter o alívio da dor.
- ✓ Analgésicos são recomendados para lesões de articulações e de membros, mas não são incentivados em pacientes com trauma multissistêmico.
- ✓ Antes de administrar o medicamento para dor, o médico deve tentar diminuir a dor realizando em primeiro lugar o atendimento básico.
- ✓ Uma vez que a fratura ou luxação esteja estabilizada e imobilizada, o paciente deve sentir uma grande redução da dor.
- ✓ A estabilização da extremidade afetada diminui o movimento, o que reduz o desconforto.
- ✓ Se o paciente não estiver com muita dor devido a lesões significativas, deve-se procurar por sinais de uso de álcool ou de drogas.
- ✓ Medicamentos para dor devem ser usados com cautela e de acordo com a tolerância do paciente.
- ✓ As circunstâncias em que analgésicos não devem ser administrados incluem: quando o paciente apresenta ou desenvolve sinais ou sintomas de choque; quando a dor é significativamente aliviada com estabilização e imobilização, ou quando o paciente parece estar sob a influência de drogas e/ou álcool.
- ✓ Quando necessário dar preferência as medicações por via intravenosa.

Critérios para avaliação de técnica de imobilização	
<p>O socorrista deve simular as técnicas de imobilização com voluntários antes de aplicá-las a pacientes reais. Ao praticar ou ao avaliar novos métodos e equipamentos, servirão como ferramentas para medir a eficácia da imobilização os seguintes critérios genéricos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ A estabilização manual alinhada foi aplicada imediatamente e mantida até ser substituída pela estabilização mecânica? ▪ O colar cervical de tamanho adequado foi colocado corretamente? ▪ O tronco foi fixado antes da cabeça? ▪ O dispositivo pode ser movimentado para cima e para baixo com relação ao tronco? ▪ O dispositivo pode ser movimentado para esquerda ou para a direita em relação ao tronco superior? ▪ O dispositivo pode ser movimentado para a direita em relação ao tronco inferior? ▪ Alguma parte do tronco pode ser movimentada anteriormente em relação ao dispositivo rígido? ▪ Existe alguma faixa atravessando o tórax que iniba a excursão do tórax, resultando em comprometimento da ventilação? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A cabeça está bem imobilizada de modo a não permitir qualquer movimento em qualquer direção, inclusive rotação? ▪ Foi colocado acolchoamento correto atrás da cabeça? ▪ A cabeça está em posição alinhada neutra? ▪ Existe algo que impeça a abertura da boca? ▪ As pernas estão imobilizadas de modo a impedir movimentação anterior, rotação ou movimentação lateral mesmo que seja necessário rodar a prancha e o paciente lateralmente? ▪ A pelve e as pernas estão em posição alinhada neutra? ▪ Os braços estão bem fixados à prancha ou ao tronco? ▪ Existe alguma faixa que comprometa a circulação distal de algum membro? ▪ O paciente foi sacudido ou manipulado de alguma forma que possa comprometer uma coluna instável durante a aplicação do dispositivo? ▪ O procedimento foi realizado dentro de um prazo adequado? <p>Há muitos métodos e variações capazes de atender a esses objetivos. O socorrista deve escolher o método e os equipamentos de acordo com a situação, com a condição do paciente e com os recursos disponíveis.</p>

TRATAMENTO DE CHOQUE POR LESÃO DE EXTREMIDADES

1. A elevação deve ser considerada, a menos que esteja contraindicada por causa de fraturas ou seja impossível elevar uma determinada parte do corpo.
2. A compressão deve ser feita proximalmente ao local de sangramento, num dos seguintes pontos: artéria axilar, artéria braquial, artéria femoral ou artéria poplítea.
3. Deve ser usado um material largo, como gravata, cinto ou manguito diminuir a pressão arterial; não se deve usar torniquete distalmente ao cotovelo ou ao joelho.
4. A avaliação da perfusão inclui: presença, qualidade e localização dos pulsos; coloração, temperatura e umidade da pele; tempo de enchimento capilar.
5. Obtenha 2 acessos venosos por cateter de grosso calibre (14 ou 16). Pode ser administrado um bolo inicial de 1 a 2 litros de solução aquecida (39°C) de Ringer lactato ou solução fisiológica, se necessário.

TRANSPORTE DO PACIENTE CRÍTICO

A decisão de transportar um paciente crítico deve ser baseada na avaliação dos potenciais benefícios, contra os riscos. A razão para o transporte do paciente crítico é a necessidade de cuidados adicionais (tecnologias e/ou especialistas).

- ✓ O transporte inter-hospitalar é realizado sempre que necessite maiores recursos diagnósticos, humanos, terapêutico, não presente na Unidade de Saúde de origem.
- ✓ O transporte do paciente crítico envolve riscos a mais comum é a falha no controle das funções respiratória, hipertensão severa, arritmia e obstrução aérea.
- ✓ Alguns riscos nem sempre podem ser evitadas e independe do tempo ou distâncias percorridas, resultado do movimento do paciente, mudança de decúbitos, interrupção da infusão venosa de aminas vasoativas, perda de pressão nos cilindros de oxigênio.
- ✓ Trabalhos demonstram uma mudança na conduta terapêutica em apenas 29 a 39% dos pacientes após exames, enquanto 68% tiveram alterações fisiológicas, por isso deve-se avaliar se os exames alterarão o resultado.
- ✓ Os riscos podem ser minimizados através do planejamento cuidadoso, qualificação do pessoal e seleção dos equipamentos, além da monitorização das funções vitais.
- ✓ Os pacientes com maior chance de deterioração do quadro são os com falência respiratória e baixa complacência pulmonar, que necessitem de PEEP.
- ✓ Não há consenso quanto à gravidade (alguns autores adotam o APACHE). Porém é comum considerar de maior risco aqueles que necessitem de PEEP>5 e em uso de DVA (Drogas Vasoativas).
- ✓ O principal fator determinante na qualidade dos cuidados durante o transporte é o treinamento e a eficiência da equipe de transporte.

➤ **Passos a Serem Seguidos no Transporte de Pacientes Críticos**

- ✓ Fase preparatória;
- ✓ Fase de transferência; e,
- ✓ Fase de estabilização pós-transporte.

➤ **Fase Preparatória (Responsabilidade da Central de Regulação)**

- ✓ Coordenação e comunicação pré-transporte: certificar que o local de destino esteja pronto.
- ✓ Equipe de transporte: mínimo de 2 pessoas – em pacientes instáveis (médico, enfermeiro e técnico de enfermagem).
- ✓ Equipamentos necessários ao transporte:
 - Tubo endotraqueal: fixada, aspirada vigorosamente antes do transporte.

- Ambu conectado ao cilindro de oxigênio: ambu de volume adequado, frequência igual ao do ventilador usado antes do transporte, volume de ar adequado à expansão e simétrica (6-8 ml/Kg). O principal erro são hiperventilação e alcalose respiratória. O ambu comumente fornece FiO₂ de 60%, com reservatório 85 a 100% com dispositivos capazes de ajuste de PEEP de até 15 cm H₂O. O transporte intra-hospitalar para pacientes ventilados mecanicamente e sem níveis elevados de PEEP são relativamente seguros.

- ✓ Drogas: uma caixa de emergência acompanhando o paciente (adrenalina lidocaína, atropina, bicarbonato). Deve-se antecipar a necessidade de medicações prescritas como sedação e bloqueadores musculares e possíveis complicações.
- ✓ Monitores de transporte: eletrocardiografia, oximetria, capnógrafo, PA não invasiva. Carregar bateria.
- ✓ Bomba de Infusão: deve ser levada no transporte de pacientes, fixada adequadamente e carregadas.
- ✓ Dreno de Tx: fixado adequadamente, não clampar (a não ser para posicionar na maca).
- ✓ Cateter venoso: fixado não tracionar pelo frasco de soro.
- ✓ Sonda: fixação, clampeá-lo por curtos períodos.
- ✓ É obrigatória a presença de equipamento de ressuscitação cardiopulmonar em pacientes graves.

➤ **Fase de Transferência**

- ✓ O objetivo é manter a estabilidade através de monitorização contínua semelhante às usadas em UTI e prevenir iatrogenia.
- ✓ O nível mínimo de monitorização deve ser eletrocardiografia, frequência cardíaca e respiratória, oximetria de pulso e Pressão arterial não invasiva.
- ✓ Esta é a fase mais negligenciada, pois o paciente fica fora dos tratamentos intensivos, difícil monitorização e equipamentos insuficientes.
- ✓ As intercorrências mais comuns são: deslocamento da cânula, perda do suprimento de oxigênio, mau funcionamento por falta de energia, bateria descarregada, perda de cateter venoso, etc.
- ✓ Durante a transferência de paciente do seu leito para outro, ou seu retorno, é neste momento que ocorrem a maior parte das intercorrências.

➤ **Fase de Estabilização do Pós Transporte**

- ✓ O paciente crítico pode apresentar instabilidade ao longo do transporte permanecer com essas alterações após o final do processo.
- ✓ Deve-se considerar um período de meia à uma hora após o transporte como fase de extensão do mesmo.

AVALIAÇÃO SIMPLIFICADA DE RADIOGRAFIA

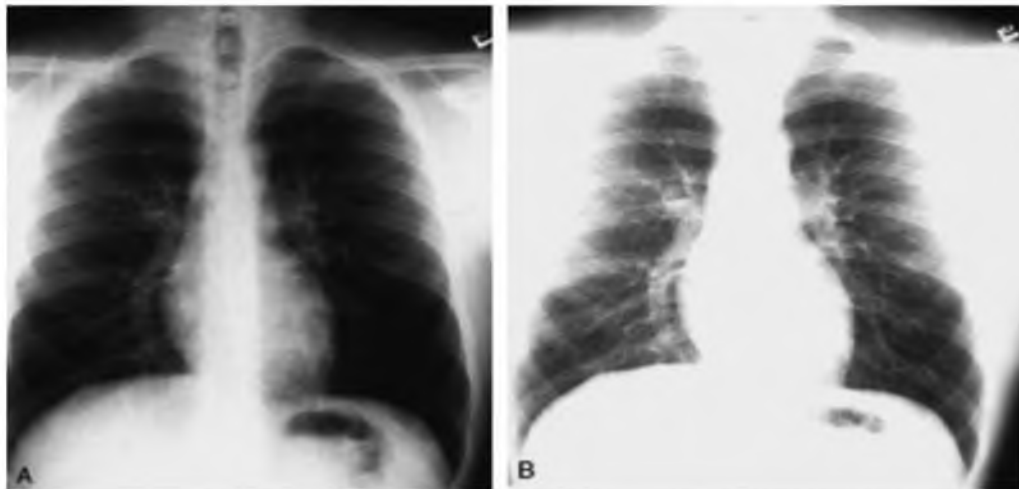
➤ Considerações Técnicas

Exposição.

➤ Avaliação Sistemática de Radiografia do Tórax

A aquisição adequada da radiografia de tórax é mais difícil que a de outras partes do corpo devido ao contraste produzido pela diversidade de tecidos existente no tórax, que varia do espaço aéreo dos alvéolos até as estruturas ósseas. A exposição correta deve permitir a visualização de vasos periféricos de pelo menos um terço dos campos pulmonares e ao mesmo tempo as margens para-espinais e hemidiafragma esquerdo atrás do coração.

A superexposição aos raios-x produz uma imagem mais penetrada que favorece a visualização da coluna dorsal, estruturas do mediastino, área retrocardíaca e tubos nasogástricos ou endotraqueais, contudo, pequenos nódulos ou estruturas vasculares pulmonares não são visualizados.



Radiografia de tórax hiperpenetrada (A) e com pouca penetração (B).

Quando há uma exposição reduzida aos raios-x a imagem torna-se mais clara e dificulta a interpretação.

A vascularização pulmonar fica mais proeminente e pode induzir a uma percepção de infiltrados generalizados quando em realidade não estão presentes.

Além disso, os detalhes no mediastino, no espaço retrocardíaco ou na coluna dorsal ficam prejudicados.

➤ Sexo Masculino Versus Feminino

A principal diferença nas radiografias é a quantidade de tecido mamário, que pode interferir na interpretação da projeção em PA ou AP.

O tecido mamário absorve boa parte da radiação resultando em um aspecto mais esbranquiçado da imagem atrás das mamas e um padrão vascular pulmonar mais proeminente.

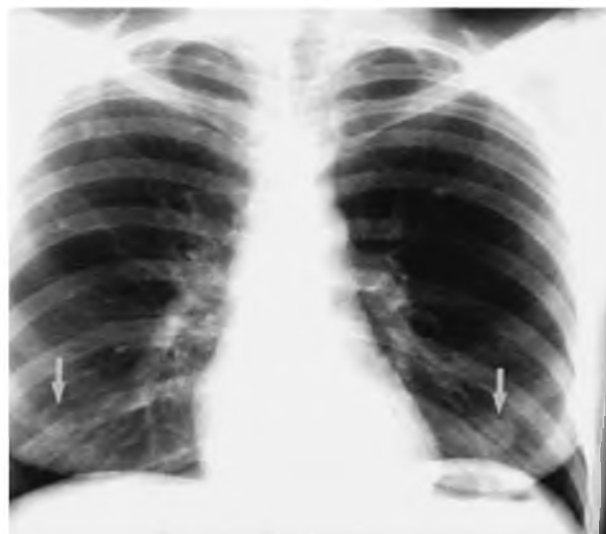
Um problema comum de interpretação radiológica é a ocorrência de mastectomia unilateral. Nessa circunstância a densidade pulmonar será assimétrica.

O campo pulmonar atrás da mastectomia estará mais escuro que o contralateral, o qual poderá ser interpretado erroneamente como um infiltrado pulmonar



Pacientemastectomizadaà esquerda, a presença demama à direita pode induzir a uma falsa interpretação de infiltrado pulmonar quando na realidade não há anormalidade.

Os mamilos podem apresentar uma imagem semelhante a um nódulo bem definido nas bases pulmonares na exposição radiográfica em PA ou AP; contudo essas imagens não apresentarão correspondência quando for observada a radiografia em projeção lateral.

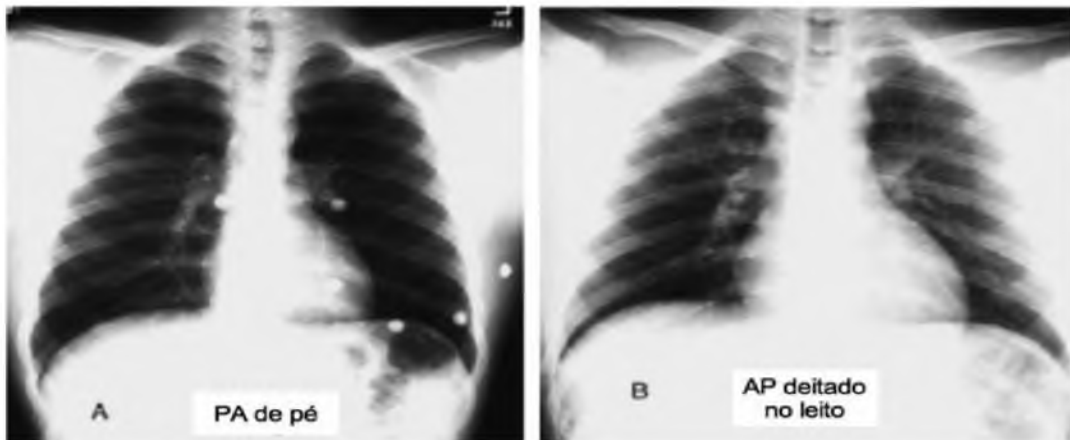


Mamilos com aparência de nódulos nas bases pulmonares

➤ **Radiografia em Projeção Pósterio-Anterior (PA) Versus Antero-Posterior (AP)**

A projeção Pósterio Anterior (PA) é adquirida quando o feixe de raios-x entra pelo dorso e sai pela região anterior impressionando o filme radiográfico. A projeção Antero Posterior (AP) é adquirida quando o paciente está deitado sobre o filme radiográfico e o feixe de raios-x entra pela região anterior do tórax.

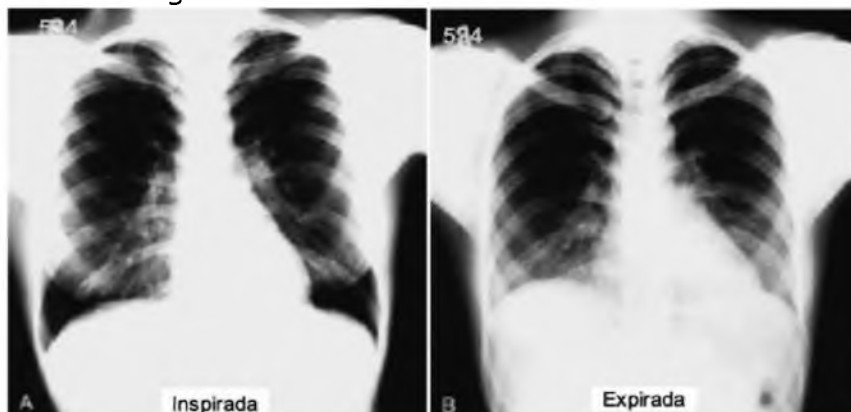
Na projeção AP a sombra cardíaca apresenta um aumento em relação à projeção PA devido à difusão do feixe de Raios-X.



Comparação entre radiografias em projeção PA e AP. Observe o aumento da sombra cardíaca em um mesmo paciente.

➤ **Radiografias de Tórax em Inspiração e Expiração**

A avaliação do grau de expansão dos campos pulmonares é essencial para determinar a qualidade técnica da radiografia. A maioria dos adultos são capazes de expandir adequadamente os campos pulmonares para manter o diafragma entre os oitavos e décimos arcos costais, na posição de pé. Quando a expansão atinge somente os sétimos arcos costais os campos pulmonares estão hipoinsuflados, que pode acarretar em um errôneo diagnóstico de uma pneumonia nas bases ou cardiomegalia.



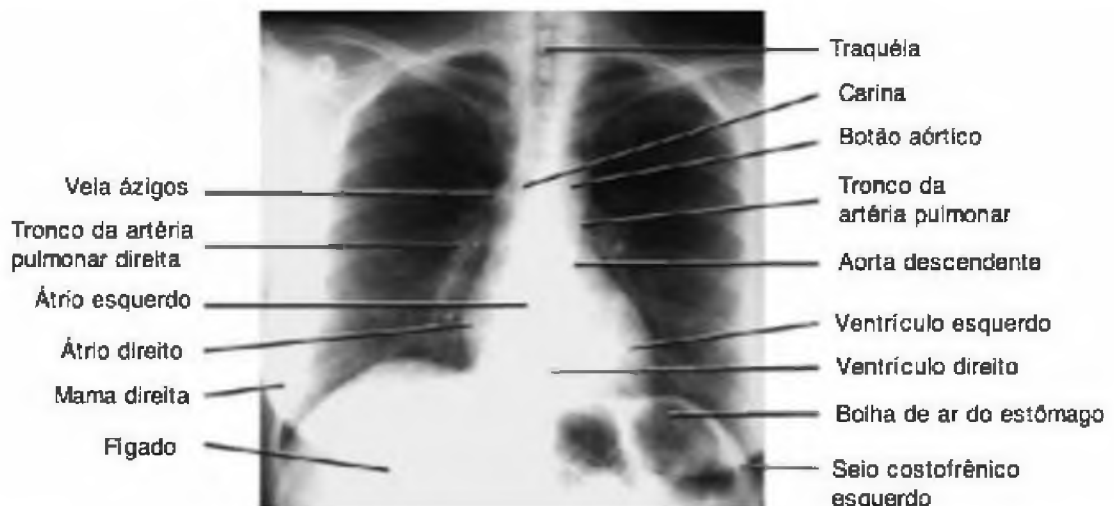
Radiografia de tórax normalmente expandida (A). Exame da mesma paciente, com expansão incorreta dos campos pulmonares, que pode induzir um erro diagnóstico de cardiomegalia (B).

➤ **Análise Sistemática da Radiografia do Tórax**

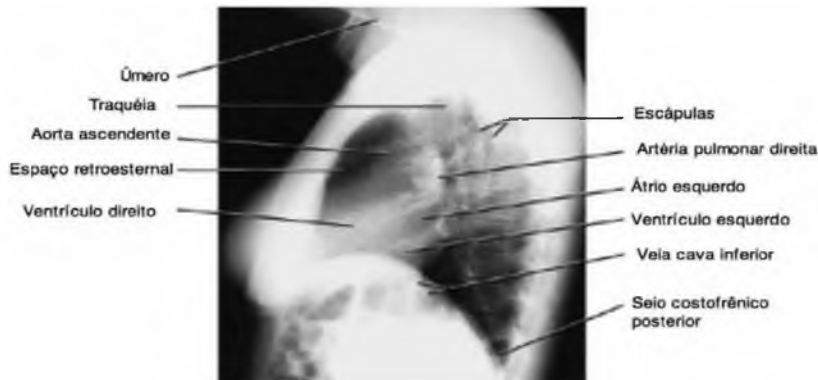
- ✓ Determinar a idade, sexo e história do paciente.
- ✓ Identificar a projeção utilizada: AP, PA ou perfil.
- ✓ Identificar a posição do paciente: de pé, deitado, decúbito lateral ou lordótica.
- ✓ Observar a expansão torácica: adequada, hipoinsuflada ou hiperinsuflada.
- ✓ Observar os contornos e tamanho das estruturas do coração e do mediastino.
- ✓ Avaliar as vias aéreas: desvio da traqueia? Avaliar a simetria dos campos pulmonares. Há desvio do mediastino?
- ✓ A posição dos hilos está adequada?
- ✓ Há infiltrado, massa ou nódulos nos campos pulmonares?

➤ **Avaliar o padrão vascular dos pulmões:**

- ✓ Normal, aumentada ou diminuída? inferior maior que nos ápices?
- ✓ Há derrame pleural preenchendo os seios costofrênicos? Há fratura de clavícula, arcos costais ou de vértebras?
- ✓ O paciente apresenta tubo orotraqueal? Pesquisar a presença de pneumotórax.
- ✓ Observar a parede torácica: as partes moles apresentam enfisema subcutâneo?
- ✓ Comparar os achados recentes com imagens antigas, se possível. Correlacionar os achados radiológicos com os dados clínicos.



Radiografia de tórax em PA, de um paciente do sexo feminino, sem patologias prévias. Observa-se a identificação das estruturas do tórax (coração, mediastino e vias aéreas) em relação ao abdome superior.

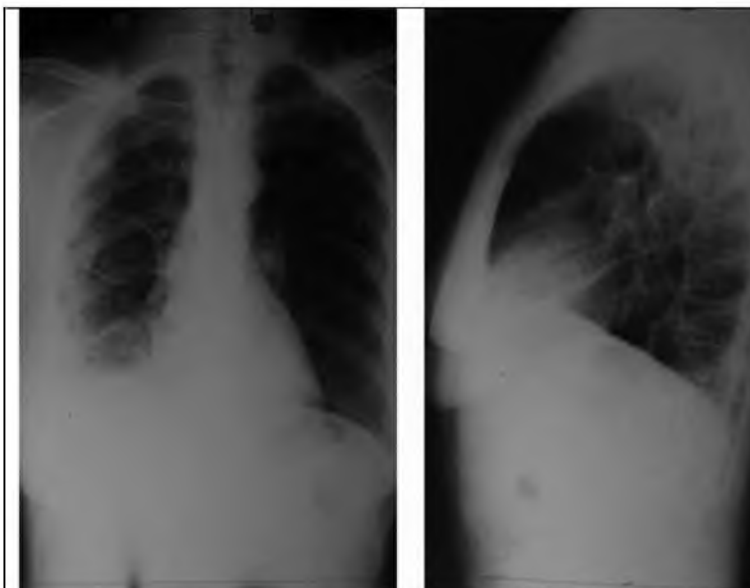


Radiografia de tórax em perfil, de um paciente do sexo feminino, sem patologias prévias. Observa-se a identificação das estruturas do tórax (coração, mediastino e vias aéreas).

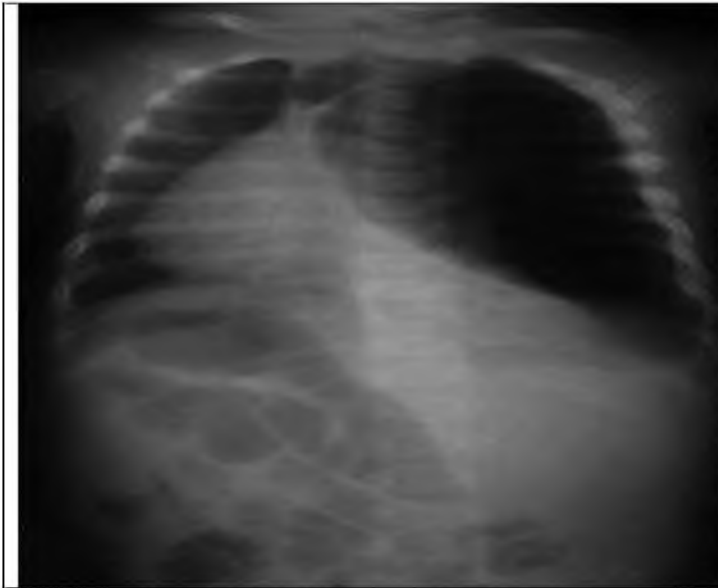
EXEMPLOS DE EXAMES COM PATOLOGIAS DO TÓRAX



Paciente do sexo masculino, com 2 anos de idade, apresentando pneumotórax grave em hemitórax esquerdo associado a importante desvio do mediastino para a direita. O paciente apresentava desconforto respiratório que melhorou após a descompressão do pneumotórax por drenagem.



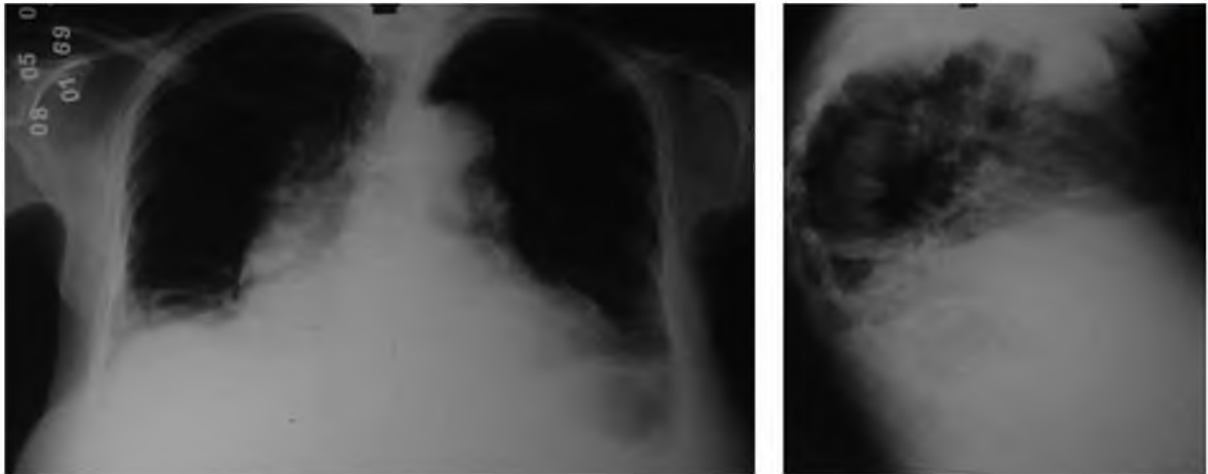
Paciente do sexo feminino, apresentando derrame pleural à direita. Observa-se a presença de derrame cisural na radiografia de perfil.



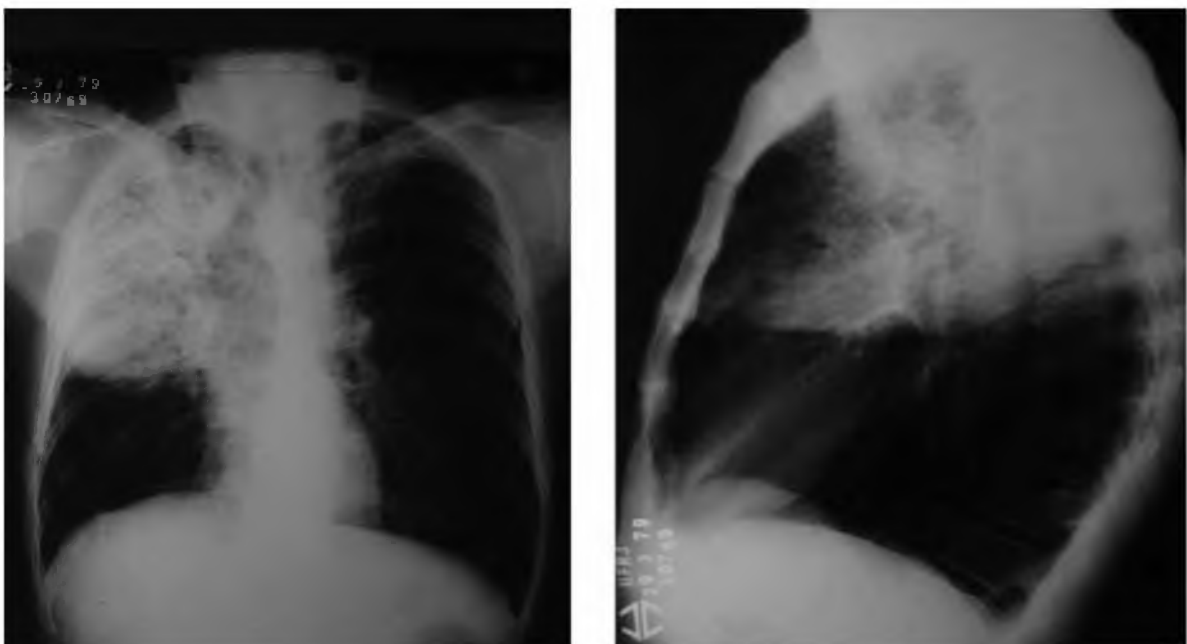
Paciente do sexo masculino, com 2 anos de idade, apresentando pneumotórax grave em hemitórax esquerdo associado a importante desvio do mediastino para a direita.
O paciente apresentava desconforto respiratório que melhorou após a descompressão do pneumotórax por drenagem.



Paciente do sexo masculino, apresentando pneumotórax associado a derrame pleural em hemitórax esquerdo.
Além disso, observa-se infiltrado pulmonar em terço médio do hemitórax direito.



Paciente do sexo masculino, apresentando radiografia de tórax de perfil com atelectasia laminar em terço inferior, que não pode ser detectada na incidência PA. Observa-se fios metálicos na região do esterno (radiografia lateral), compatíveis com toracotomia por provável cirurgia cardíaca.



Paciente do sexo masculino, apresentando infiltrado pulmonar em lobo superior do pulmão direito, devido a pneumonia. Na radiografia de perfil observa-se o comprometimento pulmonar limitado pela cisura do lobo médio.

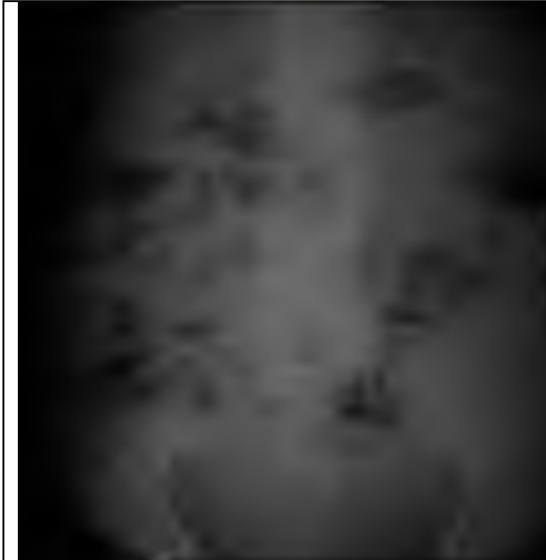


Paciente do sexo masculino, com quadro de abscesso pulmonar localizado em terço médio de hemitórax esquerdo, com a presença de nível hidroaéreo na massa pulmonar. Observa-se também um infiltrado pulmonar em terço inferior do pulmão direito.

EXEMPLO DE EXAMES COM PATOLOGIAS DO ABDOME



Radiografia de abdome em posição de pé, evidenciando níveis hidroaéreos em intestino grosso, com quadro clínico de obstrução intestinal.



Radiografia de abdome em posição deitada, evidenciando hipotransparência acentuada, associado a quadro clínico de ascite.



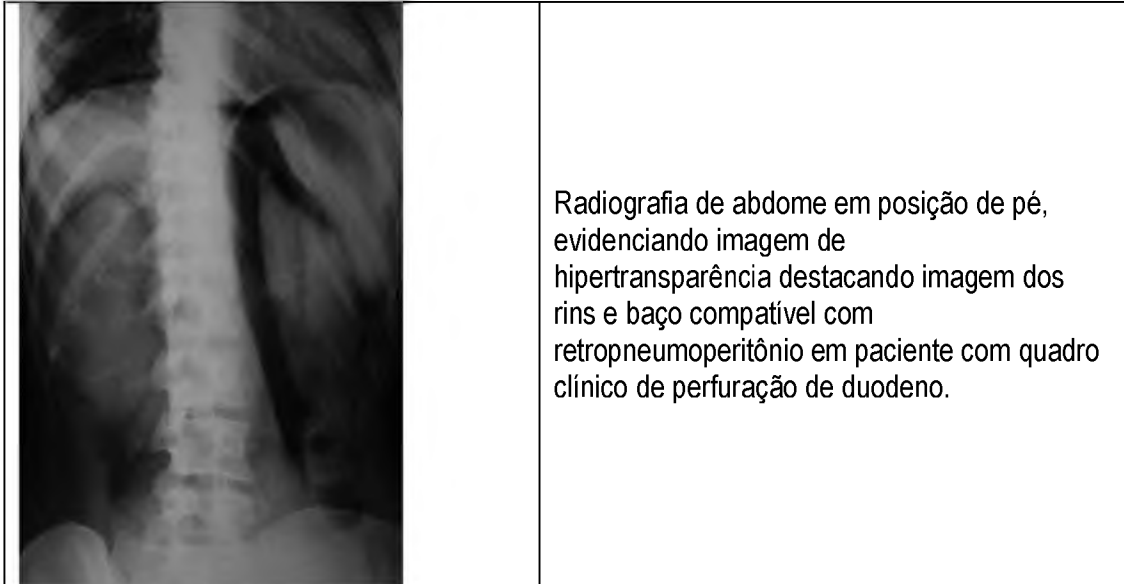
Radiografia de abdome em posição de pé, evidenciando níveis hidroaéreos em intestino grosso, distensão de alças de intestino delgado (sinal de moedas empilhadas), compatível com quadro clínico de distensão abdominal por distúrbio metabólico.



Radiografia de abdome em posição de pé, evidenciando imagem de hipertransparência acentuada em flancos, compatível com pneumoperitônio devido a quadro clínico de perfuração intestinal.



Radiografia de tórax em PA, evidenciando imagem de hipertransparência destacando a cúpula diafragmática esquerda, compatível com pneumoperitônio em paciente com quadro clínico de úlcera péptica perfurada.



ANALGESIA

➤ Considerações Gerais

- ✓ Analgesia é o alívio na percepção da dor sem que haja produção intencional de sedação.
- ✓ Nunca utilizar doses insuficientes de analgésicos devido ao medo de complicações.
- ✓ A dor não tratada pode aumentar a morbidade produzindo arritmias cardíacas ou isquemia miocárdica, pela liberação de catecolaminas.

➤ Conduta

- ✓ Avaliar a gravidade da dor e a resposta do paciente ao tratamento, através de uma escala numérica de zero a dez (sendo zero a ausência de dor e dez a pior dor possível). Um escore inferior a três após a medicação demonstra a eficácia do tratamento.
- ✓ Monitorizar o paciente no mínimo com oxímetro de pulso antes da administração do analgésico.
- ✓ Obter acesso venoso periférico.
- ✓ Dispor sempre de material para assistência ventilatória. Empregar somente a via intravenosa no pré-hospitalar.

MEDICAMENTOS COM AÇÃO ANALGÉSICA

MEDICAMENTO	EFEITOS	DURAÇÃO DOS EFEITOS	INDICAÇÕES	DOSE IV	VANTAGENS	EFEITOS COLATERAIS
TENOXICAM Ampola de 20 mg	Analgesia	4 horas	Dor leve a moderada. Necessidade de efeito anti-Inflamatório. Febre. Associação com outros analgésicos na dor aguda.	20 a 40 mg/dia	Eficaz Baixo custo Fácil disponibilidade	Reações alérgicas Alteração da função plaquetária Insuficiência renal Náusea, Pirose
DIPIRONA Ampola de 1 g	Analgesia	4 horas	Dor leve a moderada. Febre. Associação com outros analgésicos na dor aguda.	1g de 4 em 4 horas	Eficaz Baixo custo Fácil disponibilidade	Reações alérgicas Hipotensão arterial
SULFATO DE MORFINA	Narcótico Analgesia, sedação e Vasodilatação	4 a 5 horas	Isquemia miocárdica. Edema pulmonar cardiogênico. Lesões músculo-esqueléticas.	De 2 a 10 mg	Eficaz Baixo custo Fácil disponibilidade	Hipotensão arterial Bradicardia Depressão respiratória Broncoespasmo Espasmo do esfíncter de Oddi
MEPERIDINA	Narcótico Analgesia e sedação	4 a 5 horas	Dor abdominal com suspeita de pancreatite. IAM com bradycardia.	De 25 a 100 mg (pouco empregada no pré-hospitalar)	Eficaz Baixo custo Fácil disponibilidade	Taquicardia Hipotensão arterial Depressão respiratória Convulsões
TRAMADOL AMPOLA DE 50 mg/ml	Analgesia	4 a 6 horas	Dor moderada a intensa.	50 a 100 mg de 6 em 6 horas	Poucos efeitos colaterais graves	Enjôo, náuseas e vômitos. Taquicardia e sudorese passageiras Não deprime a respiração nem o sistema cardiovascular
ENTANIL Ampola de 50 µg/ml	Analgesia e sedação	1 hora	Realização de procedimentos (intubação, cardioversão).	De 50 a 250 µg	Início rápido de ação causa menos hipotensão	Depressão respiratória Rigidez da musculatura do tronco e mandíbula

VENTILAÇÃO MECÂNICA

 ➤ **Indicações**

- ✓ Distúrbio respiratório grave que não melhora com medidas conservadoras.
- ✓ Distúrbio respiratório associado a choque.
- ✓ Parada cardíaca.
- ✓ Saturação da hemoglobina inferior a 92% mesmo com oxigênio suplementar em pacientes agudos.
- ✓ Frequência respiratória inferior a dez ou superior a quarenta incursões por minuto com volume minuto inadequado.
- ✓ Necessidade de hiperventilar paciente com traumatismo craniano e Glasgow ≤ 8.

➤ **Técnica**

- ✓ Manter assistência ventilatória com suplementação de oxigênio.
- ✓ Monitorizar o paciente com cardioscópio, monitor de pressão arterial não invasiva e oxímetro de pulso.
- ✓ Colher gasometria arterial se possível.
- ✓ Preparar o ventilador.
- ✓ Regular parâmetros.
- ✓ Verificar se o tubo orotraqueal está na posição correta.
- ✓ Anotar distância da extremidade distal do tubo a comissura labial.
- ✓ Fixar o tubo em posição.
- ✓ Verificar condições hemodinâmicas após a intubação.
- ✓ Adaptar paciente ao ventilador de transporte e se possível obter nova gasometria arterial.
- ✓ Escolher o modo assisto-controlado em pacientes sedados. Ajustar ventilação de acordo com saturação.
- ✓ Avaliar a necessidade de sedação e analgesia adicionais.
- ✓ Manter junto à maca em todos os momentos os seguintes equipamentos: monitor multiparâmetro, cilindro de oxigênio com fluxômetro, material de intubação, desfibrilador, medicamentos de parada, sedativos, aspirador elétrico e sondas de aspiração.

AJUSTES DO VENTILADOR MECÂNICO

MODO	CONTROLADO	COMENTÁRIOS
FiO ₂	1,0	Se possível reduzir a FiO ₂ após alguns minutos mantendo a saturação > 92%
VOLUME CORRENTE (VC)	6 a 8 ml/kg	Utilizar volumes mais baixos para pacientes com DPOC ou asma
SENSIBILIDADE	Máxima	Disparo com um mínimo de esforço para não aumentar o trabalho respiratório
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (FR)	8 a 15 irpm para adultos	Pacientes com DPOC necessitam de frequências mais baixas
PEEP	5 cm H ₂ O, aumentar de 3 em 3 cm	Pode ser utilizado em pacientes vítimas de afogamento em insuficiência respiratória e edema pulmonar cardiogênico apresentando hipoxemia refratária.

MONITORIZAÇÃO DA VENTILAÇÃO MECÂNICA

VARIÁVEL	MONITOR	IMPORTÂNCIA
Frequência e ritmo cardíaco	Monitor cardíaco	Adequação da oxigenação
Saturação da Hemoglobina	Oxímetro de pulso	Oxigenação
Volume expirado	Ventilômetro	Aferir o volume expirado
Pico de pressão	Manômetro do ventilador	Cálculo da Complacência, Resistência das vias aéreas
FiO2	Controle do ventilador	Combinada com a Saturação permite avaliar a eficácia da oxigenação
Pressão	Manômetro do ventilador	Calcular a Complacência
Posição do tubo em relação aos lábios	Numeração na lateral do tubo	Risco de intubação seletiva ou extubação
PEEP	Manômetro do ventilador	Manutenção dos níveis de PEEP necessários
Pet CO2	Capnógrafo	Avaliação da ventilação Monitorar a frequência respiratória Detecção de desconexão de circuitos, extubação e obstrução de vias aéreas
Gasometria arterial	Aparelho de gasometria	Avaliação da ventilação e oxigenação. Permite ajustes finos dos parâmetros, quando necessária deve ser feita com intervalos mínimos de 15 minutos, manter se possível, pH sanguíneo normal e a PaO2 acima de 70 mmHg

INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL

➤ Indicações

- ✓ Proteção das vias aéreas (pacientes com Glasgow ≤ 8). Hipoxemia refratária.
- ✓ Parada cardiorespiratória.
- ✓ Necessidade de assistência ventilatória prolongada ou controle da ventilação pulmonar.
- ✓ Condição que pode cursar com obstrução de vias aéreas (anafilaxia, infecções e queimadura de vias aéreas).
- ✓ Fixar bem tubos e cateteres.
- ✓ Abrir cateter gástrico, mantendo-o em sifonagem.
- ✓ Verificar o ventilador de transporte, circuitos e pressão do cilindro de oxigênio.
- ✓ Transportar sempre oxigênio.

- ✓ Calcular uma reserva de oxigênio que permita pelo menos a ventilação durante três vezes o tempo previsto para o transporte.
- ✓ Retirar o circuito do ventilador da embalagem estéril apenas no momento da troca.
- ✓ Avaliar a necessidade de sedação e analgesia adicionais.
- ✓ Adaptar paciente ao ventilador de transporte e se possível obter nova gasometria arterial antes da remoção.
- ✓ Utilizar filtros no circuito do ventilador.
- ✓ Utilizar o sistema de aspiração fechado (trach care) em paciente muito secretivo, necessitando de PEEP em valores elevados (> 10 cm H₂O) e/ ou FiO₂ alta.
- ✓ Verificar as condições do filtro umidificador, trocar se estiver com secreção ou molhado.
- ✓ Conectar o ventilador de transporte durante a fase de teste ao oxigênio de parede.
- ✓ Ajustar o ventilador de acordo com os resultados da gasometria arterial.
- ✓ Transferir o paciente para a maca de transporte da ambulância.
- ✓ Manter o ritmo cardíaco, oximetria e pressão arterial não invasiva continuamente monitorizados.

➤ **Equipamentos**

- ✓ Fixador de tubo.
- ✓ Estetoscópio.
- ✓ Fonte de oxigênio.
- ✓ Aspirador e sondas de aspiração.
- ✓ Conjunto de laringoscópio
- ✓ Tubos oro-traqueais, dispor sempre de tubos com números maiores e menores do que o esperado.
- ✓ Estilete guia.
- ✓ Seringa de 10 mL para Lidocaína
- ✓ Geléia Lidocaína
- ✓ Spray Midazolam Fentanil
- ✓ Cardioversor.
- ✓ Oxímetro.
- ✓ Equipamento para acesso alternativo a via aérea: cricotireoidotomia, máscara laríngea.



Equipamento para intubação orotraqueal

➤ **Técnica**

✓ **Posicionamento do Paciente**

- Posicionar se possível o paciente em decúbito dorsal.
- Posicionar-se atrás da cabeça da vítima.
- Solicitar a auxiliar que estabilize a cabeça e pescoço do paciente nos casos com suspeita de trauma cervical.



➤ **Posição do Farejador**

- Manter o paciente na posição do farejador nos casos sem suspeita de trauma de cervical.
- Efetuar a monitorização com oxímetro de pulso, monitor cardíaco e pressão não invasiva.
- Obter se possível acesso venoso periférico antes do procedimento.
- Sedar o paciente com midazolam 5 a 15 mg por via intravenosa associado se necessário a fentanil na dose de 50 a 150 µg.
- Testar o equipamento a ser utilizado.

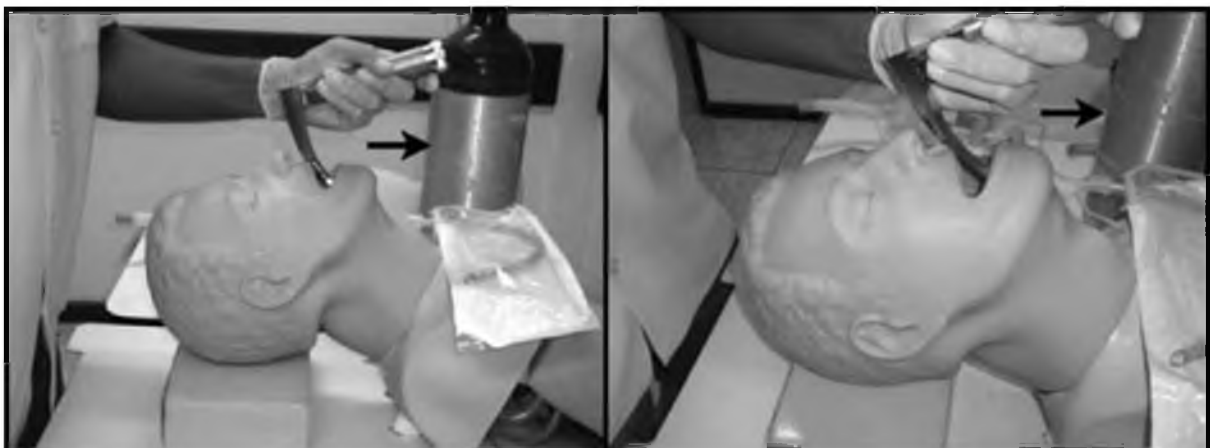
➤ **Pré-oxigenação do Paciente Inconsciente**

Pré-oxigenar artificialmente (com ambu e reservatório) nos casos de inconsciência ou sedação.



➤ **Laringoscopia**

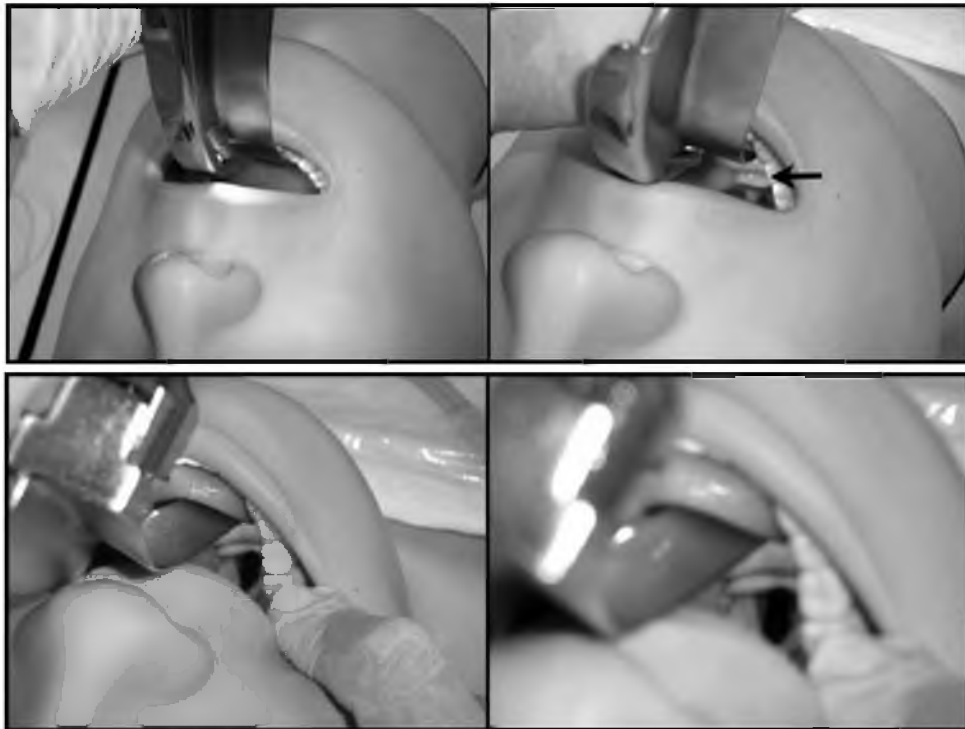
Realizar a laringoscopia de forma tranquila, de preferência na posição do farejador, deslocando a lâmina do laringoscópio em direção caudal com relação ao paciente (seta). Evitar o movimento de bascula com a lâmina pois há o risco de trauma em dentes incisivos superiores.



➤ **Técnica de Introdução da Lâmina do Laringoscópio**

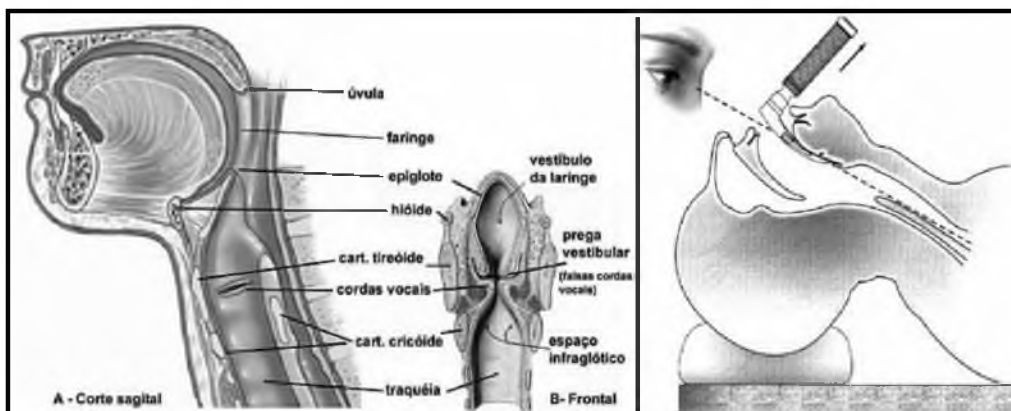
Introduzir a lâmina do laringoscópio acima do lábio inferior, afastando a língua lateralmente para visualizar a epiglote (seta).

337



➤ **Visualização das Cordas Vocais**

Avançar com a lâmina do laringoscópio em direção caudal, deslocar a epiglote para visualizar as cordas vocais.

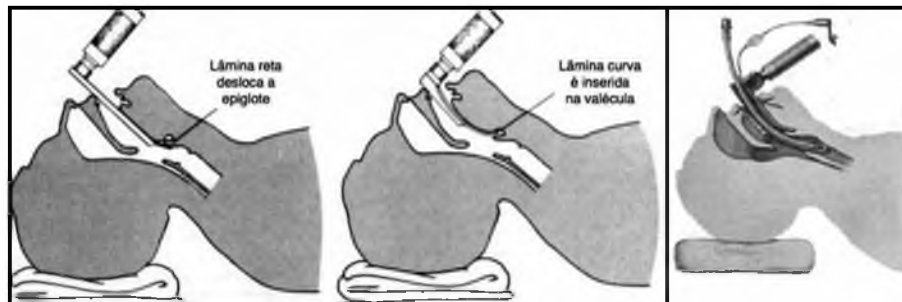


*A epiglote deve ser deslocada para que as cordas vocais sejam bem visualizadas.
O movimento do laringoscópio deve ser realizado em direção superior e caudal.*



➤ **Introdução do Tubo Orotraqueal**

- ✓ Introduzir o estilete guia (mandril) no tubo. Posicionar o tubo orotraqueal para introdução.
- ✓ Escolher entre as lâminas curva ou reta de acordo com sua experiência.
- ✓ Visualizar as estruturas e introduzir o tubo dois centímetros entre as cordas vocais.



*Posicionamento do tubo orotraqueal.
Avançar o tubo orotraqueal até 22 cm (ponto de inserção do balonete).*



Retirada do mandril.



Avaliação do posicionamento do tubo orotraqueal. Verificar a posição do tubo, através de ausculta bilateral do tórax e do epigástrio. Insuflar o balonete com cinco a dez mililitros de ar. Fixar o tubo em posição.

➤ **Lembretes**

- ✓ Observar que a luz da lâmpada do laringoscópio deve estar de cor branca, a luz amarela indica bateria fraca.
- ✓ Ao introduzir o laringoscópio escolher a lâmina com as dimensões adequadas ao paciente. Lembrar que é possível utilizar uma lâmina grande para intubar um paciente pequeno, mas o inverso não é verdadeiro.
- ✓ A manobra não deve durar mais do que trinta segundos.
- ✓ Ventilar o paciente por trinta segundos antes da próxima tentativa no caso de insucesso.

SEQUÊNCIA RÁPIDA DE INTUBAÇÃO (SRI)

➤ **Indicação**

Pacientes que necessitam de acesso as vias aéreas, porém estão combativos ou apresentam risco de elevação da pressão intracraniana.

➤ **Contraindicações**

- ✓ Alternativa disponível.
- ✓ Trauma facial severo que impeça a realização da intubação. Alergias ou impossibilidade de administrar os medicamentos da SRI.

➤ **Técnica**

- ✓ Preparar o material de intubação.
- ✓ Ventilar e oxigenar o paciente.
- ✓ Obter acesso venoso periférico.
- ✓ Monitorizar com oxímetro.
- ✓ Administrar midazolam 0,05 mg/kg por via intravenosa.
- ✓ Realizar a manobra de intubação. Confirmar o posicionamento do tubo.

INTUBAÇÃO NASOTRAQUEAL CEGA

➤ **Indicações**

- ✓ Impossibilidade de posicionar o paciente em decúbito dorsal.
- ✓ Paciente consciente.
- ✓ Impossibilidade de visualização de estruturas anatômicas durante a laringoscopia.
- ✓ Trismo.

➤ **Técnica**

- ✓ Verificar todo equipamento antes do uso, não esquecendo de testar o balonete do tubo.
- ✓ Escolher tubo um número menor que o empregado para intubação orotraqueal.
- ✓ Administrar oxigênio a 100% durante um a três minutos.
- ✓ Dar forma circular ao tubo.
- ✓ Lubrificar o tubo e a narina escolhida com geléia de lidocaína. Introduzir o tubo pela narina.
- ✓ Efetuar gentilmente movimentos de rotação do tubo, caso haja resistência durante a passagem da ponta do tubo pela nasofaringe.
- ✓ Continuar a introdução do tubo enquanto ouve os ruídos respiratórios através da extremidade proximal do tubo.
- ✓ Introduzir o tubo até o momento em que os ruídos respiratórios estiverem mais altos, indicando posicionamento do tubo na abertura glótica.
- ✓ Aguardar o momento de uma inspiração profunda e introduzir o tubo rapidamente.
- ✓ Lembrar que após a intubação bem sucedida o paciente geralmente apresenta tosse.

- ✓ Insuflar o balonete com 5 a 10 mL de ar.
- ✓ Verificar a posição do tubo com ausculta torácica bilateral, epigástrica e capnografia.
- ✓ Fixar o tubo em posição.
- ✓ Contraindicar o procedimento em caso de apneia, fratura de base de crânio e traumatismo grave de face.

CRICOTIREOIDOTOMIA

➤ **Indicações**

Impossibilidade técnica ou contra-indicação a realização dos outros métodos de acesso à via aérea.

➤ **Contra-indicação**

Pacientes com menos de seis anos de idade.

➤ **Complicações**

Hemorragia, falso trajeto e enfisema subcutâneo.

➤ **Equipamento**

- ✓ Cateter sobre agulha número 14.
- ✓ Kit de cricotireoidotomia (agulha, fio guia, dilatadores e cânula).
- ✓ Lâmina de bisturi.
- ✓ Dilatador.
- ✓ Pinça hemostática curva.
- ✓ Oxigênio suplementar.
- ✓ Equipamentos de proteção individual.
- ✓ Oxímetro de pulso.
- ✓ Monitor de ECG.
- ✓ Acesso venoso.
- ✓ Povidine e Anestésico local.

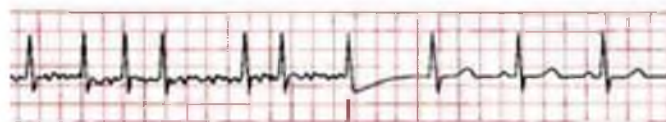
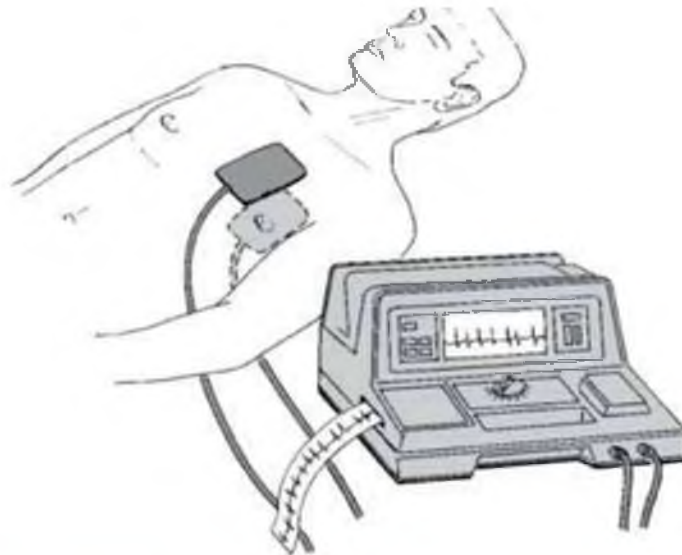
➤ **Técnica de Cricotireoidotomia com Agulha**

- ✓ Preparar a área do procedimento com povidine e infiltrar lidocaína a 2%, caso as condições clínicas do paciente permitam.
- ✓ Abrir o kit de cricotireoidotomia.
- ✓ Efetuar incisão com bisturi na pele, no sentido horizontal de aproximadamente dois centímetros sobre a membrana cricotireóidea.
- ✓ Adaptar a agulha de punção a seringa.
- ✓ Contraindicar o procedimento em caso de apnéia, fratura de base de crânio e traumatismo grave de face.

- ✓ Puncionar a membrana cricotireóidea através do local da incisão até aspiração de ar.
- ✓ Dirigir a agulha no sentido caudal enquanto mantém aspiração contínua.
- ✓ A entrada na laringe é confirmada pela aspiração de ar.
- ✓ Introduzir o fio guia através da agulha.
- ✓ Remover a agulha.
- ✓ Introduzir o conjunto dilatador e cânula.
- ✓ Remover o fio guia e o dilatador deixando a cânula.
- ✓ Verificar o posicionamento.
- ✓ Fixar a cânula.

CARDIOVERSÃO ELÉTRICA

- ✓ Indicada nas taquiarritmias com estabilidade hemodinâmica ou no tratamento eletivo de algumas taquiarritmias.
- ✓ Aplicar oxigênio suplementar.
- ✓ Obter se possível acesso venoso periférico (não deve retardar a cardioversão de emergência).
- ✓ Preparar material de ventilação, acesso as vias aéreas e medicações de reanimação.
- ✓ Monitorizar o paciente com eletrodos autoadesivos, oxímetro de pulso e pressão arterial não invasiva.
- ✓ Ligar o cardioversor.
- ✓ Acionar o modo de choque sincronizado.
- ✓ Observar o surgimento das marcações no traçado e ajustar se necessário o ganho do eletrocardiograma.
- ✓ Regular a energia desejada para o choque.
- ✓ Efetuar sedação e analgesia em pacientes conscientes de acordo com o protocolo.
- ✓ Aplicar pasta condutora nas pás.
- ✓ Posicionar as pás sobre o tórax do paciente. Uma no hemitórax direito ao lado da porção superior do esterno logo abaixo da clavícula direita e a outra na linha axilar anterior lateral ao mamilo esquerdo.
- ✓ Certificar-se que ninguém toca o paciente.
- ✓ Efetuar as descargas com os níveis de energia recomendados no protocolo.
- ✓ Verificar sempre se após cada choque o aparelho não voltou ao modo assincrônico.



Cardioversão elétrica em episódio de fibrilação atrial aguda

MONITORIZAÇÃO COM O OXÍMETRO DE PULSO

➤ **Indicações**

- ✓ Deve ser utilizado em todos os casos, pois é comum o desenvolvimento de hipoxemia não detectada clinicamente.
- ✓ A precisão nas leituras é de aproximadamente 4% em valores de saturação situados entre 95 e 70%.

➤ **Vantagens**

- ✓ Identificação precoce da hipoxemia.
- ✓ Monitorização não invasiva contínua.
- ✓ Tempo de resposta rápida a alterações.
- ✓ Portabilidade.
- ✓ Simplicidade.
- ✓ Maior segurança se houver indicação de curva pletismográfica e alarmes para baixa saturação, taquisfigmia, bradisfigmia, deslocamento do sensor e desaparecimento da captação do pulso.

➤ **Limitações**

- ✓ Leitura incorreta dos níveis de saturação de oxigênio pode ser causada por: vibração, movimentação excessiva do paciente e excesso de luz.

- ✓ A hipotermia com temperaturas corporais menores que 30°C e a vasoconstrição com ou sem hipotensão, produzem um sinal de baixa qualidade.
- ✓ Os oxímetros convencionais não diferenciam a hemoglobina ligada ao monóxido de carbono (carboxihemoglobina) da hemoglobina oxigenada.
- ✓ Em pacientes gravemente anêmicos (Hb < 5 mg/dl) os valores obtidos são menos confiáveis.

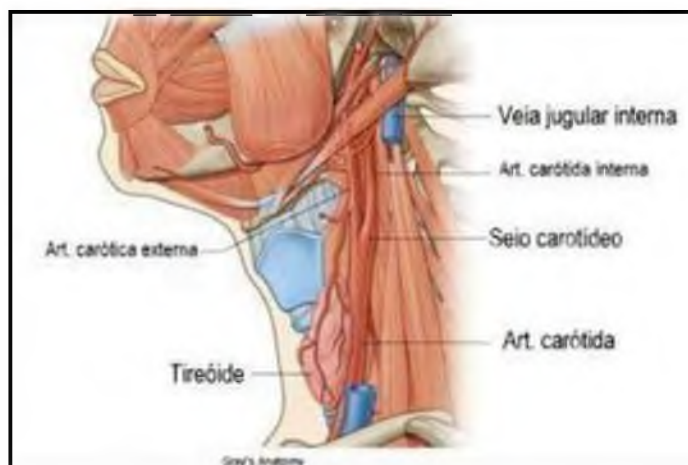
DEFIBRILAÇÃO

- ✓ A desfibrilação imediata é o tratamento de escolha nos casos de fibrilação ou taquicardia ventricular (FV/TV) de curta duração, associado a evento de morte súbita assistida em até 3 minutos.
- ✓ Após 4 minutos de parada cardíaca, a desfibrilação será mais eficaz se as manobras de reanimação cardiopulmonar (RCP) forem iniciadas precocemente.
- ✓ Deverão ser realizados 5 ciclos de compressões torácicas e ventilação (30:2), com duração de cerca de 2 minutos; e, em seguida, deve ser avaliado o ritmo cardíaco.
- ✓ Aplicar pasta condutora nas pás.
- ✓ Na ausência da pasta pode ser utilizada gaze umedecida em solução fisiológica.
- ✓ Monitorar os pacientes com as pás do aparelho.
- ✓ No caso de FV/TV selecionar o nível de energia desejado para adultos, com 360J para aparelhos monofásicos ou 120J ou 200J em bifásicos.
- ✓ Posicionar as pás sobre o tórax do paciente. Uma sobre o hemitórax direito ao lado da porção superior do esterno logo abaixo da clavícula direita e a outra sobre o hemitórax esquerdo na linha axilar anterior lateral ao mamilo.
- ✓ Pressionar as pás sobre a pele para reduzir a impedância.
- ✓ Evitar o contato com o corpo do paciente.
- ✓ Contar em voz alta avisando aos auxiliares o momento do choque. Pressionar os botões de choque.
- ✓ Após o choque repetir manobras de RCP durante 5 ciclos de compressões torácicas e ventilação (30:2).
- ✓ Avaliar o ritmo, se persistir com FV/TV repetir o choque com 360J para aparelhos monofásicos ou 120J ou 200J em bifásicos.
- ✓ Obter acesso venoso periférico.
- ✓ Administrar adrenalina 1 mg IV.
- ✓ Repetir a dose a cada 3 ou 5 minutos.
- ✓ Avaliar o ritmo, se persistir com FV/TV repetir o choque com 360J para aparelhos monofásicos ou 120J ou 200J em bifásicos.

- ✓ Após o choque repetir manobras de RCP durante 5 ciclos de compressões torácicas e ventilação (30:2).
- ✓ Considerar o uso de antiarrítmicos durante as manobras de RCP (antes ou após o choque): amiodarona 300 mg IV em uma dose inicial, podendo ser repetido 150 mg IV em uma dose adicional ou lidocaína com dose inicial de 1 a 1,5 mg/kg, seguido de doses adicionais de 0,5 a 0,75 mg/kg, até o máximo de 3 doses ou 3 mg/kg.
- ✓ Considerar o uso de sulfato de magnésio de 1 a 2 g IV no caso de torsades de pointes.

MASSAGEM DO SEIO CAROTÍDEO PARA REVERSÃO DA TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR PAROXÍSTICA

- ✓ Evitar a realização do procedimento na presença de sopro carotídeo e história de isquemia cerebral.
- ✓ Efetuar pressão e massagem gentilmente sobre o seio carotídeo direito durante dez a vinte segundos.
- ✓ Tentar a manobra no lado esquerdo em caso de insucesso. Massagear sempre um seio carotídeo por vez.
- ✓ Manter o paciente monitorizado, pois pode provocar bradicardia sintomática.
- ✓ Estar preparado para atuar em caso de parada cardíaca ou de bradicardia sintomática.



Anatomia do seio carotídeo.

INSERÇÃO DE CATETER VENOSO CENTRAL

➤ **Indicações**

Impossibilidade de acessar veias periféricas.

➤ **Equipamentos e Materiais**

- ✓ Kit de inserção do cateter.
- ✓ Cateter venoso central estéril, fio guia e agulha de inserção número 18.
- ✓ Seringa, bisturi e dilatadores,
- ✓ Agulhas e seringa para infiltração de anestésico.
- ✓ Gaze estéril.
- ✓ Anestésico local.
- ✓ Luvas estéreis, capote, gorro, máscara e óculos.
- ✓ Povidine.
- ✓ Oxímetro de pulso.
- ✓ Monitor cardíaco.
- ✓ Solução fisiológica e equipo de soro.
- ✓ Equipamento de reanimação.

➤ **Técnica**

- ✓ Posicionar paciente.
- ✓ Aplicar a máscara, gorro e óculos de proteção.
- ✓ Lavar as mãos (remover relógios, anéis e pulseiras).
- ✓ Vestir capote e luvas e luvas estéreis.
- ✓ Definir campo estéril.
- ✓ Identificar referências anatômicas.
- ✓ Abrir o kit e preparar equipamento para o uso.
- ✓ Infiltrar o anestésico.
- ✓ Introduzir a agulha número 18 no sítio escolhido aplicando pressão negativa.
- ✓ Observar se ocorre aspiração de sangue.
- ✓ Retroceder a agulha até a pele caso a veia não seja encontrada, mantendo aspiração contínua.
- ✓ Redirecionar então a ponta da agulha.
- ✓ Imobilizar a agulha com a mão livre, quando a veia tiver sido encontrada.
- ✓ Avançar o guia através da agulha.
- ✓ Lembrar que a resistência encontrada deve ser mínima.
- ✓ Monitorizar o ECG, devido a risco de produção de arritmias.
- ✓ Remover a agulha deixando o fio guia.
- ✓ Empregar a lâmina de bisturi para abrir pequeno orifício na pele.
- ✓ Introduzir o dilatador através do fio guia.
- ✓ Introduzir o cateter através do fio guia.
- ✓ Remover guia e conectar a solução de infusão.
- ✓ Fixar o cateter venoso e aplicar curativo.
- ✓ Obter radiografia de tórax sempre que for possível.

➤ **Acesso Femural**

- ✓ Posicionar paciente em decúbito dorsal.
- ✓ Escolher lado direito ou esquerdo.
- ✓ Ficar ao lado da maca.
- ✓ Localizar a veia que fica 1 a 2 cm medial a artéria femural.
- ✓ Introduzir a agulha 1 a 2 cm abaixo do ligamento inguinal, de 3 a 5 cm.
- ✓ Direcionar a agulha num ângulo de 45 graus em direção cefálica.

➤ **Acesso Jugular Interno**

- ✓ Posicionar o paciente em decúbito dorsal.
- ✓ Ficar a cabeceira do paciente.
- ✓ Girar a cabeça do paciente para o lado oposto ao que vai ser canulado.
- ✓ Preferir sempre que possível o lado direito.
- ✓ Introduzir a agulha em direção caudal, no ápex do triângulo formado entre os feixes medial e lateral do músculo esternocleidomastóide e a clavícula.
- ✓ A profundidade de inserção é de três a cinco cm.
- ✓ Determinar a localização da carótida.
- ✓ Lembrar que a veia é lateral a artéria.
- ✓ Direcionar a agulha em um ângulo de 45 graus, em direção mamilo do lado oposto.

ALGORITMO PARA OBTENÇÃO DE ACESSO VENOSO



5.5. SEPSE

➤ Definição

Sepse (Singer M, 2016) é definida como a disfunção orgânica ameaçadora à vida secundária à resposta desregulada do hospedeiro a uma infecção.

A partir do estudo SPREAD (Machado, 2017), desenvolvido em 2014 pelo Instituto Latino Americano da Sepse (ILAS), estima-se que sejam diagnosticados cerca de 440 mil casos de Sepse por ano no Brasil e que ocorram cerca de 220 mil óbitos ao ano, ou seja uma letalidade próxima 50%.

O ILAS sugere a manutenção dos critérios da síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SRIS) para identificação de possíveis quadros sépticos no atendimento inicial do paciente (Classificação de Risco), porém os critérios de SRIS não são mais requeridos para o diagnóstico de sepse, basta critérios de disfunção orgânica, ao contrário do que sugere a SSC, em usar o qSOFA. Definiu-se pela SSC como disfunção orgânica o aumento em 2 pontos no escore Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) como consequência de infecção, porém diversas críticas foram publicadas em relação a esse critério, pois não foi validado para triagem já que foi desenvolvido para prever mortalidade e por isso é excessivamente específico e pouco sensível. O ILAS sugere que a disfunção orgânica seja considerada se qualquer sinal de lesão orgânica possa ser definida (cardiovascular, respiratória, neurológica, renal, hematológica, gastroenterológica, hepática, endocrinológica e metabólica). A sepse grave deixa de existir segundo o novo consenso (Singer M, 2016). Pelos novos critérios da SSC, define-se choque como a presença de hipotensão com necessidade de vasopressores para manter pressão arterial média ≥ 65 mmHg associada a lactato ≥ 2 mmol/L, após adequada ressuscitação volêmica. O ILAS também se posicionou contrário a necessidade de definir choque séptico associado ao lactato, uma vez que a presença de hiperlactatemia isolada, independente dos níveis, não foi considerada critério de disfunção e, portanto, de sepse, assim como será impossível diagnosticar coque séptico em locais de recursos limitados onde o lactato não estiver disponível.

A hiperlactatemia na Sepse esta relacionada a hipoperfusão tecidual e metabolismo anaeróbio e sempre que disponível deve obrigatoriamente ser solicitado. A lactatemia tem valor prognóstico já bastante fundamentado e pode indicar a gravidade dos casos. Quando seu valor é maior do que duas vezes a referência institucional indica necessidade de intervenções terapêuticas e poderá ser seriado a cada 3 horas para avaliar a resposta e definição de condutas, de fato, nos casos em que há clareamento do lactato há correlação com menor mortalidade.

A hemocultura deverá ser coletada no momento da definição da sepse, devido à necessidade de adaptação da conduta para o antibiótico mais

adequado. Cerca de 30% a 50% dos pacientes têm hemoculturas positivas, portanto é também necessário coletar secreções de outros focos possíveis. Trata-se de uma medida urgente, já que o antibiótico deve ser administrado na primeira hora, após a coleta da hemocultura sempre que possível, não se aconselha atrasar a administração do antimicrobiano para a coleta da hemocultura, nem aguardar momento febril.

A Sepsé poderá ser identificada em qualquer momento do atendimento do paciente, mas preferencialmente no momento da classificação de risco, quando identificados 2 ou mais critérios de Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SRIS), em seguida o caso é encaminhado à um médico para definir se há sinais de um quadro infeccioso e disfunção orgânica, a partir desse momento se define o diagnóstico de sepsé. Se não houver disfunção orgânica o caso poderá ser considerado uma infecção, ou ainda, se for excluído o diagnóstico infeccioso, deverá ser prosseguida investigação de diagnósticos diferenciais.

Uma vez definida a Sepsé, deve-se coletar exames laboratoriais incluindo lactato e hemocultura, iniciar de imediato a terapia antimicrobiana empírica, guiada pelo foco infeccioso provável com antibiótico de amplo espectro e para pacientes hipotensos (PAS < 90mmHg, PAM, <65mmHg ou redução da PAS em 40mmHg da pressão habitual) ou com sinais de hipoperfusão, entre eles níveis de lactato acima de duas vezes o valor de referência (para pacientes com o exame já realizado, internados previamente - hiperlactatemia inicial), deve ser iniciada ressuscitação volêmica com infusão imediata de 30 mL/kg de cristaloides, o mais rápido possível dentro das primeiras 3 horas de atendimento. Sinais de hipoperfusão podem incluir oligúria, presença de livedo, tempo de enchimento capilar lentificado e alteração do nível de consciência.

Testes dinâmicos de responsividade a fluidos, como elevação passiva de membros inferiores devem ser utilizados para avaliar a resposta do paciente a manutenção da reposição volemica ainda além da inicial.

Uso de vasopressores para pacientes que permaneçam com pressão arterial média (PAM) abaixo de 65 (após a infusão de volume inicial), sendo a noradrenalina a droga de primeira escolha. Não se deve tolerar pressões abaixo de 65 mmHg por períodos superiores a 30-40 minutos.

PACOTES DE TRATAMENTO

A) PACOTE DE 3 HORAS

O pacote de tratamento de 3 horas é composto dos seguintes itens:

1. Coleta de exames laboratoriais para a pesquisa de disfunções orgânicas: gasometria e lactato arterial, hemograma completo, creatinina, bilirrubina e coagulograma.
2. Coleta de lactato arterial, que deve ser encaminhado ao laboratório o mais rapidamente possível, a fim de se evitar resultado falsos positivos.

3. Coleta de hemocultura, conforme rotina específica, e culturas de todos os outros sítios pertinentes (aspirado traqueal, líquido, urocultura) antes da administração do antimicrobiano. Caso não seja possível a coleta destes exames antes da primeira dose, a administração de antimicrobianos não deverá ser postergada.
4. Administração de antimicrobianos dentro da primeira hora da identificação da sepse.
 - ✓ Utilizar dose máxima para o foco suspeito ou confirmado, com dose de ataque nos casos pertinentes, sem ajustes para a função renal ou hepática. As doses devem ser plenas visando otimização da redução da carga bacteriana ou fúngica. Embora seja discutível, pode-se manter doses sem ajuste para função renal pelas primeiras 24 horas.
 - ✓ Considerar o uso de diferentes classes de antibióticos, para um mesmo agente, em pacientes com choque séptico.
 - ✓ Utilizar terapia combinada, com duas ou três drogas, quando existir suspeita de infecção por agentes multidroga resistentes.
 - ✓ Restringir o espectro antimicrobiano quando o patógeno for identificado e a sensibilidade conhecida; terapia combinada pode ser de-escalada conforme evidência de resposta clínica ou resolução da infecção.
5. Para pacientes hipotensos (PAS < 90mmHg, PAM < 65mmHg ou redução da PAS em 40mmHg da pressão habitual) ou com sinais de hipoperfusão, entre eles níveis de lactato acima de duas vezes o valor de referência institucional (hiperlactatemia inicial), deve ser iniciada ressuscitação volêmica com infusão imediata de 30 mL/kg de cristalóides. Esse volume deve ser infundido o mais rápido possível dentro das primeiras 3 horas de atendimento. Pacientes cardiopatas podem necessitar redução na velocidade de infusão, conforme a presença ou não de disfunção diastólica ou sistólica. Em caso ter sido optado por não realização de reposição volêmica após avaliação de fluido responsividade, esta decisão deve estar adequadamente registrada no prontuário. Nesses pacientes, o uso de vasopressores para garantir pressão de perfusão adequada eventualmente necessita ser antecipado.

B) PACOTE DE 6 HORAS

O pacote de 6 horas deve ser aplicado para pacientes que se apresentem com hipotensão, hiperlactatemia ou sinais clínicos de hipoperfusão tecidual, sendo composto pelos itens abaixo.

1. Uso de vasopressores para pacientes que permaneçam com pressão arterial média (PAM) abaixo de 65 (após a infusão de volume inicial), sendo a noradrenalina a droga de primeira escolha. Não se deve tolerar pressões abaixo de 65 mmHg por períodos superiores a 30-40 minutos. Por isso,

embora tenha sido colocado dentro do pacote de 6 horas, o vasopressor deve ser iniciado mesmo dentro das 3 primeiras horas nos pacientes em que ele está indicado. Em casos de hipotensão ameaçadora a vida, pode-se iniciar o vasopressor mesmo antes da reposição volêmica. É fundamental garantir pressão de perfusão enquanto se continua a reposição volêmica. Assim, o vasopressor pode ser iniciado mesmo em veia periférica, enquanto se providencia o acesso venoso central.

2. A dobutamina pode ser utilizada quando exista evidência de baixo débito cardíaco ou sinais clínicos de hipoperfusão tecidual, como livedo, oligúria, tempo de enchimento capilar lentificado, baixa saturação venosa central ou lactato aumentado.
3. Nos pacientes com lactato alterado acima de duas vezes o valor de referência, a meta terapêutica é o clareamento do mesmo até os valores normais. Assim, dentro das seis horas após o início do protocolo de sepse, após ressuscitação volêmica adequada, e manejo hemodinâmico apropriado, novas dosagem devem ser solicitadas. O clareamento até a normalização deve ser feito cuidadosamente, sob risco de intervenções terapêuticas desnecessárias, e potencialmente deletérias. A hiperlactatemia residual isolada, sem outros sinais clínicos de hipoperfusão ou má evolução, não necessariamente precisa ser tratada.
4. Reavaliação da continuidade da ressuscitação volêmica, por meio de marcadores do estado volêmico ou de parâmetros perfusionais. As seguintes formas de reavaliação poderão ser consideradas:
 - ✓ elevação passiva de membros inferiores;
 - ✓ qualquer outra forma de avaliação de responsividade a fluídos (melhora da pressão arterial após infusão de fluidos, por exemplo);
 - ✓ mensuração de saturação venosa central;
 - ✓ tempo de enchimento capilar;
 - ✓ presença de livedo; e,
 - ✓ sinais indiretos (por exemplo, melhora do nível de consciência ou presença de diurese).
5. Pacientes com sinais de hipoperfusão e com níveis de hemoglobina abaixo de 7 mg/dL devem receber transfusão o mais rapidamente possível.
6. Pacientes sépticos podem se apresentar hipertensos, principalmente se já portadores de hipertensão arterial sistêmica. Nesses casos, a redução da pós-carga pode ser necessária para o restabelecimento da adequada oferta de oxigênio. Não se devem usar medicações de efeito prolongado, pois esses pacientes podem rapidamente evoluir com hipotensão. Assim, vasodilatadores endovenosos, como nitroglicerina ou nitroprussiatos são as drogas de escolha.

ANTIBIOTICOTERAPIA

Antimicrobianos de amplo espectro são sugeridos para uso empírico conforme o foco infeccioso suspeito e então escalonado conforme a resposta do paciente ou descalonado conforme identificação do agente etiológico em cultura com perfil de sensibilidade definido.

Foco Provável	Antimicrobiano
Sem foco	Ceftriaxona 2g EV 24/24h
Pneumonia	Ceftriaxona 2g EV 24/24h + Claritomicina 500mg EV 12/12h
Infecção urinária	Ceftriaxona 2g EV 24/24h
Foco abdominal	Ciprofloxacino 400mg EV 12/12h + Metronidazol 500mg EV 8/8h
Celulite ou Erisipela	Ceftriaxona 2g EV 24/24h

Orienta-se coletar hemocultura e de outros focos que se julgar necessário antes da administração do antimicrobiano, porém não é indicado atrasar sua administração para a coleta da hemocultura em mais de 45 minutos, portanto sugere-se a organização institucional para disponibilizar a coleta do exame.

VASOPRESSORES

A droga vasoativa indicada primariamente para o tratamento do choque séptico é a noradrenalina, com sobrevida superior à Dopamina e à Adrenalina, salvo se houver necessidade de efeito cronotrópico positivo.

A menor dose eficiente é de 0,01µg/kg/min, sugere-se iniciar em 0,5 µg/kg/min em caso de choque circulatório distributivo e seguir titulando conforme necessário.

Deve-se escolher a diluição mais adequada ao considerar a segurança do paciente, via de acesso e volume administrado, o número de preparações a ser realizado pela equipe de enfermagem e o não desperdício.

A diluição é sugerida conforme segue abaixo, com a concentração por quilo do paciente dada em cada linha em razão da velocidade de administração dada em cada coluna.

SOLUÇÃO DE NORADRENALINA 2 AMPOLAS (2MG/4ML) EM SORO GLICOSADO 5% 92ML

	3mL/h	5mL/h	10mL/h	15mL/h	20mL/h	25mL/h	30mL/h	35mL/h	40mL/h
50 kG	0,08 µg	0,13 µg	0,27 µg	0,40 µg	0,53 µg	0,67 µg	0,80 µg	0,93 µg	1,07 µg
60 kG	0,07 µg	0,11 µg	0,22 µg	0,33 µg	0,44 µg	0,56 µg	0,67 µg	0,78 µg	0,89 µg
70 kG	0,06 µg	0,10 µg	0,19 µg	0,29 µg	0,38 µg	0,48 µg	0,57 µg	0,67 µg	0,76 µg
80 kG	0,05 µg	0,08 µg	0,17 µg	0,25 µg	0,33 µg	0,42 µg	0,50 µg	0,58 µg	0,67 µg
90 kG	0,04 µg	0,07 µg	0,15 µg	0,22 µg	0,30 µg	0,37 µg	0,44 µg	0,52 µg	0,59 µg
100 kG	0,04 µg	0,07 µg	0,13 µg	0,20 µg	0,27 µg	0,33 µg	0,40 µg	0,47 µg	0,53 µg

SOLUÇÃO DE NORADRENALINA 4 AMPOLAS (2MG/4ML) EM SORO GLICOSADO 5% 84 ML

	3mL/h	5mL/h	10mL/h	15mL/h	20mL/h	25mL/h	30mL/h	35mL/h	40mL/h
50 KG	0,08 µg	0,13 µg	0,27 µg	0,40 µg	0,53 µg	0,67 µg	0,80 µg	0,93 µg	1,07 µg
60 KG	0,07 µg	0,11 µg	0,22 µg	0,33 µg	0,44 µg	0,56 µg	0,67 µg	0,78 µg	0,89 µg
70 KG	0,06 µg	0,10 µg	0,19 µg	0,29 µg	0,38 µg	0,48 µg	0,57 µg	0,67 µg	0,76 µg
80 KG	0,05 µg	0,08 µg	0,17 µg	0,25 µg	0,33 µg	0,42 µg	0,50 µg	0,58 µg	0,67 µg
90 KG	0,04 µg	0,07 µg	0,15 µg	0,22 µg	0,30 µg	0,37 µg	0,44 µg	0,52 µg	0,59 µg
100 KG	0,04 µg	0,07 µg	0,13 µg	0,20 µg	0,27 µg	0,33 µg	0,40 µg	0,47 µg	0,53 µg

OUTRAS RECOMENDAÇÕES

A) USO DE CORTICÓIDES

A utilização de corticóides é recomendada somente para pacientes com choque séptico refratário, ou seja, naqueles em que não se consegue manter a pressão arterial alvo, a despeito da ressuscitação volêmica adequada e do uso de vasopressores. A droga recomendada é a hidrocortisona na dose de 200 mg/dia em infusão contínua ou 50 mg a cada 6 horas.

B) VENTILAÇÃO MECÂNICA

A intubação orotraqueal não deve ser postergada, em pacientes sépticos, com insuficiência respiratória aguda e evidências de hipoperfusão tecidual.

Os pacientes que necessitem de ventilação mecânica devem ser mantidos em estratégia de ventilação mecânica protetora, devido ao risco de desenvolvimento de síndrome do desconforto respiratório aguda (SDRA). A estratégia protetora envolve a utilização de baixos volumes correntes (6 mL/kg de peso ideal) e a limitação da pressão de platô abaixo de 30 cmH₂O. A fração inspirada de oxigênio deve ser suficiente para manter uma PaO₂ entre 70 - 90 mmHg. Também deve-se objetivar uma pressão de distensão (driving pressure, pressão de platô - peep) menor que 15 cmH₂O. Para pacientes com diagnóstico de SDRA há menos de 48 horas, com relação PaO₂/FiO₂ menor que 150 e FiO₂ de 60% ou mais, a utilização de posição de prona é recomendada, para unidades que tenham equipe com treinamento na técnica.

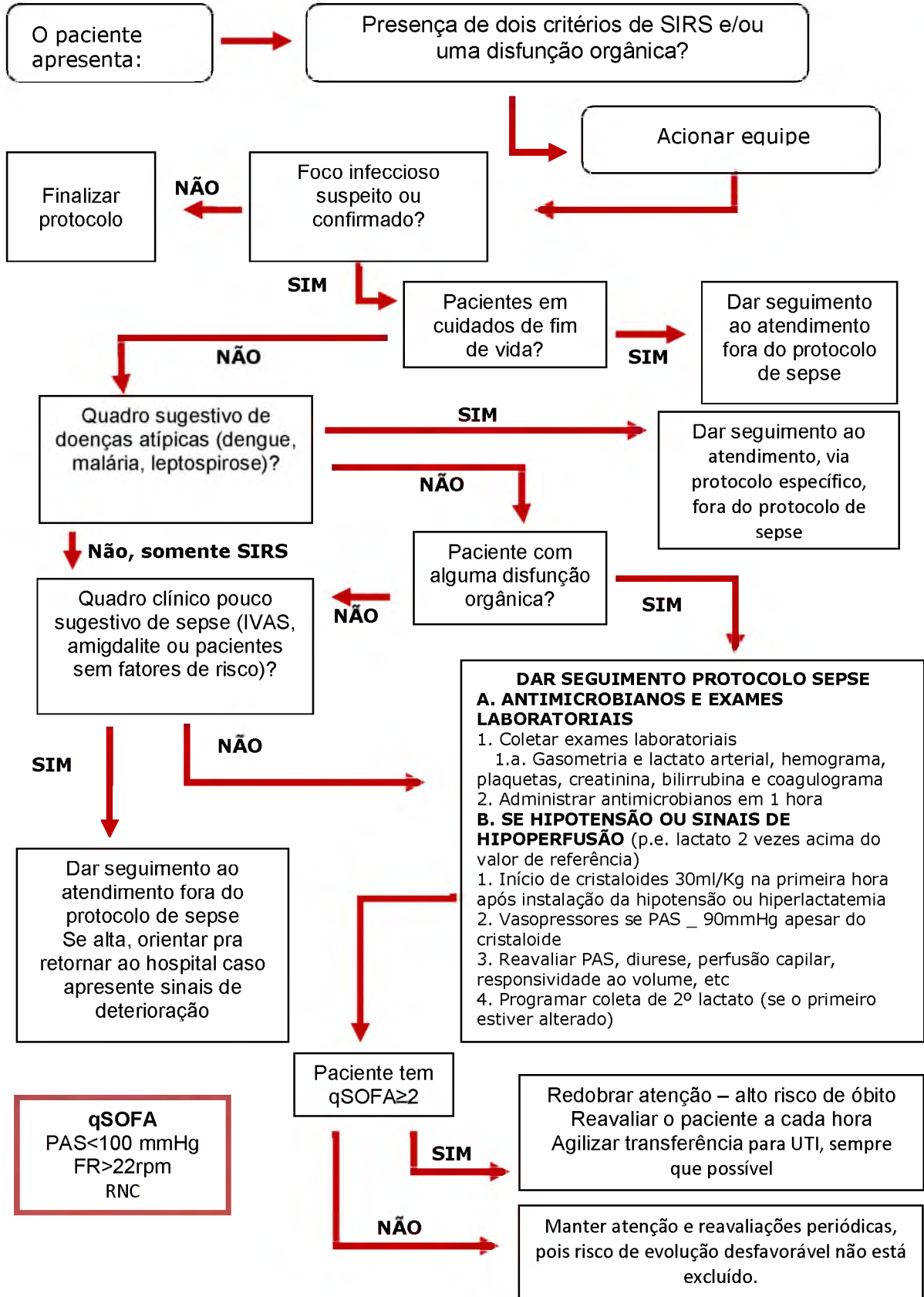
C) BICARBONATO

Não está indicado o uso de bicarbonato nos casos de acidose láctica em pacientes com pH > 7,15, pois o tratamento dessa acidose é o restabelecimento da adequada perfusão. Nos pacientes com pH abaixo desse valor esta terapia pode ser avaliada como medida de salvamento.

D) CONTROLE GLICÊMICO

Pacientes, na fase aguda de sepse, com hiperglicemia secundária a resposta endócrino-metabólica ao trauma, o controle adequado da glicemia é recomendado através da utilização de protocolos específicos, visando uma meta de 80-180 mg/dL, evitando-se episódios de hipoglicemia e variações abruptas.

FLUXOGRAMA DE TRIAGEM PARA PACIENTES COM SUSPEITA DE SEPSE



5.6. CETOACIDOSE DIABÉTICA

A cetoacidose diabética (CAD) e o estado hiperglicêmico hiperosmolar (EHH) são complicações agudas que podem ser fatais. Caracterizam-se por insulinoresistência, associada à elevação de hormônios contra regulatórios (glucagon, GH, cortisol e catecolaminas). A CAD se difere na EHH pelo grau de desidratação, Cetose e acidose metabólica.

FATORES PRECIPITANTES

Uso inadequado de insulina e hipoglicemiantes orais.
Infecção (pneumonia, ITU, gastroenterites).
Pancreatite aguda.
IAM.
AVE.
Drogas: corticosteroides, tiazídicos, simpatomiméticos, cocaína, antipsicóticos).
Cirurgias.
Restrição hídrica (desidratação).
Manifestação inicial do DM.

DIAGNÓSTICO

Manifestações Clínicas	CAD	EHH
Apresentação	Rápida (horas)	Insidiosa (dias a semanas)
Sinais/sintomas comuns	Poliúria, polidipsia, polifagia, perda de peso, fraqueza, dor abdominal e desidratação	
Sinais/sintomas específicos	Respiração de Kussmaul, hálito cetônico, náuseas e vômitos	Alteração do sensorio, podendo manifestar-se por déficits focais e convulsões

EXAMES COMPLEMENTARES

Laboratorial	Glicemia, ureia, creatinina, eletrólitos com ânion gap (na, K, Cl), cetonemia e cetonúria, gasometria arterial, hemograma, urina I, triglicerídeos, amilase
ECG	Rotina, deve avaliar sinais de hipercalemia
Radiografia de tórax	Suspeita de pneumonia
Hb1AC	Útil para prever se hiperglicemia crônica ou descompensação aguda
Culturas	

TRATAMENTO

- ✓ Proteção de vias aéreas e, caso vômitos, indicação de sonda nasogástrica.
- ✓ Aumento de volume circulatório e melhora da perfusão tissular.
- ✓ Redução gradual da hiperglicemia e osmolaridade.
- ✓ Correção dos distúrbios eletrólitos e da Cetose, na CAD.
- ✓ Identificação do fator precipitante.
- ✓ Monitoramento de glicemia capilar a cada hora, e eletrólitos e gasometria a cada 2 horas.

Hidratação (na ausência de comprometimento cardíaco e renal)	SF 0,9% - 15-20 mL/Kg/h ou 1-1,5 L na primeira hora, até hidratação adequada e correção de PA. Manter HC 4-14mL/Kg/h ou 250-500mL se: hiper/eunatrêmicos (NaCl 0,45%). Não exceder 50 mL/Kg nas primeiras 4h em < 20 anos pelo risco de edema cerebral. Quando glicemia < 250 na CAD ou < 300 no EHH: usar SF 0,45% + SG 5%, 100-250 mL/h para manter glicemia 150-200 mg/DI.
Insulinoterapia	Iniciar se K > 3,3 mEq e após início de hidratação. Administrar insulina regular 0,1U/Kg, IV em bolo, seguida de insulina regular 0,1U/Kg em infusão contínua (fazer ajustes se necessário). Quando glicemia < 250 na CAD ou < 300 no EHH: a infusão de insulina deve ser reduzida a 0,05U/Kg/h, além de infusão de SG5%.
Potássio (apenas repor K quando débito urinário > 50 mL/h)	K > 5.mEq/L – não repor. K entre 3,3-5,00 – 1 ampolas de KCl (25 mEq/L) em cada litro de fluido até K entre 4-5 mEq/L. K < 3,3 – não fazer insulina e repor 1 ampola de KCl/h até K > 3,3.
Bicarbonato (NaHCO ₃) 8,4%: 1 mL = 1mEq	pH < 6,9 repor 100 mEq NaHCO ₃ em 400 mL ABD, em 2h. pH entre 6,9-7 - repor 50mEq NaHCO ₃ em 200mL ABD, em 1h. pH > 7 – não repor.

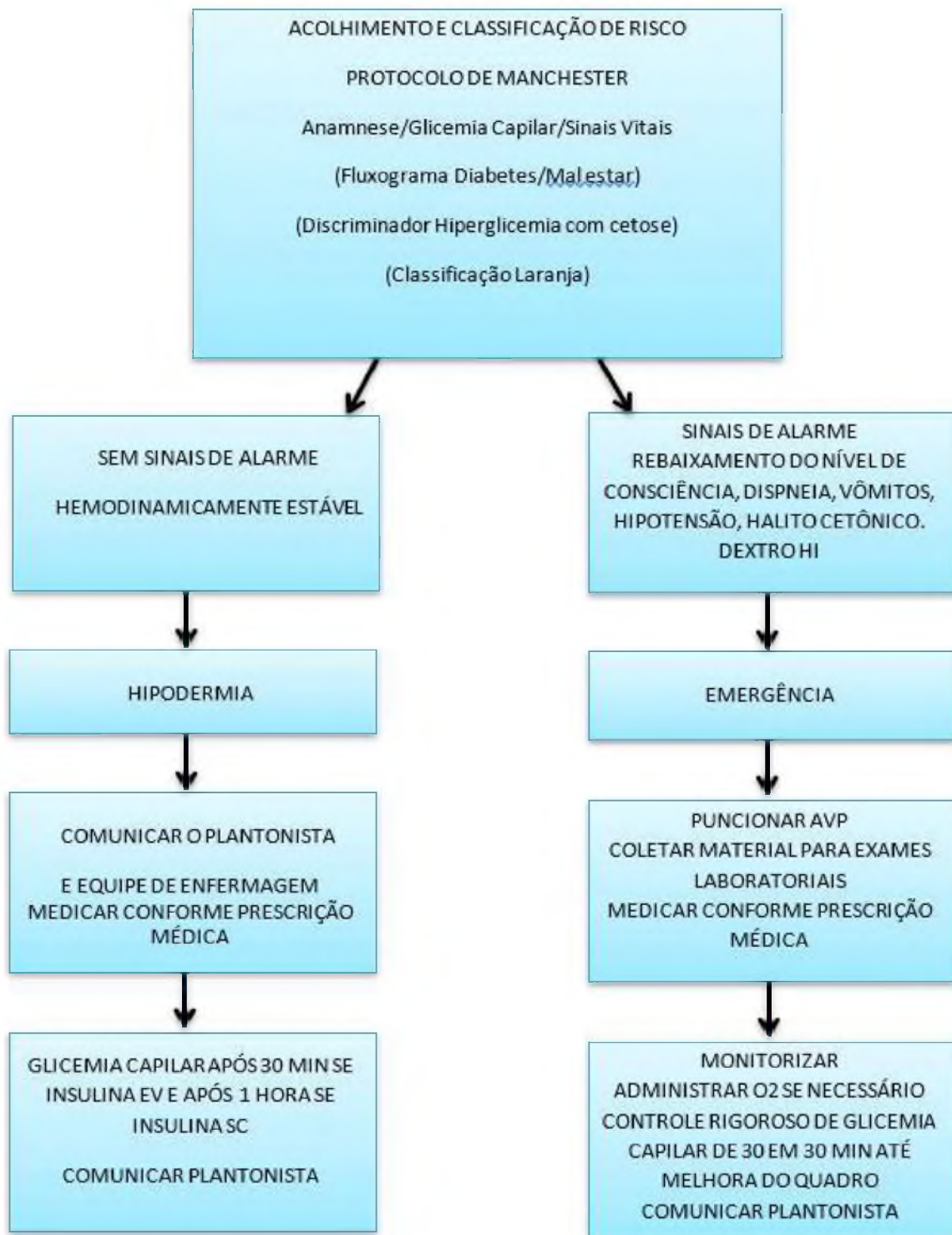
INDICAÇÕES DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

- ✓ Complicações metabólicas agudas e graves do DM.
- ✓ DM recém-diagnosticado em crianças e adolescentes.
- ✓ Descontrole importante do DM que necessite monitoração clínica para que a causa dessa descompensação seja identificada e corrigida.
- ✓ DM na gravidez complicada ou recém diagnosticada.

COMPLICAÇÕES

- ✓ Hipoglicemia (esquema intenso de insulina).
- ✓ Hiperglicemia (interrupção de insulina).
- ✓ Hipocalemia.
- ✓ Hiperclôremia.
- ✓ Edema cerebral (decorrente da brusca correção da osmolaridade).
- ✓ Edema pulmonar não cardiogênico (sobrecarga de volume).
- ✓ Complicações trombóticas.

ATENDIMENTO AO PACIENTE COM HIPERGLICEMIA COM CETOSE



5.7. ITU – INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO

Infecção do trato urinário (ITU) são divididas em: cistites, quando acometem trato urinário inferior (bexiga), e pielonefrites, quando acometem trato urinário superior. Podem ser ainda classificadas em não complicadas: mulheres saudáveis, não grávidas, na pré menopausa, sem história sugestiva de alteração do trato urinário; e complicadas; todas as condições diferentes das citadas acima, com condição de maior risco de falência do tratamento, maior chance de progressão para pielonefrite e urosepse.

Homens adultos são considerados como tendo infecção complicada, pois a maioria ocorre na infância (Devido a presença de malformações do trato urinário), ou nos idosos (devido à obstrução por hiperplasia prostática, principalmente).

Homens adultos têm menos infecções que as mulheres devido ao maior comprimento da uretra, menor colonização da uretra distal e presença de substância antibacterianas secretadas pela próstata.

As ITU são altamente incidentes na população. Estatísticas americanas mostram que 12% das mulheres relatam ITU em um ano e até 50 % relatam pelo menos um episódio até os 32 anos. Os Principais fatores de risco para as ITU não complicadas incluem: relação sexual recente, uso de espermicidas ou diafragma, novo parceiro sexual (no último ano), episódio de ITU, história familiar.

➤ Etiologia

A principal bactéria envolvida é a *Escherichia coli*, sobretudo em casos não complicados e em homens, correspondendo a 75% a 95% dos casos. O restante engloba um grande grupo, sobretudo de bactérias saprófitas que habitam a região perineal: *Enterobacteriaceae* como *Klebsiella pneumoniae*, e Gram Positivos como *Staphylococcus saprophyticus*, *Enterococcus faecalis* e *Streptococcus agalactiae*. A maioria das infecções ocorre pelas vias ascendentes, a partir da colonização da uretra distal. Apenas uma pequena parte é originada por via hematogênica.

➤ Quadro Clínico

- ✓ **Cistite:** disúria com ou sem polaciúria, urgência, dor suprapúbica ou hematúria; pode ser sintoma de uretrite ou vaginites, devendo-se pesquisar sinais como prurido ou dispareunia para avaliar se há infecção genital associada.
- ✓ **Pielonefrites:** Febre, calafrios, dor em Flancos, náuseas e vômitos, com ou sem sintomas cistite. Eventualmente pode aparecer quadro séptico ou insuficiência renal aguda. O sinal de Giordano (dor à punho-percussão da região do ângulo costovertebral, logo abaixo da 12ª costela), é o único contribuinte do exame físico, podendo indicar pielonefrite.

➤ **Diagnóstico**

O Diagnóstico é clínico, devendo-se perguntar sempre sobre possibilidade de gestação, devido ao efeito teratogênico de alguns antibióticos.

O diagnóstico de certeza é feito com a detecção de bactérias em amostra de urina e leucocitúria. Nos casos de cistite, a história clínica é altamente sugestiva, o que permite fazer o diagnóstico e iniciar tratamento sem realização de exames complementares. No entanto, se houver suspeita de pielonefrite ou se tratar de ITU complicada, deve-se sempre realizar exames complementares (urina 1 e urocultura com antibiograma); esses exames também deve ser solicitados quando os sintomas não são característicos, se houver persistência dos sintomas ou recorrência em até 3 meses após o tratamento.

➤ **Exames Complementares**

Urina I (estudo qualitativo de urina, sumário de urina, elementos anormais e sedimentoscopia) e urocultura são fundamentais caso estejam indicados (veja a seguir). Colher sempre o jato médio de urina.

- ✓ **Urina I:** Leucocitúria ocorre em praticamente todos os pacientes com ITU e sua ausência implica fortemente a busca de outro diagnóstico. Presença de nitritos na urina também sugere infecção. Cilindros leucocitários sugerem pielonefrite.
- ✓ **Urocultura:** deve ser colhida antes do início dos antibióticos. O exame é positivo se houver mais de 10^5 unidades formadoras de colônia (UFC) por mL. Em mulheres com sintomas fortemente sugestivos, o exame é positivo a partir de 10^2 UFC/mL. A presença de mais de uma bactéria na urocultura indica que provavelmente ocorreu coleta inadequada e contaminação.
- ✓ **Outros exames complementares:** hemograma, PCR, podendo ser úteis na distinção de ITU de pielonefrite e avaliação da gravidade do quadro.

Observação
Bacteriúria Assintomática
Defina como: presença de bactérias isoladas na urina na ausência de sintomas de ITU e na ausência de sonda vesical.
Para Mulheres o diagnóstico é feito quando há duas amostras de urina de jato médio com mais 10^5 UFC/mL da mesma bactéria e para homens mais 10^5 UFC/mL em apenas uma amostra.
É importante no caso de gestantes, pré-operatório de cirurgias urológicas e pré-operatório de artroplastia de quadril e outros com previsão de sonda vesical após a cirurgia.
Todos os pacientes assintomáticos que não se enquadram nesses perfil, não devem realizar rastreamento ou tratamento para bacteriúria assintomática.
Existem controvérsias quanto a diabéticos, porém há recomendação de não tratar esses pacientes.

TRATAMENTO

	QUADRO CLÍNICO	DIAGNÓSTICO	TRATAMENTO
Bacteriúria Assintomática	Assintomático	> 10 ⁵ UFC em urina de jato médio.	Tratar gestantes, pré-operatório de cirurgias urológicas e ortopédicas (próteses), guiado pelo perfil de sensibilidade
Cistites	Disúria, polaciúria, urgência, dor suprapúbica, hematúria.	Não complicadas: clínico. Complicadas: clínico confirmado com U1 e URC.	Primeira escolha: SMX-TMP, nitrofurantoína. Homem: SMX-TMP ou quinolona. Se URC com antibiograma, tratamento guiado por antibiograma.
Pielonefrites	Febre, calafrios, dor em flancos, náuseas e vômitos com ou sem sintomas de cistite.	Não complicadas e complicadas: Clínico, confirmado com U1 e URC	Primeira escolha: quinolonas. Se internação: quinolona IV ou efalosporina de amplo espectro IV ou aminoglicosídeo.

TRATAMENTO - CISTITES

Tratamento empírico de primeira escolha: nitrofurantoína ou trimetoprim-sulfametoxazol (deve ser a droga de escolha quando a resistência local for menor que 20%). Quinolonas são consideradas como alternativas e reservadas para situações específicas, principalmente devido aos efeitos colaterais. β -lactâmicos (amoxicilina-clavunalato) são medicamentos de segunda linha pelo perfil ruim de sensibilidade e pela gama de efeitos colaterais. Amoxicilina ou ampicilina não devem ser usadas devido à baixa eficácia e ao alto índice de resistência. Se não houver remissão dos sintomas com o tratamento, urina I e urocultura com antibiograma devem ser realizados.

MEDICAÇÕES	POSOLOGIA	TEMPO DE TRATAMENTO
Nitrofurantoína	100 mg 12/12 horas	5 dias
Sulfametaxazol-Trimetopim	800/160mg 1X dia ou 400/80 mg 12/12h	3 dias
Fosfomicina	3 gramas	Dose Única

PIELONEFRITE

Inicialmente faz-se tratamento empírico, até resultado da cultura e antibiograma. A primeira escolha para tratamento ambulatorial são as quinolonas. Pode-se realizar a primeira dose com Ceftriaxone intravenosa e o restante do tratamento via oral. Optar por SMX-TMP se o patógeno for sabidamente sensível. β -lactâmicos são menos eficazes para tratamento de pielonefrite.

No tratamento intra hospitalar o antibiótico de escolha deve ser inicialmente intravenoso (quinolona ou aminoglicosídeo, com ou sem ampicilina) ou cefalosporina ou penicilina de amplo espectro (com ou sem aminoglicosídeo).

A escolha entre esses antimicrobianos deve ser de acordo com o perfil de resistência de cada local, a gravidade do paciente e uroculturas ou histórias de ITU

prévias. O uso de Carbapenêmicos ou associações está restritos para caso de resistência ou gravidade.

MEDICAÇÕES	POSOLOGIA	TEMPO DE TRATAMENTO
Ciprofloxacina	500 mg VO ou 400 mg IV 12/12h	7 dias
Sulfametaxazol-Trimetropim	800/160 mg 12/12h	14 dias
Amicacina	15 mg/kg IM ou IV 1 X ao dia	7 a 14 dias
Ceftriaxone	1 g 12/12h ou 2 g 1x ao dia IM ou IV	7 a 14 dias

ITU EM HOMENS

- ✓ Pacientes com episódios de ITU, sem sinais de gravidade e sem comorbidades devem ter urina I e urocultura colhidas (urocultura positiva quando maior que 10^4 UFC/mL). Cistite pode ser tratada inicialmente de forma empírica com SMX-TMP ou quinolona. Não se deve usar nitrofurantoína e β -lactâmicos. Pielonefrites é tratado da mesma forma que em mulheres.
- ✓ Diagnóstico diferencial prostatite, principalmente se tiver ITU de repetição.

ITU EM GESTANTES

A frequência de bacteriúria assintomática em gestantes é semelhante à de mulheres não gestantes, porém gestantes têm grandes chances de desenvolver pielonefrite, e de restrição de crescimento intrauterino, baixo peso, anemia, hipertensão e prematuridade.

Rastreamento para bacteriúria assintomática deve ser realizado na primeira consulta de pré-natal e repetido do terceiro trimestre. Quando o rastreamento é positivo inicia-se o tratamento guiado pelo antibiograma. O tratamento deve ser realizado por 7 a 14 dias.

MEDICAÇÃO	POSOLOGIA E CONSIDERAÇÕES NA GESTAÇÃO
AMPICILINA	0,5 a 1,0 g - 6/6 h
Nitrofurantoína	100 mg - 6/6 ou 8/8 h
Cefalexina	0,5 a 1,0 g - 6/6 h ou 3,0 g dose única
Amoxicilina	1,5 a 2,0 g ao dia

Nos casos de pielonefrite o tratamento deve ser iniciado por via parenteral até que a paciente se mantenha afebril por 24 a 48 horas. Os antibióticos utilizados são Cefalosporinas (Cefalotina 40 a 100 mg/kg/dia IV ou ceftriaxone 1,0 g de 12/12 horas IV ou IM), aminoglicosídeos (gentamicina 3 a 5 mg/kg/dia IV ou amicacina 1,5 g/dia IV ou IM). Ampicilina tem alto índice de falha. Após remissão da febre por 24 a 48 horas pode-se modificar o tratamento para oral, com cefalexina ou cefuroxima ou ampicilina por período de mais 10 dias. A urocultura

deve ser repetida uma semana após o término do tratamento para confirmar a erradicação do agente.

ITU EM IDOSOS

Em mulheres idosas ITU é a segunda infecção mais comum e nos homens e mulheres institucionalizados ou hospitalizados é a infecção mais prevalente, aumentando a morbidade de forma importante.

ITU em idosos sem alterações anatômicas ou funcionais têm como agentes *Proteus*, *Klebsiella*, *Pseudomonas*, *Enterococcus* e *Staphylococcus* em maior frequência, porém o agente que ainda predomina é *E. coli*. Os antibióticos de escolha são os mesmos para os não idosos, porém deve -se sempre levar em conta as características individuais como alergias, história de disfunção renal e hepática, etc.

O diagnóstico engloba alguns pontos importantes:

- ✓ Colher urina 1 e urocultura sempre que o paciente for institucionalizado, estiver internado ou se houver recorrência de sintomas após o tratamento ou história de ITU recorrente.
- ✓ Quando mulheres independentes, não institucionalizadas pode se realizar tratamento sem exames subsidiários, se não houver sinais de gravidade.
- ✓ Casos de pielonefrite se apresentam sem febre em 20% a 30% dos idosos.
- ✓ Pacientes institucionalizados têm mais manifestações atípicas que o não institucionalizados: alteração do nível de consciência, letargia, fraqueza ou dor abdominal.
- ✓ Ultrassonografia e tomografia computadorizada devem ser realizadas quando há suspeita de pielonefrite complicada, porém recomenda-se que sempre seja realizado algum exame de imagem nas mulheres idosas e em todos os homens.
- ✓ Idosos com pielonefrite podem ser tratados ambulatorialmente, dependendo da gravidade da doença, da possibilidade da Ingesta oral, das condições de moradia, comorbidades e capacidade de seguir o tratamento e procurar assistência médica se não houver melhora.

ITU EM PORTADORES DE SONDA VESICAL

Bacteriúria assintomática nos casos de paciente com sonda vesical de demora é definida como mais de 10^5 UFC/mL de uma ou mais bactéria, em paciente assintomático. ITU ocorre na presença de sintomas de cistite ou pielonefrite e mais 10^3 UFC/mL de uma ou mais bactérias na ausência de outra fonte de infecção. O mesmo critério é válido para pacientes que tiveram a sonda removida há menos 48 horas. Quando for recém colocada, mais de 10^2 UFC/mL permite o diagnóstico.

Quando estiver presente há mais de duas semanas devemos substituí-la para a coleta de amostra de urina. Alguns pontos são importantes nesse grupo:

- ✓ Pacientes com sondas vesical têm maior risco de infecção por agentes como *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus mirabilis*, *Morganella morganii*.
- ✓ Não há recomendações para tratamento de bacteriúria assintomática relacionada à presença de sonda vesical.
- ✓ Se houver sintomas (febre, calafrios, hipotensão, alteração do nível de consciência, dor lombar, mal estar, letargia, desconforto pélvico, hematúria aguda) o tratamento deverá ser realizado de acordo com a urocultura e, se possível, a sonda deve ser removida.
- ✓ Pacientes que respondem bem podem ser tratado por sete dias e os que apresentam resposta lenta por 10 a 14 dias.
- ✓ Ausência de resposta em 72 horas indica necessidade de avaliação de fatores complicadores com exames de imagem.
- ✓ Existem algumas recomendações para diminuir a incidência de bacteriúria relacionada a sondagem vesical: usar somente quando indicado e remover assim que não houver mais indicação, colocação por pessoas treinadas, uso de técnicas assépticas para colocação e manuseio, usar o menor calibre possível (cateterização intermitente, por exemplo).

5.8. IRA - INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA

A respiração consiste no processo fisiológico responsável pelas trocas gasosas entre o organismo e o meio ambiente. O processo envolve a entrada do oxigênio (O₂) e a remoção do gás carbônico (CO₂) do sangue, e depende de um complicado aparato: o aparelho respiratório. Vias aéreas, pulmões, diafragma, caixa torácica, o controle do sistema nervoso central (SNC) e periférico e o aparelho cardiocirculatório, todos interagem para adequar o balanço entre o volume de ar que chega aos alvéolos e o fluxo sanguíneo no capilar pulmonar, de onde resulta a troca gasosa. A desregulação deste processo, traduzida pela incapacidade em manter normal a oferta de O₂ aos tecidos e a remoção de CO₂ dos mesmos, define a insuficiência respiratória.

A insuficiência respiratória aguda é, portanto, uma síndrome caracterizada pelo aparecimento de disfunção súbita de qualquer setor do sistema fisiológico responsável pela troca gasosa.

Do ponto de vista semiológico, o processo de diagnóstico baseia-se no reconhecimento de uma tríade: diagnóstico sindrômico, topográfico e etiológico.

O diagnóstico sindrômico envolve a identificação de sinais e sintomas. Na síndrome de insuficiência respiratória, os sinais e sintomas refletem os efeitos da hipoxemia e/ou da hipercapnia sobre o SNC e o sistema cardiovascular, além daqueles pertinentes à doença responsável pela condição. Têm grande valor em suscitar a suspeita diagnóstica, além de nortear a conduta terapêutica. Entretanto, por serem inespecíficos, não definem o diagnóstico. A confirmação diagnóstica deve ser feita com a análise gasométrica do sangue arterial, que inclui os valores de PaO₂, PaCO₂ e pH, os quais devem ser cuidadosamente interpretados à luz dos achados clínicos. Dessa forma, o encontro de valores de PaO₂ menores do que 60 mmHg ou saturação arterial de hemoglobina menor do que 90% ou queda nos valores de PaO₂ maior ou igual a 10 a 15 mmHg em relação aos valores de base ou valor de pH menor do que 7,30, associado a um valor de PaCO₂ acima de 50 mmHg, são diagnósticos de insuficiência respiratória.

Sinais e Sintomas de Hipoxemia e Hiperapnia

	HIPOXEMIA AGUDA	HIPERCAPNIA
Sistema Nervoso Central	Confusão	Apreensão
	Instabilidade motora	Confusão
	Convulsões/Coma	Torpor/Coma
Efeitos Cardiovasculares	Iniciais: taquicardia, hipotensão	Sinais de vasoconstrição e vasodilatação
	Hipoxemia grave: bradicardia, sinais de baixo débito	
Aparelho Respiratório	Taquipneia	Taquipneia
	Dispneia	Dispneia
	Uso de musculatura acessória	Uso de musculatura acessória

Sobre o diagnóstico topográfico e o etiológico, o entendimento e o reconhecimento do mecanismo fisiopatológico responsável pela hipoxemia e/ou hiperapnia auxilia na sua identificação.

CLASSIFICAÇÃO E FISIOPATOLOGIA

A insuficiência respiratória pode ser classificada, quanto à fisiopatologia, em:

1. Insuficiência respiratória hipoxêmica (tipo I), na qual existe alteração nas trocas gasosas pulmonares na região da barreira alveoloarterial, acarretando hipoxemia.
2. Insuficiência respiratória ventilatória (tipo II), em que existe diminuição da ventilação alveolar e conseqüente hiperapnia.

INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA HIPOXÊMICA (TIPO I)

A insuficiência respiratória hipoxêmica ocorre quando uma determinada alteração das trocas gasosas pulmonares, ou mesmo uma associação destas, é suficiente para causar hipoxemia. A hipoxemia decorre dos seguintes mecanismos:

- ✓ Desequilíbrio da relação ventilação-perfusão (V/Q).

- ✓ Shunt direito-esquerdo.
- ✓ Distúrbios da difusão do O_2 pela barreira alveolocapilar.
- ✓ Hipoventilação alveolar (discutida com a insuficiência respiratória tipo II).
- ✓ Diminuição da pressão venosa de O_2 (PvO_2).
- ✓ Respiração de ar com baixa pressão de O_2 .

A) Desequilíbrio da Relação Ventilação/Perfusão (V/Q)

Desequilíbrio V/Q representa distribuição não coincidente entre a sanguínea capilar e a ventilação nas unidades pulmonares, estando algumas destas unidades recebendo desproporcionalmente alta ventilação (alta V/Q) e outras unidades recebendo desproporcionalmente alta perfusão (baixa V/Q). Nas unidades de baixa relação V/Q, o O_2 alveolar é extraído em alta taxa pelo fluxo sanguíneo capilar, motivo para diminuição da pressão alveolar de O_2 . Ocorre, então, uma mistura "shunt like" entre o sangue pouco oxigenado, proveniente das unidades de baixa V/Q, com o sangue adequadamente oxigenado, das unidades com V/Q normal, situação onhecida como mistura venosa. O resultado é a hipoxemia.

O desequilíbrio V/Q é a principal causa de hipoxemia na insuficiência respiratória aguda, podendo ser o fator determinante ou coadjuvante dela. Pacientes portadores de DPOC, asma, doença intersticial/inflamatória pulmonar, tromboembolismo pulmonar, congestão pulmonar, hipovolemia e hipertensão pulmonar são os que têm maior possibilidade de desenvolver insuficiência respiratória hipoxêmica por desequilíbrio V/Q.

B) Shunt Direito-Esquerdo

A presença de shunt pulmonar direito-esquerdo resulta em hipoxemia porque parte do sangue venoso misto ganha a circulação arterial sem participar de trocas com o gás alveolar. O conteúdo de O_2 no sangue arterial (CaO_2) é, então, determinado pela média ponderal do conteúdo de O_2 do sangue devidamente oxigenado e do sangue desviado. Classicamente, encontra-se hipoxemia existindo aumento da $PaCO_2$ somente nos casos de shunts graves (mais de 50% do débito cardíaco) ou limitação em aumentar a ventilação alveolar.

Pacientes com edema pulmonar cardiogênico, pneumonia ou atelectasia extensa são os mais suscetíveis a desenvolver shunt pulmonar direito-esquerdo.

A inalação de alta fração inspirada de O_2 (FiO_2) não é capaz de corrigir completamente a hipoxemia, pois a porção do sangue desviado permanecerá sem entrar em contato com o gás alveolar enriquecido de O_2 . O encontro deste padrão (pequeno aumento da SaO_2 apesar de alta FiO_2) aponta fortemente para a presença de shunt.

C) Distúrbio da Difusão

O distúrbio da difusão do O_2 pela barreira alveolocapilar é definido como a incapacidade do sangue em se equilibrar completamente com o gás alveolar até o

final de seu trânsito capilar. Ocorre nas seguintes situações: diminuição da área de troca alveolocapilar, por exemplo, enfisema pulmonar, redução do tempo de trânsito capilar, por aumento do débito cardíaco, grande diminuição da PvO_2 e da saturação venosa de O_2 (SvO_2), associadas à redução do débito cardíaco, e espessamento da barreira alveolocapilar, como nos grandes edemas pulmonares.

Existe uma enorme reserva funcional em relação à difusão, de modo que, em geral, em situação de cuidados intensivos, este mecanismo não é isoladamente responsável por hipoxemias graves. A hipoxemia gerada nos distúrbios de difusão é passível de correção com a suplementação de O_2 .

D) Diminuição da PvO_2

A diminuição da PvO_2 e da SvO_2 , principalmente quando associada a outros determinantes de hipoxemia, pode ser responsável pelo aparecimento ou agravamento da hipoxemia. Ocorre diminuição da PvO_2 quando há desequilíbrio entre a oferta e o consumo de O_2 para os tecidos. São exemplos: diminuição da oferta (níveis reduzidos de SaO_2 , hemoglobina ou débito cardíaco) ou aumento do consumo (exercício, sepse, hipertireoidismo).

Este fator contribuinte para hipoxemia pode ser revertido com o aumento da oferta de O_2 para os tecidos ou a diminuição do consumo nos estados patológicos.

CAUSAS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA HIPOXÊMICA (TIPO I)

Distúrbio V/Q	Edema agudo de pulmão
	DPOC/Asma
	Hipertensão pulmonar
	Doenças intersticiais
	Tromboembolismo pulmonar
Shunt	Grandes atelectasias
	Pneumonias lobares
	Edema agudo de pulmão
Distúrbios da Difusão	Enfisema pulmonar
	Aumento do débito cardíaco
	Redução da PvO_2 e SvO_2
	Edema agudo de pulmão
Redução da pV_{O_2}	Redução da SaO_2 , hemoglobina, débito cardíaco
	Sepse, hipertireoidismo, exercício

INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA VENTILATÓRIA (TIPO II)

A insuficiência respiratória ventilatória ocorre quando a ventilação alveolar não pode ser mantida em valores satisfatórios para determinada demanda metabólica, havendo, então, aumento da $PaCO_2$.

CAUSAS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA VENTILATÓRIA (TIPO II)

Depressão do drive respiratório	Acidente Vascular Cerebral - AVC
	Hipertensão intracraniana
	Hiponatremia/Hipocalemia
	Hipoglicemia/Hiperglicemia
	Uso de opióides, benzodiazepínicos, barbitúricos, bloqueadores neuromusculares
Incapacidade do Sistema neuromuscular	Miastenia grave
	Tétano
	Polineuropatia/Síndrome de Guillain-Barré
	Esclerose múltipla
	Bloqueadores neuromusculares
Aumento da carga ventilatória	Cifoesciose
	Derrame pleural volumoso
	Politrauma
	Asma/DPOC
	Estenose traqueal, corpo estranho, edema de glote

A característica gasométrica da insuficiência respiratória tipo II é a elevação da PaCO₂, associada a diminuição da PaO₂, mantendo-se normal, entretanto, a diferença alveoloarterial de O₂ [D (A - a) O₂].

FISIOPATOLOGIA

O SNC (drive respiratório) ativa a musculatura respiratória, levando à insuflação pulmonar. A pressão gerada pela musculatura inspiratória (competência neuromuscular) deve ser suficiente para vencer a elasticidade do pulmão e da parede torácica (carga elástica), assim como a resistência de via aérea (carga resistiva). A Insuficiência respiratória tipo II pode ocorrer por alterações em 3 mecanismos básicos da ventilação, isoladamente ou associados:

1. Depressão do drive respiratório, que pode ocorrer na vigência de doenças do SNC (acidente vascular cerebral, hipertensão intracraniana, meningoencefalites), distúrbios metabólicos (hiponatremia, hipocalemia, hipo ou hiperglicemia), e por efeito de drogas (opióides, benzodiazepínicos, barbitúricos, bloqueadores neuromusculares, anestésicos, intoxicações exógenas).

2. Incapacidade neuromuscular, quando há comprometimento do sistema nervoso periférico, junção neuromuscular ou da musculatura esquelética. Etiologias: uso de bloqueadores neuromusculares, hipomagnesemia, hipocalemia, tétano, polineuropatia, miastenia grave, esclerose múltipla, lesões do neurônio motor inferior, síndrome de Guillain-Barré, distrofia muscular.

3. Aumento da carga ventilatória, ocasionada por distúrbios da caixa torácica, como cifoesciose, derrame pleural volumoso e politrauma, associado ou não a pneumotórax, e por alterações das vias aéreas: asma, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), queda da língua, corpo estranho, estenose traqueal, bócio, tumores, edema de glote, traqueomalácia.

Fatores que podem contribuir para retenção de CO₂ na presença de falência ventilatória:

- ✓ aumento da produção de CO₂.
- ✓ shunt direito-esquerdo.
- ✓ ventilação de espaço morto.

AVALIAÇÃO DE HIPOXEMIA

O primeiro passo para identificar o mecanismo responsável pela hipoxemia envolve a determinação da diferença alveoloarterial de O₂, a D (A - a) O₂, medida indireta do distúrbio V/Q. A D (A - a) O₂ é determinada pela equação do gás alveolar:

$$PaO_2 = PiO_2 - (PaCO_2/RQ)$$

Onde, PAO₂ é a pressão alveolar de O₂, PiO₂, a pressão inspirada de O₂, PaCO₂, a pressão arterial de CO₂, e RQ, o quociente respiratório, definido como a razão entre a produção de CO₂ e o consumo de O₂ (VCO₂/VO₂).

A Pi é uma função da FiO₂, da pressão barométrica (PB) e da pressão parcial do vapor d'água no gás umidificado (PH₂O).

Assim, PiO₂ = FiO₂ x (PB - PH₂O).

Na temperatura corpórea, a PH₂O é 47 mmHg.

Num indivíduo saudável, respirando ar ambiente ao nível do mar, onde FiO₂ = 0,21, PB = 760 mmHg, PaO₂ = 90 mmHg, PaCO₂ = 40 mmHg, e RQ = 0,8, temos:

$$\begin{aligned} PaO_2 &= PiO_2 - (PaCO_2/RQ) \\ &= FiO_2 \times (PB - PH_2O) - (PaCO_2/RQ) \\ &= 0,21 \times (760 - 47) - (40/0,8) \\ &= 100 \text{ mmHg} \end{aligned}$$

Se PaO₂ = 90 mmHg, então a D (A - a) O₂, nesta condição ideal, é 10 mmHg.

A D (A - a) O₂ normal, entretanto, varia com a idade. Tomando como exemplo um paciente em unidade de terapia intensiva (UTI) que tenha mais de 40 anos, respirando ar ambiente, a D (A - a) O₂ pode chegar a 25 mmHg. A FiO₂ também influencia o valor da D (A - a) O₂. Para cada acréscimo em 10% na FiO₂, a D (A - a) O₂ aumenta 5 a 7 mmHg, chegando a 60 mmHg com O₂ puro. A explicação se baseia no conceito de que altas FiO₂ resultam em perda do mecanismo de vasoconstrição hipóxica regional, levando, inadvertidamente, a aumento de fluxo sanguíneo em áreas pouco ventiladas. Isto ocasiona aumento da fração de shunt e conseqüente aumento da D (A - a) O₂. O paciente em UTI, recebendo O₂ suplementar, pode ter, portanto, valores de D (A - a) O₂ bastante elevados.

Depois de corrigir a D (A - a) O₂ para a idade e FiO₂, a interpretação da D (A - a) O₂ é a seguinte:

1. $D(A - a) O_2$ normal: indica a hipoventilação como mecanismo responsável pela hipoxemia. Geralmente, na UTI, as causas mais comuns são depressão do drive respiratório induzida por drogas e fraqueza neuromuscular. Esta última pode ser reconhecida pela medida da pressão inspiratória máxima (P_{imax}).

2. $D(A - a) O_2$ aumentada: indica distúrbio V/Q e/ou desequilíbrio oferta/consumo (DO_2/VO_2) como mecanismos para hipoxemia. Nesta situação, é necessária a medida da PvO_2 (central ou mista) para identificar a presença desse desequilíbrio.

A medida da PvO_2 só se aplica aos pacientes que possuem cateter venoso central ou cateter de artéria pulmonar. Interpreta-se o valor da PvO_2 do seguinte modo:

1. PvO_2 normal: indica que se trata de distúrbio V/Q . PvO_2 maior ou igual a 40 mmHg coloca os pulmões como fonte da hipoxemia.

2. PvO_2 baixa: valores de PvO_2 abaixo de 40 mmHg apontam para existência de desequilíbrio DO_2/VO_2 (baixa DO_2 ou alto VO_2).

AValiação DA HIPERCAPNIA

O nível de CO_2 no sangue arterial ($PaCO_2$) é diretamente proporcional à taxa de produção pelo metabolismo oxidativo (VCO_2) e inversamente proporcional à taxa de eliminação pela ventilação alveolar (VA). Assim, $PaCO_2 = k \times (VCO_2/VA)$, onde k é uma constante de proporcionalidade. A VA se refere à fração do volume expiratório total que não é espaço morto (V_d/V_t), ou seja, $VA = VE \times (1 - V_d/V_t)$. Portanto:

$$PaCO_2 = k \times [VCO_2/VE \times (1 - V_d/V_t)]$$

Esta equação revela três fatores causais para hipercapnia: aumento da produção de CO_2 (VCO_2), hipoventilação (VE) e aumento do espaço morto (V_d/V_t). O aumento da produção de CO_2 é acompanhado por aumento na ventilação minuto, de forma que, normalmente, não resulte em hipercapnia. Na presença de espaço morto, entretanto, pode levar a aumento da $PaCO_2$.

A avaliação diagnóstica da etiologia da hipercapnia segue o mesmo raciocínio utilizado para a hipoxemia. A avaliação começa com o cálculo da $D(A - a) O_2$. O encontro de $D(A - a) O_2$ aumentada indica aumento no espaço morto. $D(A - a) O_2$ normal aponta para presença de hipoventilação alveolar.

1. Produção de CO_2 : em condições normais, a taxa de eliminação de CO_2 é equivalente à VCO_2 e pode ser aferida pela calorimetria indireta. A VCO_2 normal varia de 90 a 130 L/min/m² e corresponde a 80% do VO_2 . O aumento na VCO_2 pode ser causado por hipermetabolismo ou hiperalimentação. Esta última é causa importante de hipercapnia em pacientes com doença pulmonar grave e insuficiência respiratória, especialmente quando em ventilação mecânica (VM), podendo causar atraso no processo de desmame da VM .

2. Hipoventilação alveolar: em UTI, são duas as causas mais comuns de hipoventilação alveolar: depressão respiratória induzida por drogas e fraqueza neuromuscular, ambas já discutidas. A medida da Pimax é o método padrão para avaliar a força da musculatura respiratória. Pode ser aferida quando há esforço inspiratório máximo contra válvula fechada. A Pimax varia com a idade e o sexo. Indivíduos saudáveis apresentam valores de Pimax maiores do que 80 cmH₂O. Desenvolve-se hipercapnia quando o valor da Pimax cai para menos de 40% do normal.

TRATAMENTO DA HIPOXEMIA

A hipoxemia deve ser corrigida prontamente após sua identificação, pois representa grande ameaça ao equilíbrio metabólico celular.

O objetivo da terapêutica com O₂ é aumentar a SaO₂ em níveis acima de 90%. Em situações de emergência, como a reanimação ou grave instabilidade cardiorrespiratória, o O₂ deve ser fornecido numa FiO₂ de 1 (a 100%).

Entretanto, deve-se evitar o uso prolongado de altas FiO₂ (acima de 0,6), pois, além de seus efeitos tóxicos aos pneumócitos pela formação de espécies reativas de O₂, altas FiO₂ levam a denitrogenação alveolar e atelectasia de reabsorção, resultando em piora da relação V/Q.

O uso indiscriminado de O₂ em pacientes sem hipoxemia arterial pode provocar, além dos efeitos descritos, aumento da resistência vascular sistêmica (por vasoconstrição sistêmica) e da pressão arterial com conseqüente redução do DC.

O O₂ pode ser fornecido por meio de vários dispositivos, que podem ser classificados em dois tipos:

1. Sistemas de baixo fluxo: nestes sistemas, tanto o fluxo de O₂ como a capacidade do reservatório são insuficientes para atingir a ventilação total do paciente. Assim, quando a ventilação total excede a capacidade do reservatório, uma quantidade variável de ar ambiente é aspirada de forma direta, sendo a mistura alterada pelo padrão ventilatório, dificultando o controle da FiO₂. Neste sistema utilizamos os cateteres nasais.

2. Sistemas de alto fluxo: o fluxo e o reservatório são suficientes para atender a demanda de ventilação do paciente. Os sistemas utilizados baseiam-se no efeito Venturi, no qual o fluxo rápido de um gás, ao passar por um orifício estreito, gera uma pressão subatmosférica que aspira volumes variáveis de ar ambiente, alterando a mistura inalada. Estes dispositivos (máscaras faciais ou de traqueostomia) possibilitam um ajuste mais preciso da FiO₂, independentemente do padrão ventilatório.

OXIGENIOTERAPIA

Sistema	Fluxo de O ₂ (L/min)	FiO ₂ aproximada
Cateter nasal	1	0,21 a 0,24
	2	0,24 a 0,28
	3	0,28 a 0,34
	4	0,34 a 0,38
	5	0,38 a 0,42

*Para volume corrente de aproximadamente 500 mL e frequência respiratória de 20 ipm.

TRATAMENTO DA HIPERCAPNIA

O tratamento da insuficiência respiratória ventilatória tem por princípio restabelecer o equilíbrio entre a capacidade neuromuscular e a carga ventilatória, otimizando a primeira e reduzindo a segunda.

Modos de otimizar a capacidade neuromuscular:

- ✓ tratamento, quando possível, das doenças neuromusculares (p.ex., miastenia grave);
- ✓ repouso temporário da musculatura respiratória fatigada;
- ✓ treinamento fisioterápico da musculatura inspiratória;
- ✓ nutrição adequada visando à correção de desnutrição prévia e à prevenção de aparecimento de hiperalimentação;
- ✓ equilíbrio hidroeletrólítico, com especial atenção para K⁺, fósforo, Ca²⁺ e Mg²⁺;
- ✓ drogas que podem melhorar o desempenho muscular: xantinas, digital, beta-2-estimulante, dopamina;
- ✓ evitar drogas que possam prejudicar o desempenho: corticoides, relaxantes musculares, aminoglicosídeos;
- ✓ adequar a oferta de O₂ para a musculatura respiratória com o aumento do débito cardíaco (p.ex., dobutamina) e/ou aumento do conteúdo arterial de O₂.

Modos de diminuir a carga respiratória:

- ✓ diminuir o volume minuto necessário por meio da diminuição da VCO₂: dieta pobre em carboidratos, tratar febre, agitação, hipertireoidismo;
- ✓ suporte ventilatório;
- ✓ diminuição da pressão positiva ao final da expiração (PEEP) intrínseca: broncodilatador;
- ✓ diminuição da carga elástica: edema pulmonar, pneumotórax, derrame pleural, distensão abdominal, atelectasia;
- ✓ diminuição da carga resistiva das vias aéreas: clearance de secreção, broncodilatador, obstrução de via aérea superior;
- ✓ melhora da biomecânica respiratória: hiperinsuflação, decúbito.

VENTILAÇÃO MECÂNICA (VM)

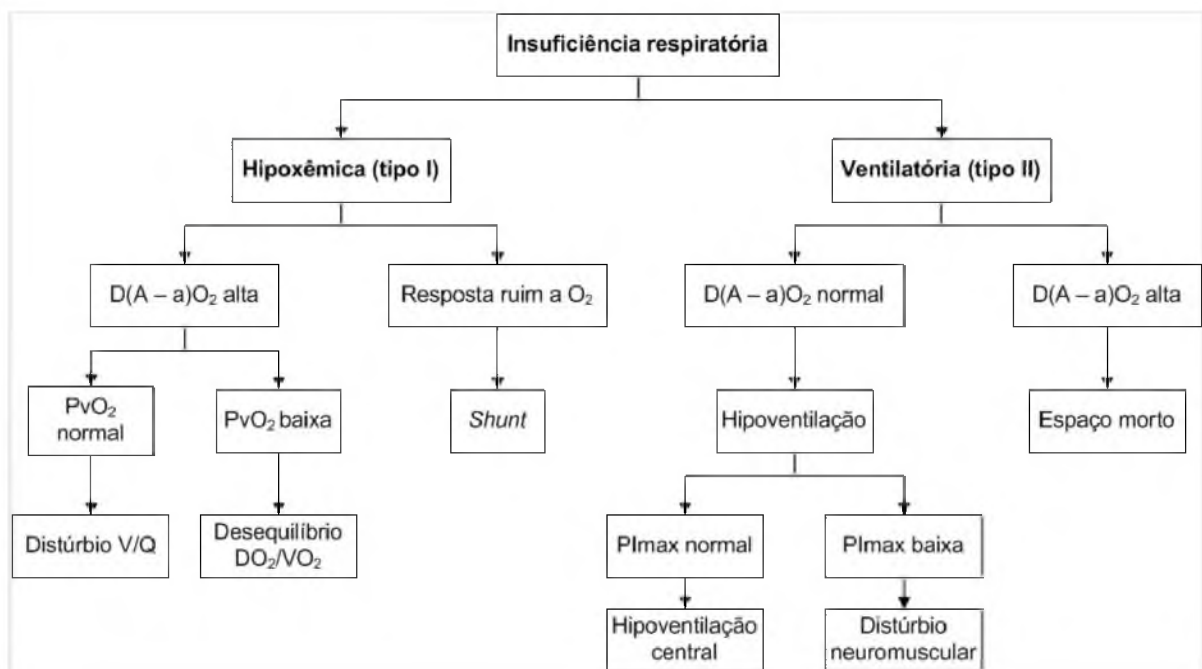
Em situações de urgência/emergência, especialmente quando o risco de morte não permite adequada avaliação da função respiratória, o melhor indicador para a instituição de VM é o quadro clínico do paciente. Pacientes que apresentem dispneia e taquipneia importantes, hipoxemia, acidose ou hipercapnia graves, rebaixamento do nível de consciência ou contra-indicação/falência da VNI devem receber auxílio da VM.

Os objetivos da VM são: reverter a hipoxemia, a fadiga da musculatura respiratória e a acidose respiratória, reduzir o VO_2 e o desconforto respiratório, e permitir terapêuticas específicas para determinadas situações (como a hiperventilação na asma e o emprego de baixos volumes correntes na SDRA).

INDICAÇÕES PARA USO DE VM

Dispneia grave com uso de musculatura acessória e respiração abdominal paradoxal
FR > 35 ipm
Hipoxemia grave ($PaO_2 < 40$ mmHg, relação $PaO_2/FiO_2 < 200$)
Acidose grave ($pH < 7,25$) e hiper-capnia grave ($PaCO_2 > 60$ mmHg)
Parada respiratória
Rebaixamento do nível de consciência/coma
Complicações cardiovasculares
Falência VNI ou contra-indicações

ALGORITMO - DIAGNÓSTICO DO MECANISMO FISIOPATOLÓGICO DA INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA



6. TEMPO DE ESPERA

O Tempo de Espera Para Atendimento Médico dos Pacientes Classificados, conforme já abordado, se dará pela identificação das prioridades dos pacientes sendo o fator determinante para a ordem do atendimento médico. Ele respeitará a forma lúdica descrita na Classificação de Risco, mediante a fixação de adesivo colorido colado no canto superior direito da Ficha de Atendimento, assim como na identificação do paciente, utilizando-se da mesma forma lúdica, ou seja, através de pulseiras, adesivos, fichas ou qualquer outro elemento que possa identificar a Classificação do Risco do paciente, pelo sistema de cores.

Assim sendo, os tempos máximos de espera para cada prioridade, ou seja, para os pacientes classificados, são os seguintes:

- **Vermelho:** tem prioridade 0 → emergência, atendimento imediato e serão encaminhados para Sala de Emergência (Sala Vermelha).
- **Laranja:** tem prioridade 1 → muito urgente, atendimento em no máximo 10 minutos.
- **Amarelo:** tem prioridade 2 → urgente, atendimento em no máximo 120 minutos.
- **Verde:** tem prioridade 3 → pouco urgente, atendimento em no máximo 240 minutos.
- **Azul:** tem prioridade 4 → consultas de baixa complexidade, atendimento de acordo com o horário de chegada e o tempo de espera poderá chegar até 4 horas (no máximo 240 minutos), de acordo com a demanda deste nível de prioridade, ou seja prioridade 4, frente as demandas dos pacientes com prioridade 0, prioridade 1, prioridade 2 e prioridade 3.

7. DESCRIÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES GERENCIAIS (SIG)

O incentivo à ciência e tecnologia, o uso de ferramentas tecnológicas disponíveis, a pesquisa, o desenvolvimento tecnológico através do uso de novas ferramentas de trabalho e o intercâmbio de informações, proporciona um grande aumento no desempenho profissional de todos os setores e departamentos da nossa Instituição, promovendo um significativo aumento da resolutividade, da potencialização, da customização, da otimização e da capacidade operacional instalada, em cada processo de gestão e execução que desenvolvemos.

Com o objetivo de padronizar, potencializar, otimizar, customizar, desenvol-

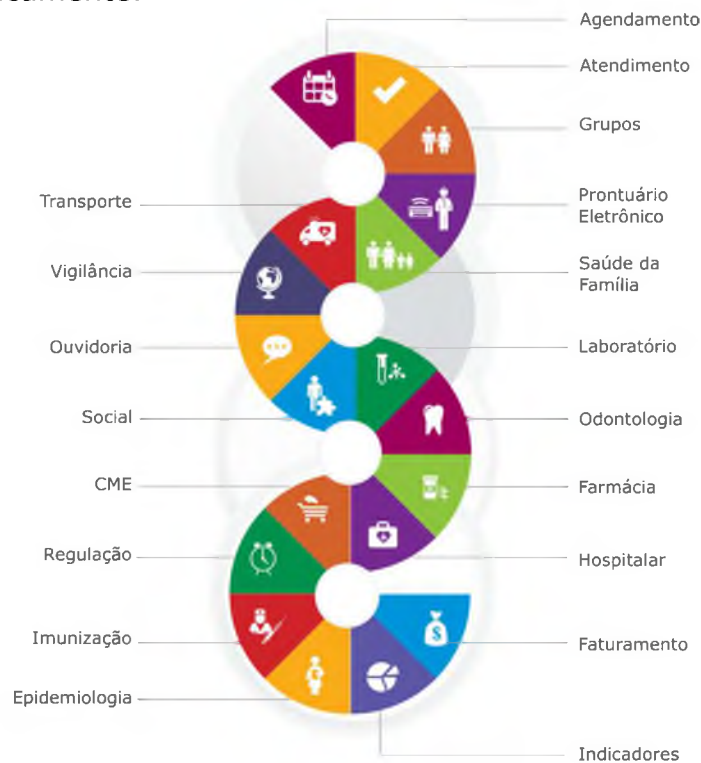
ver, aprimorar, integrar e avaliar as atividades executadas em todos os setores e departamentos de unidades de saúde, das mais às menos complexas, implantaremos um Sistema de Informações Gerenciais – SIG que engloba toda a estrutura de uma unidade saúde, que constituir-se-á num verdadeiro projeto de Tecnologia da Informação – TI. O nosso SIG – Sistema de Informações Gerenciais, atende todos os setores de qualquer equipamento de saúde e foi desenvolvido dentro dos mais altos padrões de qualidade, com a utilização de modernas ferramentas e técnicas de desenvolvimento.

Destaca-se pela compatibilidade com o Cartão SUS, possibilitando de imediato a utilização do banco de dados formado a partir do conjunto de aplicativos do CADSUS e do SCNES, além dos vários níveis de integração entre os diferentes setores do sistema de saúde do município, dentre os quais a utilização do Cartão Nacional de Saúde como instrumento de identificação dos usuários. Contempla todas as necessidades relacionadas à coleta de dados, processamento e produção de informações necessárias à gestão e à gerência dos serviços da saúde municipal.

Diferencia-se, pela estrutura modular e a possibilidade de conversão dos bancos de dados existentes, permitindo a continuidade do histórico dos pacientes e das unidades assistenciais, assim como, a unificação dos diversos cadastros que os pacientes possam ter.

➤ **Módulos Integrados**

As informações coletadas em todos os módulos podem ser compartilhadas entre si automaticamente.



➤ **Atendimento Ambulatorial / Prontuário Eletrônico**

Gerencia o fluxo do atendimento ambulatorial em qualquer equipamento, através de prontuário eletrônico, além de possibilitar a digitação em todos os locais onde qualquer atendimento deva ser registrado. Com as informações imputadas, é gerado um histórico eletrônico do paciente mostrando no atendimento, a unidade assistencial e os profissionais envolvidos. Com isso, fica instituído o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) e a condição de gerar todos os documentos a ele relacionados (carteira de vacinas, gráficos de evolução peso/altura, receitas médicas, solicitações de exames e procedimentos, guias de encaminhamento, etc.), vigentes no SUS, além de possibilitar que os procedimentos anteriores sejam visualizados no momento do novo atendimento, emitido-se o "extrato" do usuário em todas as estações de trabalho. Permite o registro de todos os atendimentos de enfermagem, contendo as seguintes ferramentas:

- ✓ Prontuário eletrônico que atende os seguintes estágios de atendimento: recepção de usuários, triagem/preparo de consultas e atendimento médico conforme estrutura da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.
- ✓ Recepção de usuários pré-agendados com possibilidade de inclusão de usuários de procura espontânea, com seleção da ordem de atendimento.
- ✓ Recepção de usuários por leitura de códigos de barras dos agendamentos.
- ✓ Na recepção de usuários possibilita a utilização de biometria para identificação de usuários.
- ✓ Registro de triagem ou preparo de consultas de cada usuário (peso, altura, pressão arterial, pulsação arterial, frequência respiratória, cintura, quadril, perímetro cefálico, glicemia capilar, saturação) durante a pré-consulta.
- ✓ Registro dos procedimentos realizados pela triagem de consultas.
- ✓ Informa a saída do atendimento com informação de encaminhamentos quando os usuários que não necessitam atendimento médico.
- ✓ Possibilita a impressão da Ficha de Atendimento – FA, Declaração de NComparecimento e Guias de Referência e Contra-referência.
- ✓ Calcula automaticamente o IMC – Índice de Massa Corpórea, ICQ – Índice de Cintura/Quadril, estado nutricional para criança, adolescente, adulto e idoso conforme idade do usuário.
- ✓ Possibilita a configuração de obrigatoriedade de preenchimento de peso, altura e pressão arterial conforme ciclo de vida dos usuários (criança, adolescente, adulto e idoso) conforme definido em cada local de atendimento.
- ✓ Possibilita avaliação de risco com avaliação de dor, classificação de risco (Protocolo de Manchester) e Escala de Glasgow.
- ✓ Possibilita informar protocolo e ocorrências classificando automaticamente o risco.
- ✓ Identifica os pacientes através da respectiva cor, ordenando o atendimento

conforme a classificação de risco e o tempo de espera.

- ✓ Possui o registro de atendimentos médicos complementando a triagem/preparo de consulta do usuário com informações de anamnese, queixas, exame físico, histórico clínico, procedimentos realizados pelo médico, prescrições de medicamentos, requisições de exames, prescrição oftalmológica, diagnósticos e encaminhamentos.
- ✓ Lista os usuários previamente triados identificando respectiva cor e ordenando conforme a Classificação de Risco e tempo de espera.
- ✓ Possibilita o encaminhamento de usuários para observação ou internação.
- ✓ Identifica automaticamente os usuários já atendidos pela triagem/preparo de consulta que aguardam pelo atendimento médico.
- ✓ Possibilita o preenchimento do registro de atendimento médico com todas as informações dispostas em ficha contínua.
- ✓ Disponibiliza atalho para acesso e posicionamento direto por funcionalidade da ficha de atendimento.
- ✓ Emite receita de medicamentos, atestado médico, declaração de comparecimento, orientações, requisição de exames e guia de referência e contra referência.
- ✓ Possibilita ao médico acesso completo aos atendimentos anteriores do usuário por ordem cronológica de data.
- ✓ Possibilita a visualização dos documentos digitalizados para cada usuário atendido.
- ✓ Possibilita o encaminhamento automático do usuário atendido para retirada de medicamentos prescritos.
- ✓ Possibilita o registro de atendimentos de enfermagem informando orientações a usuários pela metodologia CIPESC – Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva.
- ✓ Possibilita que no momento da prescrição do médico, seja possível identificar medicamentos de uso contínuo, via de administração e se o medicamento está disponível no estoque da farmácia da unidade.
- ✓ Possibilita que seja pesquisado pelo nome comercial dos medicamentos.
- ✓ Emite receituário de medicamentos separadamente para medicamentos existentes em estoque, para medicamentos controlados (por categoria) e demais medicamentos.
- ✓ Permite a repetição de um mesmo medicamento na mesma receita possibilitando informar posologias e quantidades distintas.
- ✓ Possibilita repetir prescrições de medicamentos no mesmo atendimento informando novas composições e quantidades para os medicamentos.
- ✓ Emite receituário de prescrição oftalmológica.
- ✓ Possibilita no atendimento médico encaminhar o usuário para internação ambulatorial com informação de acompanhamento e alta do usuário.

- ✓ Possibilita no atendimento médico, encaminhar o usuário para atendimento psicossocial preenchendo e imprimindo a solicitação de atendimentos RAAS – Atendimento Psicossocial.
- ✓ Possibilita registrar informações clínicas (alergias, doenças) dos usuários.
- ✓ No momento do atendimento de consulta, atendimento odontológico, internação, aplicação de vacinas possibilita automaticamente visualizações das informações cadastradas para o usuário.
- ✓ Possibilita a restrição da visualização no prontuário de atendimentos realizados em unidades de saúde definidas.
- ✓ Gera processos de notificação quando ocorrer CIDs de notificação obrigatória para investigação dos casos.
- ✓ Possibilita a certificação digital das informações de cada atendimento por prontuário eletrônico através de assinatura digital do profissional por dispositivo token, em conformidade com o Padrão ICP – Brasil para autenticação das assinaturas digitais.
- ✓ Possibilita a assinatura digital individualmente ao término do atendimento ou por lote ao término de um período de trabalho.
- ✓ Possibilita o armazenamento dos atendimentos por prontuário eletrônico em banco de dados fisicamente separado, garantido a segurança e preservação das informações.
- ✓ Possibilita o registro das informações completas de atendimentos de consultas médicas realizados em atendimentos não informatizados.
- ✓ Possibilita restringir os operadores concedendo acesso para registro dos atendimentos conforme profissional e período.
- ✓ Possibilita a digitação de atendimentos realizados pelas unidades de saúde com atendimento não informatizado incluindo os procedimentos realizados.
- ✓ Possibilita a digitação de procedimentos simplificados realizados por setores especializados (inalação, enfermagem).
- ✓ Verifica pendências de vacinas ao realizar atendimento de usuários apresentando informações de vacinas, dosagens, data prevista ou quantidade de dias em atraso.
- ✓ Possibilita registrar notificação de agravo a saúde do trabalhador quando identificado a ocorrência durante a triagem ou preparo de consultas, atendimento de consultas ou atendimentos de enfermagem.
- ✓ Possibilita estimar a quantidade mensal de procedimentos a serem realizados em cada unidade de saúde.
- ✓ Emite relatório comparando a estimativa com o realizado em cada procedimento, emitindo percentual atingido da programação.
- ✓ Possibilita a configuração de modelos de receituários de medicamentos distintos para cada médico.
- ✓ Possibilita mesmo com queda da conectividade, registros da lista de pacien-

- tes recepcionados na unidade e impressão de ficha de atendimento.
- ✓ No retorno da conectividade possibilita a sincronização das recepções realizadas desconectadas.
 - ✓ Possibilita o registro de atividades coletivas informando data, duração, população, profissionais, procedimentos realizados e usuários atendidos.
 - ✓ Possibilita o controle de solicitações de atendimento RAAS-AD Atenção Domiciliar identificando usuário, unidade de saúde, origem, CID e destino.
 - ✓ Possibilita a impressão do formulário de registro da atenção domiciliar.
 - ✓ Possibilita registrar atendimentos de RAAS-AD Atenção Domiciliar informando data, horário, profissional, especialidade, procedimentos, CID, equipe.
 - ✓ Possibilita a impressão do formulário de registro da atenção domiciliar listando os procedimentos realizados.
 - ✓ Possibilita a consulta de histórico de RAAS-AD Atenção Domiciliar por usuário, unidade de saúde, período e situação apresentando informações das solicitações e atendimentos.
 - ✓ Possibilita o controle de solicitações de atendimento RAAS-PSI Psicossocial identificando usuário, situação de rua e uso de álcool ou drogas, unidade de saúde, origem, CID e destino.
 - ✓ Possibilita a impressão do formulário da atenção psicossocial no CAPS.
 - ✓ Possibilita o registro de atendimentos de RAAS-PSI Psicossocial informando data, horário, profissional, especialidade, procedimentos, CID, local da realização.
 - ✓ Possibilita a impressão do formulário da atenção psicossocial no CAPS listando os procedimentos realizados.
 - ✓ Possibilita a consulta de histórico de RAAS-PSI Psicossocial por usuário, unidade de saúde, período e situação apresentando informações das solicitações e atendimentos.
 - ✓ Possibilita o controle de Tetos Financeiros de PPI - Programação Pactuada e Integrada sobre procedimentos realizados nos atendimentos ambulatoriais e internações.
 - ✓ Possibilita definir grupos de procedimentos.
 - ✓ Emite relatórios por valor ou quantidade comparando tetos e procedimentos ambulatoriais e hospitalares realizados.
 - ✓ Emite relatório dos atendimentos constando diagnósticos, procedimentos realizados, prescrições de medicamentos, encaminhamentos, requisição de procedimentos, prescrições oftalmológicas, possibilitando detalhamento das informações de cada ficha de atendimento.
 - ✓ Possibilita totalizar atendimentos realizados por profissional, especialidade, unidade de saúde, motivo da consulta, município do usuário, bairro, faixa etária.
 - ✓ Emite Relatório de CIDs de Notificação diagnosticadas, detalhando os acom-

panhamentos e ações realizadas.

- ✓ Emite relatório de tempo gasto nas etapas de atendimento (recepção, triagem e atendimento médico), tempo de espera entre cada etapa, média de tempo gasto no atendimento de cada etapa.
- ✓ Possibilita totalizações por unidade de saúde, setor de atendimento, profissional e especialidade.
- ✓ Emite relatórios de solicitações de RAAS – Atenção Domiciliar e RAAS – Psicossocial com totalizações por unidade de saúde, usuário, sexo, faixa etária, município.
- ✓ Emite relatórios de atendimentos de RAAS – Atenção Domiciliar e RAAS – Psicossocial com totalizações por unidade de saúde, usuário, sexo, faixa etária, município, profissional, procedimento, classificação de serviço.
- ✓ Emite relatórios comparativos de:
 - atendimentos realizados em anos e meses anteriores, com percentual de aumento ou diminuição nos atendimentos realizados em cada período;
 - CIDs diagnosticadas em anos e meses anteriores, com percentual de aumento ou diminuição nas CIDs diagnosticadas em cada período, e;
 - encaminhamentos realizados em anos e meses anteriores, com percentual de aumento/diminuição nos encaminhamentos realizados em cada período.
- ✓ Gera gráficos de:
 - unidades de saúde, profissionais, especialidades, bairro, faixa etária, com maiores quantidades de atendimentos realizados, e;
 - unidades de saúde, profissionais, especialidades, bairro, faixa etária, com maiores quantidades de diagnósticos, procedimentos realizados, encaminhamentos, procedimentos solicitados.

➤ **Estoque (Farmácias e Almoxarifado)**

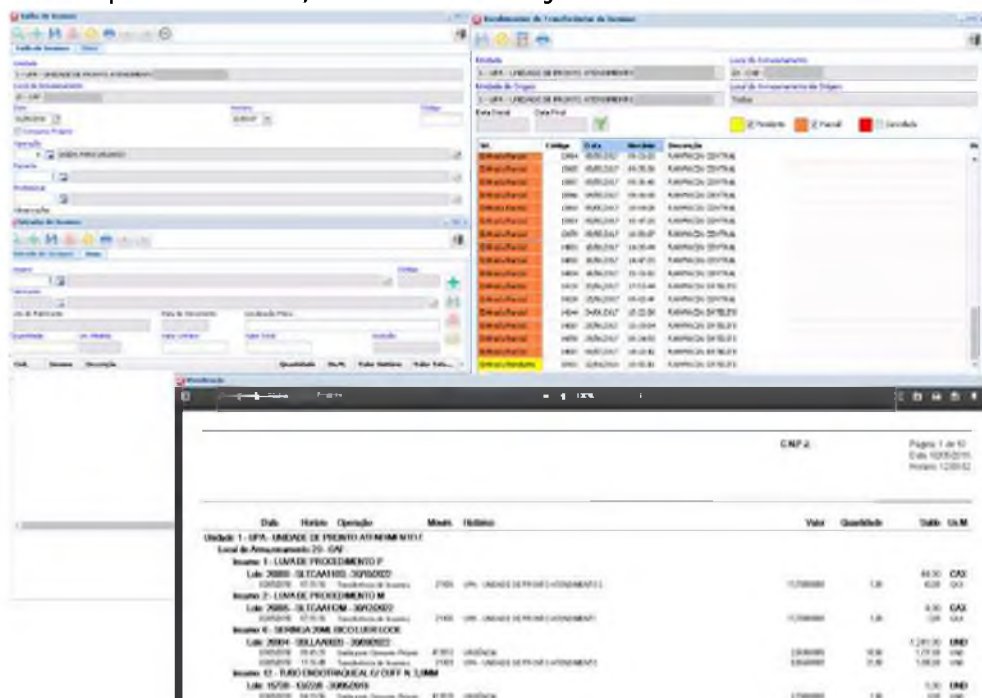
Gerencia todos os depósitos e fornecimento de materiais e medicamentos do Município, registrando as entradas (Compras, Transferências, Ajustes de Entrada e Fracionamento) e saídas (Dispensação, Perdas, Consumo Próprio, Transferências por Kits, unitário e utilizando Bolsão de Medicamentos) de Estoque, controlando os medicamentos por etiquetas de código de barras gerada com lote, data de validade e medicamentos, onde será realizada a dispensação utilizando a leitura da mesma, além de oferecer as seguintes opções:

- ✓ Permite o controle de estoque em diversos locais de estoque nas unidades de saúde (farmácias, almoxarifados, etc.).
- ✓ Possibilita o controle de estoque de medicamentos, materiais de limpeza, insumos, por lote do fabricante, data de vencimento ou quantidade.
- ✓ Controla medicamentos em conformidade com a Portaria 344 da ANVISA.
- ✓ Emite relatórios definidos pela Vigilância Sanitária: BMPO – Balanço de Medicamentos Psicoativos e Outros, sujeitos a controle especial trimestral e

- anual, no livro de registro de substâncias.
- ✓ Permite a movimentação de entrada e saída com fracionamento da unidade de medida principal.
 - ✓ Permite a classificação dos medicamentos por grupos e princípio ativo.
 - ✓ Possibilita o cálculo do custo dos medicamentos por custo médio ou última compra.
 - ✓ Gera custo dos medicamentos nos fornecimentos para usuários ou consumo próprio das unidades de saúde.
 - ✓ Sugere a compra e requisição de medicamentos a partir dos estoques mínimo e ideal definidos para cada local de estoque.
 - ✓ Gera pedidos de compra e requisição dos medicamentos.
 - ✓ Estima o consumo dos medicamentos com base na demanda alertando quanto à possibilidade de vencimento dos medicamentos.
 - ✓ Possibilita a digitação dos pedidos de compra de medicamentos.
 - ✓ Controla a situação, previsão de entrega e saldos dos pedidos.
 - ✓ Possibilita a impressão de guia de pedido de compra.
 - ✓ Possibilita a exportação de arquivo com informações do pedido para integração com sistema próprio.
 - ✓ Possibilita a requisição de medicamentos para os locais de estoque visualizando o saldo no local de destino, mostrando previsão de entrega dos medicamentos em pedidos pendentes.
 - ✓ Possibilita a impressão de guia de requisição.
 - ✓ Permite a entrada de medicamentos por compras, doações ou transferências informando a localização no estoque.
 - ✓ Permite a importação dos itens dos pedidos de compra.
 - ✓ Possibilita informar os fabricantes dos medicamentos.
 - ✓ Possibilita a impressão de etiquetas para código de barras dos lotes dos insumos.
 - ✓ Possibilita a impressão de guia de entrada.
 - ✓ Permite as saídas de medicamentos para consumo próprio da unidade de saúde ou para usuários.
 - ✓ Possibilita a identificação do insumo e lote através da leitura de código de barras.
 - ✓ Importa automaticamente as prescrições de medicamentos realizadas nos atendimentos médicos e odontológicos.
 - ✓ Possibilita definir o período considerado para importação.
 - ✓ Ao fornecer medicamentos controlados solicitar data e número da receita.
 - ✓ Alerta quando o medicamento já foi fornecido ao usuário no mesmo dia em qualquer outra unidade de saúde.
 - ✓ Informa o consumo diário para medicamentos de uso contínuo e controle especial.

- ✓ Alerta no fornecimento de insumos quando saldo abaixo do estoque mínimo.
- ✓ Possibilita a impressão de guia de saída.
- ✓ Possibilita a transferência de medicamentos para os locais de estoque, gerando automaticamente a entrada na unidade de destino.
- ✓ Possibilita a identificação do insumo e lote através da leitura de código de barras.
- ✓ Alerta na transferência de insumos quando saldo abaixo do estoque mínimo.
- ✓ Possibilita a impressão de guia de transferência.
- ✓ Possibilita a geração de arquivo magnético com todas as informações da transferência para importação no local de estoque de destino.
- ✓ Possibilita a visualização de requisições de medicamentos de outras locais de estoque, mostrando o saldo disponível, o saldo do solicitante, calculando o consumo médio do solicitante.
- ✓ Permite o fornecimento parcial dos medicamentos solicitados.
- ✓ Possibilita que cada local de estoque visualize as transferências de medicamentos recebidas possibilitando a confirmação das entradas de medicamentos no estoque.
- ✓ Possibilita a abertura e encerramento de competências, consistindo na data das movimentações de insumos.
- ✓ Permite ajustes de saldos com lançamentos de entradas e saídas de estoque como quebra, devoluções, vencimento do prazo de validade.
- ✓ Possibilita que na devolução identifique usuário e fornecimento realizado para que seja descontado em relatórios de consumo do usuário.
- ✓ Possibilita a impressão de guia de ajustes de saldos.
- ✓ Possibilita a verificação de insumos a vencer conforme período informado. Possuir na entrada do sistema alerta automático dos insumos a vencer conforme período de alerta especificado em cada insumo.
- ✓ Possibilita a verificação de insumos com estoque abaixo da quantidade mínima conforme local de armazenamento de acesso.
- ✓ Possui na entrada do sistema alerta automático dos insumos com estoque abaixo do mínimo.
- ✓ Possibilita a exportação automática das movimentações para o sistema Hórus do Ministério da Saúde através de comunicação por Webservice.
- ✓ Possibilita definir o período para exportação.
- ✓ Emite relatório dos pedidos de compra, requisições, entradas, saídas, transferências, ajustes de saldos, mostrando valor e/ou quantidade, médias de consumo diário, mensal ou anual, local de estoque, medicamento, lote e usuário.
- ✓ Emite relatório de saídas de insumos gerando gráfico com Curva ABC.
- ✓ Emite balanço completo e de aquisições de medicamentos trimestral e anual e registro conforme Portaria nº 344 da ANVISA.

- ✓ Emite relatório de saldos de estoque em qualquer data informada, detalhando valor e/ou quantidade por lotes, custo unitário, pedidos pendentes, mostrando apresentação e localização.
- ✓ Emite relação mensal de notificações de receita em conformidade com as normas da ANVISA.
- ✓ Emite relatórios comparativos de:
 - entradas de medicamentos em anos e meses anteriores, com percentual de aumento ou diminuição nas entradas de medicamentos em cada período;
 - saídas de medicamentos em anos e meses anteriores, com percentual de aumento ou diminuição nas saídas de medicamentos em cada período;
 - transferências de medicamentos em anos e meses anteriores, com percentual de aumento ou diminuição nas transferências de medicamentos em cada período; e,
 - ajustes de estoque em anos e meses anteriores, com percentual de aumento ou diminuição nos ajustes de estoque em cada período.
- ✓ Gera gráficos de:
 - Unidades de saúde, local de estoque, medicamento, fornecedor, com maiores quantidades e/ou valores de entradas de medicamentos.
 - Unidades de saúde, local de estoque, medicamento, lote, bairro, com maiores quantidades e/ou valores de saídas de medicamentos.
 - Unidades de saúde, local de estoque, medicamento, lote, destino, com maiores quantidades e/ou valores de transferências de medicamentos.
 - Unidades de saúde, local de estoque, medicamento, lote, motivo, com maiores quantidades e/ou valores de ajustes de saldos.



➤ **Laboratório**

Permite o registro dos exames laboratoriais, seguindo o fluxo do laboratório (agendamento, recepção, coleta, emissão dos laudos e entrega ao paciente) com a flexibilidade na configuração dos exames e laudos para os exames realizados, possibilitando o acompanhamento visual do fluxo de realização dos exames, incluindo Laudos de Radiologia e outros exames de imagem, com a utilização de assinatura digital para liberação dos resultados conferidos. Além disso, fornece informações estatísticas dos exames realizados, através de relatórios e gráficos.

Disponibiliza os resultados dos exames no prontuário do paciente e possibilita o controle dos exames realizados, evitando a realização de exames repetidos e desnecessários.

➤ **SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatística**

- ✓ Possibilita o controle de múltiplos locais de arquivamento de documentos SAME, para cada unidade de saúde, controlando o acesso para cada operador e definindo os setores solicitantes.
- ✓ Possibilita o cadastro dos documentos de cada usuário com arquivamento nos locais de SAME.
- ✓ Possibilita informar o tipo e data do documento, data e horário de entrada, localização física, situação e motivo de baixa.
- ✓ Possibilita o registro de solicitações de documentos SAME informando o local SAME, unidade de saúde, setor e profissional solicitante, motivo da solicitação, usuário e observações.
- ✓ Possibilita a solicitação em lote dos documentos de todos os usuários com agendamentos de consultas conforme unidade de saúde, setor, profissional e data de atendimento.
- ✓ Possibilita a impressão de documento de solicitações de documentos SAME.
- ✓ Possibilita a saída de documentos SAME selecionando as solicitações pendentes por unidade de saúde e setor solicitante. Ao confirmar a saída identifica a data, o horário e o responsável.
- ✓ Possibilita a impressão de documento de saídas de documentos SAME.
- ✓ Possibilita o cancelamento de solicitações de documentos SAME.
- ✓ Possibilita a transferência de documentos SAME selecionando as solicitações com devolução pendentes por unidade de saúde e setor solicitante.
- ✓ Informa a unidade de saúde e setor de destino, profissional solicitante e motivo da solicitação, identificando data, horário e responsável.
- ✓ Possibilita a impressão de documento de transferências de documentos SAME.
- ✓ Possibilita a devolução de documentos SAME selecionando as solicitações com devolução pendentes por unidade de saúde e setor solicitante, sendo que ao confirmar a devolução, identifica a data, o horário e o responsável.

- ✓ Possibilita a impressão de documento de devoluções de documentos SAME.
- ✓ Possibilita a visualização de histórico de movimentações de documentos SAME por usuário e período.
- ✓ Mostra informações de documentos SAME, solicitações e movimentações de documentos SAME do usuário.
- ✓ Emite relatório de solicitações de documentos SAME por unidade de saúde e setor SAME, usuário, sexo, município, unidade de saúde solicitante, setor solicitante, profissional solicitante, motivo de solicitação e situação.
- ✓ Emite relatório de transferências de documentos SAME por unidade de saúde e setor SAME, usuário, sexo, município, unidade de saúde solicitante, setor solicitante, profissional solicitante e motivo de solicitação.
- ✓ Emite relatórios comparativos de solicitações de documentos do SAME, em anos e meses anteriores, com percentual de aumento ou diminuição nas solicitações em cada período.

➤ **Epidemiologia**

Todos os eventos de saúde que são identificados como doenças de notificação compulsória devem gerar um processo para que os procedimentos de investigação, monitoração e tratamento sejam desenvolvidos pelo Serviço de Epidemiologia. Para isso, o software gera automaticamente a partir da informação do CID informado pelo médico a título de diagnóstico, um processo de notificação para a epidemiologia e o torna disponível em tempo real. Para as doenças que exigem formulário específico para notificação ou complementação de informações, o sistema provê isso automaticamente. Além disso:

- ✓ Possibilita a definição de grupos epidemiológicos especificando CIDs de interesse para controle.
- ✓ Possibilita o registro de processos de investigação de agravos de notificação e o registro de acompanhamentos das ocorrências sobre os processos.
- ✓ Possibilita o registro das notificações de agravos à saúde do trabalhador com informações de CID, usuário, unidade de saúde notificadora, estabelecimento, ocorrência e partes do corpo atingidas.
- ✓ Possibilita a impressão de ficha da notificação de agravo.
- ✓ Possibilita o registro das notificações de agravos de hepatites virais com informações para investigação, antecedentes, locais de exposição, pessoas em contato, resultados de exames.
- ✓ Possibilita a impressão de ficha da notificação de agravo de investigação e pessoas em contato.
- ✓ Emite relatório dos processos de investigação de agravos, com totais por ano e mês, CID, grupo da CID, usuário, município, bairro e faixa etária.
- ✓ Emite relatório de notificações de agravos à saúde do trabalhador, com totais por ano e mês da notificação, unidade de saúde notificadora, usuário,

estabelecimento, município e bairro.

- ✓ Emite relatório de notificações de agravos de hepatites virais, com totais por ano e mês da notificação, unidade de saúde, profissional, usuário, município, bairro.

➤ **Ouvidoria**

Possibilita o registro de todas as reclamações, denúncias, sugestões internas e externas, bem como elogios feitos pelos usuários de forma presencial, via telefone ou internet, permitindo o envio de cada assunto ao setor responsável para rápida solução e o acompanhamento de cada situação. Ao mesmo tempo, são gerados os documentos para informar aos interessados, assim como a produção de estatísticas para acompanhar os pontos favoráveis e críticos da unidade de saúde. Além disso:

- ✓ Identifica o reclamante, unidade de saúde, setor, profissional reclamado, assunto, prioridade e prazo para parecer.
- ✓ Possibilita o registro de cada etapa de acompanhamento dos processos da ouvidoria, informando data e parecer de cada responsável.
- ✓ Possibilita a impressão de parecer conforme modelo de impressão para cada etapa do processo.
- ✓ Possibilita a consulta de processos da ouvidoria para verificação do andamento.
- ✓ Emite relatórios dos processos da ouvidoria com totais por reclamante, assunto, profissional reclamado, parecer.
- ✓ Gera gráficos de: assunto, tipo de registro, setor, profissional reclamado, parecer com maiores quantidades de processos.

➤ **Painel Eletrônico – Sistema de Senhas**

- ✓ Possibilita o cadastro ilimitado de painéis eletrônicos definindo o local (IP e porta) de exibição, tempo de visualização de informações e notícias.
- ✓ Possibilita o alerta por som ou chamado de voz.
- ✓ Possibilita definir a aparência com brasão, cores e fontes das áreas de visualização de informações.
- ✓ Possibilita a visualização de até 3 rótulos com informações dos chamados recentes.
- ✓ Possibilita o cadastro de notícias para exibição nos painéis eletrônicos.
- ✓ Possibilita a exibição de texto, imagem, texto com imagem e vídeo.
- ✓ Possibilita a exibição de notícias por RSS especificando o endereço, divulgação da fonte, período e exibição de data e horário da notícia.
- ✓ Possibilita configurar fonte e fundo para textos e RSS.
- ✓ Possibilita configurar a disposição de texto com imagem.
- ✓ Possibilita configurar a exibição em todos ou especificando os painéis eletrônicos.

- ✓ Disponibiliza a visualização de painel eletrônico com acesso para as suas configurações.
- ✓ Disponibiliza a visualização de data e horário.
- ✓ Disponibiliza a visualização de foto do usuário chamado.
- ✓ Possibilita no cadastro de cada setor, a configuração de utilização de painel eletrônico para cada estágio de atendimento, especificando descrição para visualização.
- ✓ Possibilita definir o painel eletrônico utilizado para visualização.
- ✓ Possibilita o chamado de usuários no painel eletrônico nos estágios de atendimento: recepção de usuários, triagem/preparo de consultas, atendimento de consultas, triagem odontológica e atendimento odontológico.

➤ **Central de Materiais Esterilizados (CME)**

O SIG permite o controle sanitário, especialmente no que se refere ao controle da infecção por microagentes contaminantes. Nesse sentido, proporciona as condições para que os procedimentos de esterilização tenham um ordenamento e controle rigoroso, sendo possível classificar os itens por grupos e remessas, de acordo com o grau de contaminação, para que recebam o tratamento adequado e sejam disponibilizados tanto para preparação, quanto para o uso, com todos os critérios de segurança.

➤ **Geração de Indicadores – Business Intelligence (BI)**

Business Intelligence (BI), ou inteligência de negócios, é o nome que se dá ao processo de coleta, organização, análise e disseminação do conteúdo que auxilia os gestores na tomada das decisões estratégicas e no planejamento. Esse processo transforma o grande volume de informações existentes sobre um determinado assunto em inteligência acionável, que pode ser acessada de maneira fácil quando for necessária. Business Intelligence pode servir para embasar uma tomada de decisões, monitorar a produção, e qualquer outra demanda estratégica da organização que necessite de maior amparo técnico e de informações.

Assim sendo, o SIG, após a coleta e compilação dos dados, permite a geração de indicadores para acompanhamento e monitoração de processos, desempenho, cobertura assistencial por área, sendo atualizado permanentemente e disponibilizado em tempo real através da internet, utilizando-se da lógica do BI - "Business Intelligence", permitindo a configuração conforme às necessidades da nossa gestão e/ou do Departamento Municipal de Saúde.

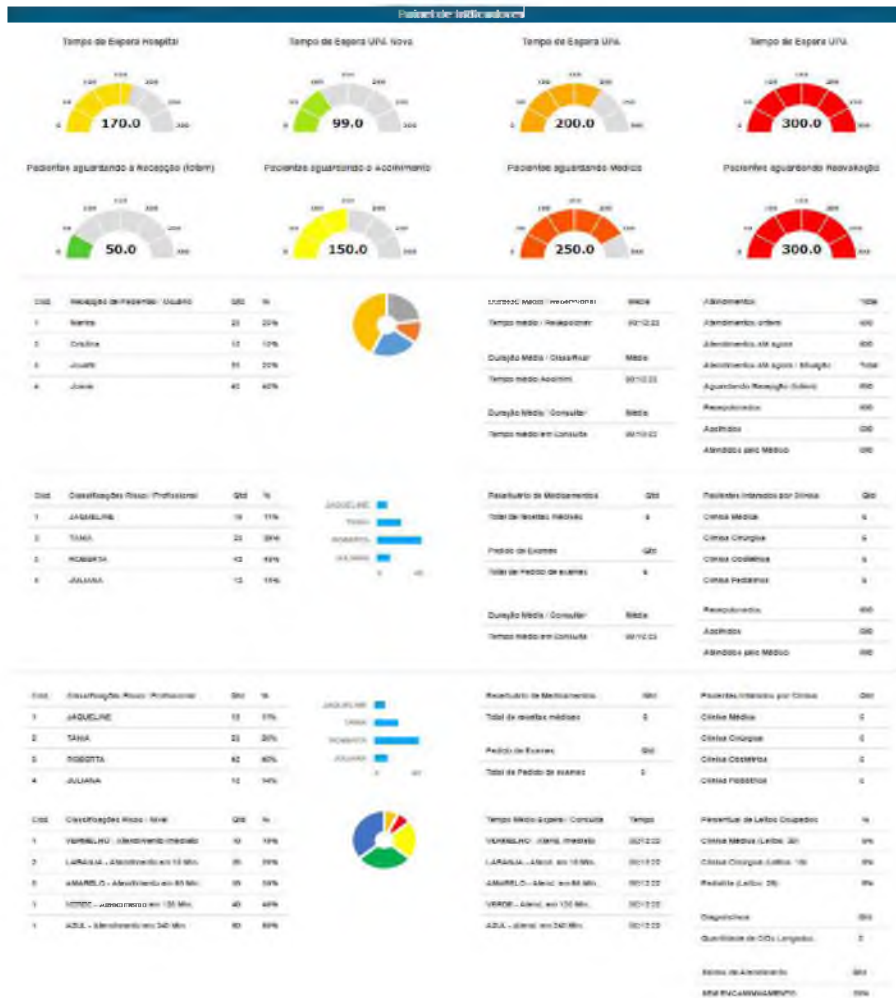
Através dessa ferramenta do SIG, conseguimos:

- ✓ Gerar indicadores para acompanhamento e monitoração de processos, desempenho, cobertura assistenciais por área, atualizados permanentemente e disponibilizados em tempo real, utilizando-se da lógica do BI - "Business Intelligence".
- ✓ Possibilita a obtenção de informações através da criação de processos, com

- consultas ao banco de dados através de fórmulas definidas para o BI.
- ✓ Processos dinâmicos para a criação dos parâmetros e indicadores.
- ✓ Controle de permissões de acesso aos processos por usuários.
- ✓ Customização de gráficos de forma que os indicadores e parâmetros sejam facilmente entendidos: diversos tipos de gráficos, eixos (linhas e colunas) e valor mínimo e máximo (hodômetro e termômetro).
- ✓ Definição de permissões de acesso por usuário para cada tipo de gráfico.

➤ **O Que Nossa Gestão Pode Ganhar Com o Business Intelligence**

Informação é poder! Hoje em dia, para obter vantagem na tomada de decisão, a informação precisa estar condensada e analisada para que possa ser útil ao tomador de decisões. E é nesse momento que entra a Business Intelligence, com o processo que permite coletar, organizar, analisar e disseminar o conteúdo para que ele possa servir prontamente aos objetivos da organização. Outras vantagens trazidas pela BI são a possibilidade de descobrir problemas em tempo hábil e de identificar oportunidades para realizar ações, um melhor embasamento teórico para as discussões de negócios e um maior conhecimento do ambiente.



7.1. DEMAIS FUNCIONALIDADES E FERRAMENTAS DO SIG

Apresentaremos agora, as demais funcionalidades e ferramentas do SIG, embora algumas delas não sejam necessárias no dia-a-dia de uma UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

➤ **Agendamento de Consultas e Exames**

Controla os agendamentos de consultas e atendimentos dos profissionais unidades assistenciais vinculados aos serviços de saúde do município, bem como os exames e as listas de espera, fornecendo relatórios e informações estatísticas e gerenciais sobre a utilização dos serviços de saúde.

O módulo possui as seguintes funcionalidades:

- ✓ Dispõe de Controle do Registro da Produção das Unidades, consistindo de relatório que demonstre a relação entre o total de pessoas Recepcionadas e o total de Registros de Atendimento, permitindo que o Administrador acompanhe diariamente a situação de registro das unidades.
- ✓ Permite a inclusão e manutenção de cadastro do Usuário SUS com informações básicas, objetivando permitir atender as necessidades diárias, independentemente de haver todos os dados exigidos pelo Cadsus. Deve gerar automaticamente a matrícula municipal do Usuário SUS e permitir o cadastro dos seguintes dados: número do Cartão Nacional de Saúde (CNS), CPF, RG, data de nascimento, Nome da Mãe, sexo, raça/cor (cfe. MS), escolaridade (cfe. MS), números de telefone, logradouro (se residente no município, selecionável de uma lista de logradouros previamente cadastrados, se de outro município, informar manualmente por extenso), número da casa, bairro (se residente no município, selecionável de uma lista de bairros previamente cadastrados, se de outro município, informar manualmente por extenso), complemento, cidade (selecionável de uma lista de municípios previamente cadastrados).
- ✓ Permite que todas as alterações de cadastro de Usuário SUS gerem um log (consultável a qualquer momento por qualquer operador com acesso) com, no mínimo, os seguintes dados: detalhes ou valor do campo anterior a alteração, operador, data e hora da operação. O log deve estar disponível para consulta a partir da tela de manutenção de cadastro.
- ✓ Dispõe de campo na tela de cadastro do Usuário SUS para o cadastramento do Nome Social do cidadão.
- ✓ Possibilita a notificação de cadastros duplicados a partir de sistema administrativo de localização e notificação de cadastros duplicados.
- ✓ Possibilita a notificação de cadastros duplicados a qualquer tempo, para todos os módulos/ambientes do sistema, que permita ao operador notificar, a partir da tela de pesquisa de cadastros de Usuários SUS, sempre que per-

- ceber a existência de um cadastro duplicado.
- ✓ Dispõe de mecanismo para tratamento de cadastros duplicados, que permita a fusão de todos os dados registrados no sistema para o cadastro indicado como correto.
 - ✓ Todos os módulos do SIG permitem a pesquisa de cadastros de Usuários SUS por nome, parte do nome, nome da mãe, matrícula municipal, CPF ou CNS.
 - ✓ Possui especificações gerais necessárias ao gerenciamento dos dados complementares ao cadastro do usuário SUS quando este for uma Pessoa Com Deficiência (PCD).
 - ✓ Permite o cadastro de Pessoa Com Deficiência com dois níveis de detalhamento: dados complementares básicos sobre a pessoa; dados identificadores das deficiências da pessoa.
 - ✓ Permite a identificação de dados complementares, identificando, no mínimo, os seguintes dados: identificação (do cadastro de usuários SUS) de pessoas cuidadoras ou responsáveis pelo usuário SUS; tipo de comunicação (oral, escrita, libras, alternativa, Braille, não tem); identificação se está na escola no momento do cadastro; identificação se tem carro próprio adaptado; permite a característica de residência (com família, Asilo, Abrigo, etc.); permite imputar o grau de dependência (não informado, leve, moderado, total); identifica se está no mercado de trabalho no momento do cadastro; identifica se tem dependência de locomoção; identifica se utiliza transporte público, e se utiliza, identifica frequência e se utiliza o sistema ELEVAR; identifica se é acamado, se faz uso de sondas, fralda, etc. (cadastráveis), identifica se tem complicadores como Down, convulsões, etc. (cadastráveis).
 - ✓ Dispõe de mecanismo que permite, a qualquer momento, em pesquisas de rua, objetivando poupar campos de cadastros, sendo que quando o operador não encontra a rua procurada, inclui uma rua provisória (registro de Ruas Provisórias devem ser notificados ao profissional responsável pela administração do sistema para que possa verificar sua existência, permitindo indicar a correta ou torná-la permanente, sendo que as operações devem obrigatoriamente atualizar automaticamente todos os cadastros envolvidos, que utilizem a rua provisória, para a rua identificada, pelo administrador do sistema).
 - ✓ Dispõe de Tela da Agenda de Eventos por Data, exibindo a listagem de Usuários SUS agendados.
 - ✓ Dispões de tela específica com possibilidade de pesquisar horários marcados para determinado usuário SUS, identificado pela matrícula ou nome.
 - ✓ Agenda participação em eventos para usuários SUS, permitindo escolher horário, a partir de opções de horário previamente cadastrados para a agenda, na data selecionada.

- ✓ Agenda participação de usuários SUS em um evento, e nesta ação, gera aviso ao operador do agendamento, caso o usuário SUS já tenha outro horário marcado (mesmo que em outra data) para o mesmo evento.
- ✓ Dispõe de tela para possibilitar criar previamente vagas para atendimento, por profissional, com hora marcada (horários pré definidos para os quais seja possível agendar um paciente) ou sem hora marcada (identifica apenas o horário inicial de atendimento e os pacientes são agendados sequencialmente), considerando a existência ou não de datas cadastradas como feriados fixos, feriados móveis e férias de profissionais, para as quais não deve gerar vagas de agenda (é possível identificar um ou mais profissionais da unidade que ficarão responsáveis pela criação e manutenção da agenda).
- ✓ Dispõe de tela para permitir a manutenção das vagas de agenda de atendimento de determinado profissional, criadas previamente.
- ✓ Dispõe de tela com listagem da agenda de um determinado profissional em uma data identificada, contendo a lista de usuários SUS que aguardam atendimento.
- ✓ Dispõe de tela que possibilita pesquisa de horários marcados para determinado usuário SUS a partir da informação de sua matrícula ou nome.
- ✓ Dispõe de tela para agendar atendimentos para um usuário SUS específico, e nesta ação de agendamento, gera aviso ao operador do agendamento, caso o usuário SUS tenha faltado em consulta anterior.
- ✓ Agenda atendimentos para usuários SUS, e nesta ação, gera aviso ao operador do agendamento, caso o usuário SUS já tenha outro horário marcado (mesmo que em outra data).
- ✓ Agenda atendimentos para usuários SUS, permitindo escolher horário a partir de opções de horários previamente cadastrados para a agenda, na data selecionada.
- ✓ Dispõe de tela que permite o agendamento de um usuário SUS para receber atendimentos em múltiplas datas (a partir da identificação única do usuário SUS e do profissional desejado, permite a seleção das datas/horários pretendidos).
- ✓ Permite a inclusão e manutenção de cadastro do usuário SUS conforme definido na Administração de Cadastros em Geral – Cadastro do Usuário SUS.
- ✓ Permite que todas as alterações de cadastro de usuário SUS gerem um log (consultável a qualquer momento, por qualquer operador) com os seguintes dados: detalhes ou valor do campo anterior a alteração, operador, data e hora da operação (o log fica disponível para consulta a partir da tela de manutenção de cadastro).

- ✓ Dispõe de tela única para registrar a recepção de usuários SUS agendados ou não agendados na unidade
- ✓ Permite, na tela de recepção, o registro da recepção de usuário SUS não agendado, que tenha procurado a unidade diretamente.
- ✓ Permite, a partir da tela de recepção, registrar e/ou atualizar o número do prontuário do usuário SUS, específico da unidade, no momento da recepção.
- ✓ Exibe na mesma tela de recepção: nome completo, data de nascimento, telefone, endereço e nome social do usuário SUS que estiver sendo recepcionado.
- ✓ Dispõe, na tela de recepção, no momento do registro da recepção do usuário SUS, aviso de vacinas em atraso, agendas em aberto, tanto referente ao usuário SUS recepcionado, quanto para outros membros de sua família (se é usuário SUS na área de cobertura das equipes de ESF).
- ✓ Dispõe de tela para controlar aviso e confirmação referente a situação de agendamento de usuários SUS em consultas especializadas.
- ✓ Permite o registro de status do processo do aviso (avisado, não avisado há tempo, paciente não quer mais, não localizado) com campo de observação/justificativa.
- ✓ Registra, para usuários SUS recepcionados, não atendidos, selecionando a partir de uma lista, o motivo do não atendimento.
- ✓ Permite que a unidade cadastre tipos de demanda, conforme suas necessidades, identificando as especialidades que atendem aquela demanda.
- ✓ Permite incluir usuários SUS por tipo de demanda na lista.
- ✓ Permite o agendamento de usuários SUS cadastrados, a partir da lista de demandas, exibindo agendas dos profissionais, conforme a especialidade vinculada ao tipo demanda do usuário.
- ✓ Permite registrar eventos para o registro de demanda de determinado Usuário SUS.
- ✓ Permite definir prioridade de atendimento para determinada demanda de um usuário SUS com níveis (alta, média ou baixa), gerando log no registro de eventos.
- ✓ Permite consultar o log de eventos de determinado usuário SUS.
- ✓ Dispõe de Tela de Situação para consulta individual do usuário SUS, da situação dos encaminhamentos de determinado usuário SUS ao especialista, apresentando a situação na fila de espera e possíveis agendamentos, com acesso aos eventos relacionados com tal encaminhamento (a tela apresenta somente dados do usuário SUS identificado).
- ✓ Dispõe de tela para consulta individual do extrato administrativo de determinado usuário SUS indicando todos os atendimentos recebidos pelo usuário, bem como identifica eventuais faltas nos sistemas de agenda,

situação de exames, registro de entrega de medicamentos, processos TFD, Notificação de Contrarreferência, consultas especializadas e viagens que tenha realizado, sendo que não apresenta dados clínicos do prontuário do usuário SUS (a tela apresenta somente os dados do usuário SUS identificado, exibindo cabeçalho com os dados dos usuário SUS como nome e endereço).

- ✓ Dispõe de Tela para Controle de Registro de Produção, que apresenta a quantidade de usuários SUS recepcionados, quantidade de usuários SUS atendidos, quantidade de recepções canceladas e total de recepções não registradas, com link para a relação dos usuários SUS não atendidos.
- ✓ Dispõe de Tela para Pesquisa de Cadastro de Usuários SUS, a partir do nome, retornando a lista com: nome, matrícula municipal, número do CNS, nome da mãe e data de nascimento.
- ✓ Dispõe de Tela para Pesquisa de Procedimentos a partir das seguintes possibilidades: da descrição; do código SIGTAP; do mnemônico; do código reduzido.
- ✓ Dispõe de Tela de Lista de Procedimentos que podem ser executados por atividade, profissional e unidade onde está alocado, permitindo obter resposta à questão: quais procedimentos um determinado profissional pode executar em determinada unidade.
- ✓ Dispõe de relatório de atendimentos realizados por profissional, na unidade, no período informado, apresentando o nome do profissional e o total de atendimentos que realizou.
- ✓ Dispõe de relatório de morbidade por profissional específico ou todos, subtotalizando por grupos de diagnóstico.
- ✓ Suporta, em unidades onde ocorre atendimento multiespecialidade de forma integrada, como unidades CAPS, modo de operação integrado entre os vários tipos de salas de atendimento, dispendo inclusive de mecanismo de registro e consulta de evolução integrado entre as várias especialidades da unidade, para usuário SUS que estiver sendo atendido (um usuário SUS recepcionado em determinada data pode passar pelo atendimento de diversos profissionais durante o mesmo atendimento e ter os dados desses atendimentos registrados e visualizados por todos os profissionais envolvidos).
- ✓ Permite configurar quaisquer recursos (requisitar exames, encaminhar ao especialista, emitir receitas da farmácia básica ou livre, etc.) da sala de atendimento, podendo ficar disponível para cada tipo de profissional (médico, enfermeiro, psicólogo, etc.).
- ✓ Dispõe de mecanismo que permite compartilhar o login de um profissional a partir da identificação de outros profissionais da unidade (exige a senha do profissional identificado no processo de troca).

- ✓ Durante o atendimento dispõe de tela para consultar e alimentar de forma integrada: ocorrências em saúde (campo específico para registro de informações referente a incidentes de saúde relacionados ao usuário SUS); resultados de exames; dados históricos.
- ✓ Dispõe de sala de espera virtual para usuários SUS recepcionados, com pré consulta realizada ou não, aguardando atendimento, a serem selecionados pelo profissional, sendo possível selecionar ainda um usuário SUS não recepcionado diretamente da agenda da unidade e da agenda de especialidades, além de poder selecionar um Usuário SUS não agendado ou recepcionado para atendimento direto.
- ✓ Registra os seguintes dados da pré consulta: unidade, profissional, usuário SUS, data, hora, peso, altura, temperatura, pressão arterial, glicemia, condição do usuário SUS, registro de ocorrências em saúde, circunferência abdominal, frequência cardíaca, tipo de alimentação (criança) e perímetro cefálico (criança), resultados de exames (não estruturado) e detalhes gerais, permitindo a identificação de procedimentos executados que estejam vinculados ao atendimento específico da pré consulta.
- ✓ Registra dados do atendimento de enfermagem (unidade, profissional, usuário SUS, data, hora, procedimentos, evolução da enfermagem).
- ✓ Durante o atendimento dispõe de tela para consultar e alimentar de forma integrada: ocorrências em saúde (campo específico para registro de informações referente a incidentes de saúde relacionados ao usuário SUS); resultados de exames e dados históricos. Ao iniciar um atendimento é exibido os dados do último atendimento que o usuário SUS recebeu, sendo possível consultar atendimentos anteriores ocorridos em consultórios informatizados.
- ✓ Durante o atendimento é possível visualizar os seguintes gráficos: evolução do IMC (Índice de Massa Corpórea); curvas da OMS (evolução de peso/altura, idade/peso, idade/altura), conforme padrões do Ministério da Saúde para sexo e idade; evolução da pressão arterial e evolução da glicemia.
- ✓ Durante o atendimento é possível visualizar e editar dados clínicos permanentes do usuário SUS. Dados clínicos permanentes referem a problemas de saúde que o usuário SUS apresente (ex.: cardiopatia, diabetes, etc.). A alteração desses dados deve prever a preservação do registro do histórico dessas alterações identificando o conteúdo alterado, profissional, data e hora.
- ✓ Permite o registro de dados da evolução do usuário SUS com possibilidade de consulta a registros de evolução de outros atendimentos.
- ✓ Indica no mínimo um diagnóstico principal e outros secundários, se necessário, com base no CID10.

- ✓ Indica necessidade de retorno em número de dias, considerando que se for um especialista, havendo demanda reprimida em sua especialidade, colocar o usuário SUS automaticamente em lista de espera.
- ✓ Permite registrar um ou mais procedimentos realizados durante o atendimento com base na tabela SUS.
- ✓ Emite uma ou mais receitas com base nos medicamentos da farmácia básica de forma integrada com o módulo da Assistência Farmacêutica. A prescrição é acessível na tela de atendimento do dispensário, a partir da digitação do número da receita emitida.
- ✓ Dispõe de recurso/tela para editar e emitir prescrições de medicamentos não disponíveis na farmácia básica, bem como prescrição de terapias, dietas e outros, utilizando prescrições livres (registro e impressão), permitindo ao profissional criar, armazenar e recuperar modelos de prescrição conforme sua necessidade, possuindo um modelo padrão para prescrição de receita de medicamentos especiais, emitindo a prescrição no formato adequado (receita especial) em duas vias.
- ✓ Solicita procedimentos (exames) sendo que, havendo demanda reprimida para determinado recurso, é possível colocar a demanda em lista de espera, sendo que se o Usuário SUS necessitar de urgência no atendimento, é possível que o médico solicite prioridade para aquela demanda, indicando a justificativa clínica.
- ✓ Solicita procedimentos (exames) sendo que, não havendo demanda reprimida, permite fazer pedido, sendo possível ser autorizado na finalização do atendimento médico, no setor de protocolo ou recepção da unidade.
- ✓ Consulta a carteira de vacinação do Usuário SUS.
- ✓ Imprime resumo da consulta com todos os dados de atendimento, incluindo informações de encaminhamentos, requisições de exames, atestados, prescrições diversas, e demais dados relevantes.
- ✓ Grava e disponibiliza Log de todos os eventos associados ao encaminhamento de determinado usuário SUS a partir de sua entrada na Lista de Espera ou Agendamento Direto. Nos casos de cancelamento e/ou transferências, a justificativa deve ser gravada juntamente ao Log. A consulta a tela de Log identifica, além dos dados do encaminhamento e do usuário SUS, a data e hora do evento, justificativa informada e nome do Operador.
- ✓ Permite que quando um encaminhamento for registrado o Cadastro do Usuário SUS possa ser atualizado com os seguintes dados, como facilitadores no processo de comunicação com o mesmo: forma de contato para o processo de agendamento (agendar com o Usuário SUS, agendar com responsável, agendar através da Unidade de Saúde de origem); telefone

- principal; segundo telefone; nome do contato; parentesco do contato; melhores dias da semana e hora para o SAU telefonar. É facultativo a presença desses dados na tela de cadastro do usuário SUS.
- ✓ Dispõe de ferramenta para a unidade referência do usuário SUS, para que possa realizar a busca ativa de usuários SUS agendados a revelia (usuários SUS agendados pela central de agendamento ou SAU, porém não avisados).
 - ✓ Permite que a unidade gere um relatório numerado por agente comunitário de saúde, identificando os casos cujos usuários SUS devem ser localizados para confirmação da consulta, cancelamentos e transferências, sendo que o relatório contém campos para registrar o resultado da busca do usuário SUS, se ele aceitou; se não pode na data ou se não quis mais a consulta, incluindo área para assinatura do usuário SUS. Ao imprimir o relatório numerado, o sistema imprime na sequência, todos os protocolos constantes no relatório, os quais serão entregues aos respectivos usuários SUS, dispendo de tela onde é possível baixar o relatório de busca, com ação correspondente de confirmação ou cancelamento da consulta agendada e/ou retirada do usuário SUS da lista de espera para aquela especialidade, gerando ainda um registro de Log.
 - ✓ Permite o cadastramento de cotas para consultas aos municípios participantes da PPI.
 - ✓ Suporta operação de agendamento vinculada a cotas de PPI definidas por município participante, ou seja, a disponibilidade de vagas para agendamento direto ou a partir da lista de espera deve respeitar a cota definida para os municípios da pactuação.
 - ✓ Possibilita a identificação de unidades clientes que podem agendar em vagas disponíveis para determinada especialidade.
 - ✓ Cria vagas para agendamento em especialidades médicas identificando período (data inicial e data final) para qual a agenda estiver sendo aberta.
 - ✓ Cria vagas para agendamento em especialidades médicas identificando a quantidade de vagas para consultas novas (primeira consulta) e vagas para consultas de retorno.
 - ✓ Cria vagas para agendamento em especialidades médicas respeitando o cadastro de feriados fixos, feriados móveis e férias dos profissionais.
 - ✓ Cria vagas para agendamento em especialidades médicas com hora marcada ou sequenciadas.
 - ✓ Cria vagas para agendamento em especialidades médicas vinculados ao cadastro de pactuações.
 - ✓ Cria vagas para agendamento em especialidades médicas com possibilidade de definição de um endereço de atendimento diferente do da unidade ofertante.
 - ✓ Possibilita que agendamentos, cancelamentos e transferências de usuários

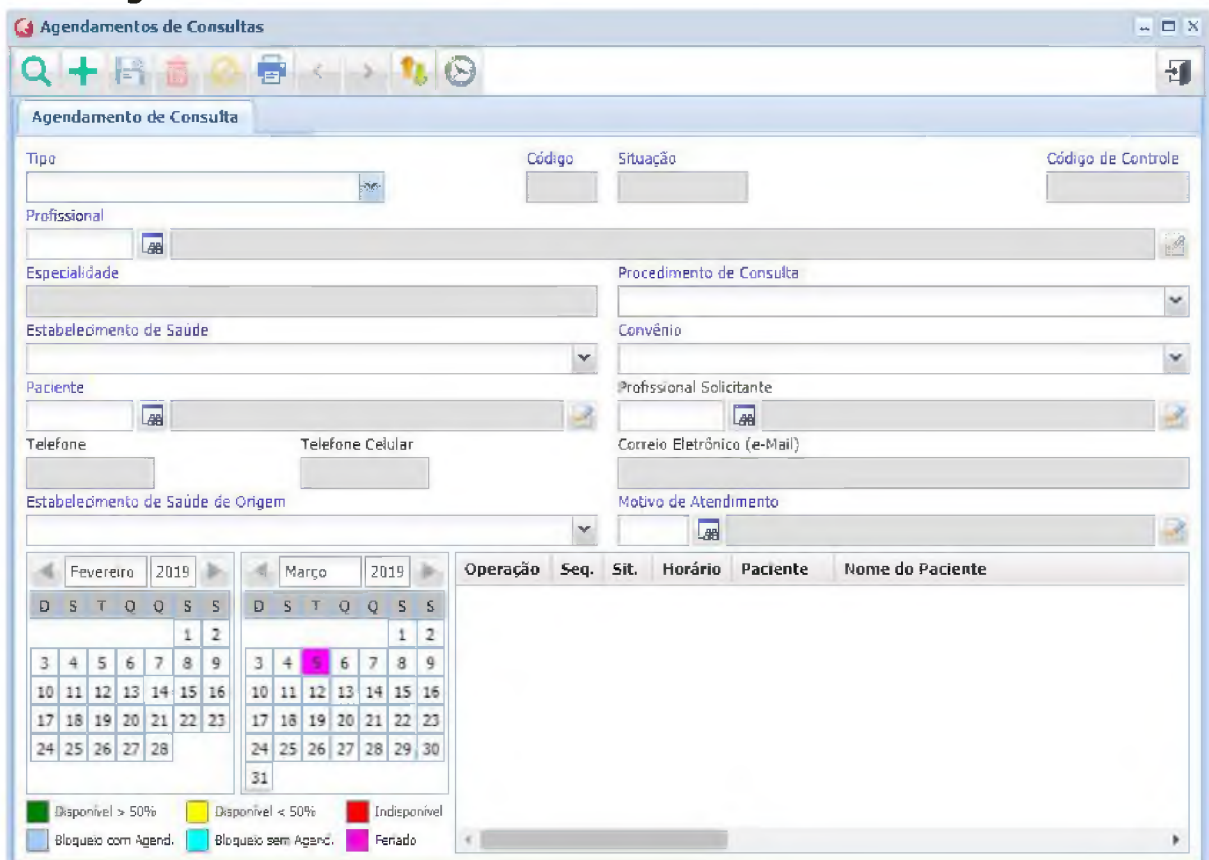
- SUS executados diretamente pela unidade ofertante, quando estes usuários SUS não estiverem presentes, gerando aviso automático do evento para as respectivas unidades responsáveis pelo aviso aos mesmos e/ou para o SAU.
- ✓ Permite a manutenção de vagas criadas.
 - ✓ Permite a criação e manutenção de vagas para especialidades da Atenção Básica (unidades da Atenção Básica), de modo centralizado, com tela que permite aplicar filtros para a visualização.
 - ✓ Possibilita o agendamento de uma consulta a partir do registro de encaminhamento ao especialista ou pedido de retorno quando a especialidade for de demanda livre e houver vagas abertas.
 - ✓ Registra encaminhamentos para especialidades gerando lista de espera quando a consulta não puder ser agendada imediatamente, mesmo que a especialidade esteja marcada como demanda livre.
 - ✓ Registra encaminhamentos para especialidades gerando lista de espera quando a especialidade estiver definida como demanda reprimida.
 - ✓ Possibilita a indicação de um ou mais profissionais de preferência para encaminhamentos ao especialista em lista de espera, para consultas novas e a troca do profissional de referência para consultas de retorno.
 - ✓ Possibilita a troca da unidade responsável pelo aviso ao usuário SUS para encaminhamentos ao especialista em lista de espera.
 - ✓ Possibilita a emissão da segunda via do Protocolo de Confirmação da Consulta.
 - ✓ Possibilita o cancelamento de uma consulta.
 - ✓ Possibilita que a unidade solicite prioridade a determinado encaminhamento ao especialista em lista de espera, incluindo justificativa clínica.
 - ✓ Permitir o cadastro dos usuários SUS do Município.
 - ✓ Agenda consultas novas ou de retorno para usuários SUS do Município cliente PPI em especialidades médicas.
 - ✓ Cancela ou transfere consultas.
 - ✓ Possibilita que usuários SUS do município cliente PPI, não devem incorporar a lista de espera.
 - ✓ Obtém relatórios de cotas.
 - ✓ Obtém relatório de usuários SUS agendados.
 - ✓ Obtém relatório de absenteísmo.
 - ✓ Grava e disponibiliza Log de todos os eventos associados a requisição cadastrada, a partir de sua entrada na lista de espera ou agendamento direto. Nos casos de cancelamento e/ou transferências, a justificativa é gravada juntamente ao Log. A consulta a tela de Log identifica, além dos dados do encaminhamento e do usuário SUS, a data e hora do evento, justificativa informada e nome e unidade do operador.

- ✓ Dispõe de controle para que requisição de procedimentos para usuários SUS do município do PPI, não possam ser incluídos na lista de espera após atendimento em consultas especializadas.
- ✓ Possibilita configurar lista de procedimentos por prestador de serviço, para que determinado prestador de serviço possa autorizar diretamente um procedimento para usuários SUS do município e/ou municípios participantes da pactuação (PPI), a partir de um ou mais procedimentos anteriormente autorizados para determinado usuário SUS.
- ✓ Registra a requisição indicando data de referência, profissional solicitante, unidade. Em ação administrativa, permite registrar a requisição indicando um profissional externo a rede não cadastrado.
- ✓ Identifica e registra os procedimentos requisitados podendo pesquisar por nome do procedimento, código SUS, mnemônico ou seleciona de uma lista.
- ✓ Executa controle para restringir a quantidade de um determinado procedimento, conforme parâmetro cadastrado. No momento da identificação dos procedimentos, valida o procedimento selecionado pelo operador, conforme todos os parâmetros da tabela oficial de procedimentos do Ministério da Saúde: sexo do usuário SUS; idade do usuário SUS; Cartão Nacional de Saúde quando o procedimento assim o exigir e CID10 quando o procedimento assim o exigir.
- ✓ Exibe, ao identificar um procedimento a ser incluído na requisição, em cor diferente ao padrão da tela, a última data em que o procedimento foi autorizado e se presente na lista de espera (se aplicado).
- ✓ Dispõe, ao registrar um procedimento requisitado, de histórico do usuário SUS que permite a consulta de todos os procedimentos já realizados.
- ✓ Emite protocolo para ser entregue ao usuário SUS, quando a requisição ficar em lista de espera, indicando esta condição.
- ✓ Possibilita que o requisitante possa solicitar prioridade a determinado usuário SUS em lista de espera para determinado procedimento, incluindo justificativa clínica, a ser avaliada pelo médico autorizador.
- ✓ Dispõe de tela para que o prestador possa cadastrar instruções de preparo para cada procedimento credenciado. Estas instruções são impressas no documento de autorização do procedimento a ser entregue ao usuário SUS.
- ✓ Dispõe de tela para que o prestador possa criar/manter vagas públicas (para a rede) e exclusivas (para uso próprio) por grupos de procedimentos.
- ✓ Transferir usuários SUS agendados.
- ✓ Permite o cadastro dos Usuários SUS de município do PPI pactuado.
- ✓ Registra requisições e autoriza procedimentos com ou sem agendamento, conforme necessidade, para usuários SUS do município, conforme cotas/tetos físicos/financeiras cadastrados.

- ✓ Dispõe de tela para o registro do pedido de materiais pela Unidade de Saúde ou pelos centros de consumo do gestor (DMS ou OS), a partir de tela baseada na listagem do formulário de inventário. A tela de pedido apresenta o saldo, consumo médio dos últimos três períodos de reposição e campos para registro do inventário e da quantidade pedida para reposição.
- ✓ Permite pedido avulso de um material específico pela Unidade de Saúde ou pelos centros de consumo do gestor (DMS ou OS), desde que façam parte da lista de pedido, previamente estruturada para a mesma.
- ✓ Permite a geração e impressão do formulário de inventário com lista de itens para efeitos de levantamentos de inventário e necessidade de reposição, com base na listagem padrão de materiais definida para a unidade, possuindo campo para registro do inventário para cada item da lista.
- ✓ Emite relatório de bloqueios de agendas de profissionais e/ou exames, com totais por profissional, exame, motivo da falta, unidade de saúde de atendimento.
- ✓ Emite relatório com agendamentos do profissional e exame em determinada data identificando horário, usuário, número do CNS – Cartão Nacional de Saúde e especialidade.
- ✓ Emite relatório com agendamentos (consultas, exames) realizados e capacidade disponível mostrando percentual sobre disponibilidade.
- ✓ Emite relatórios com quantidades disponíveis de consultas por unidade de saúde, profissional, especialidade mostrando a capacidade de atendimento, agendamentos já realizados, bloqueios e saldo disponível.
- ✓ Emite relatórios com quantidades disponíveis de exames por unidade de saúde, exame mostrando a capacidade de atendimento, agendamentos já realizados, bloqueios e saldo disponível.
- ✓ Emite relatórios comparativos de utilização de vagas de agendamentos mostrando quantidade disponibilizada, agendamentos, sobras obtidas, atendimentos realizados, faltas, percentual de aproveitamento em relação à quantidade disponibilizada.
- ✓ Emite relatórios comparativos de:
 - agendamentos nas unidades de saúde em anos e meses anteriores, com percentual de aumento ou diminuição nos agendamentos em cada período;
 - agendamentos dos profissionais em anos e meses anteriores, com percentual de aumento ou diminuição nos agendamentos em cada período;
 - agendamentos de especialidades em anos e meses anteriores, com percentual de aumento ou diminuição nos agendamentos em cada período;
 - agendamentos de exames em anos e meses anteriores, com percentual de aumento ou diminuição nos agendamentos em cada período;
 - agendamentos por bairro em anos e meses anteriores, com percentual de aumento ou diminuição nos agendamentos em cada período; e,

- agendamentos por logradouro em anos e meses anteriores, com percentual de aumento ou diminuição nos agendamentos em cada período.
- ✓ Gera gráficos de:
 - profissionais com maiores bloqueios de agendas por motivo da falta;
 - profissionais, especialidades, unidades de saúde com maiores quantidades de agendamentos em um período;
 - profissionais, especialidades com maiores disponibilidades de agendamentos;
 - exames com maiores quantidades de agendamentos em um período; e,
 - lista de espera por profissional, especialidade, exame, bairro com maiores quantidades de usuários na lista de espera.

➤ **Agendamento de Consultas**



The screenshot displays the 'Agendamentos de Consultas' application window. It features a search bar at the top and a main form area with various input fields and dropdown menus. The form includes sections for 'Tipo', 'Profissional', 'Especialidade', 'Estabelecimento de Saúde', 'Paciente', 'Telefone', and 'Motivo de Atendimento'. Below the form, there are two calendar views for February and March 2019, and a table with columns for 'Operação', 'Seq.', 'Sit.', 'Horário', 'Paciente', and 'Nome do Paciente'. A legend at the bottom left indicates color-coded status: green for 'Disponível > 50%', yellow for 'Disponível < 50%', red for 'Indisponível', blue for 'Bloqueio com Agend.', cyan for 'Bloqueio sem Agend.', and pink for 'Feriado'.

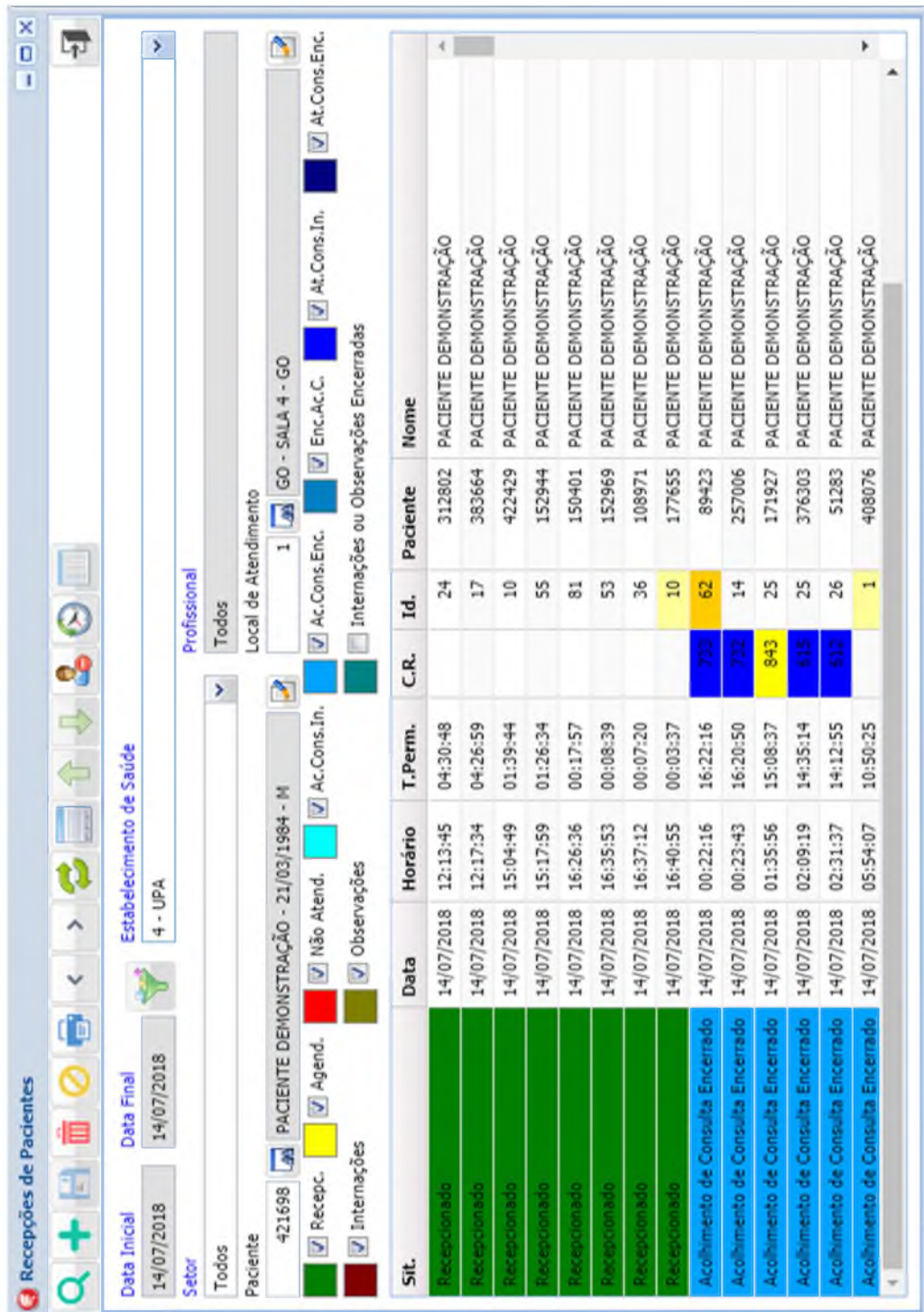
➤ **Recepção de Pacientes**

Identificação do paciente pela porta de entrada da Unidade de Saúde, cadastro do usuário, atualização dos dados e direcionamento para o setor de atendimento.

- ✓ Permite recepção de usuários pré-agendados com possibilidade de inclusão de usuários de procura espontânea, com seleção da ordem de atendimento.
- ✓ Possibilita a recepção de usuários por leitura de códigos de barras dos agen-

damentos ou por meio de totem.

- ✓ Na recepção de usuários, possibilita a utilização de biometria para identificação dos mesmos.
- ✓ Possibilita a impressão da FAA, da Declaração de Comparecimento e das Guias de Referência e Contra Referência.



Sit.	Data	Horário	T.Perm.	C.R.	Id.	Paciente	Nome
Recepcionado	14/07/2018	12:13:45	04:30:48		24	312802	PACIENTE DEMONSTRAÇÃO
Recepcionado	14/07/2018	12:17:34	04:26:59		17	383664	PACIENTE DEMONSTRAÇÃO
Recepcionado	14/07/2018	15:04:49	01:39:44		10	422429	PACIENTE DEMONSTRAÇÃO
Recepcionado	14/07/2018	15:17:59	01:26:34		55	152944	PACIENTE DEMONSTRAÇÃO
Recepcionado	14/07/2018	16:26:36	00:17:57		81	150401	PACIENTE DEMONSTRAÇÃO
Recepcionado	14/07/2018	16:35:53	00:08:39		53	152969	PACIENTE DEMONSTRAÇÃO
Recepcionado	14/07/2018	16:37:12	00:07:20		36	108971	PACIENTE DEMONSTRAÇÃO
Recepcionado	14/07/2018	16:40:55	00:03:37		10	177655	PACIENTE DEMONSTRAÇÃO
Acolhimento de Consulta Encerrado	14/07/2018	00:22:16	16:22:16	203	62	89423	PACIENTE DEMONSTRAÇÃO
Acolhimento de Consulta Encerrado	14/07/2018	00:23:43	16:20:50	302	14	257006	PACIENTE DEMONSTRAÇÃO
Acolhimento de Consulta Encerrado	14/07/2018	01:35:56	15:08:37	843	25	171927	PACIENTE DEMONSTRAÇÃO
Acolhimento de Consulta Encerrado	14/07/2018	02:09:19	14:35:14	815	25	376303	PACIENTE DEMONSTRAÇÃO
Acolhimento de Consulta Encerrado	14/07/2018	02:31:37	14:12:55	502	26	51283	PACIENTE DEMONSTRAÇÃO
Acolhimento de Consulta Encerrado	14/07/2018	05:54:07	10:50:25		1	408076	PACIENTE DEMONSTRAÇÃO

➤ **Histórico de Atendimentos**

Histórico cronológico de todas os dias e horas de atendimento do paciente e situação do atendimento.

Histórico de Recepções de Pacientes

Data Inicial: 01/03/2018 Data Final: 14/07/2018 Estabelecimento de Saúde: []

Situação: Todos Paciente: 421698 PACIENTE DEMONSTRAÇÃO - 21/03/1984 - M

Data	Horário	Situação	Profiss	Nome	Setor	Descrição
12/07/2018	12:27:24	Saída de Internação ou Observação	5375	WILSON	1	CLINICA MÉDICA
09/07/2018	13:35:07	Observação	5466	MARCOS	1	CLINICA MÉDICA
12/07/2018	12:26:43	Encerrado no Acolhimento de Consulta			61	ACOLHIMENTO
09/07/2018	13:24:12	Acolhimento de Consulta Encerrado			2	PEDIATRIA
05/07/2018	11:13:23	Atendimento de Consulta Iniciado	5375	WILSON	1	CLINICA MÉDICA

Estágio de Atendimento	Data e Hor. de Início	Data e Hor. de Fim	Tpo. Espera	Tpo. Atend.	Tpo. Perm.
Recepção de Paciente					
Acolhimento de Consulta	12/07/2018 12:26:43	12/07/2018 12:27:24		00:00:41	00:00:41
Atendimento de Consulta	12/07/2018 13:06:24	12/07/2018 13:07:30	00:39:00	00:01:05	00:40:46
Total	12/07/2018 12:26:43	12/07/2018 13:07:30	00:39:00	00:01:46	00:40:46

➤ **Acolhimento de Pacientes**

Coleta dos sinais vitais e Classificação de Risco do Paciente.

As funcionalidades contempladas são:

- ✓ Permite o registro de triagem ou preparo de consultas de cada usuário (peso, altura, pressão arterial, pulsação arterial, frequência respiratória, cintura, quadril, perímetro cefálico, glicemia capilar, saturação) durante a pré consulta.
- ✓ Permite registrar os procedimentos realizados pela triagem de consultas.
- ✓ Permite informar saída do atendimento com informação de encaminhamentos quando os usuários que não necessitam atendimento médico.
- ✓ Possibilita a impressão da Ficha de Atendimento, Declaração de Comparecimento e Guias de Referência e Contra referência.
- ✓ Calcula automaticamente o IMC – Índice de Massa Corpórea, ICQ – Índice de Cintura Quadril, estado nutricional para criança, adolescente, adulto e idoso conforme idade do usuário.
- ✓ Possibilita a configuração de obrigatoriedade de preenchimento de peso, altura e pressão arterial conforme ciclo de vida dos usuários (criança, adolescente, adulto e idoso) conforme definido em cada local de atendimento.
- ✓ Possibilita o cadastro de escalas de avaliação de dor e a utilização por cada local de atendimento. Ao realizar o atendimento de paciente, possibilita informar o nível, apresentando a respectiva descrição conforme faixa de valores.
- ✓ Possibilita o cadastro de Classificação de Riscos (Protocolo de Manchester, HumanizaSUS) definindo níveis, tempo de espera para atendimento e identificação de cor.
- ✓ Possibilita definir por local de atendimento a Classificação de Riscos adotada. Ao realizar atendimentos de pacientes, possibilita informar o nível de Classificação de Risco conforme local de atendimento, e, ordena os pacientes para atendimento, conforme Classificação de Risco, identificando a respectiva cor, apresentando tempo de espera quando excedido.
- ✓ Possibilita o cadastro de Protocolos de Classificação de Riscos e ocorrências, vinculando aos respectivos níveis de Classificação de Riscos. Ao realizar atendimentos de pacientes, possibilita informar Protocolo de Classificação de Riscos e ocorrência, gerando automaticamente o nível de Classificação do Risco.

Acolhimento de Consulta - Triagem de Consultas

Paciente: 421698 - PACIENTE DEMONSTRAÇÃO - 21/03/1984 - M Idade: 34 anos, 3 meses e 21 dias

Data: 12/07/2018 Horário: 12:27:00 Código: 1 Lançamento: Acolhimento de Consulta

Profissional: 4981 RONISE ANDREA COSTA DE SOUZA

Especialidade: 95 - 223505 - ENFERMEIRO Registro Conselho de Classe: 654132 COREN/SP

Convênio: 1 - Tabela SUS

Sinais Vitais | Avaliação Antropométrica | Avaliação de dor | Classificação de Risco

P.A.S. - Pressão Arterial Sistêmica: 120 / 80 P.A.S. - Pressão Arterial Sistêmica - Média (mmHg): 93 P.A.S. - Pressão Arterial Sistêmica - Classificação: Normal

Temperatura (°C): 39 Pulsação Arterial (/min): 75 Frequência Respiratória (/min): 35

Glicemia Capilar (mg/dl): 120 Saturação de Oxigênio (%): 92

Observações dos Sinais Vitais: PACIENTE REFERE MUITA DOR DE CABEÇA. NEGA ALERGIA A MEDICAÇÃO.

➤ **Avaliação Antropométrica**

Sinais Vitais | **Avaliação Antropométrica** | Avaliação de dor | Classificação de Risco

Peso (Kg): 75 Altura (cm): 174 I.M.C.: 24,77 Superfície Corporal (m²): 1,9

Perímetro Cefálico (cm): Estado Nutricional: Eutrofia Risco Comorbidades: Médio

Cintura (cm): 120 Quadril (cm): 140 I.C.Q.: 0,86 Risco Cardiovascular: Não

Observações da Avaliação Antropométrica:

➤ **Avaliação de Dor**

Sinais Vitais | Avaliação Antropométrica | **Avaliação de dor** | Classificação de Risco

Escala de Avaliação de Dor: 1 Escala de Avaliação de Dor

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Cód.	Descrição	Vlr. In.	Vlr. Fin.
	Não Informado		
1	Ausência de Dor	0	0
2	Dor de Fraca Intensidade	1	3
3	Dor de Intensidade Moderada	4	6
4	Dor de Forte Intensidade	7	9
5	Dor Insuportável	10	10

➤ **Classificação de Risco**

Sinais Vitais	Avaliação Antropométrica	Avaliação de dor	Classificação de Risco
Classificação de Risco			
1 Protocolo de Manchester			
Cód.	Descrição	Cor	Tpo. (Min)
	Não Informado		
1	Atendimento Imediato	Red	0
2	10 Minutos	Orange	10
3	60 Minutos	Yellow	60
4	120 Minutos	Green	120
5	240 Minutos	Blue	240

➤ **Prontuário Eletrônico (PEP)**

Médico acompanha a fila de espera pelo Sistema e seleciona o próximo paciente que será atendido.

Durante a consulta, médico pode consultar prontuário, preencher a ficha médica, conduta e hipótese diagnóstica. Pode ainda, fazer receitas, atestados e encaminhamentos; encaminhar paciente para medicação e/ou exames, sendo que, todas ações do médico são realizadas no computador.

A Enfermagem visualiza a fila de espera para medicação, faz anotações, solicita materiais, checa a medicação, controla pacientes em observação e sinaliza no Sistema quando o paciente estiver liberado para retorno à consulta médica.

Os Setores de Exames, como Radiologia e Laboratório Clínico, sinalizam no Sistema quando o resultado estiver liberado.

Quando tudo que o médico prescreveu for realizado o paciente entra automaticamente na fila de espera para continuação da consulta médica.

Todas ações ficam armazenadas permanentemente no Sistema, com a possibilidade de rastrear todas as etapas e conteúdo do atendimento.

Possui as seguintes funcionalidades:

- ✓ Recepção inclui atendimento, podendo sinalizar se há "Atendimento Preferencial", e visualiza a fila de espera. Pessoas acima de 60 anos recebem atendimento preferencial automaticamente.
- ✓ A enfermagem visualiza fila de espera e realiza acolhimento/triagem, informando dados do paciente, queixa e Classificação de Risco.
- ✓ O médico acompanha a fila de espera pelo SIG e seleciona o próximo paciente que será atendido. Durante a consulta, o médico pode consultar prontuário, preencher a ficha médica, a conduta e a hipótese diagnóstica. Pode ainda, fazer receitas, atestados e encaminhamentos, encaminhar para medicação ou exames, sendo que todas ações do Médico ficam armazenadas permanentemente no SIG.

- ✓ Imprime guias e pedidos automaticamente.
- ✓ Controla o atendimento ao paciente nas diversas situações: aguardando acolhimento/triagem; aguardando consulta; em consulta; em procedimento; em observação; encaminhado para outra especialidade; encaminhado para internação e alta.
- ✓ A enfermagem visualiza fila de espera para medicação, faz anotações, solicita materiais, checa a medicação, controla pacientes em observação e sinaliza no SIG quando paciente estiver liberado para retorno à consulta médica.
- ✓ Setores de exames como Radiologia e Laboratório sinalizam no SIG quando o resultado estiver liberado.
- ✓ Quando tudo que o médico prescreveu for realizado, paciente entra automaticamente na fila de espera para continuação da consulta médica.
- ✓ Armazena todos os fatos que ocorreram com o paciente de forma cronológica, permitindo assim a rastreabilidade do atendimento.
- ✓ Disponibiliza recurso para faturar automaticamente todos os procedimentos realizados.
- ✓ Controla troca de plantão de médicos, transferindo responsabilidade de um profissional para outro.

Atendimentos de Consultas

Data Inicial: 09/07/2018 | Data Final: 12/07/2018 | Tipo: Atendimentos | Profissional: 5375 - WILSON

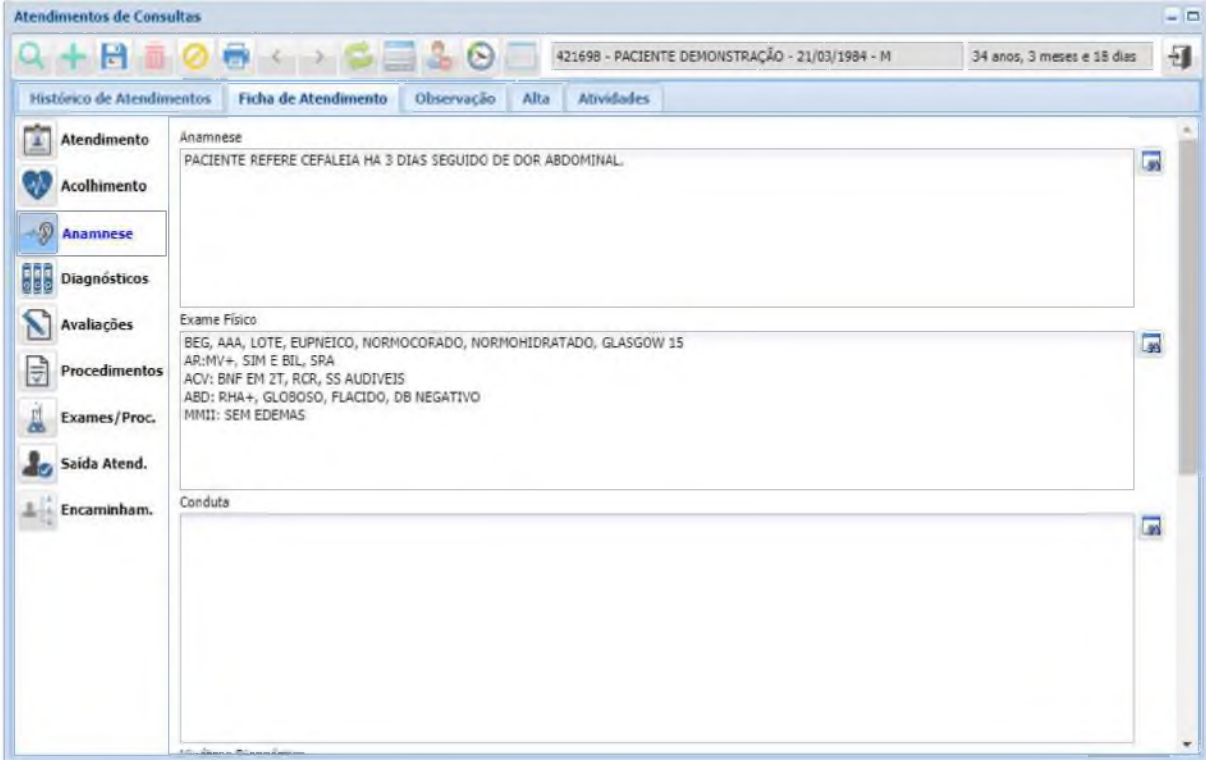
Estabelecimento de Saúde: 1 - HOSPITAL | Setor: Todos | Local de Atendimento: 1 - GO - SALA 4 - GO

Paciente: 421698 - PACIENTE DEMONSTRAÇÃO - 21/03/1984 - M

Recepcionados | Agendados | Não Atend. | Ac.Cons.In. | Ac.Cons.Enc. | Enc.Ac.C. | At.Cons.In. | At.Cons.Enc.
 Internações | Observações | Retornos de Atendimentos | Internações ou Observações Encerradas

Sit.	Data	Horário	T.Perm.	C.R.	Id.	Paciente	Nome	Setor	Descrição	E.S.Origem	Nome Em
Recep.	10/07/2018	17:58:36			24	97112	THAIS	1	CLINICA MÉDICA	1	HOSPITAL
Interna	10/07/2018	15:57:28			30	99	SHEILA	31	INTERNAÇÃO	1	HOSPITAL
Interna	10/07/2018	16:20:01			26	1339	JOSUE	31	INTERNAÇÃO	1	HOSPITAL
Cobesv	10/07/2018	10:56:05	01:34:21	-45	29	7113	RICARDO	42	ULTRASSOM	1	HOSPITAL
Observ	09/07/2018	13:35:07	00:08:04		34	421698	PACIENTE DEMONSTRAÇÃO	1	CLINICA MÉDICA	1	HOSPITAL

➤ **Anamnese**



Atendimentos de Consultas

421698 - PACIENTE DEMONSTRAÇÃO - 21/03/1984 - M 34 anos, 3 meses e 18 dias

Histórico de Atendimentos Ficha de Atendimento Observação Alta Atividades

Atendimento Anamnese
PACIENTE REFERE CEFALÉIA HA 3 DIAS SEGUIDO DE DOR ABDOMINAL.

Acolhimento

Anamnese

Diagnósticos

Avaliações

Procedimentos

Exames/Proc.

Saída Atend.

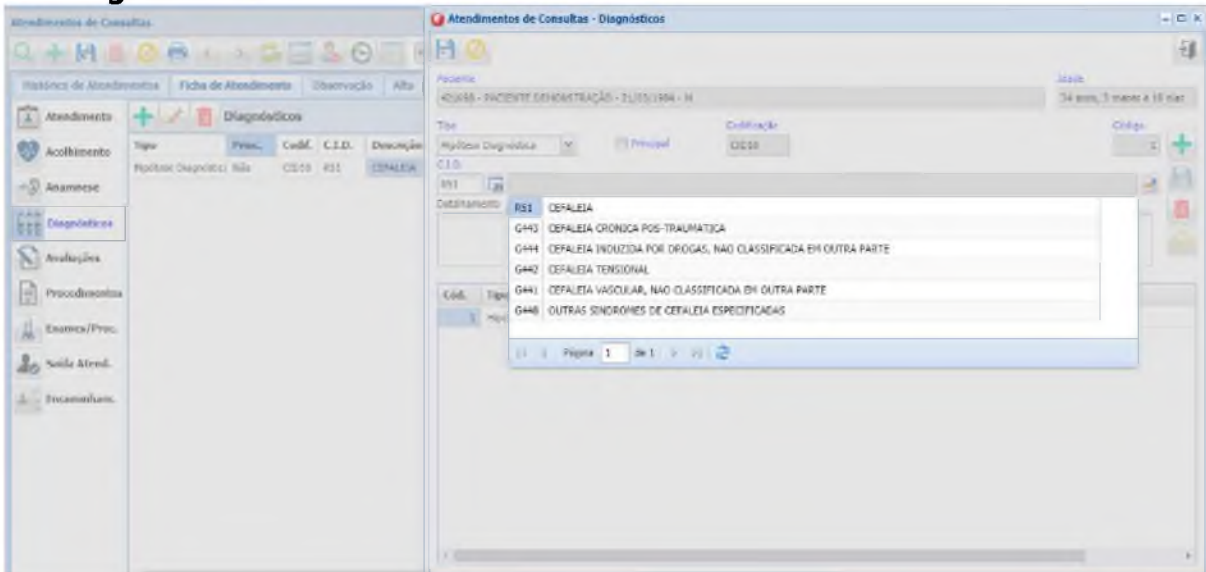
Encaminham.

Exame Físico
BEG, AAA, LOTE, EUPNEICO, NORMOCORADO, NORMOHIDRATADO, GLASGOW 15
AR: MV+, SIM E BIL, SPA
ACV: BNF EM 2T, RCR, SS AUDIVEIS
ABD: RHA+, GLOBOSO, FLACIDO, DB NEGATIVO
MMII: SEM EDEMAS

Condução

406

➤ **Diagnósticos**



Atendimentos de Consultas - Diagnósticos

421698 - PACIENTE DEMONSTRAÇÃO - 21/03/1984 - M 34 anos, 3 meses e 18 dias

Tipo: História Diagnóstica Principal Cessão

C.I.D. 9
R51

Diagnósticos

Cód.	Tip	Descrição
R51		CEFALÉIA
G403		CEFALÉIA CRÔNICA POS-TRAUMÁTICA
G444		CEFALÉIA INDUZIDA POR DROGAS, NÃO CLASSIFICADA EM OUTRA PARTE
G442		CEFALÉIA TENSIONAL
G441		CEFALÉIA VAGUEJAR, NÃO CLASSIFICADA EM OUTRA PARTE
G448		OUTRAS SINDROMES DE CEFALÉIA ESPECIFICADAS

Página 1 de 1

> Histórico do Atendimento de Consultas

Histórico de Atendimentos de Consultas

Data Inicial: Data Final: Estabelecimento de Saúde:

Paciente: 113845 CAIO AUGUSTO GARCIA - 18/03/1990 - M

Recepções do Paciente	Data	Horário	Código	Situação	Ciclo de Vida	Profiss.
Atendimentos de Consultas	06/03/2018	13:08:02	3	Atendimento de Consulta Encerrado	Adulto	288
Triagens de Consultas	06/03/2018	13:06:37	2	Encerrado no Acolhimento de Consulta	Adulto	
Sinais Vitais	06/03/2018	13:00:21	1	Atendimento de Consulta Iniciado	Adulto	288
Avaliações	06/03/2018	12:59:27	162	Encerrado no Acolhimento de Consulta	Adulto	
Antropométricas	06/03/2018	12:27:34	155	Encerrado no Acolhimento de Consulta	Adulto	
Avaliações de Dor	06/03/2018	12:26:02	152	Atendimento de Consulta Encerrado	Adulto	288
Classificações de Riscos	22/02/2018	13:47:58	165	Encerrado no Acolhimento de Consulta	Adulto	
Procedimentos Realizados	22/02/2018	13:42:42	3	Saída de Internação ou Observação	Adulto	288
Anamneses						
Exames Físicos						
Diagnósticos						
Avaliações						
Medicamentos						
Requisições						
Procedimentos						
Encaminhamentos						
Saídas de Atendimentos						
Atividades de Internações e/ou Observações						
Documentos Emitidos						



> Solicitação de Exames

Atendimentos de Consultas

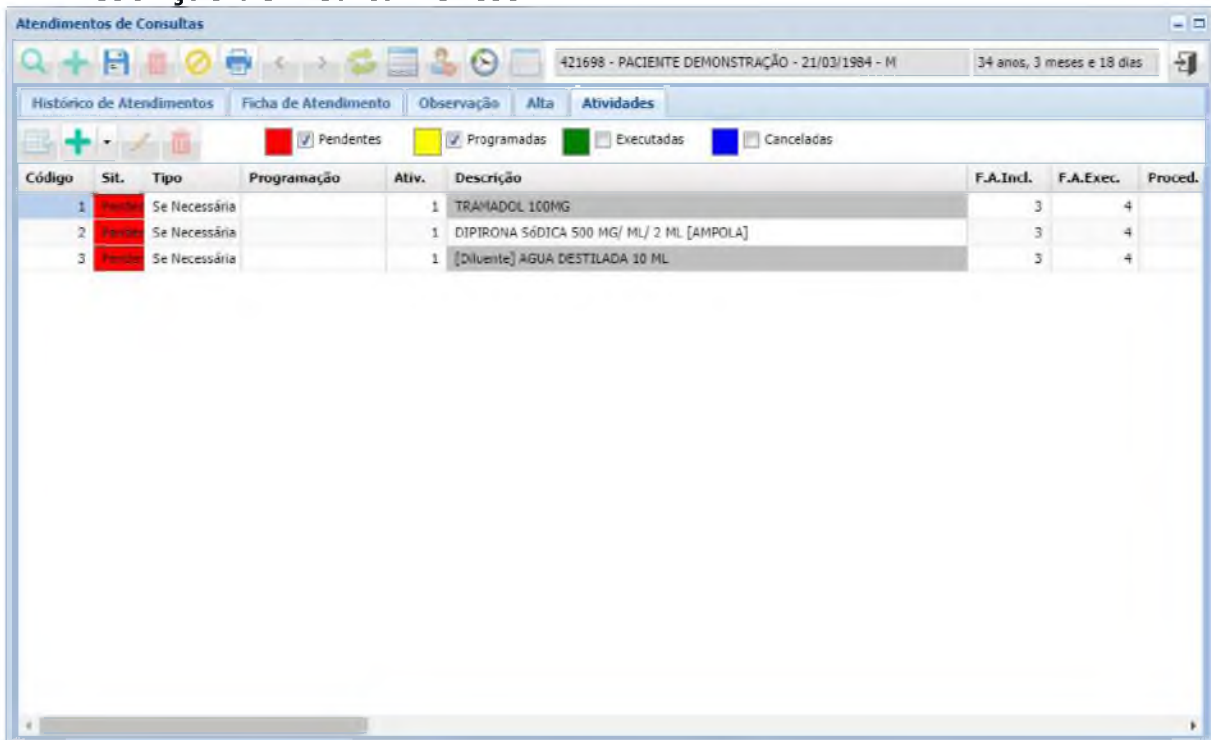
421698 - PACIENTE DEMONSTRAÇÃO - 21/03/1984 - M 34 anos, 3 meses e 18 dias

Histórico de Atendimentos | **Ficha de Atendimento** | Observação | Alta | Atividades

Atendimento + Requisições de Exames/Procedimentos

Req.Proc.	Proced.	Descrição	Qtde.	Classificação
1	121	DOSAGEM DE AMILASE	1	02.02.01.018-0
1	123	DOSAGEM DE CALCIO	1	02.02.01.021-0
1	163	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	1	02.02.01.032-5
1	148	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	1	02.02.01.046-5
1	134	DOSAGEM DE POTASSIO	1	02.02.01.060-0
1	139	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	1	02.02.01.065-1
1	203	CONTAGEM DE PLAQUETAS	1	02.02.02.002-9
2	755	RADIOGRAFIA DE BRAÇO	1	02.04.04.005-1
2	761	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	1	02.04.04.007-8
2	759	RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES)	1	02.04.04.011-6
3	1125	ELETROCARDIOGRAMA	1	02.11.02.003-6

➤ Prescrição de Medicamentos



Código	Sit.	Tipo	Programação	Ativ.	Descrição	F.A.Incl.	F.A.Exec.	Proced.
1	Pendente	Se Necessária		1	TRAMADOL 100MG	3	4	
2	Pendente	Se Necessária		1	DIPIRONA 56DICA 500 MG/ ML/ 2 ML [AMPOLA]	3	4	
3	Pendente	Se Necessária		1	[Diluyente] AGUA DESTILADA 10 ML	3	4	

408

➤ Impressão da Prescrição de Medicamentos

 PREFEITURA MUNICIPAL SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE		Etapas > Recepção: 09/07/2018 13:35:07 > Atendimento: 09/07/2018 13:36:23 > Consulta: 09/07/2018 13:37:58	Nº SAME: 421698	Nº FAA: 09/07/2018	1
FICHA DE ATENDIMENTO 1 - HOSPITAL					
Data: 09/07/2018 Especialidade: 225125 - MEDICO CLINICO		Usuário de Inclusão: 1		Setor de Atendimento: 1 - CLINICA MEDICA	
Paciente: 421698 - PACIENTE NOME SOCIAL DEMONSTRAÇÃO			Raça ou Cor: 1 - BRANCA C.N.S.: 898.0007.5136.4667		
Mãe: MARLENE BAUMGRATZ		Convênio: 1 - Tabela SUS		Município: 355220-5 - SOROCABA - SP	
Nascimento: 21/03/1984 Idade: 34 anos Sexo: M		Bairro/Distr.: ANA MARIA		C.E.P.: 13.454-545	
Endereço: AVENIDA DAS PALMEIRAS, 1000		Obs. Rec.:			
RG: 5.948.931-3 Telefone: (41) 3241-2334 Celular: (19) 9939-74324					
Motivo do Atend.: 1 - URGENCIA		Caráter do Atend.: 2 - URGÊNCIA		Ciclo de Vida: Adulto Gestante: Não	
PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS			Prescrição:		
Medicamentos	Dose	UM	Via	Intervalo	Programação
2471 - TRAMADOL 100MG	1	UN			SN
1101 - DIPIRONA 56DICA 500 MG/ ML/ 2 ML [AMPOLA]		UN			SN
267 - AGUA DESTILADA 10 ML	1	MG			SN
Carimbo e Assinatura da Enfermeira:			Carimbo e Assinatura do Médico(a):		
Carimbo e Assinatura do Médico:			Assinatura do Paciente ou Responsável:		
			X		

Ficha de Atendimento (FA)

409

 PREFEITURA MUNICIPAL SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	Etapas	> Recepção: 09/07/2018 13:35:07	Nº SAME:	Nº FAA	1
	Atendimento	> Acolhimento: 09/07/2018 13:36:23	421698	09/07/2018	
		> Consulta: 09/07/2018 13:37:58			

FICHA DE ATENDIMENTO | 1 - HOSPITAL

Data: 09/07/2018	Usuário de Inclusão: 1	Sector de Atendimento: 1 - CLINICA MÉDICA
Especialidade: 225125 - MEDICO CLINICO		Raça ou Cor: 1 - BRANCA
Paciente: 421698 - PACIENTE NOME SOCIAL DEMONSTRAÇÃO		C.N.S.: 898.0007.5136.4667
Mãe: MARLENE BAUMGRATZ		Convênio: 1 - Tabela SUS
Nascimento: 21/03/1984	Idade: 34 anos	Sexo: M
Endereço: AVENIDA DAS PALMEIRAS, 1060		Município: 355220-5 - BOROCABA - SP
RG: 6.948.931-3	Telefone: (41) 3241-2334	Celular: (19) 9939-74324
		Obs. Rec.:
		Bairro/Distr.: ANA MARIA
		C.E.P.: 13.454-545

Motivo do Atend.: 1 - URGENCIA Caráter do Atend.: 2 - URGÊNCIA Ciclo de Vida: Adulto Gestante: Não

DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO:

ALERGIA: _____

Anamnese:

PACIENTE REFERE CEFALÉIA HA 3 DIAS SEGUIDO DE DOR ABDOMINAL.

Exame Físico:

BEG, AAA, LOTE. EUPNEICO. NORMOCORADO, NORMOHIDRATADO, GLASGOW 15
AR.MV+: SIM E BIL, SRA
ACV: BNF EM 2T, RCR. SS AUDIVEIS
ABD: RHA+ GLOBOSO. FLACIDO. DB NEGATIVO
MMH: SEM EDEMAS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

CEFALÉIA

Hipótese Diagnóstica: CID 10: R51 _____

Secundária: CID 10: _____

FOI FORNECIDO ATESTADO: () SIM () NÃO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM:

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

Carimbo e Assinatura da Enfermagem:

Carimbo e Assinatura do Médico(a):

Carimbo e Assinatura do Médico:

Assinatura do Paciente ou Responsável:

WILSON
MÉDICO CLÍNICO

X _____

USE O VERSO PARA INFORMAÇÕES E ANOTAÇÕES ADICIONAIS

➤ **Solicitação de Exames**



F.A.: 11 - 09/07/2018
 Paciente: 421698 - PACIENTE DEMONSTRAÇÃO
 Data Nasc.: 21/03/1984 Idade: 34 anos, 3 mes

Código	Classif.	Procedimento	Qtde.
121	02.02.01.016-0	DOSAGEM DE AMILASE	1
128	02.02.01.021-0	DOSAGEM DE CÁLCIO	1
163	02.02.01.032-6	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	1
148	02.02.01.046-6	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	1
134	02.02.01.080-0	DOSAGEM DE POTÁSSIO	1
139	02.02.01.088-1	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTÂMICO-PIRUVICA (TGP)	1
208	02.02.02.002-3	CONTAGEM DE PLAQUETAS	1

WILSON
 MEDICO CLINICO

➤ **Atividades de Enfermagem**

Atendimento de Internação ou Observação - Execução de Atividade

Paciente: Idade: 36 anos, 10 meses e 21 dias

Atividade de Internação ou Observação: 2 - PRESCRIÇÃO MÉDICA RECEITUÁRIO Tipo de Atividade: Prescrição Composta de Medicamentos

Procedimento: 47 - 03.01.10.002-0 - ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS EM ATENCAO BASICA (POR PACIENTE) Código Ativ.: 1

Tipo: Programação:

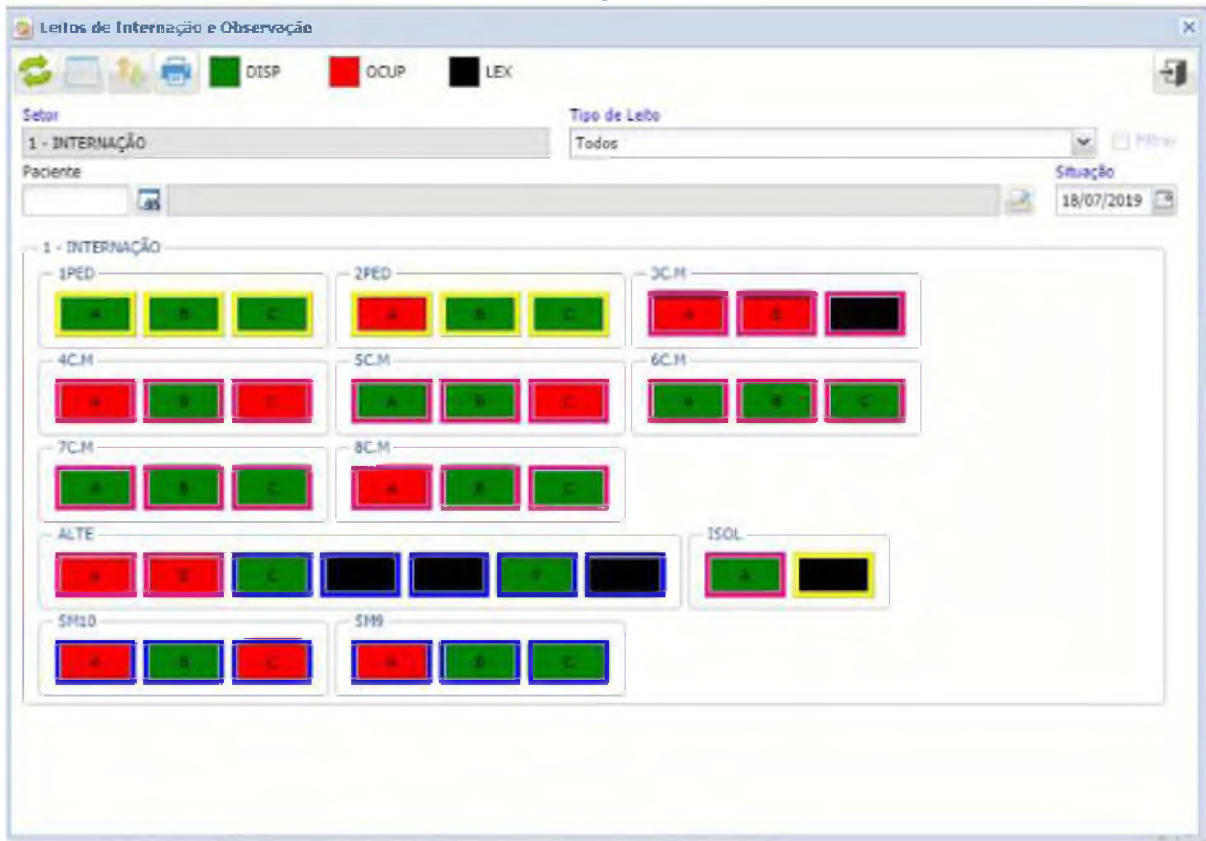
Agora:

Situação: Executada

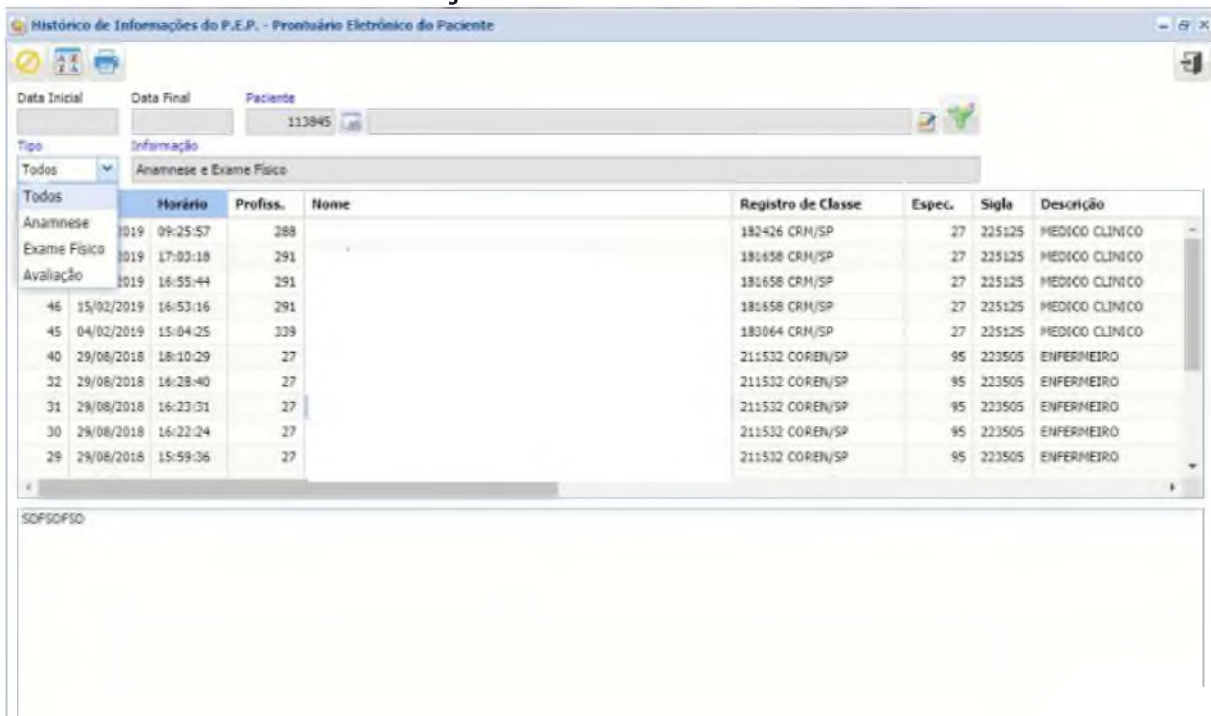
Sel.	Cód.	Qtde.	Un.M.	Medic.	Descrição	V.Adm.	Via Adm.	Posologia
Sim	1	2,00	COM	3044	CAPTOPRIL - 25 MG COMP - VO	1	VO	VO
Sim	2	1,00	UND	3089	DIPIRONA SÓDICA - 500 MG/2 ML SOL INJET - IM	9	IM	IM
Sim	3	1,00	UND	3057	CETOPROFENO - 50 MG - 2 ML SOL INJET - IM	9	IM	IM

Detalhamento

➤ **Controle de Leitos de Observação**




➤ **Histórico de Informações do Prontuário Eletrônico**



Todos	Horário	Profiss.	Nome	Registro de Classe	Espec.	Sigla	Descrição
Anamnese	019 09:25:57	288		182426 CRM/SP	27	225125	MEDICO CLINICO
Exame Físico	019 17:03:18	291		181658 CRM/SP	27	225125	MEDICO CLINICO
Avaliação	019 16:55:44	291		181658 CRM/SP	27	225125	MEDICO CLINICO
46	15/02/2019 16:53:16	291		181658 CRM/SP	27	225125	MEDICO CLINICO
45	04/02/2019 15:04:25	339		183064 CRM/SP	27	225125	MEDICO CLINICO
40	29/08/2018 18:10:29	27		211532 COREN/SP	95	223505	ENFERMEIRO
32	29/08/2018 16:28:40	27		211532 COREN/SP	95	223505	ENFERMEIRO
31	29/08/2018 16:23:51	27		211532 COREN/SP	95	223505	ENFERMEIRO
30	29/08/2018 16:22:24	27		211532 COREN/SP	95	223505	ENFERMEIRO
29	29/08/2018 15:59:36	27		211532 COREN/SP	95	223505	ENFERMEIRO

SOPSOFSO

➤ Pacientes Em Evolução na Observação

Atendimentos de Consultas

Data Inicial: 18/07/2019 | Data Final: 18/07/2019 | Tipo: Internações e/ou Observações | Profissional: 435 - MARINA BIANCARDI WOOD

Estabelecimento de Saúde: 1 - UPA - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE VARZEA PAULISTA | Setor: Todos

Paciente: 143175 | RICARDO CORRÊA MACIEL - 02/01/1979 - M | Local de Atendimento: [vazio]

Recepcionados Agendados Não Atend. Ac.Cons.In. Ac.Cons.Enc. Enc.Ac.C. At.Cons.In. At.Cons.Enc.
 Internações Observações Retornos de Atendimentos Internações ou Observações Encerradas

Sit.	Data	Horário	T.Perm.	D.I.	Quarto	Leito	At.V.	At.P.	C.R.	C.P.	Id.	Paciente	Nome
Observação	18/07/2019	17:31:43	00:30:31	0					13		40	143175	
Observação	18/07/2019	10:19:29	00:41:14	0					9	6	47	79987	
Observação	18/07/2019	09:11:18	00:16:42	0					5	10	38	80185	
Observação	18/07/2019	14:40:56	03:42:04	0			1				85	50597	
Observação	18/07/2019	08:35:52	00:28:40	0						8	25	160223	
Observação	18/07/2019	13:58:07	00:51:35	0						6	78	145332	
Observação	18/07/2019	16:28:12	01:54:49	0			2				17	170400	
Observação	18/07/2019	06:40:01	01:20:58	0						18	74	17420	
Observação	18/07/2019	08:08:51	00:51:25	0						4	86	4762	
Observação	18/07/2019	10:48:13	00:46:55	0						4	75	37848	
Observação	18/07/2019	10:51:00	00:56:45	0							47	118656	
Observação	18/07/2019	11:23:25	00:59:06	0						2	47	167890	
Observação	18/07/2019	12:17:21	00:41:35	0						4	64	16297	
Observação	18/07/2019	12:52:18	01:07:52	0						4	III	147438	
Observação	18/07/2019	13:02:28	01:14:26	0						2	III	23331	

➤ **Resumo de Alta**



Etapas <i>Atendimento</i>	> Recepção: 18/07/2019 14:40:58	Nº SAME	Nº PAQ	7
	> Acolhimento: 18/07/2019 14:50:12	50557	18/07/2019	
	> Consulta: 18/07/2019 14:59:19			

**RESUMO DE ALTA | 1 - UPA - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE VARZEA PAULISTA
"ESTA CONTA DEVERÁ SER PAGA COM RECURSOS PÚBLICOS".**

Data de Internação: 18/07/2019	Usuário de Inclusão: 610		
Especialidade: 225/05 - MÉDICO CLÍNICO	Sector de Atendimento: 5 - URGÊNCIA		
Paciente: 50597 -	Reça de Cor: 1 - BRANCA	C.N.S.:	
Idade: 85 anos, 1#	Sexo: M	Convênio: 1 - Tabela 98-99	
Nome: HERMINA MARINHO	Município:	Barro/Dist: JARDIM DAS PALMEIRAS	C.E.P.: 13.205-100
Nascimento: 06/06/1934	Endereço:	Obs. Rec:	
RG: 14338562X	Telefone:	Celular: (11) 9445-20814	

**RESUMO DE ALTA HOSPITALAR
CLÍNICA MÉDICA / PEDIÁTRICA**

Data da Internação: 18/07/2019	Hora da Internação: 14:40:58
Motivo da Saída de Internação: 0 -	
Data da Saída: 0	Hora da Saída: 0

Motivo da Internação: _____

Procedimento Principal: _____

Diagnóstico: _____

Observações: _____

Exames Laboratoriais Realizados: _____

Medicamento Recetado: _____

NÃO DEIXE DE COMPARECER EM SUA CONSULTA DE ROTINA NA UBS

Médico Responsável: _____

➤ **Integração Com o Cartão Nacional de Saúde e Outros Sistemas**

O sistema contempla em todos os módulos identificação dos pacientes através da leitura do Cartão SUS. O software está preparado para leitura de cartões com tarja magnética, bem como para leitura dos cartões com código de barras.

O software proporciona a geração de relatórios dinâmicos e em tempo real, de acordo com a necessidade de cada setor, tanto para os níveis de gestão, gerência ou para os profissionais de saúde, que podem ser visualizados de forma descritiva e também em gráficos. Além disso, de forma automática, gera informações para integração com os demais sistemas de alimentação obrigatória do Ministério da Saúde (SIA, SIHD, HIPERDIA, SISPRENATAL, SISVAN, SIAB, CARTÃO SUS, SI-PNI, dentre outros), bem como, compatibiliza os cadastros e tabelas utilizadas e disponíveis no Sistema Único de Saúde.

Após o usuário ser cadastrado a primeira vez no SIG, já é possível identificá-lo através da leitura do Cartão SUS, pois como já mencionado, ele está preparado para leitura de cartões com tarja magnética (mais antigos), bem como para leitura dos cartões com código de barras (modelo atual), bem como a leitura biométrica, sendo necessário a instalação de leitores de códigos de barras, leitores de tarja magnética (fenda) e leitores biométricos nos pontos de atendimento.

Além disso o SIG:

- ✓ Compatibiliza os cadastros conforme as Tabelas do SCNS – Sistema Cartão Nacional de Saúde.
- ✓ Consiste automaticamente a existência de cadastros em duplicidade considerando nome do usuário, data de nascimento, nome da mãe e documento mostrando em tela os cadastros já existentes.
- ✓ Utiliza critério de nomes fonetizados para pesquisa e consistência de duplicidades.
- ✓ Possibilita o cadastramento de CEPs do município possibilitando a pesquisa automática de bairro e logradouro nos cadastros de famílias, usuários, profissionais, unidades de saúde e estabelecimentos.
- ✓ Possibilita a utilização de foto no cadastro de usuários.
- ✓ Possibilita a importação automática das definições do aplicativo SIGTAP do Ministério da Saúde, realizando automaticamente o download a partir do repositório do DataSUS (ftp), mantendo as regras de faturamento do SIA/BPA atualizadas em relação a competência atual.
- ✓ Permite a importação manual das definições do aplicativo SIGTAP do Ministério da Saúde, possibilitando selecionar os arquivos das competências a partir do repositório do DataSUS (ftp) e realizar a importação das regras de faturamento do SIA/BPA.
- ✓ Possibilita a obtenção de informações adicionais de usuários, famílias e unidades de saúde.

- ✓ Possibilita o cadastro tabelas de valores para os procedimentos dos prestadores.
- ✓ Possibilita definir os convênios para faturamento nos prestadores com a respectiva fonte de recurso utilizada.
- ✓ Possibilita definir os Convênios que estão ativos e bloqueados para os prestadores.
- ✓ Possibilita definir os impostos incidentes sobre o prestador.
- ✓ Possibilita definir o prestador e o convênio para faturamento das consultas dos profissionais.
- ✓ Possibilita definir o prestador e o convênio para faturamento dos exames realizados.
- ✓ Gera automaticamente com base nos atendimentos realizados o arquivo magnético para BPA – Boletim de Produção Ambulatorial conforme especificações do Ministério da Saúde, permitindo a seleção dos procedimentos para geração.
- ✓ Possibilita definir os convênios por unidade de saúde para faturamento em BPA – Boletim de Produção Ambulatorial.
- ✓ Gera automaticamente com base nos atendimentos de RAAS – Atenção Domiciliar e RAAS – Psicossocial arquivo magnético conforme especificações do Layout SIA – RAAS do Ministério da Saúde.
- ✓ Possibilita a apuração do faturamento dos prestadores de serviço totalizando os valores dos atendimentos realizados e não realizados por prestador.
- ✓ Possibilita o faturamento por competência e período.
- ✓ Possibilita selecionar individualmente os atendimentos para faturamento.
- ✓ Apresenta resumo dos procedimentos por quantidade e valor.
- ✓ Possibilita a comparação entre o valor do prestador e o valor SUS mostrando diferença.
- ✓ Calcula os impostos conforme alíquota e incidência por faixa de valor de faturamento.
- ✓ Possibilita a impressão do faturamento com totais por unidade de atendimento, profissional, especialidade, convênio e procedimento e relação de impostos calculados.
- ✓ Bloqueia todos os atendimentos já faturados para os prestadores não possibilitando a alteração ou exclusão das informações referente ao faturamento dos atendimentos (prestador, convênio, procedimento e usuário).
- ✓ Possibilita a emissão de relatórios sobre os faturamentos dos prestadores mostrando valor e/ou quantidade realizado e não realizado com totais por competência, prestador, convênio, profissional, especialidade e procedimento.

- ✓ Gera arquivos com os cadastros de usuários do SUS para o aplicativo CadSUS Multiplataforma.
- ✓ Realiza a leitura do CNS – Cartão Nacional de Saúde através de leitor de tarja magnética em todos os pontos que necessitem a identificação do usuário.
- ✓ Consiste procedimentos no momento da realização quanto aos critérios definidos pelo Ministério da Saúde: sexo, idade, especialidade, classificação de serviços das unidades de saúde.
- ✓ Realiza a integração dos cadastros de usuários e atendimentos das ações programáticas do Ministério da Saúde (HiperDia, SisPréNatal, SisVAN, SISMAMA e SISCOLO).
- ✓ Possibilita a digitalização de documentos para usuários identificando o tipo de documento, data, horário.
- ✓ Possibilita a digitalização de documentos nos formatos: TIFF, JPEG, BMP, PNG.
- ✓ Restringe os tipos de documentos que podem ser visualizados por médicos, enfermeiros e outros profissionais.
- ✓ Possibilita a visualização dos documentos digitalizados com navegação entre os documentos existentes.
- ✓ Possibilita a navegação nas páginas dos documentos multipaginados.
- ✓ Possibilita operações de visualização quanto a tamanho, posicionamento de imagens.
- ✓ Possibilita a impressão dos documentos digitalizados.
- ✓ Emite em um único relatório um extrato de usuários e famílias detalhando os atendimentos realizados nas unidades de saúde, possibilitando visualizar: atendimentos realizados, medicamentos dispensados, aplicações de vacinas, exames realizados, procedimentos odontológicos, agendamentos, encaminhamentos, transportes e internações hospitalares.
- ✓ Emite em um único relatório um extrato de unidades de saúde detalhando: atendimentos realizados, medicamentos fornecidos, encaminhamentos, aplicações de vacinas, exames realizados, procedimentos odontológicos, agendamentos, transportes e internações hospitalares.
- ✓ Emite relatório de procedimentos realizados consolidando todos os atendimentos realizados: atendimento ambulatorial, aplicações de vacinas, procedimentos odontológicos e exames realizados.
- ✓ Totaliza quantidade e/ou valor por unidade de saúde, profissional, especialidade, bairro e faixa etária.
- ✓ Gera gráfico por quantidade e/ou valor dos procedimentos realizados consolidando todos os atendimentos realizados: atendimento ambulatorial, aplicações de vacinas, procedimentos odontológicos e exames realizados.
- ✓ Totaliza por unidade de saúde, profissional, especialidade, bairro e faixa etária.

- ✓ ria.
- ✓ Utiliza sistema gerenciador de banco de dados relacional (SGDB) PostgreSQL.
- ✓ Possibilita na emissão de relatório que seja selecionado o tipo de papel, orientação, tamanho, largura, altura, margens e impressão de linhas zebreadas.
- ✓ Os relatórios possuem exportação para os seguintes formatos de arquivos: HTML, TIFF, GIF, RTF, JPEG, PDF e CSV.
- ✓ Após a geração de relatórios, é possível pela própria visualização do conteúdo gerado, as seguintes operações:
 - envio de e-mail do relatório gerado, e;
 - edição do relatório gerado, possibilitando inserir textos, modificar fontes, inserir imagens, mudar alinhamentos/posicionamentos, eliminar informações, inserir elementos de desenho como retângulo, elipse e triângulo.
- ✓ Os gráficos gerados pelo sistema podem ser visualizados nos formatos de pizza, linha, barras e área. Durante a visualização do gráfico são possíveis algumas customizações como a alteração do título, da fonte do título, da cor de fundo do gráfico, da visualização em 3 dimensões. O gráfico possui exportação para os formatos XLS, imagem (BMP) e Windows Metafile (WMF).
- ✓ O sistema possui ferramenta para geração de relatórios, que estão dentro do próprio sistema, onde é possível o desenho de relatórios de forma visual, incluindo elementos como imagens, textos, expressões matemáticas, obtenção de dados armazenados no banco de dados, agrupamentos de informações e filtros. Este recurso permite aos usuários finais, a criação de relatórios específicos necessários ao controle de informações de seu interesse, sem interferência da empresa contratada.
- ✓ O Gerador de Relatórios possui uma linguagem interna de script, compilado em tempo de execução e baseada em uma das seguintes sintaxe Pascal, C++, Basic, JavaScript permitindo que se façam condições, laços, funções e cálculos.
- ✓ O sistema possui controle de acesso por operador para cada opção do sistema identificando nível do privilégio (inclusão, alteração, exclusão, consulta).
- ✓ Controla o número de tentativas de acesso ao sistema possibilitando o bloqueio de operadores ao esgotar tentativas. Controla o tempo de inatividade do sistema exigindo a identificação do operador.
- ✓ O sistema permite o acesso restrito dos operadores por identificação biométrica.
- ✓ O sistema possui ferramenta interna para troca de mensagens entre os operadores habilitados para utilização.

- ✓ O sistema emite alerta de recebimento de mensagens aos operadores.
- ✓ O sistema registra as operações realizadas pelos operadores do sistema possibilitando a auditoria e identificação do operador, operação realizada, data, horário e espelho das informações incluídas, alteradas ou excluídas.
- ✓ O espelho das informações é fiel a estrutura de campos de cada tabela, não sofrendo alterações quando muda-se a estrutura de tabelas e conseqüentemente mantendo a informação fidedigna de acordo com a data da geração do evento.
- ✓ O sistema registra os acessos e tentativas de acesso ao sistema, identificando, nome do computador, endereço de rede IP, data e horário.
- ✓ A política de segurança, senhas e acessos estão de acordo com a ISO 1779.
- ✓ O sistema possui mecanismos que permitem a execução automática decópias de segurança previamente agendadas.

7.2. ESTRATÉGIA DE INTEGRAÇÃO A SER ADOTADA COM OUTROS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO DMS

Para evitar o retrabalho de digitação nos sistemas do Ministério da Saúde, o software exporta as informações em arquivos magnéticos ou através de webservices para ser importado em outros softwares.

Caso haja interesse por parte do Município através do Departamento Municipal de Saúde, será perfeitamente possível a integração das informações através de troca de arquivos em formato XML, ou ainda por Webservice. É possível também customizar um interfaceamento automático, caso o DMS se interesse, pois temos profissionais gabaritados no INCS, que com o apoio dos profissionais do DMS, certamente diminuirão o retrabalho de diversos setores do DMS.



8. DESCRIÇÃO DETALHADA DOS RELATÓRIOS GERENCIAIS



Seguem abaixo alguns relatórios que possibilitam uma visualização dos dados gerenciais, funcionando como ferramentas de controle e monitoramento dos processos assistenciais. Outros relatórios podem ser customizados para quaisquer necessidades específicas.



Unidade de Pronto Atendimento 24h - Putim

Visão geral de produção assistencial durante o ano de 2018.

- 1) Quantidade de Atendimento
- 2) Desistências
- 3) Bairros Atendidos
- 4) Classificação de Risco e Acolhimento de Enfermagem
- 5) CID – Classificação Internacional de Doenças
- 6) Comparativo: Classificação de Risco x CID
- 7) Resumo das Atividades
- 8) Pesquisa de Satisfação
- 9) Referências

Relatórios de Controle e Monitoramento de Indicadores de Desempenho, da Qualidade e da Produtividade, que o INCS Utiliza em Sua Gestão



1 – Atendimentos

No ano de 2018, foram atendidos na Unidade de Pronto Atendimento do Putim um total de **121.938** pacientes, sendo **86.030 (70%)** pacientes da clínica médica e **35.908 (30 %)** pacientes da pediatria.

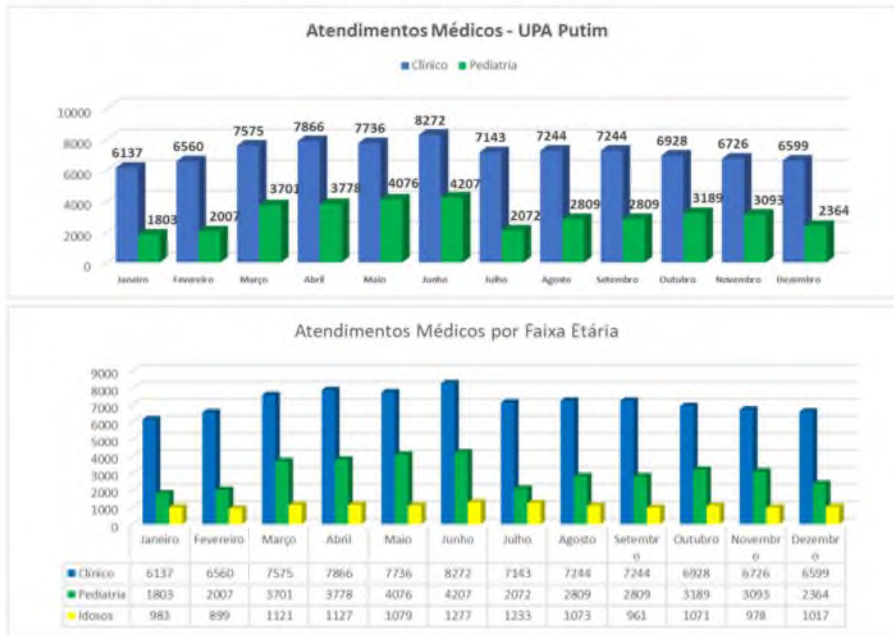
Mês	Total	Clínico	Pediatria	Media
Janeiro	7940	6137	1803	256
Fevereiro	8567	6560	2007	306
Março	11276	7575	3701	364
Abril	11644	7866	3778	388
Mai	11812	7736	4076	381
Junho	12479	8272	4207	416
Julho	9215	7143	2072	297
Agosto	10053	7244	2809	324
Setembro	10053	7244	2809	335
Outubro	10117	6928	3189	326
Novembro	9819	6726	3093	327
Dezembro	8963	6599	2364	289

Série que permite verificar o aumento do número de atendimentos num determinado período de tempo

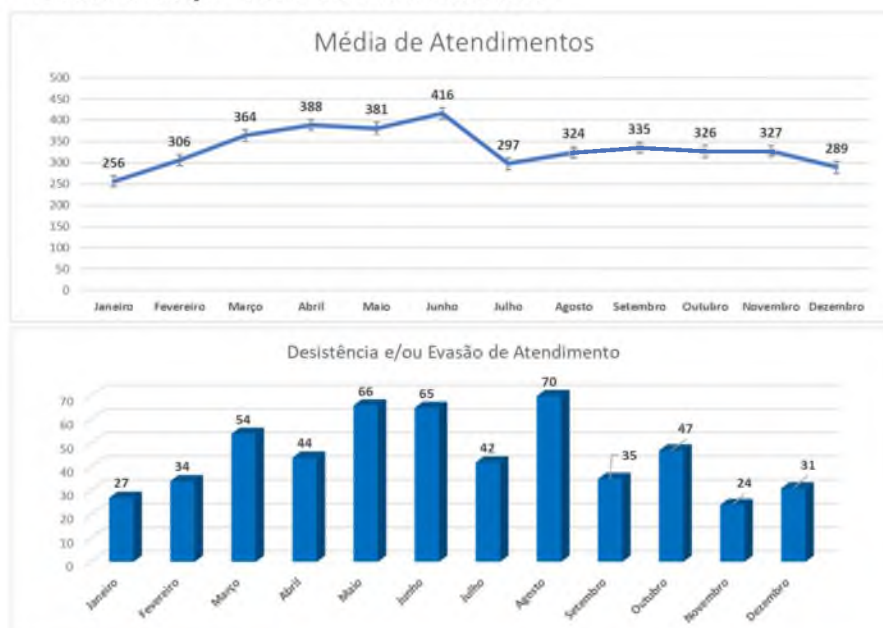
O sistema permite um acompanhamento detalhado e customizado através de relatórios, em tempo real (just in time), que compilam números relacionados à quantidade de pacientes atendidos em um determinado período, desistências (evasão)



1 – Atendimentos



2 – Desistência/Evasão de Atendimento



O sistema permite identificar quais os bairros que mais utilizam os serviços de saúde, conforme ilustrado abaixo

421



3 – Bairros Atendidos

Seleção dos 20 bairros com maior número de Atendimentos.

Janeiro	
Bairro ou Localidade	Quantidade
746 - PUTIM	881
683 - JD SAO JUDAS TADEU	798
9 - JD SANTA JULIA	362
582 - JD DA GRANJA	347
727 - JD SANTA LUZIA	288
127 - VL IRACEMA	273
206 - CAMPOS DE SAO JOSE	268
741 - JD DO LAGO	265
585 - JD UIRA	232
745 - JD SAO LEOPOLDO	221
632 - JD TORRAO DE OURO	220
178 - VL ADRIANA	216
742 - JD SANTA FE	199
744 - JD SANTO ONOFRE	178
302 - VL SAO BENTO	176
685 - RES JATOBA	167
751 - VL RICA	165
426 - JD SANTA ROSA	164
587 - PQ RES FLAMBOYANT	161
591 - RES SAO FRANCISCO	160

Fevereiro	
Bairro ou Localidade	Quantidade
683 - JD SAO JUDAS TADEU	810
746 - PUTIM	806
9 - JD SANTA JULIA	402
582 - JD DA GRANJA	350
727 - JD SANTA LUZIA	303
206 - CAMPOS DE SAO JOSE	276
127 - VL IRACEMA	264
632 - JD TORRAO DE OURO	239
745 - JD SAO LEOPOLDO	237
741 - JD DO LAGO	226
178 - VL ADRIANA	220
585 - JD UIRA	215
426 - JD SANTA ROSA	208
742 - JD SANTA FE	202
587 - PQ RES FLAMBOYANT	172
744 - JD SANTO ONOFRE	171
751 - VL RICA	156
302 - VL SAO BENTO	151
685 - RES JATOBA	142
591 - RES SAO FRANCISCO	139

Março	
Bairro ou Localidade	Quantidade
683 - JD SAO JUDAS TADEU	1112
746 - PUTIM	978
9 - JD SANTA JULIA	485
582 - JD DA GRANJA	476
741 - JD DO LAGO	383
206 - CAMPOS DE SAO JOSE	377
127 - VL IRACEMA	355
745 - JD SAO LEOPOLDO	343
727 - JD SANTA LUZIA	342
632 - JD TORRAO DE OURO	302
742 - JD SANTA FE	287
426 - JD SANTA ROSA	283
585 - JD UIRA	273
178 - VL ADRIANA	270
302 - VL SAO BENTO	244
587 - PQ RES FLAMBOYANT	232
744 - JD SANTO ONOFRE	229
685 - RES JATOBA	221
591 - RES SAO FRANCISCO	219
11247 - PINHEIRINHO DOS PALMARES II	197

Abril	
Bairro ou Localidade	Quantidade
683 - JD SAO JUDAS TADEU	1101
746 - PUTIM	1077
9 - JD SANTA JULIA	514
582 - JD DA GRANJA	491
206 - CAMPOS DE SAO JOSE	395
727 - JD SANTA LUZIA	364
127 - VL IRACEMA	362
741 - JD DO LAGO	360
745 - JD SAO LEOPOLDO	312
585 - JD UIRA	308
632 - JD TORRAO DE OURO	307
178 - VL ADRIANA	279
426 - JD SANTA ROSA	262
742 - JD SANTA FE	258
587 - PQ RES FLAMBOYANT	246
302 - VL SAO BENTO	234
744 - JD SANTO ONOFRE	232
685 - RES JATOBA	216
751 - VL RICA	209
11247 - PINHEIRINHO DOS PALMARES II	205

Julho	
Bairro ou Localidade	Quantidade
683 - JD SAO JUDAS TADEU	865
746 - PUTIM	830
9 - JD SANTA JULIA	393
582 - JD DA GRANJA	379
206 - CAMPOS DE SAO JOSE	362
127 - VL IRACEMA	290
727 - JD SANTA LUZIA	288
745 - JD SAO LEOPOLDO	288
741 - JD DO LAGO	274
585 - JD UIRA	241
632 - JD TORRAO DE OURO	231
426 - JD SANTA ROSA	222
744 - JD SANTO ONOFRE	218
742 - JD SANTA FE	215
178 - VL ADRIANA	208
685 - RES JATOBA	194
302 - VL SAO BENTO	192
587 - PQ RES FLAMBOYANT	169
751 - VL RICA	166
591 - RES SAO FRANCISCO	150

Agosto	
Bairro ou Localidade	Quantidade
683 - JD SAO JUDAS TADEU	987
746 - PUTIM	864
9 - JD SANTA JULIA	473
582 - JD DA GRANJA	409
206 - CAMPOS DE SAO JOSE	345
127 - VL IRACEMA	343
727 - JD SANTA LUZIA	335
745 - JD SAO LEOPOLDO	287
741 - JD DO LAGO	269
178 - VL ADRIANA	262
585 - JD UIRA	256
632 - JD TORRAO DE OURO	249
426 - JD SANTA ROSA	248
742 - JD SANTA FE	230
302 - VL SAO BENTO	225
744 - JD SANTO ONOFRE	202
751 - VL RICA	199
11247 - PINHEIRINHO DOS PALMARES II	195
587 - PQ RES FLAMBOYANT	167
591 - RES SAO FRANCISCO	167



3 – Bairros Atendidos

Percentual de Atendimentos nos Bairros abrangidos na Região do Putim. Área demarcada em Azul referem-se aos bairros contemplados pela região do Putim, segundo informações da Prefeitura Municipal de São José dos Campos.

Fonte: <http://www.sjc.sp.gov.br/secretarias/fazenda/pop/putim.aspx>



O SIG identifica o número de atendimentos conforme a Classificação de Risco



4 – Classificação de Risco

Os atendimentos são realizados seguindo as normativas estabelecidas no Protocolo de Manchester.

Classificação de Risco	2018
Atendimento Imediato	303
10 Minutos	1522
60 Minutos	11643
120 Minutos	44564
240 Minutos	48223



O Sistema seleciona e apresenta automaticamente os CIDs mais frequentes, e até mesmo todos, relacionados ao atendimento médico



5 – Classificação Internacional de Doenças - CID

TOP 20 CID por mês.

Competência: Janeiro/2018	Quantidade
A09 - DIARREIA E GASTROENTERITE DE ORIGEM INFECCIOSA PRESUMIVEL	541
R520 - DOR AGUDA	517
J00 - NASOFARINGITE AGUDA [RESFRIADO COMUM]	368
J039 - AMIGDALITE AGUDA NAO ESPECIFICADA	368
R06 - TOSSE	362
R51 - CEFALIA	339
R11 - NAUSEA E VOMITOS	316
T784 - ALERGIA NAO ESPECIFICADA	294
M255 - DOR ARTICULAR	277
R529 - DOR NAO ESPECIFICADA	255
N380 - INFECCAO DO TRATO URINARIO DE LOCALIZACAO NAO ESPECIFICADA	219
J22 - INFECCOES AGUDAS NAO ESPECIFICADA DAS VIAS AEREAS INFERIORES	196
Z518 - OUTRO CUIDADO MEDICO ESPECIFICADO	191
J069 - INFECCAO AGUDA DAS VIAS AEREAS SUPERIORES NAO ESPECIFICADA	173
R509 - FEBRE NAO ESPECIFICADA	170
Z519 - CUIDADO MEDICO NAO ESPECIFICADO	167
I10 - HIPERTENSAO ESSENCIAL (PRIMARIA)	145
R104 - OUTRAS DORES ABDOMINAIS E AS NAO ESPECIFICADAS	136
M545 - DOR LOMBAR BAIXA	130
T140 - TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE REGIAO NAO ESPECIFICADA DO CORP	119

Competência: Fevereiro/2018	Quantidade
R520 - DOR AGUDA	509
J00 - NASOFARINGITE AGUDA [RESFRIADO COMUM]	447
A09 - DIARREIA E GASTROENTERITE DE ORIGEM INFECCIOSA PRESUMIVEL	443
R51 - CEFALEIA	392
R05 - TOSSE	362
J039 - AMIGDALITE AGUDA NAO ESPECIFICADA	350
R11 - NAUSEA E VOMITOS	285
M255 - DOR ARTICULAR	275
R509 - FEBRE NAO ESPECIFICADA	235
J069 - INFECCAO AGUDA DAS VIAS AEREAS SUPERIORES NAO ESPECIFICADA	233
R529 - DOR NAO ESPECIFICADA	225
T784 - ALERGIA NAO ESPECIFICADA	221
N390 - INFECCAO DO TRATO URINARIO DE LOCALIZACAO NAO ESPECIFICADA	218
I10 - HIPERTENSAO ESSENCIAL (PRIMARIA)	189
Z519 - CUIDADO MEDICO NAO ESPECIFICADO	183
M645 - DOR LOMBAR BAIXA	144
R104 - OUTRAS DORES ABDOMINAIS E AS NAO ESPECIFICADAS	129
J22 - INFECCOES AGUDAS NAO ESPECIFICADA DAS VIAS AEREAS INFERIORES	124
J029 - FARINGITE AGUDA NAO ESPECIFICADA	117
M791 - MIALGIA	113



5 – Classificação Internacional de Doenças - CID

TOP 20 CID por mês.

Competência: Março/2018	Quantidade
J00 - NASOFARINGITE AGUDA [RESFRIADO COMUM]	694
J039 - AMIGDALITE AGUDA NAO ESPECIFICADA	681
A09 - DIARREIA E GASTROENTERITE DE ORIGEM INFECCIOSA PRESUMIVEL	605
R05 - TOSSE	535
R520 - DOR AGUDA	508
R509 - FEBRE NAO ESPECIFICADA	459
R51 - CEFALEIA	355
R11 - NAUSEA E VOMITOS	352
J069 - INFECCAO AGUDA DAS VIAS AEREAS SUPERIORES NAO ESPECIFICADA	326
R529 - DOR NAO ESPECIFICADA	300
Z519 - CUIDADO MEDICO NAO ESPECIFICADO	290
T784 - ALERGIA NAO ESPECIFICADA	289
M255 - DOR ARTICULAR	266
N390 - INFECCAO DO TRATO URINARIO DE LOCALIZACAO NAO ESPECIFICADA	243
H109 - CONJUNTIVITE NAO ESPECIFICADA	210
R104 - OUTRAS DORES ABDOMINAIS E AS NAO ESPECIFICADAS	196
I10 - HIPERTENSAO ESSENCIAL (PRIMARIA)	183
J029 - FARINGITE AGUDA NAO ESPECIFICADA	158
M645 - DOR LOMBAR BAIXA	146
H103 - CONJUNTIVITE AGUDA NAO ESPECIFICADA	142

Competência: Abril/2018	Quantidade
J00 - NASOFARINGITE AGUDA [RESFRIADO COMUM]	962
R05 - TOSSE	684
A09 - DIARREIA E GASTROENTERITE DE ORIGEM INFECCIOSA PRESUMIVEL	670
J039 - AMIGDALITE AGUDA NAO ESPECIFICADA	629
R520 - DOR AGUDA	597
R11 - NAUSEA E VOMITOS	394
R509 - FEBRE NAO ESPECIFICADA	356
J069 - INFECCAO AGUDA DAS VIAS AEREAS SUPERIORES NAO ESPECIFICADA	346
R51 - CEFALEIA	321
Z519 - CUIDADO MEDICO NAO ESPECIFICADO	314
J22 - INFECCOES AGUDAS NAO ESPECIFICADA DAS VIAS AEREAS INFERIORES	271
R529 - DOR NAO ESPECIFICADA	258
N390 - INFECCAO DO TRATO URINARIO DE LOCALIZACAO NAO ESPECIFICADA	252
H109 - CONJUNTIVITE NAO ESPECIFICADA	203
T784 - ALERGIA NAO ESPECIFICADA	203
I10 - HIPERTENSAO ESSENCIAL (PRIMARIA)	191
M255 - DOR ARTICULAR	185
J018 - OUTRAS SINUSITES AGUDAS	164
J029 - FARINGITE AGUDA NAO ESPECIFICADA	152
R104 - OUTRAS DORES ABDOMINAIS E AS NAO ESPECIFICADAS	146



5 – Classificação Internacional de Doenças - CID

TOP 20 CID por mês.

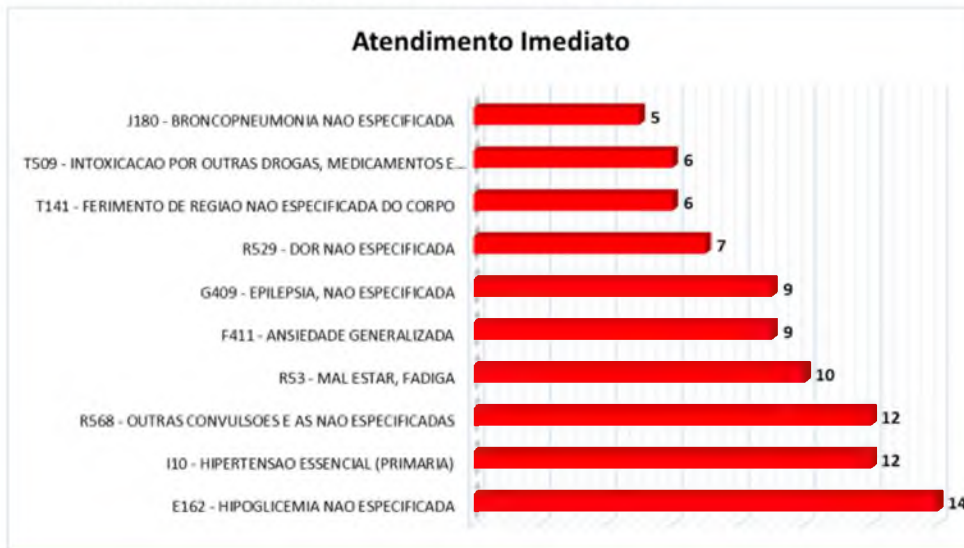
Competência: Maio/2018	Quantidade
J00 - NASOFARINGITE AGUDA [RESFRIADO COMUM]	1323
R05 - TOSSE	953
J039 - AMIGDALITE AGUDA NAO ESPECIFICADA	643
Z000 - EXAME MEDICO GERAL	636
A09 - DIARREIA E GASTROENTERITE DE ORIGEM INFECCIOSA PRESUMIVEL	552
R520 - DOR AGUDA	509
J069 - INFECCAO AGUDA DAS VIAS AEREAS SUPERIORES NAO ESPECIFICADA	464
R509 - FEBRE NAO ESPECIFICADA	360
R11 - NAUSEA E VOMITOS	344
J22 - INFECCOES AGUDAS NAO ESPECIFICADA DAS VIAS AEREAS INFERIORES	335
R51 - CEFALEIA	291
J029 - FARINGITE AGUDA NAO ESPECIFICADA	249
I10 - HIPERTENSAO ESSENCIAL (PRIMARIA)	248
Z519 - CUIDADO MEDICO NAO ESPECIFICADO	235
R529 - DOR NAO ESPECIFICADA	217
J459 - ASMA NAO ESPECIFICADA	214
N390 - INFECCAO DO TRATO URINARIO DE LOCALIZACAO NAO ESPECIFICADA	208
J018 - OUTRAS SINUSITES AGUDAS	208
M255 - DOR ARTICULAR	176
T784 - ALERGIA NAO ESPECIFICADA	148

Ele elenca os CIDs dos pacientes que tiveram seu risco classificado



6 – Comparativo de Classificação de Risco x CID

Comparativo dos atendimentos realizados, utilizando um TOP 10 CID, dentro de cada Nível de Classificação de Risco do Protocolo de Manchester.



6 – Comparativo de Classificação de Risco x CID

Comparativo dos atendimentos realizados, utilizando um TOP 10 CID, dentro de cada Nível de Classificação de Risco do Protocolo de Manchester.





6 – Comparativo de Classificação de Risco x CID

Comparativo dos atendimentos realizados, utilizando um TOP 10 CID, dentro de cada Nível de Classificação de Risco do Protocolo de Manchester.



6 – Comparativo de Classificação de Risco x CID

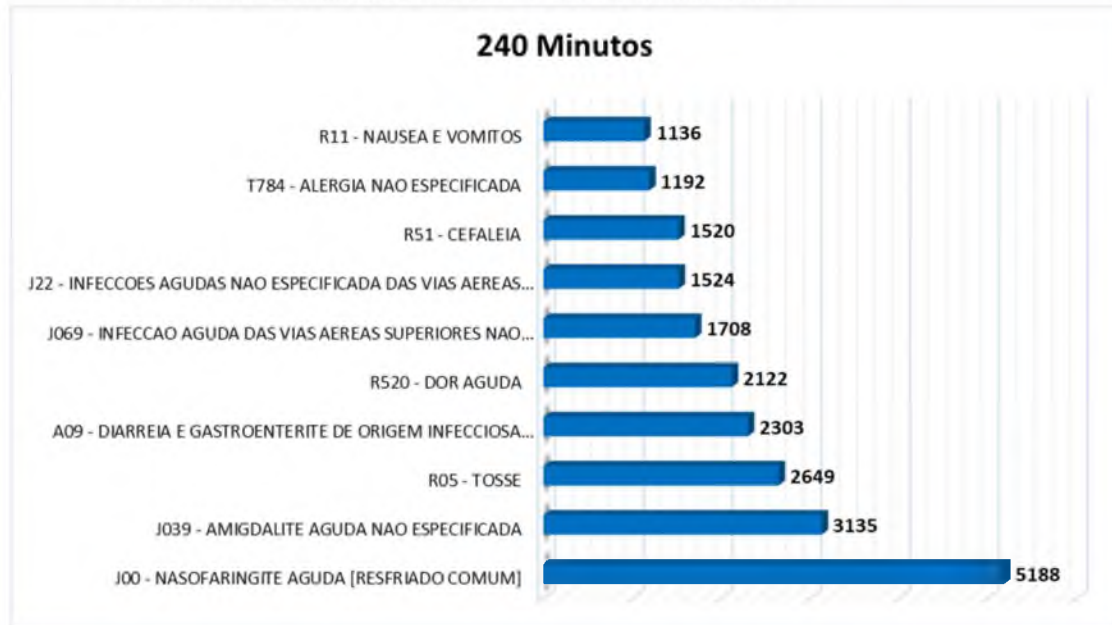
Comparativo dos atendimentos realizados, utilizando um TOP 10 CID, dentro de cada Nível de Classificação de Risco do Protocolo de Manchester.





6 – Comparativo de Classificação de Risco x CID

Comparativo dos atendimentos realizados, utilizando um TOP 10 CID, dentro de cada Nível de Classificação de Risco do Protocolo de Manchester.



O SIG compila e apresenta automaticamente o resumo das principais atividades assistenciais realizadas em um determinado período



7 – Resumo das Atividades

Tabela com resumo das informações de atendimentos e serviços prestados na Unidade de Pronto Atendimento do Putim durante o ano de 2018.

Resumo das Atividades - 2018													
Atividade	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Total
Atendimentos Médicos no Pronto Atendimento UPA Putim	7940	8567	11276	11644	11812	12479	9215	10053	9538	10117	9819	8963	121423
Atendimento da Clínica Médica	6137	6560	7575	7866	7736	8272	7143	7244	6582	6928	6726	6599	85368
Atendimento da Pediatria	1803	2007	3701	3778	4076	4207	2072	2809	2956	3189	3093	2364	36055
Classificação de risco	7940	8567	11276	11644	11812	12479	9215	10053	9538	10117	9819	8963	121423
Administração de Medicamentos	5876	7739	7676	5704	4547	1401	2558	1922	3761	6553	6292	4415	58444
Exames de Raios - x	2649	2508	3269	2137	2905	3956	3427	3181	3736	3912	3090	3637	38407
Exames de Eletrocardiograma	230	254	231	162	100	162	112	176	222	351	300	264	2564
Sutura e/ou Excisão Simples e Curativo	209	198	236	146	78	41	79	63	175	188	242	212	1867
Observação até 24 horas Adulto	102	77	113	95	68	83	124	124	110	89	91	105	1181
Observação até 24 horas Infantil	54	46	69	88	63	49	81	65	88	57	72	47	779
Coleta de Materiais	684	771	775	619	354	107	311	157	630	855	735	669	6667
Exames Laboratoriais	2333	2737	3123	2728	2510	2593	2976	2729	3097	3109	2504	3100	33539
Atendimentos Sala de Urgência	61	53	56	75	57	45	67	54	47	81	52	67	715
Remoções / Saídas	63	75	60	89	82	54	85	65	58	56	73	75	835
Óbitos	4	3	0	0	2	4	3	1	2	1	4	3	27



7 – Resumo das Atividades

Procedimento	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Consultas em Clínica Médica	6137	6560	7575	7866	7736	8272	7143	7244	6582	6928	6726	6599
Consultas em Pediatria	1803	2007	3701	3778	4076	4207	2072	2809	2956	3189	3093	2364
Consultas de Enfermeiro	7940	8567	11276	11644	11812	12479	9215	10053	9538	10117	9819	8963
Coletas em Geral	684	771	775	619	854	607	811	557	630	855	735	669
Atendimentos de Enfermagem (em geral)	24213	24931	31507	28333	26717	23341	19682	20108	21757	28096	27350	26264
Suturas, Drenagens, Curativos Grau I e II e Cistos	209	198	236	146	178	141	179	163	175	188	242	212
Eletrocardiograma	230	254	231	262	240	262	232	276	222	351	300	264
Exames Laboratoriais	2333	2737	3123	2728	2510	2593	2976	2729	3097	3109	2504	3100
Exames Radiológicos	2649	2508	3269	2137	2905	3956	3427	3181	3736	3912	3090	3637
% Cumprida das Metas Estipuladas												
Procedimento	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Consultas em Clínica Médica e Pediatria	120,9	130,4	171,6	177,2	179,8	189,9	140,3	153,0	145,2	154,0	149,5	136,4
Consultas de Enfermeiro	124	134	176	182	185	195	144	157	149	158	153	140
Coletas em Geral	124	139	140	112	154	110	147	101	114	155	133	121
Atendimentos de Enfermagem (em geral)	644,6	663,8	838,8	754,3	711,3	621,4	524,0	535,4	579,3	748,0	728,2	699,3
Suturas, Drenagens, Curativos Grau I e II e Cistos	160,8	152,3	181,5	112,3	136,9	108,5	137,7	125,4	134,6	144,6	186,2	163,1
Eletrocardiograma	104,1	114,9	104,5	118,6	108,6	118,6	105,0	124,9	100,5	158,8	135,7	119,5
Exames Laboratoriais	151,8	178,1	203,2	177,5	163,3	168,7	193,6	177,6	201,5	202,3	162,9	201,7
Exames Radiológicos	261,8	247,8	323,0	211,2	287,1	390,9	338,6	314,3	369,2	386,6	305,3	359,4



9 – Referências

Os dados aqui apresentados foram coletados através de:

- *Sistema Informatizado;*
- *Livro de Registro de Óbitos;*
- *Livro de Registro de Transferências;*
- *Livro de Registro de Sala de Emergência;*
- *Livro de Registro de Observação;*
- *Dados de Faturamento.*

Além das avançadas ferramentas de tecnologia de informação, o INCS possui uma equipe que detém expertise de implantação, customização e otimização do SIG – Sistema de informação Gerencial Utilizado.

O INCS possui uma equipe que não somente domina a tecnologia e o conhecimento, como também consegue customizar e produzir todos os documentos, protocolos e relatórios necessários para os diferentes processos de **QUALIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE**, que possibilita não somente um aumento da qualidade dos serviços prestados, mas também um aumento na captação de recursos financeiros junto ao Ministério da Saúde, frente ao serviço qualificado e aumento na acurácia do faturamento do SUS (BPA).

Abaixo seguem exemplos de outras customizações, como monitoramento dos tempos médios de atendimento do setor de Triagem, do atendimento médio de espera pelo atendimento médico, por especialidade médica, bem como o tempo máximo de espera pelo atendimento médico, também por especialidade médica.

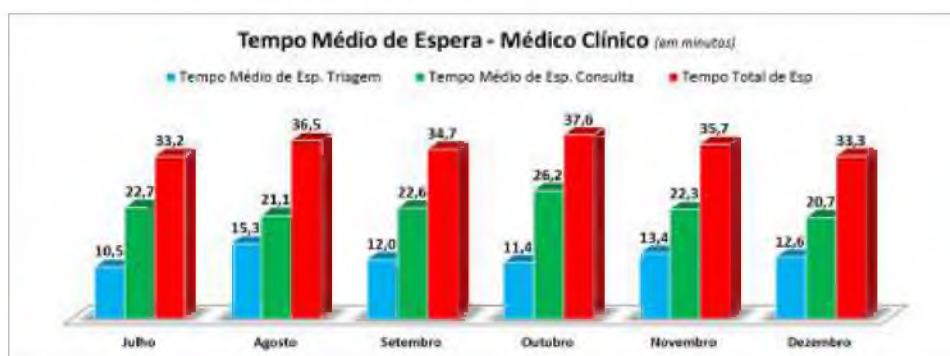
Customizaremos também outros indicadores, que serão apresentados no Dashboard da Recepção.

O SIG monitora e emite relatórios de tempo de atendimento nos diferentes setores
Os gráficos compilam os tempos máximos de espera, seja numa triagem ou numa consulta médica



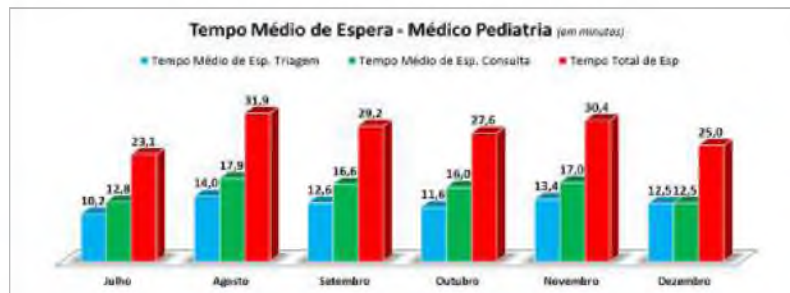
9 – Tempo de Atendimento

Tempo Médio de Espera do Setor de Triagem de Consulta e Atendimento Médico.





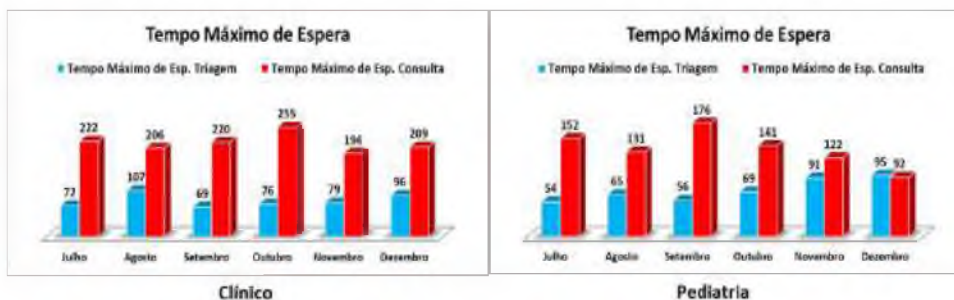
10 – Tempo de Atendimento



• Comparando os meses de **Julho à Outubro** com o quadrimestre anterior, composto pelos meses de **Março à Junho**, percebe-se **uma redução de 41,9%** no tempo médio de espera da Triagem, enquanto o tempo médio de espera de consulta médica aponta **uma redução de 23%**.



11 – Tempo de Atendimento



• Comparando os meses de **Julho à Outubro** com o quadrimestre anterior, percebe-se **uma redução de 54%** no Tempo Máximo de Espera da Triagem, e **uma redução de 18%** no Tempo Máximo de Espera de Consulta.

C3. APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA DE ATIVIDADE ASSISTENCIAL À CAPACIDADE OPERACIONAL DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE JACUPIRANGA

1. PRODUÇÃO ESPERADA DE CONSULTAS MÉDICAS E TEMPO MÉDIO DE ATENDIMENTO MÉDICO ESPERADO

Os indicadores de produção, se darão pelo número absoluto de atendimentos médicos, procedimentos de enfermagem e exames de ECG e Raio X prestados, buscando sempre as metas estabelecidas no Contrato de Gestão, que serão as seguintes:

Nº	PRODUÇÃO	META
1	Consultas em Clínica Médica e Pediatria	3.000
2	Acolhimento com Classificação de Risco	3.000
3	Atendimentos de Enfermagem (procedimentos)	4.240
4	Eletrocardiograma	140
5	Exames Radiológicos	510

De acordo com o determinado no Edital conforme o quadro acima, exigido como Metas Quantitativas do Contrato de Gestão, e ainda, levando-se em consideração os percentis da série histórica de atendimentos médicos no plantão diurno e no plantão noturno, as produções médicas esperadas, e as demais atividades assistenciais que serão executadas na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, bem como o tempo médio de atendimento médico esperado, terão suas médias previstas, como segue:

➤ **Clínica Médica e Pediatria:**

- ✓ Média arredondada de 75 atendimentos médicos diurnos (das 07:00 as 19:00 h);
- ✓ Média arredondada de 25 atendimentos médicos noturnos (das 19:00 as 07:00 h);
- ✓ Total médio de 3.000 atendimentos médicos por mês;

- ✓ Tempo médio de atendimento médico esperado no plantão diurno, de 19 minutos e 12 segundos; e,
- ✓ Tempo médio de atendimento médico esperado no plantão noturno, de 28 minutos e 48 segundos.
- **Acolhimento e Classificação de Risco de Clínica Médica:**
 - ✓ 75 acolhimentos com classificação de risco diurnos (das 7:00 as 19:00 h);
 - ✓ 25 acolhimentos com classificação de risco noturnos (das 19:00 as 7:00 h); e,
 - ✓ Total médio de 3.000 acolhimentos com classificação de risco por mês.
- **Atendimentos de Enfermagem (procedimentos):**
 - ✓ Média de 106 procedimentos de enfermagem diurnos (das 7:00 as 19:00 h);
 - ✓ Média de 42 procedimentos de enfermagem noturnos (das 19:00 as 7:00 h); e,
 - ✓ Total médio de 4.240 procedimentos de enfermagem por mês.
- **Eletrocardiograma:**
 - ✓ Média arredondada de 5 por dia.
- **Exames Radiológicos:**
 - ✓ Média arredondada de 17 por dia.

Os cálculos dos tempos médio de atendimento médico esperado, para Clínica Médica e Pediatria acima descritos, foram calculados de acordo com o dimensionamento de profissionais médicos que estamos propondo neste Plano de Trabalho, conforme o quadro abaixo:

Categoria Profissional	Plantão Diurno 12 Horas	Plantão Noturno 12 Horas
Clínico Geral Presencial	02	01
Clínico Geral a Distância	----	01

2. DESCRIÇÃO DETALHADA DOS INSTRUMENTOS E DA METODOLOGIA

A seguir apresentaremos a descrição detalhada dos instrumentos e da metodologia para os controles de fluxo e a organização das atividades assistenciais que serão desenvolvidas na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

2.1. DESCRIÇÃO TÉCNICA E ORGANIZAÇÃO DAS DIFERENTES ATIVIDADES DE APOIO

Constitui-se na organização de todas as atividades de apoio relevantes, prestadas aos usuários e/ou acompanhantes. São medidas de promoção de relações humanas e apoio social na comunidade interna e externa da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, ações coordenadas voltadas para a atenção aos usuários e aos acompanhantes, através da organização da execução dos serviços.

2.1.1. Informações aos Usuários

Estabelecemos uma programação visual, um sistema eletrônico de senhas para atendimento, controle de acesso, controle de fluxo e agente de fluxo.

Fixaremos banners a respeito de Acolhimento, Triagem e Classificação de Risco pelo Protocolo de Manchester.

Implantaremos panfletos com informações acerca dos serviços e atividades da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

Implantaremos totem eletrônico para pesquisa de satisfação dos usuários, que também conterá informações acerca dos serviços e atividades ali demandadas, além de notícias sobre saúde.

Realizaremos periodicamente, pesquisas de opinião junto aos usuários, seus acompanhantes e junto à população em geral.

Realizaremos pesquisas estimuladas e espontâneas, sendo que as estimuladas serão realizadas por nossos profissionais e as espontâneas, através de formulários disponíveis na sala de espera.

Manteremos constantemente uma caixa de sugestões, a qual, mensalmente será compilada e avaliada por nossa equipe de gestores.

2.1.1.1. Organização de um Sistema Regular e Permanente de Informação aos Usuários

Manteremos diuturnamente um Sistema Regular e Permanente de Informação aos pacientes e seus acompanhantes.

Dentre as informações mais relevantes, as Instruções e Controle de Risco Para Visitas aos Usuários, sem dúvida, serão as mais exploradas.

Para que as visitas ocorram sem transtorno e não comprometam as medidas de controle de infecção hospitalar, além das normas específicas e do Regimento Interno da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, bem como as diretrizes e normas emanadas pelo DMS, observaremos adicionalmente:

- Que a entrada de visitantes e de acompanhantes com quadro infeccioso será evitada.

- Que a visita de crianças será restrita, conforme a conveniência e a necessidade de cada caso, e quando autorizada, será acompanhada de responsável legal ou pessoa indicada pelo mesmo.
- Nossa equipe de saúde realizará:
 - ✓ Orientação e supervisão dos visitantes quanto à higienização das mãos na chegada à Unidade de Saúde, antes e após contato com o paciente, superfícies e objetos da área do paciente, e imediatamente antes de deixarem a Unidade de Saúde.
 - ✓ Orientação e supervisão dos visitantes, conduzindo-os a ficarem sempre junto ao paciente que está visitando e a não entrar em contato com outros pacientes; e,
 - ✓ Esclarecimento de dúvidas.
- O visitante deverá:
 - ✓ contribuir para manter a higiene e a ordem do local;
 - ✓ contribuir para manter a harmonia e silêncio;
 - ✓ não tocar ou manipular equipamentos, sondas, soros, drenos, que são atividades exclusivas da equipe de saúde;
 - ✓ não sentar-se ou apoiar-se no leito do paciente, tampouco nos leitos desocupados;
 - ✓ evitar usar os sanitários, até os banheiros reservados aos pacientes; e,
 - ✓ obedecer o tempo estipulado para a visita.
- Para pacientes em precauções adicionais de contato, as visitas são restritas (quantidade de pessoas e tempo de visita), pois merecem a atenção contínua da equipe de saúde, que supervisiona a adesão às orientações anteriores. No caso de acompanhantes, recomendaremos o uso de luvas e avental conforme as orientações do Protocolo de Precauções Básicas e Adicionais de Contato (elaborado pelo SCIH), com esforço permanente das orientações anteriores.
- Como melhoria a ser realizada, planejaremos e implantaremos um serviço sistematizado de orientação aos pacientes, visitantes e acompanhantes com a disponibilização de folhetos e cartazes informativos e ilustrados, que facilitará o dia a dia das equipes de saúde e a comunicação com os usuários.
- Visitas religiosas deverão observar as Normas Internas da Instituição elaboradas pela CCIH, não sendo permitido a entrada de flores e/ou vasos de plantas, dentre outros.

2.1.2. Implantação de Fluxos e Organização de Acessos

Serão atividades operacionais descritivas, voltadas à padronização, normatização e controle das circulações externa e interna da unidade de saúde,

objetivando a organização dos vários fluxos operacionais da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

Entende-se por fluxos operacionais a circulação e a operacionalização dos trabalhos em áreas restritas, externas e internas de cada unidade de saúde, que respeitam e cumprem as Boas Práticas de Gestão de Estabelecimentos Saúde.

2.1.2.1. Principais Tipos de Fluxos

Ao analisarmos os fluxos concluímos que estes podem ser divididos, para fins didáticos, em dois grandes conjuntos: os fluxos interfuncionais, que se desenvolvem entre diferentes sítios funcionais; e os intrafuncionais, que ocorrem dentro de um único sítio funcional.

2.1.2.2. Fluxos Interfuncionais

➤ **Paciente Externo**

São constituídos pelos fluxos dos pacientes que buscam o atendimento imediato (urgência e emergência), o atendimento ambulatorial, ou o apoio ao diagnóstico e terapia e que não se encontram em regime de observação. A circulação destes pacientes pela unidade, assim como de seus acompanhantes, deverá ser restrita às áreas funcionais onde receberão atendimento, evitando sua passagem pelas circulações brancas, reservadas aos funcionários e pacientes internados.

➤ **Paciente Interno**

São constituídos pelos fluxos de pacientes em regime de observação, dentro da própria unidade de saúde, ou quando acompanhados por funcionários e/ou acompanhantes, que acessarão as diferentes unidades funcionais para diagnóstico ou terapia.

➤ **Acompanhantes**

São constituídos pelos fluxos de familiares dos pacientes externos e internos que os acompanham durante sua permanência na unidade de saúde, inclusive na fase de observação, quando se tratar de crianças e idosos (alojamento conjunto).

➤ **Colaboradores**

São constituídos pelos fluxos dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas, farmacêuticos, técnicos de enfermagem, etc.) e de todo o pessoal de apoio, necessários ao funcionamento da unidade de saúde. A circulação de funcionários, por vezes, será restrita às unidades em que atuarão ou como acontece em geral com a maior parte dos profissionais de saúde, será permitida em toda a unidade de saúde. Na maioria dos casos a circulação dos funcionários, principalmente a de profissionais da saúde (denominada circulação branca) se confundirá com a circulação dos

pacientes em regime de observação, contudo não deverá se misturar com a circulação de pacientes externos.

➤ **Insumos**

São constituídos pelos fluxos de insumos de diversos tipos que são demandados pelas diferentes unidades funcionais, entre os quais destacam-se pelo volume e importância, os alimentos (processados ou não), roupa limpa, material cirúrgico, medicamentos, equipamentos, etc. Em algumas áreas da unidade de saúde verifica-se uma concentração maior destes insumos, fator que levaremos em consideração para o dimensionamento das circulações por onde passarem como por exemplo, as que dão acesso ao almoxarifado e farmácia, à lavanderia, à nutrição e à Central de Material Esterilizado – CME.

➤ **Material Contaminado e Resíduos Sólidos**

São os fluxos constituídos pela roupa suja, pelos resíduos sólidos contaminados ou não, pelos Resíduos de Serviços de Saúde – RSS, etc. O tratamento dos elementos contaminados na fonte e a utilização de técnicas adequadas para o seu transporte e destinação final eliminarão a necessidade de circulações exclusivas para este tipo de fluxo entre as diferentes unidades funcionais.

➤ **Cadáver**

Os cuidados especiais tomados com a chamada “circulação do cadáver” se justificam principalmente pela necessidade de evitar o impacto psicológico que a passagem de um corpo provoca entre pacientes e acompanhantes. Espera-se também, que esse transporte ocorra de forma adequada, eliminando qualquer risco de contaminação. Assim, sempre que possível, criaremos as condições físicas para que o trajeto do cadáver do local onde ocorreu o óbito até o necrotério e/ou a área de preparo e dispensação do corpo, evite as alas de internações (enfermarias de observação), as salas de espera, o refeitório e as circulações por onde passam pacientes e acompanhantes.

➤ **Visitantes**

São constituídos por toda sorte de visitantes, que demandam da unidade de saúde para visitar os pacientes internados, ou em função de alguma atividade administrativa, tais como compras, serviços terceirizados, etc. O cuidadoso acompanhamento destes fluxos, tanto em termos de horários como a delimitação das áreas onde serão permitidos, é extremamente importante para o bom funcionamento e a segurança da unidade de saúde. Ainda assim algumas medidas e restrições permanecem importantes. Entre as primeiras destacam-se as instalações de lavatórios nos diversos ambientes que compõem as unidades funcionais, a localização adequada das utilidades, dos vestiários barreira e das antecâmaras, quando necessários. De uma forma geral as restrições de fluxo permanecem importantes nas áreas críticas, conforme

definidas pela RDC-50, que será por nós implantada, resolução esta, que trata de ambientes onde existe um risco aumentado de transmissão de infecção, onde se realizam procedimentos de risco, com ou sem pacientes, ou onde se encontram pacientes imunodeprimidos.

2.1.2.3. Fluxos Intrafuncionais

Os fluxos que ocorrem dentro de uma mesma unidade podem ser divididos para efeito de avaliação em dois tipos principais: fluxos contaminados e fluxos sem riscos de contaminação.

A avaliação destes fluxos é fundamental para a escolha dos procedimentos e a implantação, quando necessária, de barreiras físicas. Por exemplo, nas lavanderias o fluxo de roupas é considerado altamente contaminado na sala de recepção, classificação, pesagem e lavagem de roupa suja, ambientes contaminados, que necessitam requisitos arquitetônicos próprios como: banheiro, exaustão mecanizada com pressão negativa, local para recebimento de sacos de roupa suja por carros, tubulação ou monta cargas, espaço para máquina de lavar, ponto de água para lavagem do ambiente, pisos e paredes laváveis, ralos, interfone ou similar e visores, conforme determinados pela RDC-50, que como já dito, será por nós implantada. Após a lavagem, a roupa descontaminada, que passou por uma máquina de lavar de porta dupla (de barreira), deverá ser recebida em uma sala contígua, totalmente separada da sala de recepção e com ela se comunicar apenas por visores e interfones.

2.1.3. Organização de Acessos

Entendemos por organização de acessos, a promoção da adequação da atividade assistencial às entradas e saídas da estrutura física da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

2.1.3.1. Os Acessos

Boa parte dos fluxos serão determinados pelos acessos à unidade, assim a adequação dos fluxos não poderá e nem será prescindida de um cuidadoso planejamento do número e da localização dos diferentes acessos necessários ao funcionamento da unidade de saúde. Quanto maior o número de acessos, maior é a necessidade de controle e conseqüentemente dos custos de operação, devido ao aumento de funcionários necessários para controlá-los. Ainda assim, para uma melhor organização dos fluxos é necessário um número mínimo de acessos que varia, evidentemente, em função do porte e da complexidade da unidade de saúde.

De uma maneira geral, projetaremos os seguintes acessos:

➤ **Acesso à Observação e Administração**

Em unidades de saúde de pequeno e médio porte a existência de um único acesso a estas unidades é totalmente aceitável, desde que os sistemas de informação e orientação dos usuários, como balcão de informações e programação visual, além do dimensionamento das áreas de espera, sejam adequados. Assim implementaremos treinamento dos colaboradores, uma adequação na programação visual e um dimensionamento físico nas vias de acesso aos setores de urgência/emergência, ambulatórios e serviços de apoio diagnóstico, com o objetivo de restringir o acesso dos pacientes e acompanhantes às alas internas da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO e economia de mão de obra no controle de tais acessos.

➤ **Acesso ao Atendimento Imediato (Urgência e Emergência)**

Em unidades de médio e grande porte o acesso ao atendimento imediato é feito de forma a separar os pacientes que dão entrada na unidade deambulando, daqueles que chegam de ambulância. Assim implantaremos acessos de forma a separar pacientes que dão entrada deambulando daqueles que dão entrada de ambulância.

➤ **Acesso de Funcionários e Insumos**

Mesmo em hospitais de grande porte pode-se adotar um único acesso para a entrada de funcionários e de insumos, desde que estejam claramente identificados os trajetos (sistema de cores) a serem percorridos por cada tipo de fluxo, após passarem pelo controle do acesso, cada um segue o seu destino, acompanhando a programação visual, que implantaremos na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

Outros acessos e saídas poderão ser previstos em função do perfil, do porte e da forma com que a unidade de saúde será operada. Futuramente, por exemplo, poderá tornar-se desejável que o acesso ao setor de apoio diagnóstico (no caso da implantação de serviço de ultrassonografia, por exemplo) seja independente. No decorrer do desenvolvimento da gestão, analisando de perto o dia-a-dia de da Unidade de Saúde, promoveremos as alterações necessárias, objetivando a melhoria e a customização da operação.

2.1.4. A Setorização

Estudados e organizados os fluxos, definidos os acessos e a redistribuição espacial das unidades funcionais, estabeleceremos a partir de uma série de critérios, entre os quais os de compatibilidade e de incompatibilidade das

atividades que desenvolveremos nas diferentes unidades funcionais da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

Assim, por exemplo, o apoio ao diagnóstico ocupará uma posição estratégica em relação às unidades funcionais de atendimento imediato e de observação, garantindo-lhes um fácil acesso aos meios diagnósticos, assim como a maior proximidade possível destes meios ao atendimento imediato (urgência e emergência).

A decisão da melhor localização de uma unidade funcional pode variar bastante em função das particularidades da Unidade de Saúde.

2.1.5. Registros e Documentos

Para que qualquer processo de organização possa ser bem gerenciado, faz-se necessário trabalhar com dados que gerem informações que agreguem valor à estratégia organizacional.

Neste contexto, não poderiam se eximir as organizações em saúde, visto que a exigência da sociedade por melhor atendimento e transparência nas ações traz uma nova perspectiva aos diretores de clínicas e hospitais.

Gerir a diversidade de dados produzidos na área médico-hospitalar devido a heterogeneidade dos vários processos de trabalho, não é tarefa fácil.

Faz-se necessário investir em sistemas que organizem os processos e o fluxo de dados, fornecendo informações gerenciais e isso é o que faremos.

É consenso que o pilar dessa gestão, se inicia pelo prontuário do paciente, pois é ele a fonte para avaliação e tomada de decisões, de informação a ser compartilhada entre os profissionais de saúde, de apoio ao ensino para os profissionais de saúde e o gerenciamento e serviços: faturamento, autorização de procedimentos, administração, custos, dentre outros.

2.1.6. Fluxo Unidirecional para Materiais Esterilizados

É determinado pela RDC nº 307 de 14/11/02, que iremos implantar. A legislação indica que deve existir uma CME quando houver centro cirúrgico, hemodinâmica, emergência de alta complexidade e urgência.

A CME será dividida em no mínimo 03 (três) áreas: descontaminação, empacotamento e esterilização/estocagem de arsenal, com uma barreira física, sendo que o fluxo será unidirecional, evitando-se o cruzamento de materiais estéreis e não estéreis.

A área de estocagem do arsenal terá o acesso limitado de pessoas, com implantação de fluxo adequado.

De acordo com a RDC nº 50 (ANVISA, 2.004), as atribuições e atividades da prestação de serviço de apoio técnico desta unidade (CME), são:

➤ **Área de Lavagem e Descontaminação:**

- ✓ receber, conferir e anotar a quantidade e espécie do material recebido;
- ✓ desinfetar e separar os materiais;
- ✓ verificar o estado de conservação do material;
- ✓ proceder a limpeza do material; e,
- ✓ encaminhar o material para a área de preparo.

➤ **Área de Preparo de Materiais:**

- ✓ revisar e selecionar os materiais, verificando suas condições de conservação e limpeza;
- ✓ preparar, empacotar ou acondicionar os materiais e roupas a serem esterilizados; e,
- ✓ encaminhar o material para esterilização devidamente identificado.

➤ **Área de Esterilização:**

- ✓ executar o processo de esterilização nas autoclaves, conforme instrução do fabricante;
- ✓ observar os cuidados necessários com o carregamento e descarregamento das autoclaves;
- ✓ fazer o controle microbiológico e de validade dos produtos esterilizados; e,
- ✓ manter junto com o serviço de manutenção, os equipamentos em bom estado de conservação e uso.

➤ **Área de Armazenagem e Distribuição de Materiais e Roupas Esterilizados:**

- estocar o material esterilizado;
- proceder à distribuição do material às unidades; e,
- registrar a saída do material.

De acordo com a mesma RDC nº 50, os processos que desenvolveremos serão:

- ✓ **Limpeza:** consiste na remoção da sujidade visível – orgânica e inorgânica – mediante o uso da água, sabão e detergente neutro ou detergente enzimático em artigos e superfícies. Se um artigo não for adequadamente limpo, isto dificultará os processos de desinfecção e de esterilização. As limpezas automatizadas, realizadas através das lavadoras termodesinfectoras, que utilizam jatos de água quente e fria, realizando enxágue e drenagem automatizada, a maioria, com o auxílio dos detergentes enzimáticos, possui a vantagem de garantir um padrão de limpeza e enxágue dos artigos processados em série, diminuem a exposição dos

profissionais aos riscos ocupacionais de origem biológica, que podem ser decorrentes dos acidentes com materiais perfuro-cortantes. As lavadoras ultrassônicas, que removem as sujidades das superfícies dos artigos pelo processo de cavitação, são outro tipo de lavadora para complementar a limpeza dos artigos com lúmens.

- ✓ **Descontaminação:** o processo de eliminação total ou parcial da carga microbiana de artigos e superfícies.
- ✓ **Desinfecção:** processo de eliminação e destruição de microrganismos, patogênicos ou não, em sua forma vegetativa, que estejam presentes nos artigos e objetos inanimados, mediante a aplicação de agentes físicos ou químicos, chamados de desinfetantes ou germicidas, capazes de destruir esses agentes em um intervalo de tempo operacional de 10 a 30 minutos. Alguns princípios químicos ativos desinfetantes têm ação esporicida, porém o tempo de contato preconizado para a desinfecção não garante a eliminação de todos os esporos. São usados os seguintes princípios ativos permitidos como desinfetantes pelo Ministério da Saúde: aldeídos, compostos fenólicos, ácido peracético.
- ✓ **Esterilização:** processo de destruição de todos os microrganismos, a tal ponto que não seja mais possível detectá-los através de testes microbiológicos padrão. Um artigo é considerado estéril quando a probabilidade de sobrevivência dos microrganismos que o contaminavam é menor do que 1 em 1.000.000. Nos estabelecimentos de saúde, os métodos de esterilização disponíveis para processamento de artigos no seu dia a dia são o calor, sob a forma úmida e seca, e os agentes químicos sob a forma líquida, gasosa e plasma.
Preparo: as embalagens utilizadas para o acondicionamento dos materiais determinam sua vida útil, mantêm o conteúdo estéril após o reprocessamento e garante a integridade do material.

➤ **Processos Físicos:**

- ✓ **Calor Seco:** processo realizado pelo calor seco em estufas elétricas. De acordo com Moura (1.990), a estufa, da forma como é utilizada nas instituições brasileiras, não se mostra confiável, uma vez que, em seu interior, encontram-se temperaturas diferentes das registradas no termômetro. O centro da câmara apresenta "pontos frios", nos quais a autora constatou, por meio de testes biológicos, a presença de formas esporuladas. Dessa maneira, é necessário manter espaço suficiente entre os artigos e, no caso do processamento de instrumental cirúrgico, no máximo, em torno de 30 peças. Contudo, a SOBECC recomenda abolir o uso da esterilização por calor seco. (Práticas Recomendadas – SOBECC -

Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização – 4ª ed. – 2.007, pág. 78).

- ✓ **Vapor Saturado Sob Pressão:** processo que está relacionado com o mecanismo de calor latente e o contato direto com o vapor, promovendo a coagulação das proteínas, ocorrendo uma troca de calor entre o meio e o objeto a ser esterilizado. Existe uma constante busca por modelos de autoclaves que permitam a máxima remoção do ar, com câmaras de autovácuo totalmente automatizadas. Entretanto, esses equipamentos sofisticados necessitam de profissionais qualificados, pois estes são, e continuarão sendo, o fator de maior importância na segurança do processo de esterilização.
 - ✓ **Autoclavagem Pré Vácuo:** processo que por meio da bomba de vácuo contida no equipamento, podendo ter um, três ou cinco ciclos pulsáteis, o ar é removido dos pacotes e da câmara interna, permitindo uma dispersão e penetração uniforme e mais rápida do vapor em todos os pacotes que contém a respectiva carga. Após a esterilização, a bomba a vácuo faz a sucção do vapor e da umidade interna da carga, tornando a secagem mais rápida e completando o ciclo.
 - ✓ **Observação:** todos os materiais submetidos à esterilização a vapor, só serão liberados após checklist realizada pelo auxiliar de enfermagem da área.
- **Processos Químicos e Físico-Químicos:**
- ✓ Constitui-se de processos que se utilizam de esterilizantes químicos, cujos princípios ativos são autorizados pela Portaria nº 930/92 do MS.
 - ✓ São aldeídos: o ácido per-acético e outros, desde que atendam a legislação específica.
 - ✓ O peróxido de hidrogênio (na forma gás-plasma) e o óxido de etileno, são processos físico-químicos gasosos automatizados em baixa pressão.
- **Validação dos Processos de Esterilização de Artigos:**
- ✓ Procedimento documentado para a obtenção de registro e interpretação de resultados desejados para o estabelecer um processo, que será consistente e fornecerá produtos cumprindo as especificações predeterminadas.
 - ✓ Validação da esterilização precisa confirmar que a letalidade do ciclo seja suficiente para garantir nenhuma probabilidade de sobrevivência microbiana.
- **Controles que Realizaremos para Checar o Processo de Esterilização:**
- ✓ **Testes Químicos:** podem indicar uma falha em potencial no processo de esterilização por meio da mudança de sua coloração. Teste Bowie e Dick serão realizados diariamente no primeiro ciclo de esterilização em autoclave fria, autovácuo, com câmara fria e vazia.
 - ✓ **Testes Biológicos:** são os únicos que consideram todos os parâmetros de

esterilização. A esterilização monitorada por indicadores biológicos utilizam monitores e parâmetros críticos, tais como temperatura, pressão e tempo de exposição e, cuja leitura é realizada em incubadora com método de fluorescência, obtendo resultado para liberação dos testes em três horas, trazendo maior segurança na liberação dos materiais. Os produtos são liberados quando os indicadores revelarem resultados negativos.



➤ **Controle que Implementaremos para a Qualidade do Ar:**

- ✓ Na área de lavagem e descontaminação, o sistema de ventilação será realizado por exaustão com pressão negativa de forma a evitar a disseminação dos microrganismos para as demais áreas.
- ✓ Nas áreas de preparo, esterilização, armazenagem e distribuição serão utilizadas o sistema de ar condicionado, com pressão positiva e controle de temperatura e umidade.

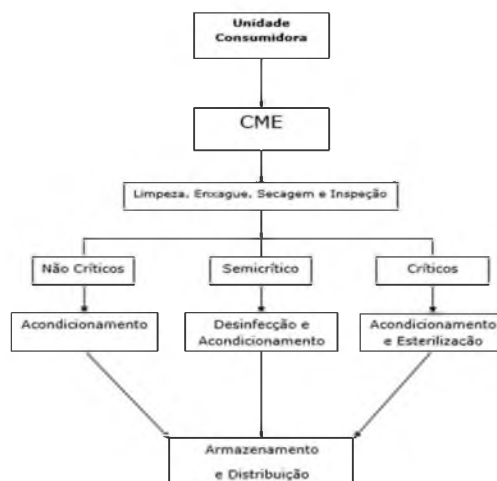
➤ **Para Embalagem Serão Utilizados os Seguintes Materiais:**

- ✓ tecido de algodão;
- ✓ papel grau cirúrgico; e,
- ✓ papel crepado.

➤ **Manutenção:**

- ✓ Serão estabelecidos protocolos de manutenção preventiva, de acordo com a recomendação do fabricante dos equipamentos e em conjunto com a área de manutenção da Unidade de saúde.
- ✓ O processo de validação das autoclaves será realizado anualmente por firma terceirizada.
- ✓ Em nossa Visita Técnica, observamos que o fluxo unidirecional dos materiais não obedece aos padrões técnicos vigentes da RDC nº 50, sendo a promoção dos mesmos, uma das inúmeras ações da nossa gestão.

➤ **Fluxograma:**



2.1.7. Fluxo Unidirecional Para Roupas

A Unidade de Processamento de Roupas ou Lavanderia é considerada um setor de apoio que tem como finalidade coletar, pesar, separar, processar, confeccionar, reparar e distribuir roupas em condições de uso, higiene, qualidade e conservação a todos os setores da Unidade de Saúde, devendo garantir o atendimento à demanda e a continuidade da assistência. As roupas utilizadas incluirão lençóis, cobertores, toalhas, roupas de pacientes, roupas de centro cirúrgico, campos cirúrgicos, dentre outros. O processamento de roupas é de fundamental importância, pois envolve os seguintes aspectos:

- ✓ controle das infecções;
- ✓ recuperação, conforto e segurança do paciente; e,
- ✓ eficiência na assistência prestada por parte dos profissionais de saúde.

O processamento da roupa consistirá em todos os passos requeridos para a coleta, transporte, separação e armazenamento da roupa suja, para envio ao serviço de limpeza e esterilização das mesmas, que é externo a Unidade de Saúde.

➤ **Acondicionamento e Remoção da Roupa Suja da Unidade Geradora:**

- ✓ O acondicionamento da roupa suja na unidade geradora terá como objetivo guardar a roupa em local adequado, imediatamente após o uso, até o recolhimento e transporte para o serviço externo terceirizado, visando a proteção da equipe de saúde e dos pacientes.
- ✓ Os sacos plásticos dos hampers serão transparentes e de uso único, com cor diferente dos sacos de resíduos para evitar destinos errados de ambos.
- ✓ A retirada da roupa suja da unidade geradora (onde foram utilizadas), ocorrerá com o mínimo de agitação e manuseio, observando-se as precauções padrão independentemente da sua origem ou do paciente que a usou. Isso ajuda a prevenir acidentes e dispersão de microrganismos para o ambiente, trabalhadores e pacientes.

➤ **Coleta e Transporte da Roupa Suja:**

- ✓ A coleta da roupa suja será realizada em horários preestabelecidos e permanecerão o menor tempo possível na unidade geradora.
- ✓ O colaborador que realizar a coleta e o transporte da roupa suja estará devidamente paramentado com todos os EPIs indicados para tal atividade (capote, bota, gorro, máscara, óculos e luvas).
- ✓ A roupa suja será transportada de tal forma que seu conteúdo não contamine o ambiente ou o trabalhador que a manuseia. Será coletada no próprio saco plástico do hamper, fechando-o adequadamente para impedir abertura durante o transporte e um saco novo será repostado lugar do retirado.
- ✓ O carro de transporte será exclusivo para esse fim, identificado e com tampa.

- ✓ Não será excedida a capacidade do mesmo, permitindo assim o fechamento total da tampa.
- ✓ Providenciaremos tantos quantos carros forem necessários para o perfeito desenvolvimento do trabalho.
- **Transporte e Distribuição da Roupa Limpa:**
Após o retorno da roupa da Lavanderia, lavada e esterilizada, sua distribuição será feita de acordo com as requisições emitidas pela chefia de cada setor. O transporte será realizado em carrinhos limpos, desinfetados e com tampa, evitando-se o risco de recontaminação antes de chegar aos locais de destino.

2.1.7.1. Manual Técnico de Processamento de Roupa Hospitalar

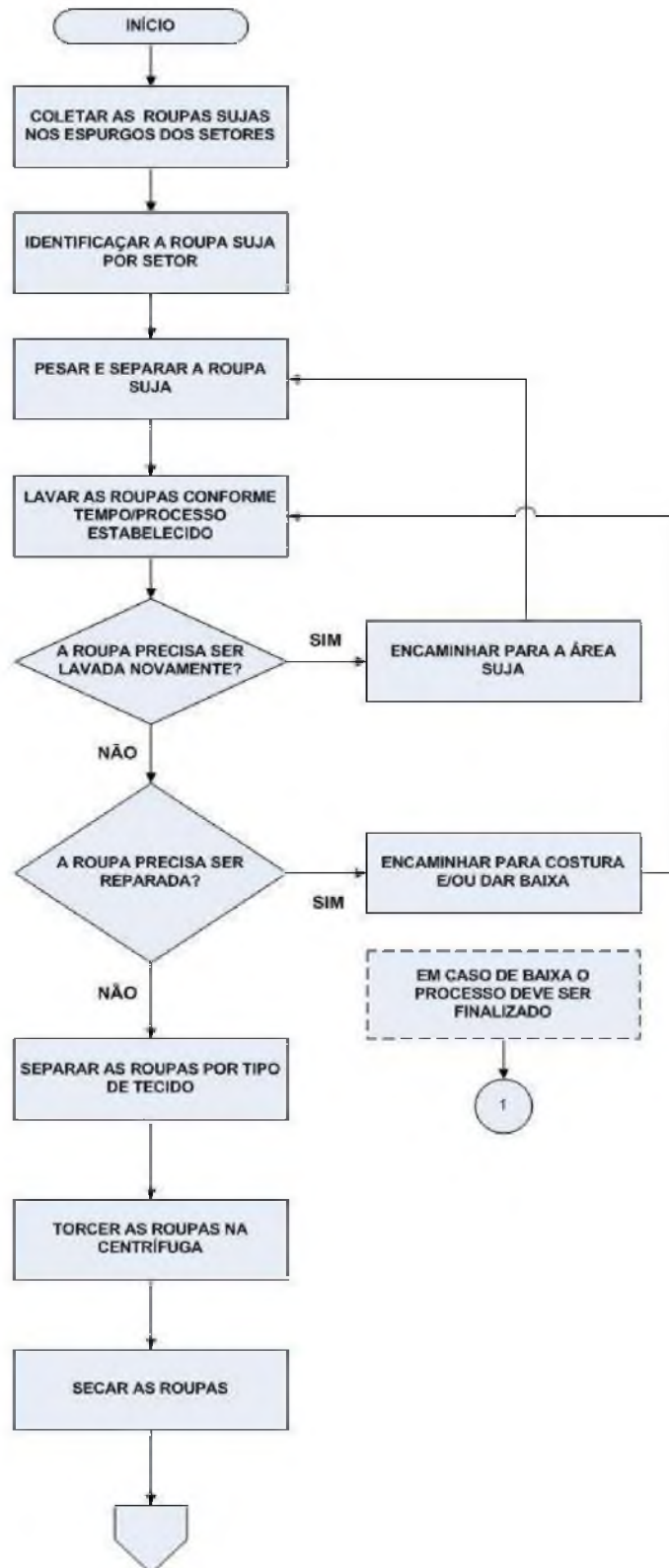
- **Unidade de Processamento de Roupa Hospitalar:** área hospitalar destinada ao processamento da limpeza e desinfecção das roupas hospitalares.
- **Classificação das Áreas Físicas da Lavanderia:**
 - ✓ **Área Suja ou Contaminada:** área destinada à coleta, separação, pesagem e processo de lavagem da roupa hospitalar.
 - ✓ **Área Limpa:** área destinada ao acabamento, armazenagem e distribuição das roupas hospitalares.
- **Roupa Hospitalar:** são todos os artigos têxteis enviados à lavanderia.
- **Classificação das Roupas Hospitalares:**
 - ✓ **Roupa Suja:** inclui toda roupa que foi retirada do paciente, independente do grau de sujidade. São consideradas de risco potencial de contaminação.
 - ✓ **Roupa Contaminada:** é proveniente de pacientes com doenças transmissíveis, que apresentam alguma importância na cadeia epidemiológica.
 - ✓ **Roupa Instável ao Calor:** são aquelas feitas de fibras têxteis que são danificadas pelo processo habitual de lavagem e desinfecção da roupa hospitalar (ex.: cobertores).

Dessa maneira, a lavanderia hospitalar será responsável pela provisão de roupas limpas à todos os setores da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, abrangendo os serviços próprios e contratados, localizados ou não dentro da área física da Unidade de Saúde.

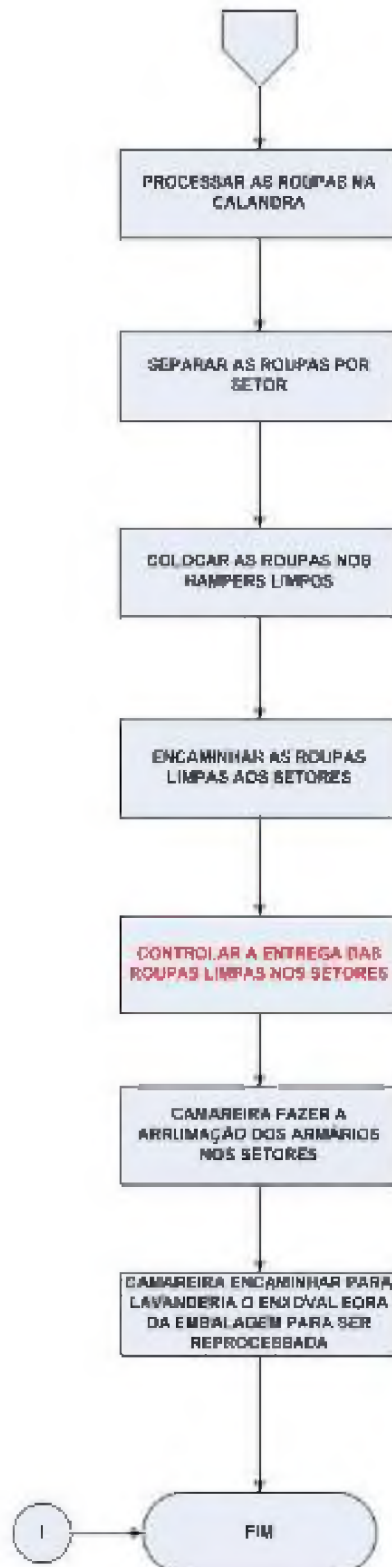
- **Os Objetivos da Lavanderia Hospitalar São:**
 - ✓ processar as roupas hospitalares com qualidade, segurança e eficiência;
 - ✓ favorecer um ambiente de trabalho seguro aos profissionais;
 - ✓ preservar a qualidade de roupas em todas as fases do processamento; e,
 - ✓ utilizar as técnicas adequadas para o processamento da roupa.
- **Recursos Humanos:** contará com colaboradores auxiliares de lavanderia e costureiras.
- **Equipamentos e Recursos Tecnológicos:** máquinas de lavar, centrífugas, secadoras e calandras.

➤ Fluxograma

LAVANDERIA



LAVANDERIA



- **Coleta da Roupa Hospitalar:**
 - ✓ o colaborador deverá estar devidamente paramentado com uso dos EPIs preconizados e fazer a coleta nos horários pré-estabelecidos;
 - ✓ deverá comunicar ao superior direto quaisquer tipos de acidente de trabalho que porventura ocorrerem; e,
 - ✓ deverá manter o carrinho de transporte sempre higienizado/ desinfetado após cada coleta.
- **Horários de Recolhimento e Distribuição:** das 7:00h as 9:30h ou das 12:00h as 14:30h, de segunda a sexta.
- **Separação e Pesagem da Roupa Para o Processamento**
 - ✓ o colaborador deverá estar devidamente paramentado com uso dos EPIs recomendados;
 - ✓ deverá tarar a balança antes do início do processo de pesagem; e realizar anotações precisas e claras quanto ao peso da roupa suja/contaminada;
 - ✓ as roupas sujas deverão estar devidamente identificadas por setor e de acordo com o grau de sujidade (vide tabela abaixo); e,
 - ✓ o auxiliar deverá emitir um relatório diário de pesagem das roupas e a carga da máquina em cada processamento.

Tabela de Separação de Roupas Hospitalares por Sujidades

Classificação	Tipo de Sujidade	Tipo de Roupa
Contaminada	grande quantidade de sangue, fluidos corpóreos, medicamentos, etc.	compressas, roupas contamina- das.
Pesadas	com presença de sangue, fluidos corpóreos, medicamentos, etc.	roupa cirúrgica, campo cirúrgico, lençóis, fronhas, toalha de banho, camisolas, etc.
Leve	suor, poeira, etc.	lençóis, fronhas, toalha de banho, camisolas, cobertores, etc.

- **Lavagem da Roupa:** lavagem é o processo que consiste na eliminação da sujeira fixada na roupa, deixando-a com aspecto e cheiro agradável, com nível bacteriológico reduzido ao mínimo e confortável para o uso. É uma sequência de operações ordenadas, levando em consideração a dosagem dos produtos químicos, a ação mecânica, a temperatura, e o tempo de contato entre essas duas variáveis.
- **Conceitos Básicos:**
 - ✓ **Umectação:** operação que tem como propriedade dilatar a fibra dos tecidos, facilitando o desprendimento da sujeira.
 - ✓ **Pré-Lavagem:** etapa que possibilita que a sujeira seja dissolvida, suspensa ou emulsionada na água.
 - ✓ **Lavagem:** operação, cuja presença da espuma, caracteriza o grau de sujeira que ainda permanece na roupa.
 - ✓ **Alvejamento:** etapa que, pela ação do cloro, tem como principal objetivo a desinfecção da roupa.

- ✓ **Acidulação:** fase destinada à utilização de um acidulante com o objetivo de eliminar a alcalinidade deixada pelos sabões.
- ✓ **Amaciante:** etapa que tem o propósito de quebrar a rigidez das fibras, tornando os tecidos mais macios e agradáveis aos clientes.

Após a separação e pesagem, as roupas são colocadas nas máquinas de acordo com a classificação de sujidade, obedecendo processos descritos abaixo.

Processos de Lavagem: Operação, Tempo, Temperatura e Nível de Água

Número	Operação	Produto	Tempo (min.)	Nível de Água
1	Umectação	Detergente Neutro	5	Alto
2	Enxágue	Água	3	Alto
3	Pré-lavagem	Específico – remoção de sangue	5	Baixo
4	Lavagem	Detergente Completo	10	Baixo
5	Alvejamento	Auxiliar – Alvejante	10	Baixo
6	Enxágue	Água	3	Alto
7	Neutralização e Amaciamento	Neutralizante e Amaciante	3	Alto

Após a lavagem as roupas são retiradas na área limpa para seguir o processo. Nesta fase são separadas as roupas que ainda estiverem manchadas. Essas roupas devem ser pesadas e retornar para o processo de lavagem.

- **Centrifugação:** é a remoção do excesso de água das roupas.
- **Tempo Estabelecido:** 10 minutos para roupas de algodão e 05 minutos para roupas mistas de poliéster/algodão.
- **Secagem e Calandragem:** é o processo final após a centrifugação, obedecendo as recomendações da tabela para o acabamento das roupas hospitalares.

Tipo de Roupas	Equipamento	Finalidade	Tempo de Operação
Felpuda: toalhas de banho, de rosto uniformes e aventais	Secadora	Secar	30 Minutos
Compressas	Secadora	Secar	30 Minutos
Campos Cirúrgicos	Secadora	Secar	30 Minutos
Lençóis e Fronhas	Secadora e Calandra	Secar e Passar	30 Minutos 01 passada
Uso Pessoal	Secadora e Calandra ou Ferro de Passar	Secar e Passar	20 Minutos (se necessário)
Cobertores	Secadora	Secar	Se necessário (baixa temperatura)

- **Observação:** a roupa, após acabamento final, deverá ser embalada em saco plástico tipo PVC, para armazenamento.
- **Armazenagem e Distribuição:** é uma das etapas finais do processo da lavagem, com a finalidade de armazenar as roupas que sofreram todo o processo e posteriormente distribuição nos devidos setores. Armazenar as roupas em locais apropriados (armários ou prateleiras), fechados e em locais limpos e livres do contato com poeira e umidade. Controlar e ordenar a distribuição da roupa suprindo as necessidades das unidades. A distribuição

- das roupas deverá ocorrer de forma ordenada, em carros exclusivos para este fim. Registrar diariamente o estoque existente no setor e a rotatividade das roupas e realizar relatório mensal.
- **Confecção, Conserto e Reposição de Roupas:** o setor destina-se à confecção e conserto de roupas. As peças de roupas são enviadas pela lavanderia e são avaliadas pela costureira que procede o conserto ou o descarte. Quando necessário fazer o descarte, a colaboradora faz a reposição e anota na planilha diária.
 - **Relatórios Mensais:** o setor de Lavanderia fornecerá 2 relatórios mensais:
 - ✓ estatística mensal de roupa lavada onde consta os quilos de roupa lavada por setor/dia e a quantidade de cada produto utilizada mensalmente; e,
 - ✓ estatística mensal de reposição e conserto de roupa, onde consta a produção de peças novas, o total de peças consertadas, total de peças retiradas e repostas e o estoque de roupa.
 - **Manutenção dos Equipamentos:** a manutenção preventiva e corretiva fica sob responsabilidade do Setor de Manutenção e segue uma planilha pré-estabelecida e de conhecimento dos colaboradores.

2.1.2. Sustentabilidade Ambiental Quanto ao Descarte de Resíduos

A preocupação com a questão ambiental torna o gerenciamento de resíduos um processo de extrema importância na preservação da qualidade da saúde e do meio ambiente. A gestão integrada de resíduos deve priorizar a não geração, a minimização da geração e o reaproveitamento dos resíduos, a fim de evitar os efeitos negativos sobre o meio ambiente e a saúde pública. A prevenção da geração de resíduos deve ser considerada tanto no âmbito das indústrias como também no âmbito de projetos e processos produtivos, baseada na análise do ciclo de vida dos produtos e na produção limpa para buscar o desenvolvimento sustentável.

Além disso, as políticas públicas de desenvolvimento nacional e regional devem incorporar uma visão mais proativa com a adoção da avaliação ambiental estratégica e o desenvolvimento de novos indicadores ambientais que permitam monitorar a evolução da eficiência da sociedade. É importante ainda, identificar ferramentas ou tecnologias de base socioambiental, relacionadas ao desenvolvimento sustentável e responsabilidade total, bem como às tendências de códigos voluntários setoriais e políticas públicas emergentes nos países desenvolvidos, relacionados à visão sistêmica de produção e gestão integrada de resíduos sólidos.

Portanto, a implantação de processos de segregação dos diferentes tipos de resíduos em sua fonte e no momento de sua geração conduz certamente à

minimização de resíduos, em especial àqueles que requerem um tratamento prévio à disposição final. Nos resíduos onde predominam os riscos biológicos, deve-se considerar o conceito de cadeia de transmissibilidade de doenças, que envolve características do agente agressor, tais como capacidade de sobrevivência, virulência, concentração e resistência, da porta de entrada do agente às condições de defesas naturais do receptor.

Considerando esses conceitos, foram publicadas diversas normativas, das quais vigoram as Resoluções RDC ANVISA nº 306/04 e CONAMA nº 358/05 que dispõem, respectivamente, sobre o gerenciamento interno e externo dos RSS.

Dentre os vários pontos importantes das resoluções destacam-se a importância dada à segregação na fonte, à orientação para os resíduos que necessitam de tratamento e à possibilidade de solução diferenciada para disposição final, desde que aprovada pelos Órgãos de Meio Ambiente, Limpeza Urbana e de Saúde.

Segundo a RDC ANVISA nº 306/04, o gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde – RSS consiste em um conjunto de procedimentos planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais. Tem o objetivo de minimizar a geração de resíduos e proporcionar aos mesmos um manejo seguro, de forma eficiente, visando à proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde, dos recursos naturais e do meio ambiente.

Embora essas resoluções sejam de responsabilidades dos Ministérios da Saúde e do Meio Ambiente, ambos hegemônicos em seus conceitos, refletem a integração e a transversalidade no desenvolvimento de trabalhos complexos e urgentes.

Então, em nossa gestão, compreenderemos as ações referentes às tomadas de decisões nos aspectos administrativo, operacional, financeiro, social e ambiental e teremos no planejamento integrado, um importante instrumento no gerenciamento de resíduos em todas as suas etapas, como geração, segregação, acondicionamento, identificação, transporte interno, armazenamento temporário, tratamento, armazenamento externo, coleta e transporte externo até a disposição final, possibilitando que se estabeleça de forma sistemática e integrada, em cada uma delas, metas, programas, sistemas organizacionais e tecnologias, compatíveis com a realidade local. Assim, o gerenciamento abrangerá todas as etapas de planejamento dos recursos físicos, dos recursos materiais e da capacitação dos recursos humanos envolvidos no manejo dos RSS.

➤ **Procedimentos Básicos de Manejo de Resíduos**

✓ **Manejo**

O manejo dos RSS é entendido como a ação de gerenciar os resíduos em seus aspectos intra e extra estabelecimento, desde a geração até a disposição final, incluindo as seguintes etapas:

- segregação que consiste na separação dos resíduos no momento e local de sua geração, de acordo com as características físicas, químicas, biológicas, o seu estado físico e os riscos envolvidos;
- acondicionamento que consiste no ato de embalar os resíduos segregados, em sacos ou recipientes que evitem vazamentos e resistam às ações de punctura e ruptura. A capacidade dos recipientes de acondicionamento será compatível com a geração diária de cada tipo de resíduo. Os resíduos sólidos serão acondicionados em saco constituído de material resistente a ruptura e vazamento, impermeável, baseado na NBR 9191/2000 da ABNT, respeitados os limites de peso de cada saco, sendo proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento. Os sacos estarão contidos em recipientes de material lavável, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados resistentes ao tombamento. Os resíduos líquidos serão acondicionados em recipientes constituídos de material compatível com o líquido armazenado, resistentes, rígidos e estanques, com tampa rosqueada e vedante. No caso de resíduos perigosos, seguiremos os procedimentos que serão especificados num Plano de Descarte de Resíduos Químicos de acordo com a NBR 12235 da ABNT;
- identificação que consiste no conjunto de medidas que permitem o reconhecimento dos resíduos contidos nos sacos e recipientes, fornecendo informações ao correto manejo dos RSS. A identificação deve estar aposta nos sacos de acondicionamento, nos recipientes de coleta interna e externa, nos recipientes de transporte interno e externo, e nos locais de armazenamento, em local de fácil visualização, de forma indelével, utilizando-se símbolos, cores e frases, atendendo aos parâmetros referenciados na norma NBR 7500 da ABNT – Anexo 2, além de outras exigências relacionadas à identificação de conteúdo e ao risco específico de cada grupo de resíduos. A identificação dos sacos de armazenamento e dos recipientes de transporte poderá ser feita por adesivos, ou outros, desde que seja garantida a resistência destes aos processos normais de manuseio dos sacos e recipientes. O Grupo A é identificado pelo símbolo de substância infectante constante na NBR-7500 da ABNT, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos. O Grupo B é identificado através do símbolo de risco associado, de acordo com a NBR 7500 da ABNT e com discriminação de substância química e frases de risco. O Grupo C é representado pelo símbolo internacional de presença de radiação ionizante em rótulos de fundo amarelo e contornos pretos, acrescido da expressão "REJEITO RADIOATIVO". O Grupo E é identificado pelo símbolo de substância infectante constante na NBR 7500

da ABNT, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos, acrescido da inscrição de "RESÍDUO PERFUROCORTANTE", indicando o risco que apresenta o resíduo.

✓ **Transporte Interno**

Consiste no traslado dos resíduos dos pontos de geração até local destinado ao armazenamento temporário ou armazenamento externo com a finalidade de apresentação para a coleta. O transporte interno de resíduos será realizado atendendo roteiro previamente definido e em horários não coincidentes com a distribuição de roupas, alimentos e medicamentos, períodos de visita ou de maior fluxo de pessoas ou de atividades. Será feito separadamente de acordo com o grupo de resíduos e em recipientes específicos a cada grupo de resíduos. Cada unidade especificará o horário e dias da remoção do RSS. Os recipientes para transporte interno serão constituídos de material rígido, lavável, impermeável, provido de tampa articulada ao próprio corpo do equipamento, cantos e bordas arredondados, e serem identificados com o símbolo correspondente ao risco do resíduo neles contidos, de acordo com este regulamento técnico. Serão providos de rodas revestidas de material que reduzam ruídos. Os recipientes com mais de 400 litros de capacidade possuirão válvula de dreno no fundo. O uso de recipientes desprovidos de rodas, observarão os limites de carga permitidos para o transporte pelos trabalhadores, conforme normas reguladoras do Ministério do Trabalho e Emprego.

✓ **Armazenamento Temporário**

Consiste na guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, em local próximo aos pontos de geração, visando agilizar a coleta dentro do estabelecimento e otimizar o deslocamento entre os pontos geradores e o ponto destinado à apresentação para coleta externa. Não será feito o armazenamento temporário com disposição direta dos sacos sobre o piso, sendo obrigatória a conservação dos sacos em recipientes de acondicionamento. O armazenamento temporário poderá ser dispensado nos casos em que a distância entre o ponto de geração e o armazenamento externo justifique. A sala para guarda de recipientes de transporte interno de resíduos terá pisos e paredes lisas e laváveis, sendo o piso ainda resistente ao tráfego dos recipientes coletores. Possuirá ponto de iluminação artificial e área suficiente para armazenar, no mínimo, dois recipientes coletores, para o posterior traslado até a área de armazenamento externo. Quando a sala for exclusiva para o armazenamento de resíduos, estará identificada como: "SALA DE RESÍDUOS". A sala para o armazenamento temporário poderá ser compartilhada com a sala de utilidades. Neste caso, a sala deverá

dispor de área exclusiva de no mínimo 2m², para armazenar 02 (dois) recipientes coletores para posterior traslado até a área de armazenamento externo. No armazenamento temporário não é permitida a retirada dos sacos de resíduos de dentro dos recipientes ali estacionados. Os resíduos de fácil putrefação que venham a ser coletados por período superior a 24 horas de seu armazenamento, deverão ser conservados sob refrigeração, e quando não for possível, serão submetidos a outro método de conservação. O armazenamento de resíduos químicos atenderá a NBR 12235 da ABNT.

➤ **Tratamento**

Consiste na aplicação de método, técnica ou processo que modifique as características dos riscos inerentes aos resíduos, reduzindo ou eliminando o risco de contaminação, de acidentes ocupacionais ou de danos ao meio ambiente. O tratamento poderá ser aplicado no próprio estabelecimento gerador ou em outro estabelecimento, observadas nestes casos, as condições de segurança para o transporte entre o estabelecimento gerador e o local do tratamento. Os sistemas para tratamento de resíduos de serviços de saúde deverá ser objeto de licenciamento ambiental, de acordo com a Resolução CONAMA nº 237/1997 e são passíveis de fiscalização e de controle pelos órgãos de Vigilância Sanitária e de meio ambiente. O processo de autoclavagem aplicado em laboratórios, para redução de carga microbiana de culturas e estoques de microrganismos está dispensado de licenciamento ambiental, ficando sob a responsabilidade dos serviços que as possuem, a garantia da eficácia dos equipamentos mediante controles químicos e biológicos periódicos devidamente registrados. Os sistemas de tratamento térmico por incineração obedecerão ao estabelecido na Resolução CONAMA nº 316/2002.

➤ **Armazenamento Externo**

Consiste na guarda dos recipientes de resíduos até a realização da etapa de coleta externa, em ambiente exclusivo com acesso facilitado para os veículos coletores. No armazenamento externo não será permitida a manutenção dos sacos de resíduos fora dos recipientes ali estacionados. Será definido o local para armazenamento externo, bem como a forma de acesso.

➤ **Coleta e Transporte Externos**

Consistem na remoção dos RSS do abrigo de resíduos (armazenamento externo) até a unidade de tratamento ou disposição final, utilizando-se técnicas que garantam a preservação das condições de

acondicionamento e a integridade dos trabalhadores, da população e do meio ambiente e estarão de acordo com as orientações dos órgãos de limpeza urbana. A coleta e transporte externos dos resíduos de serviços de saúde serão realizados de acordo com as normas NBR 12810 e NBR 14652 da ABNT. Serão definidos os procedimentos para coleta e transporte externos pela unidade geradora.

➤ **Disposição Final**

Consiste na disposição de resíduos no solo, previamente preparado para recebê-los, obedecendo a critérios técnicos de construção e operação, e com licenciamento ambiental de acordo com a Resolução CONAMA nº 237/97. Para fins de aplicabilidade deste Regulamento, o manejo dos RSS nas fases de acondicionamento, identificação, armazenamento temporário e destinação final, será tratado segundo a classificação dos resíduos constantes.

Dessa maneira, seguindo todas as leis, regulamentos e normas para o manuseio e destino final dos RSS, o INCS comprometido com seus colaboradores e com a questão ambiental, atuando em saúde com qualidade e responsabilidade social, visando o melhoramento contínuo dos processos e da segurança, busca a conscientização e capacitação de todos para a minimização de riscos associados ao manejo dos resíduos, sempre se preocupando com a preservação do meio ambiente. Dessa maneira, formatou o seguinte **Manual do PGRSS – Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde**, que passamos a discutir.

➤ **Objetivos Gerais:**

- ✓ Planejar as ações de gerenciamento de resíduos, eliminando as fontes de contaminação, reduzindo os índices de acidente do trabalho relacionado aos resíduos, garantindo a preservação da saúde pública e do meio ambiente, elevando desta forma à qualidade de atenção dispensada ao assunto.
- ✓ Estimular a reciclagem de resíduos comuns não contaminados, através da seleção dos resíduos na fonte geradora, auxiliando no aumento de vida útil do aterro sanitário utilizado, padronizando as condutas para descarte, acondicionamento, armazenamento, manuseio, seleção, coleta e transporte.
- ✓ Promover a formação e capacitação de recursos humanos envolvidos com o Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde – PGRSS, através de treinamentos e palestras.

➤ **Objetivos Específicos:**

- ✓ racionalizar o consumo de material, evitando desperdícios;
- ✓ cumprir a legislação vigente;
- ✓ prevenir e reduzir os riscos à saúde e/ou ao meio ambiente;

- ✓ minimizar a quantidade de resíduos que possam trazer riscos;
 - ✓ maximizar a segregação dos resíduos recicláveis; e,
 - ✓ instruir as pessoas para aderirem ao programa de coleta seletiva.
- **Campos de Aplicação:** aplicável às atividades que envolvem a segregação, transporte, armazenamento e destinação final de resíduos dos serviços de saúde.
- **Abreviações:**
- ✓ PGRSS – Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde.
 - ✓ RDC – Resolução da Diretoria Colegiada.
 - ✓ CONAMA – Conselho Nacional de Meio Ambiente.
 - ✓ NR – Normas Regulamentadoras.
- **Definições:**
- ✓ Ecologia: é uma palavra originária do grego e que significa “ciência do habitat”, ou “ciência das relações dos seres vivos com o meio ambiente”.
 - ✓ Ecosistema: é o relacionamento existente entre os organismos vivos de uma determinada área e o meio ambiente, levando-se em consideração as cadeias alimentares, os fluxos de energia e a diversidade biológica.
 - ✓ Biosfera: é a parte da superfície terrestre e da atmosfera onde habitam os seres vivos.
 - ✓ Biota: é o conjunto de plantas e animais que habitam uma determinada região da biosfera.
 - ✓ Poluição Ambiental: é definida como sendo qualquer ação ou omissão do homem que, através da descarga de material ou energia sobre os elementos da natureza tais como as águas, o solo e o ar, causem um desequilíbrio prejudicial ao meio ambiente.
 - ✓ Preservação Ambiental: é uma atitude que se refere à intocabilidade da natureza e dos ecossistemas pelo homem, que se priva de utilizar os recursos naturais existentes na área considerada.
 - ✓ Conservação Ambiental: é uma atitude que se refere à permissão de utilização dos recursos que constituem o ecossistema, de uma forma controlada, de forma que ocorra a sua recomposição, de modo natural ou induzido pela ação humana.
 - ✓ Aspectos Ambientais: são resultados de um processo ou atividade que causam impactos no meio ambiente e estão divididos em:
 - resíduos sólidos;
 - emissões gasosas; e,
 - efluentes líquidos.

Como nem sempre é possível eliminar um aspecto ambiental, é necessário que o impacto seja minimizado, por exemplo, providenciando tratamento e/ou dis-

posição segura para os resíduos.

Lembramos do princípio dos 3R (reduzir – reutilizar – reciclar) que é universalmente aceito como uma forma de minimização de impactos ambientais em qualquer atividade, podendo ser aplicado tanto no trabalho como em casa, como segue:

- ✓ **Reduzir:** consiste em realizar ações para minimizar a geração dos resíduos e seus impactos, minimizando o consumo de materiais, racionalizando o uso de energia e água, substituindo materiais perigosos. Alguns exemplos: privilegiar a compra de equipamentos com menor consumo de energia, eliminar vazamentos e estimular a economia de água, usar meios eletrônicos para divulgar informações ao invés de material impresso, comprar produtos sem excesso de embalagem.
- ✓ **Reutilizar:** consiste em prolongar a vida útil de um produto ou material, usando-o novamente, sem que seja necessário reprocessá-lo (passar novamente por algum processo de transformação). Alguns exemplos: uso de embalagens PET de refrigerantes para armazenar produtos químicos ou outros líquidos, uso de folhas impressas como rascunho ou para novas impressões.
- ✓ **Reciclar:** é semelhante a reutilizar, com a diferença de necessitar de um processamento adicional. Quando separamos o plástico para reciclagem, por exemplo, este é limpo, triturado, derretido e granulado para poder ser utilizado novamente. A desvantagem da reciclagem em relação à reutilização é que, no reprocessamento, energia é consumida e muitas vezes novos resíduos são gerados. Vários materiais podem ser reciclados, porém os mais comuns são: papel, plástico, metal, vidro, matéria orgânica.
- **Resíduos Sólidos:** de acordo com a NBR 10004, da Associação Brasileira de Normas Técnicas, resíduos sólidos são: "Resíduos nos estados sólidos e semi-sólidos, que resultam de atividades da comunidade de origem: industrial, doméstica, hospitalar, comercial, agrícola, de serviços e de varrição. Ficam incluídos nesta definição os lodos provenientes de sistemas de tratamento de água, aqueles gerados em equipamentos e instalações de controle de poluição, bem como determinados líquidos cujas particularidades tornem inviável seu lançamento na rede pública de esgotos ou corpos d'água, ou exijam para isso soluções técnica e economicamente inviável, em face à melhor tecnologia disponível".
- **Resíduos de Serviços de Saúde:** segundo a Resolução nº 283/01 do Conselho Nacional do Meio Ambiente – CONAMA, define-se os RSS como:
 - a) aqueles provenientes de qualquer unidade que execute atividades de natureza médico-assistencial humana ou animal;

- b) aqueles provenientes de centros de pesquisa, desenvolvimento ou experimentação na área de farmacologia e saúde;
 - c) medicamentos e imunoterápicos vencidos ou deteriorados;
 - d) aqueles provenientes de necrotérios, funerárias e serviços de medicina legal;
 - e,
 - e) aqueles provenientes de barreiras sanitárias.
- **Manejo:** o manejo dos RSS é entendido como a ação de gerenciar os resíduos em seus aspectos intra e extra estabelecimento, desde a geração até a disposição final, incluindo as seguintes etapas.
 - **Segregação:** consistem na separação dos resíduos no momento e local de sua geração, de acordo com as características físicas, químicas, biológicas, o seu estado físico e os riscos envolvidos.
 - **Acondicionamento:** consiste no ato de embalar os resíduos segregados, em sacos ou recipientes que evitem vazamentos e resistam às ações de punctura e ruptura. A capacidade dos recipientes de acondicionamento deve ser compatível com a geração diária de cada tipo de resíduo.
 - **Acondicionamento Temporário:** consiste na guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, em local próximo aos pontos de geração, visando agilizar a coleta dentro do estabelecimento e otimizar o deslocamento entre os pontos geradores e o ponto destinado à apresentação para coleta externa. Não poderá ser feito armazenamento temporário com disposição direta dos sacos sobre o piso, sendo obrigatória à conservação dos sacos em recipientes de acondicionamento.
 - **Acondicionamento Externo:** consiste na guarda dos recipientes de resíduos até a realização da etapa de coleta externa, em ambiente exclusivo com acesso facilitado para os veículos coletores.
 - **Identificação:** consiste no conjunto de medidas que permite o reconhecimento dos resíduos contidos nos sacos e recipientes, fornecendo informações ao correto manejo dos RSS.
 - **Transporte Interno:** consiste no traslado dos resíduos dos pontos de geração até local destinado ao armazenamento temporário ou armazenamento externo com a finalidade de apresentação para a coleta.
 - **Tratamento:** consiste na aplicação de método, técnica ou processo que modifique as características dos riscos inerentes aos resíduos, reduzindo ou eliminando o risco de contaminação, de acidentes ocupacionais ou de dano ao meio ambiente.

- **Coleta e Transporte Externos:** consistem na remoção dos RSS do abrigo de resíduos (armazenamento externo) até a unidade de tratamento ou disposição final, utilizando-se técnicas que garantam a preservação das condições de acondicionamento e a integridade dos trabalhadores, da população e do meio ambiente, devendo estar de acordo com as orientações dos órgãos de limpeza urbana.
- **Destinação Final:** consiste na disposição de resíduos no solo, previamente preparado para recebê-los, obedecendo a critérios técnicos de construção e operação, e licenciamento em órgão ambiental competente.
- **Classificação dos Resíduos:**
 - ✓ **GRUPO A: Resíduos Com Risco Biológico – Potencialmente Infectantes:**
 - GRUPO A1:**
 - culturas e estoques de microrganismos resultantes de resíduos de fabricação de produtos biológicos, exceto os hemoderivados;
 - meios de cultura e instrumentais utilizados para transferência, inoculação ou mistura de culturas;
 - resíduos de laboratórios de manipulação genética;
 - resíduos resultantes de atividades de vacinação com microrganismos vivos ou atenuados, incluindo frascos de vacinas com expiração do prazo de validade, com conteúdo inutilizado, vazio ou com restos do produto, agulhas e seringas;
 - resíduos resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação biológica por agentes Classe de Risco 4, microrganismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido;
 - bolsas transfusionais contendo sangue ou hemocomponentes rejeitadas por contaminação ou por má conservação, ou com prazo de validade vencido, e aquelas oriundas de coleta incompleta; e,
 - sobras de amostras de laboratório contendo sangue ou líquidos corpóreos, recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, contendo sangue ou líquidos corpóreos na forma livre.
 - GRUPO A2:** carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais submetidos a processos de experimentação com inoculação de microrganismos, bem como suas forrações, e os cadáveres de animais suspeitos de serem portadores de microrganismos de relevância epidemiológica e com risco de disseminação, que foram submetidos ou não

a estudo anatomopatológico ou confirmação diagnóstica. Devem ser submetidos a tratamento antes da disposição final.

GRUPO A3: peças anatômicas (membros) do ser humano; produto de fecundação sem sinais vitais, com peso menor que 500 gramas ou estatura menor que 25 centímetros ou idade gestacional menor que 20 semanas, que não tenham valor científico ou legal e não tenha havido requisição pelo paciente ou seus familiares.

GRUPO A4:

- kits de linhas arteriais, endovenosas e deslisadores;
- filtros de ar e gases aspirados de área contaminada, membrana filtrante de equipamento médico-hospitalar e de pesquisa, entre outros similares;
- sobras de amostras de laboratório e seus recipientes contendo fezes, urina e secreções, provenientes de pacientes que não contenham e nem sejam suspeitos de conter agentes Classe de Risco 4, e nem apresentem relevância epidemiológica e risco de disseminação, ou microrganismo causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido ou com suspeita de contaminação com príons;
- tecido adiposo proveniente de lipoaspiração, lipoescultura ou outro procedimento de cirurgia plástica que gere este tipo de resíduo;
- recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, que não contenham sangue ou líquidos corpóreos na forma livre;
- peças anatômicas (órgãos e tecidos) e outros resíduos provenientes de procedimentos cirúrgicos ou de estudos anatomopatológicos ou de confirmação diagnóstica;
- carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais não submetidos a processos de experimentação com inoculação de microrganismos, bem como suas forrações;
- cadáveres de animais provenientes de serviços de assistência, e;
- bolsas transfusionais vazias ou com volume residual pós-transfusão.

GRUPO A5: órgãos, tecidos, fluidos orgânicos, materiais perfurocortantes ou escarificantes e demais materiais resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação com príons.

- ✓ **GRUPO B – Resíduos com Risco Químico:** resíduos contendo substâncias químicas que apresentam risco à saúde pública ou ao meio ambiente, independentemente de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade.

Enquadram-se neste grupo:

- medicamentos vencidos;

- medicamentos contaminados;
 - medicamentos parcialmente utilizados;
 - medicamentos impróprios para consumo;
 - saneantes;
 - desinfetantes;
 - reveladores; e,
 - fixadores.
- ✓ **GRUPO C – Rejeitos Radioativos:** quaisquer materiais resultantes de atividades humanas que contenham radionuclídeos em quantidades superiores aos limites de isenção especificados nas normas do CNEN e para os quais a reutilização é imprópria ou não prevista. Enquadram-se neste grupo os rejeitos radioativos ou contaminados com radionuclídeos provenientes de laboratórios de análises clínicas, serviços de medicina nuclear e radioterapia, segundo a Resolução CNEN-6.05.
- ✓ **GRUPO D – Resíduos Comuns:** são todos os resíduos gerados nos serviços que não necessitam de processos diferenciados relacionados ao acondicionamento, identificação e tratamento, devendo ser considerados resíduos sólidos urbanos – RSU.
Enquadram-se neste grupo:
- sobras de alimentos;
 - papéis de uso sanitário;
 - fraldas;
 - resíduos provenientes das áreas administrativas;
 - resíduos de varrição, e;
 - flores e podas de jardins.
- Observação: somente os resíduos do GRUPO D podem ser reciclados, desde que não tenham entrado em contato com nenhum resíduo do GRUPO A, tais como papéis, papelão, vidro, metal e plástico.
- ✓ **GRUPO E – Perfurocortantes:** são os objetos e instrumentos contendo cantos, bordas, pontos ou protuberâncias rígidas e agudas, capazes de cortar ou perfurar.
Enquadram-se neste grupo:
- lâminas de barbear;
 - bisturis;
 - agulhas;
 - escalpes;
 - ampolas de vidro;
 - lâminas; e,
 - outros assemelhados provenientes de serviços de saúde.

Classificação e Setor de Origem – Aspectos Ambientais

Local	Grupo	Resíduo Sólido	Emissões Gasosas	Efluentes Líquidos
Salas de Atendimento as Urgências e Emergências	GRUPO A3 GRUPO A4 GRUPO D GRUPO E	Biológico: gaze, luvas, compressas, ataduras, equipos, sondas, agulhas e bisturis. Comum: papel toalha, papel higiênico e resíduos alimentares. Recicláveis: papel, papelão, plástico, vidros e latas. Químicos: restos de medicamentos, pilha e anestésicos.	Anestésicos Medicamentos	Desinfetantes e Detergentes
Salas de Curativos e Pequenos Procedimentos	GRUPO A3 GRUPO A4 GRUPO D GRUPO E	Biológico: gaze, luvas, compressas, ataduras, equipos, sondas, agulhas e bisturis. Comum: papel toalha e papel higiênico. Recicláveis: papel, papelão, plástico, vidros e latas. Químicos: restos de medicamentos, pilhas e anestésicos.	Anestésicos	Desinfetantes, Detergentes e Resíduos de Pequenos Procedimentos Cirúrgicos
Postos de Enfermagem	GRUPO A4 GRUPO A5 GRUPO D GRUPO E	Biológico: gaze, luvas, compressas, ataduras, equipos, sondas e agulhas. Comum: papel toalha e papel higiênico. Recicláveis: papel, papelão, plástico, vidros e latas. Químicos: resto de medicamentos e pilhas.	Nenhuma	Nenhum
Almoxarifado	GRUPO D	Comum: papel toalha e papel higiênico. Recicláveis: papel, papelão, plástico, vidros e latas. Químicos: pilhas e baterias.	Nenhuma	Nenhum
Farmácia	GRUPO B GRUPO D GRUPO E	Recicláveis: papel, papelão, plástico, vidros e latas. Químicos: resto de medicamentos e pilhas.	Nenhuma	Medicamentos Vencidos
Setores Administrativos	GRUPO D	Comum: Recicláveis: papel, papelão, plástico e vidros.	Nenhuma	Nenhum
Setor/Unidade de Observação	GRUPO A4 GRUPO A5 GRUPO D GRUPO E	Comum: papel toalha, papel higiênico e restos de alimentos.	Nenhuma	Nenhum
Quartos de Isolamentos	GRUPO A4 GRUPO A5 GRUPO D GRUPO E	Comum: papel toalha, papel higiênico e restos de alimentos.	Nenhuma	Nenhum
Laboratório de Raio X	GRUPO A5 GRUPO B GRUPO D GRUPO E	Comum: papel toalha. Recicláveis: papel e plástico. Químicos: resíduos contendo metais pesados, substâncias para revelação de filmes usados em Raios X.	Nenhuma	Substâncias para revelação de filmes usados em Raios X
Laboratório de Análises Clínicas	GRUPO A1 GRUPO A4 GRUPO A5 GRUPO D GRUPO E	Biológico: luvas, swab, agulhas, algodão e tubos. Comum: papel toalha. Recicláveis: papel, plástico e vidros. Químicos: restos de reagentes e fluidos corpóreos.	Nenhuma	Reagentes, Detergentes e Resíduos de Análises Laboratoriais

➤ Especificações das Embalagens:

- ✓ **GRUPO A:** A embalagem de resíduos do Grupo A obedecerá aos seguintes critérios:
 - todo o recipiente será fechado de forma a não possibilitar o vazamento, quando 2/3 de sua capacidade estiverem preenchidos;
 - o fechamento dos sacos plásticos será feito com a torção das extremidades seguidas de dois nós, tomando-se como precaução a retirada do excesso de ar existente dentro da embalagem; e,

- após o fechamento o resíduo será imediatamente retirado da área geradora às áreas de acondicionamento temporário e após encaminhamento ao acondicionamento externo.
- ✓ **GRUPO B:** o descarte será realizado em sacos plásticos na cor branca, contendo na parte externa do saco a identificação "Resíduo Grupo B". Esta identificação será realizada pelo agente responsável pela segregação (descarte) do produto. O descarte de sobras quimioterápicas, caso houverem, será realizado em embalagens de caixa de perfurocortantes e posteriormente embalado em sacos na cor branco, devidamente identificado como resíduos do Grupo B.
- ✓ **GRUPO C:** o descarte dos resíduos radioativos, deverão ocorrer mediante o armazenamento em recipientes de plástico (garrafa pet por exemplo) e posteriormente, solicitada a retirada correta pela empresa selecionada como responsável pelo descarte final do mesmo.
- ✓ **GRUPO D:** a embalagem de resíduos do Grupo D obedecerá aos seguintes critérios:
 - todo o recipiente será fechado de forma a não possibilitar o vazamento, quando 2/3 de sua capacidade estiverem preenchidos;
 - o fechamento dos sacos plásticos será feito com a torção das extremidades seguidas de dois nós, tomando-se como precaução à retirada do excesso de ar existente dentro da embalagem; e,
 - após o fechamento o resíduo será imediatamente retirado da área geradora às áreas de acondicionamento temporário e após encaminhamento ao acondicionamento externo.
- ✓ **GRUPO E:** o descarte dos perfurocortantes será feito em caixas apropriadas, resistentes à punctura, que serão retiradas quando estiverem com 2/3 de sua capacidade preenchida.

Classificação dos Resíduos	Segregação e Acondicionamento
Medicações Vencidas	Colocados em caixa de perfurocortantes lacrada, com a identificação, com a etiqueta Resíduo Químico - Grupo B assinalando Medicamento Vencido.
Desinfetantes e Saneantes	Devem ser desprezados na linha de esgoto local, pois os produtos são biodegradáveis e suas embalagens devem ser lavadas e descartadas para reciclagem.
Radiológicos	Armazenados em recipiente de plástico (garrafa pet) e solicitado o descarte correto pela empresa escolhida responsável.

➤ **Segregação e Acondicionamento:**

- ✓ Cestos utilizados para depósitos dos resíduos:
- ✓ GRUPO A – Cestos com tampa e pedal.
- ✓ GRUPO B – Cestos com tampa e pedal para os materiais de quimioterapia.

- ✓ GRUPO D – Cestos com ou sem tampa tanto para o comum como para o reciclado.
- ✓ GRUPO E – Caixas de perfurocortante tipo Descartex.
- **Especificações das Embalagens:** as embalagens obedecem ao disposto nas normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e do Instituto de Pesquisas Tecnológicas (IPT) pertinentes. A coloração adotada como padrão para o depósito de resíduos sólidos comuns será “Preta”.
 - ✓ Sacos Plásticos – NBR 9191; e,
 - ✓ Caixas para depósito de perfurantes ou cortantes – NBR 13853.
- **Manuseio de Resíduos:** são operações realizadas manualmente, ou seja, que implicam em contato direto com os resíduos: Coleta I, Coleta II, Sala de Resíduos, Coletores de Lixo, Abrigos Externos, Higienização de Lixeiras e Carros Coletores.
 - ✓ Conforme a NBR 12809:
 - a) o transporte de resíduos deve ser realizado sem esforço excessivo ou risco de acidente para o funcionário coletor;
 - b) na Coleta I, no deslocamento manual, os recipientes contendo resíduos não devem exceder 20 litros de capacidade, se estiverem acima de 20 litros, um carro coletor deverá ser usado;
 - c) no acondicionamento temporário, os sacos fechados devem permanecer até um máximo de 8 horas;
 - d) na Coleta II, o transporte deverá ser feito por Carro Coletor, com tampa.
- **Coleta Interna:** a coleta dos resíduos sólidos comuns, infectantes, químicos, reciclados e os perfurocortantes são de responsabilidade da equipe de limpeza. O processo de Coleta Interna se dividirá em duas partes: Coleta Interna I e Coleta Interna II.

Coleta Interna I: consistirá na operação de transferência dos recipientes do local de geração para a sala de acondicionamento temporário. Todos os carros funcionais possuirão sacos acoplados aos mesmos, com tampas rígidas. Os resíduos serão transportados dentro do próprio carro funcional até a sala de armazenamento temporário do setor. Nos locais apropriados, os sacos serão acondicionados nos carros separadamente (infectante e comum). Estes sacos ficarão armazenados por prazo de no máximo 8 horas, quando então o funcionário de higiene responsável pela coleta transportará os mesmos para o Abrigo Externo, à espera da coleta externa. A equipe de higiene evitará o acúmulo destes resíduos no armazenamento temporário, realizando várias coletas. A frequência das coletas poderá variar de acordo com oscilações contingenciais da demanda.

- **Coleta Interna II:** consiste na operação de transferência dos contêineres de resíduos infectantes da sala de acondicionamento temporário para a área de acondicionamento externo, bem como dos resíduos sólidos comuns da área geradora diretamente à área de acondicionamento externo.

Hora	Frequência	EPI	Nº de Colaboradores	Carrinhos de Transporte	
				Qtde.	Capacidade
07h30 10h10 13h00 16h20 19h00 01h00	6 vezes ao dia	Uniforme, luvas de PVC, sapatos com sola antiderrapante	Depende da Unidade de Saúde em questão	1 por Unidade de Saúde	200 Litros

- **Higienização dos Carros de Transporte:** a higienização dos carros de transporte é realizada em área específica anexa ao abrigo externo. A higienização dos carros deve ser realizada diariamente. Caso se faça necessário o transporte de resíduos comuns e infectantes alternadamente, porém utilizando-se de um mesmo carro, este deverá ser higienizado após cada utilização. A área de higienização dos carros de transporte possuirá as seguintes características:

- ✓ construção em alvenaria;
- ✓ piso e paredes de material cerâmico lavável e cor branca;
- ✓ existência de ralos sifonado, ligados à caixa de contenção ligada à rede de esgotos;
- ✓ torneiras para lavagem; e,
- ✓ iluminação.

Se não existir, providenciaremos uma pia próxima aos abrigos, para que os colaboradores responsáveis pela coleta façam a higienização das mãos após a manipulação dos resíduos e após a lavagem do carro.

- **Acondicionamento Temporário:** consistirá na guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, separados por grupos, em local próximo aos pontos de geração, visando agilizar a coleta dentro do estabelecimento e otimizar o traslado entre pontos geradores e o ponto destinado para a coleta externa.
- **Área de Acondicionamento Temporário:** local onde os resíduos permanecerão armazenados até que se proceda a transferência destes para a área de armazenamento externo. Será permitido o armazenamento de roupa suja na sala de armazenamento interno, desde que acondicionadas dentro dos sacos de hampers fechados quando atingirem a capacidade máxima de 2/3, ou no próprio suporte dos hampers. Esta área será provida de piso e paredes de

material liso, resistente e lavável. Só serão autorizados a acessar estas áreas os responsáveis pelo transporte de resíduos sólidos, transporte de roupas e equipe de enfermagem.

- **Acondicionamento Externo:** local onde os resíduos permanecerão acondicionados até que se proceda a sua coleta pela empresa. As áreas de armazenamento externo (abrigos) serão divididas para recebimento de resíduos comuns, infectantes e químicos.

A seguir elencamos as principais características dos abrigos:

- ✓ construção em alvenaria;
 - ✓ portas vazadas, para possibilidade de ventilação, com abertura externa;
 - ✓ piso e paredes de material cerâmico lavável e cor branca;
 - ✓ existência de ralos sifonados, ligados à caixa de contenção que serão ligadas à rede de esgotos;
 - ✓ torneiras para lavagem; e,
 - ✓ Iluminação.
- **Coleta Externa:** a operação de remoção e transporte de resíduos do abrigo de resíduos externo deverá ser feita através do veículo coletor e encaminhada para o tratamento e/ou destinação final, por empresa a ser contratada para este serviço.
 - **Procedimento Para Efluentes Líquidos:** os resíduos líquidos (efluentes) gerados pelas Unidades de Saúde serão encaminhados para a rede pública de esgoto.
 - **Retirada de Entulhos:** a retirada de resíduos de obras em geral (entulhos) será realizada através da locação de caçambas de empresas especializadas e devidamente cadastradas na Prefeitura do Município.
 - **Controle de Riscos:** toda atividade apresenta riscos à integridade física de quem a realiza. As atividades realizadas nos estabelecimentos de saúde não fogem a esta regra. Assim os riscos são divididos em:
 - ✓ **Risco Físico:** que é caracterizado pela presença dos seguintes riscos:
 - ruídos;
 - calor;
 - vibrações;
 - pressões anormais;
 - radiações; e,
 - umidade.
 - ✓ **Risco Biológico:** pela presença de microrganismos como bactérias, vírus, fungos, por exemplo, associada a procedimentos inadequados realizados no estabelecimento de saúde, expõe os seres humanos a possíveis infecções,

sendo que os pacientes, funcionários e visitantes estão expostos a este tipo de risco.

- ✓ **Risco Químico:** materiais tóxicos, como solventes, combustíveis, ácidos e outros apresentam a característica de promover a possibilidade de intoxicação, explosão e queimaduras.
- ✓ **Risco Ergonômico:** a exposição a situações de esforço além dos limites tolerados pelo ser humano (cargas excessivas, postura inadequada no transporte de cargas), condições ambientais desfavoráveis (falta de iluminação, ruído excessivo, temperaturas extremas) e a realização de atividades com movimentos repetitivos, apresenta risco ergonômico podendo resultar em danos à saúde humana.
- ✓ **Risco de Acidentes:** a permanência no meio ambiente de instalações inadequadas, insatisfatórias ou deterioradas, como, por exemplo, fios elétricos expostos, pisos escorregadios, escadas sem corrimão, vidros quebrados, contribuem para que ocorram acidentes.

➤ **Identificação e Controle:**

O controle de riscos, físicos, biológicos, químicos, ergonômicos e de acidentes, foram amplamente abordados e discutidos quando da elaboração do PPRA (Programa de Prevenção de Riscos Ambientais).

A identificação dos riscos em cada local setor do estabelecimento não é uma tarefa simples, mas é a primeira etapa do gerenciamento de riscos.

Uma vez identificado um risco parte-se para minimizá-lo, por meio da utilização de equipamentos de segurança (EPI ou EPC), sinalização quanto à sua existência (símbolos, avisos), e realização de procedimentos (manutenção de equipamentos, manuseio de materiais perigosos), além da capacitação constante.

Para um mesmo risco podem ser definidas várias ações. Por exemplo, o risco de acidente com resíduos perfurocortantes pode ser minimizado pelo uso de recipientes apropriados para acondicionamento e definição de procedimentos de manipulação seguros (nunca remover manualmente partes do material perfurocortante, por exemplo).

A utilização de equipamentos de proteção individual (EPI) e equipamentos de proteção coletiva (EPC) são formas de minimizar (ou controlar) riscos.

É importante a verificação periódica dos equipamentos de proteção, quanto ao número disponível, estado de conservação e no caso dos EPC, o acompanhamento da manutenção e instalação destes.

- **Controle de Insetos e Roedores:** será realizada a cada três meses, por empresa a ser contratada.

➤ **Cronograma de Implantação:**

Ação	Mês 01	Mês 02	Mês 03
Implantação do Plano de Gerenciamento (PGRSS)			
Levantamento dos Resíduos no Setor de Origem			
Classificação dos Resíduos			
Treinamento da Equipe de Limpeza			
Padronização e Implantação dos Carros Coletores			
Padronização e Implantação das Lixeiras			
Quantificação dos Resíduos (pesagem)			
Treinamento Equipe Enfermagem			
Adequação Final do Condicionamento Temporário			
Implantação do Programa de Reciclagem			

➤ **Referências:**

- ✓ BRASIL. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS – ABNT NBR 10004: 2.004. Resíduos Sólidos – Classificação.
- ✓ BRASIL. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS – ABNT NBR 12808: 1.993. Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde – Classificação.
- ✓ BRASIL. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS – ABNT NBR 12807: 1.993. Resíduos de Serviços de Saúde – Terminologia.
- ✓ BRASIL. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS – ABNT NBR 12809: 1.993. Manuseio de Resíduos de Serviços de Saúde – Procedimentos.
- ✓ BRASIL. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS – ABNT NBR 12235: 1.993. Armazenamento de Resíduos Sólidos Perigosos.
- ✓ BRASIL. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS – ABNT NBR 7500: 2.011 versão corrigida: 2.012. Identificação Para o Transporte Terrestre, Manuseio, Movimentação e Armazenamento de Produtos.
- ✓ BRASIL. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS – ABNT NBR 13853: 1.997. Requisitos e Métodos de Ensaio Para Coletores e Para Resíduos de Serviços de Saúde Perfurantes ou Cortantes.
- ✓ BRASIL. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS – ABNT NBR 12810: 1.993. Coleta de Resíduos de Serviços de Saúde – Procedimentos.
- ✓ BRASIL. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS – ABNT NBR 9191: 2.008. Normatização de Sacos Plásticos Para Lixo.
- ✓ BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Resolução RDC 306 de 07/12/2.004. Dispõe Sobre o Regulamento Técnico Para o Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.
- ✓ BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE MEIO AMBIENTE – CONAMA. Resolução 275/2.001. Estabelece Código de Cores Para Diferentes Tipos de Resíduos na Coleta Seletiva.

- ✓ BRASIL. Lei Federal 12.305 de 02/08/2.010. Institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos, alterando a Lei 9.605, de 12 de fevereiro de 1.998 e dá outras providencias.
- ✓ BRASIL. Lei Estadual 12.300 de 16/05/2.006. Institui a Política Estadual de Resíduos Sólidos e Define Princípios e Diretrizes.

3. DESCRIÇÃO DO PRONTUÁRIO MÉDICO

A palavra prontuário vem do latim "promptuarium" e significa "lugar onde se guardam ou depositam as coisas de que se pode necessitar a qualquer instante".

O Conselho Federal de Medicina (CFM), por sua vez, através da Resolução nº 1.638/02, define prontuário como "documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registrados, gerados a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo".

A base de qualquer sistema gerencial, de clínicas e hospitais, começa pelo prontuário do paciente. Este é o elemento de comunicação entre os vários setores internos e externos ao hospital, e, depositário de um conjunto de informações capazes de gerar conhecimento.

Com a chegada da informática médica, o prontuário, até então chamado de médico, recebe uma nova roupagem e também é informatizado.

Têm-se, atualmente, dois tipos de prontuários: o tradicional em papel e o eletrônico denominado de PEP (Prontuário Eletrônico do Paciente).

3.1. PRONTUÁRIO EM PAPEL

Como vantagens, consideradas como "muito contestáveis", apontamos:

- facilidade de transporte em relação ao eletrônico;
- maior liberdade na forma de escrever;
- facilidade de manuseio por não requerer treinamento especial;
- não fica "off-line" como ocorre com os computadores;
- acesso aos dados feito de maneira direta, não sendo necessário utilizar nenhum recurso ou dispositivo para leitura das informações, desde que os arquivos se-

- jam armazenados de forma adequada e organizados;
- flexibilidade de introdução dos dados; e,
- não necessidade de treinamento para os profissionais que fazem uso deste tipo de prontuário.

Em oposição às afirmações acima, apontamos algumas desvantagens deste tipo de prontuário. Dentre elas podemos citar:

- só pode estar em um único lugar ao mesmo tempo;
- legibilidade (dificuldade de leitura devido à grafia médica);
- ambiguidade;
- falta de padronização;
- perda frequente de informações;
- multiplicidade de pastas;
- dificuldade de pesquisas coletivas;
- dificuldade de acesso;
- fragilidade do papel;
- ineficiente para armazenar e organizar um número grande de diferentes tipos de dados;
- texto geralmente numa ordem variável, adquirindo a particularidade de quem o escreve;
- alta inflexibilidade na recuperação dos dados;
- baixa confidencialidade das informações; e,
- custos de transferência de arquivos.

3.2. PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE (PEP)

Na década de 60 surgiram os primeiros Sistemas de Informação Hospitalar (SIH), inicialmente para integrar as atividades como faturamento e controle de estoque. Logo após, por volta da década de 70, surgiu o Prontuário Eletrônico, visando melhorar a eficiência e a organização do armazenamento das informações de saúde. No Brasil, a preocupação com a investigação de um modelo de PEP surgiu no meio universitário na década de 90.

O PEP é a proposta de união de todos os diferentes tipos de dados produzidos em variados formatos, em épocas diferentes, por profissionais de saúde em diversos locais. Deve ser compreendido como sendo uma estrutura eletrônica para manutenção da informação sob o estado de saúde e cuidado recebido por um paciente ao longo de sua vida. Ele é a principal base de dados a partir da qual são construídos todos os Sistemas de Informação (SI), sejam estes Sistemas de Informações Gerenciais – SIG, Sistemas de Apoio à Decisão – SAD, Construção de Sistemas Especialistas – SE, Sistemas de Apoio ao Ensino – SAE,

Sistemas Estatísticos para Pesquisa – SEP, Sistema de Informações Laboratoriais – SIL ou outros. O PEP além de todas as facetas já descritas, apoia a gestão e o fluxo de informação e a comunicação nas organizações de saúde. Como vantagens, destacamos:

- ✓ acesso remoto e simultâneo (vários profissionais podem acessar um mesmo prontuário e revê-lo em qualquer parte do mundo se existir a transmissão via internet);
- ✓ legibilidade (dados impressos ou na tela são absolutamente legíveis);
- ✓ segurança dos dados;
- ✓ confidencialidade dos dados do paciente;
- ✓ flexibilidade do layout dos dados;
- ✓ integração com outros Sistemas de Informação (interface);
- ✓ captura automática de dados (dados capturados no momento da sua execução, sem passar por digitações, por exemplo);
- ✓ processamento contínuo dos dados;
- ✓ assistência à pesquisa;
- ✓ várias modalidades de saída de dados (voz, e-mail, texto, etc.);
- ✓ construção de diversos tipos de relatórios; e,
- ✓ dados sempre atualizados.

Oliveira et. al. (2.004) afirmam que a otimização do PEP é capaz de fazer com que os pacientes recebam alta um dia antes do que teriam sem seu uso. Nos estágios mais avançados do PEP, o paciente passa a assumir uma posição forte, mais responsável, frente a sua saúde. Isto porque ele passa a ser atuante no processo de decisão sobre as condutas a serem tomadas e também na pesquisa de informações sobre a sua doença. (Santiago et. al. apud BIBLIOMED, 2.004).

Assim como todo e qualquer sistema informatizado, o PEP também tem as suas desvantagens. Cabe à organização que deseja implementá-lo analisar os contrapontos, examinando com cautela a relação custo x benefício. Destacamos:

- ✓ necessidade de grandes investimentos iniciais em hardware e software;
- ✓ resistência dos usuários aos procedimentos informatizados;
- ✓ demora em perceber os reais resultados da implantação do PEP;
- ✓ falhas no sistema que podem ficar horas ou dias inoperantes; e,
- ✓ dificuldade na coleta de dados.

Uma unidade de saúde possui alguns setores cuja forma de produção é semelhante à produção de manufaturados, como lavanderia e farmácia. Eles possuem procedimentos bem estruturados e grande parte do trabalho pode ser automatizado. Em setores, sobretudo, que tratam da assistência direta ao paciente, como é o caso do PEP, as principais características são a complexidade, a especialização e a personalização, o que torna a implantação mais difícil. Provavelmente a situação mais complexa de ser resolvida: a dificuldade para a completa e abrangente coleta de dados, visto que, a maioria das organizações de

saúde não encontram-se integradas, como é o caso da Unidade de Saúde.

Conclui-se então, “um prontuário informatizado mal estruturado pode ser pior do que um prontuário em papel bem organizado”. Assim sendo, realizaremos ao longo do ano, um trabalho de conscientização junto a todos os colaboradores do HCN, com o intuito de formar uma “opinião coletiva”, objetivando a divulgação e a demonstração das vantagens e benefícios da implantação do PEP, para num segundo momento, executá-la após exaustivo planejamento. A seguir apresentaremos o Prontuário Médico que será utilizado nos atendimentos, descrevendo suas principais funcionalidades. Ele é a nossa Ficha de Atendimento (FA), que no SIG, consubstancializa-se como o PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente.

➤ **Prescrição Eletrônica**

A prescrição eletrônica é uma versão digital e mais completa da prescrição comum, feita em papel e, geralmente, à mão. É utilizada para orientar pacientes e outros profissionais envolvidos no tratamento quanto às medicações, posologias e dosagens a serem administradas. Os benefícios da prescrição eletrônica existem como uma funcionalidade do PEP – o Prontuário Eletrônico do Paciente – que também traz uma série de vantagens para a rotina dos estabelecimentos de saúde.

➤ **Vantagens na Informatização**

A informatização pode começar de forma simples, com o uso de planilhas eletrônicas ou editores de texto. Quando esses recursos se mostrarem insuficientes, é hora de partir para aplicativos ou softwares específicos e especializados na atividade. Com a escolha do sistema de informação do SIG, todas as informações ficam armazenadas em um só lugar, aumentando a praticidade no acesso, obtendo em tempo real todos os indicadores para a sua tomada de decisão.



➤ **Uso da Prescrição Eletrônica no Brasil: O Que Diz a Lei**

A adoção de uma tecnologia que permite os benefícios da prescrição eletrônica pode ser tornar obrigatória no país em função do Projeto de Lei nº 3344/12, que tramitou na Câmara dos Deputados.

O PL visa regulamentar o uso da prescrição eletrônica em todo o território brasileiro. Não se sabe, ao certo, quando essa mudança vai acontecer, mas estarão melhor preparados os profissionais e estabelecimentos de saúde que começarem a usar a tecnologia desde agora.

➤ **Vantagens da Prescrição Eletrônica**

A prescrição eletrônica torna a rotina profissional mais simples e contribui para que médicos façam escolhas mais adequadas ao tratamento de cada paciente. Como consequência, contribui para a recuperação mais rápida dos pacientes, além de facilitar sua compreensão e acompanhamento da receita.

➤ **Agilidade no Processo de Prescrição**

O PEP conta com bulário integrado. Isso significa que todos os medicamentos e diluentes são pré cadastrados no sistema, permitindo que os médicos o encontrem e incluam na prescrição em poucos cliques.

Em razão do volume de atendimentos realizados e da variedade de medicamentos disponíveis no mercado, até mesmo profissionais bem preparados precisam buscar informações relativas à apresentação desses medicamentos, seus equivalentes ou substitutos, antes de fazer a prescrição.

O sistema eletrônico também torna esse processo de pesquisa, conferência e comparação muito mais simples, contribuindo para dar agilidade ao atendimento.

➤ **Redução de Erros**

A cada três minutos, erros causam a morte de cerca de dois pacientes em um hospital do Brasil. É o que apontam os dados apresentados no Seminário Internacional "Indicadores de qualidade e segurança do paciente na prestação de serviços na saúde".

Além do uso incorreto de equipamentos e da infecção hospitalar, estão inclusos nesses erros problemas relacionados à dosagem ou aplicação inadequada de medicamentos. Cenário que levou a OMS a lançar uma iniciativa global pela redução desses problemas em 50%, até 2022.

No que diz respeito à prescrição, os erros se relacionam à transcrição incorreta ou ilegível, falta de informações quanto à posologia e dosagem, uso de abreviaturas confusas e até falhas no processo de decisão terapêutica.

Um dos benefícios da prescrição eletrônica é reduzir problemas relacionados à inadequação na escolha do tratamento e acabar com os problemas relativos à legibilidade (reclamação comum daqueles que não tem a "visão bem treinada" pa-

ra compreender a letra dos médicos).

➤ **Conquista de Melhores Resultados no Tratamento**

Ao fazer uma prescrição, é importante que o medicamento esteja bem adequado às condições do paciente. O uso do papel e da caneta torna mais trabalhoso o processo de conferência de dados relativos ao histórico, alergias, tratamentos e resultados anteriores.

Como parte do PEP, a prescrição eletrônica é mais facilmente baseada em todas essas informações, que também podem ser acessadas em poucos cliques, no mesmo software.

Como consequência, os médicos conseguem indicar tratamentos com ainda mais eficiência e assertividade, tornando mais rápido o processo de recuperação da saúde de seus pacientes. Algo que contribui, também, para a sua satisfação e fidelização.

➤ **Aumento da Segurança dos Pacientes**

Por mais eficiente que seja o sistema de organização de uma clínica médica ou hospital e, até mesmo, o do próprio paciente, a prescrição tradicional em papel pode acabar caindo nas mãos de quem não tem autorização.

Um simples erro de manejo ou arquivamento das partes envolvidas e o sigilo e segurança dos dados do paciente são colocados em risco. Isso prejudica tanto o cumprimento de premissas médicas, quanto o relacionamento do paciente com a instituição, uma vez que afeta a confiança entre as partes.

Por sua vez, uma vez integrada ao sistema de prontuário eletrônico, a prescrição eletrônica só pode ser acessada pelo próprio paciente e por quem tenha autorização e senha.

➤ **Redução do Uso de Papel**

Ainda que exista a possibilidade para os que preferem lidar com o papel, a prescrição eletrônica não precisa ser impressa. Para os profissionais, ela será sempre facilmente acessada por meio do sistema de prontuário.

Além disso, já no momento do atendimento, os médicos podem enviar a prescrição eletrônica para o e-mail do paciente, permitindo que ele também tenha acesso fácil ao seu conteúdo.

A redução do uso de papel, como um todo, favorece a organização tanto da clínica ou hospital, quanto do próprio paciente (sobretudo daqueles que estão em tratamento longo e realizam várias consultas, recebendo diversas prescrições).

➤ **Possibilidade de Integração**

A prescrição eletrônica, bem como o PEP como um todo, pode ser integrada a outros sistemas de gestão médica utilizado pela clínica ou hospital. Essa integração torna mais fácil, ágil e assertiva a realização de outros atendimentos no local, como exames e a administração de medicamentos.

Isso porque, como explicado, profissionais autorizados e com a senha podem acessar a prescrição, sem precisar lidar com papelada e enfrentar qualquer dificuldade de leitura e entendimento com relação aos procedimentos ou medicamentos indicados.

Tudo isso facilita, também, a conclusão de processos de lançamento de informações relativas ao faturamento que o ministério da saúde exige.

➤ **Integrações Automáticas Com Sistemas Externos**

Para evitar o retrabalho de digitação nos sistemas do Ministério da Saúde, o software exporta as informações em arquivos magnéticos ou através de webservices para importar em outros softwares.



➤ **Nosso Prontuário Eletrônico (PEP)**

Médico acompanha a fila de espera pelo Sistema e seleciona o próximo paciente que será atendido.

Durante a consulta, médico pode consultar o PEP, preencher a ficha médica, conduta e hipótese diagnóstica. Pode ainda, fazer receitas, atestados e encaminhamentos; encaminhar paciente para medicação e/ou exames, sendo que, todas ações do médico são realizadas no computador.

A Enfermagem visualiza a fila de espera para medicação, faz anotações, solicita materiais, checa a medicação, controla pacientes em observação e sinaliza no Sistema quando o paciente estiver liberado para retorno à consulta médica.

Os Setores de Exames, como Radiologia e Laboratório Clínico, sinalizam no Sistema quando o resultado estiver liberado.

Quando tudo que o médico prescreveu for realizado o paciente entra automaticamente na fila de espera para continuação da consulta médica.

Todas ações ficam armazenadas permanentemente no Sistema, com a possibilidade de rastrear todas as etapas e conteúdo do atendimento.

Possui as seguintes funcionalidades:

- ✓ Recepção inclui atendimento, podendo sinalizar se há "Atendimento Preferencial", e visualiza a fila de espera. Pessoas acima de 60 anos recebem atendimento preferencial automaticamente.
- ✓ A enfermagem visualiza fila de espera e realiza acolhimento/triagem, informando dados do paciente, queixa e Classificação de Risco.
- ✓ O médico acompanha a fila de espera pelo SIG e seleciona o próximo paciente que será atendido. Durante a consulta, o médico pode consultar prontuário, preencher a ficha médica, a conduta e a hipótese diagnóstica. Pode ainda, fazer receitas, atestados e encaminhamentos, encaminhar para medicação ou exames, sendo que todas ações do Médico ficam armazenadas permanentemente no SIG.
- ✓ Imprime guias e pedidos automaticamente.
- ✓ Controla o atendimento ao paciente nas diversas situações: aguardando acolhimento/triagem; aguardando consulta; em consulta; em procedimento; em observação; encaminhado para outra especialidade; encaminhado para internação e alta.
- ✓ A enfermagem visualiza fila de espera para medicação, faz anotações, solicita materiais, checa a medicação, controla pacientes em observação e sinaliza no SIG quando paciente estiver liberado para retorno à consulta médica.
- ✓ Setores de exames como Radiologia e Laboratório sinalizam no SIG quando o resultado estiver liberado.
- ✓ Quando tudo que o médico prescreveu for realizado, paciente entra automaticamente na fila de espera para continuação da consulta médica.
- ✓ Armazena todos os fatos que ocorreram com o paciente de forma cronológica, permitindo assim a rastreabilidade do atendimento.
- ✓ Disponibiliza recurso para faturar automaticamente todos os procedimentos realizados.
- ✓ Controla troca de plantão de médicos, transferindo responsabilidade de um profissional para outro.

➤ **Acolhimento de Consultas**

Acolhimento de Consulta - Triagens de Consultas

Paciente: 421698 - PACIENTE DEMONSTRAÇÃO - 21/03/1984 - M | Idade: 34 anos, 3 meses e 21 dias

Data: 12/07/2018 | Horário: 12:27:00 | Código: 1 | Lançamento: Acolhimento de Consulta

Profissional: 4981 | RONISE ANDREA COSTA DE SOUZA | Registro Conselho de Classe: 654132 COREN/SP

Especialidade: 95 - 228505 - ENFERMEIRO

Convênio: 1 - Tabela SUS

Sinais Vitais	Avaliação Antropométrica	Avaliação de dor	Classificação de Risco
P.A.S. - Pressão Arterial Sistêmica: 120 / 80		P.A.S. - Pressão Arterial Sistêmica - Média (mmHg): 93	P.A.S. - Pressão Arterial Sistêmica - Classificação: Normal
Temperatura (°C): 39		Pulsação Arterial (/min): 75	Frequência Respiratória (/min): 35
Glicemia Capilar (mg/dl): 120		Saturação de Oxigênio (%): 92	

Observações dos Sinais Vitais:
PACIENTE REFERE MUITA DOR DE CABEÇA.
NEGA ALERGIA A MEDICAÇÃO.

➤ **Atendimento de Consultas**

Atendimentos de Consultas

Data Inicial: 09/07/2018 | Data Final: 12/07/2018 | Tipo: Atendimentos | Profissional: 5375 - WILSON

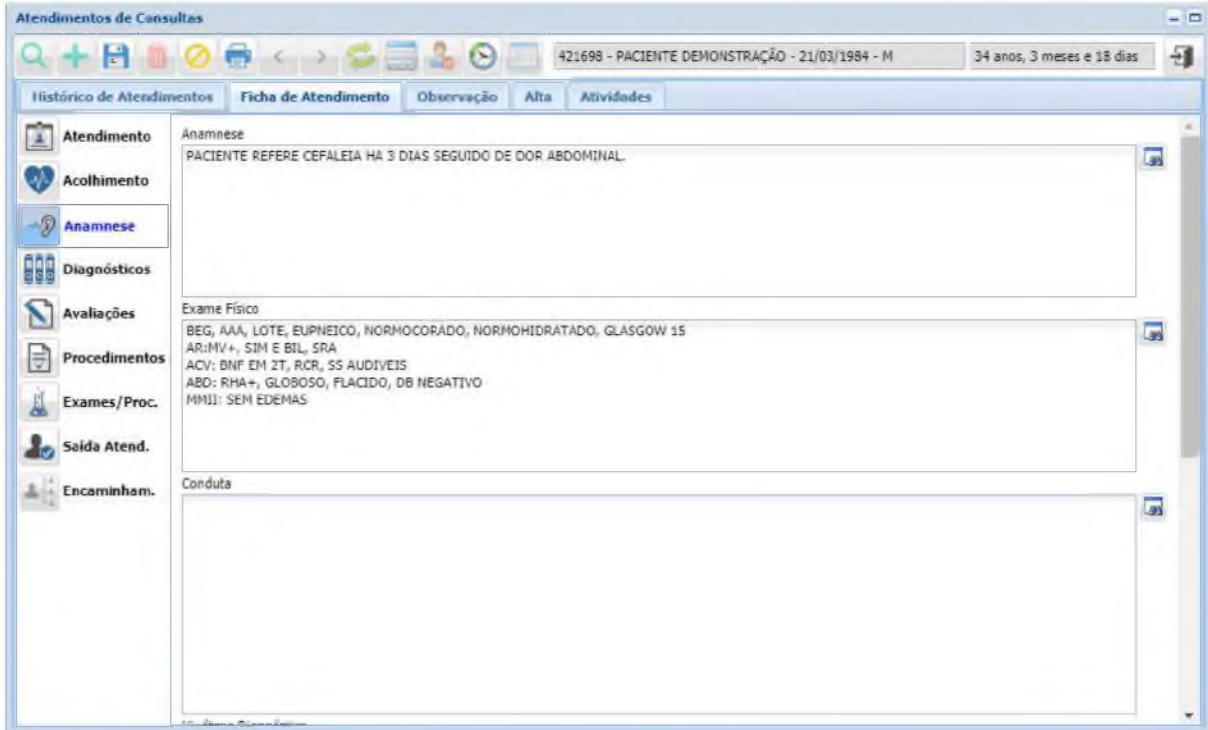
Estabelecimento de Saúde: 1 - HOSPITAL | Setor: Todos | Local de Atendimento: 1 - GO - SALA 4 - GO

Paciente: 421698 - PACIENTE DEMONSTRAÇÃO - 21/03/1984 - M

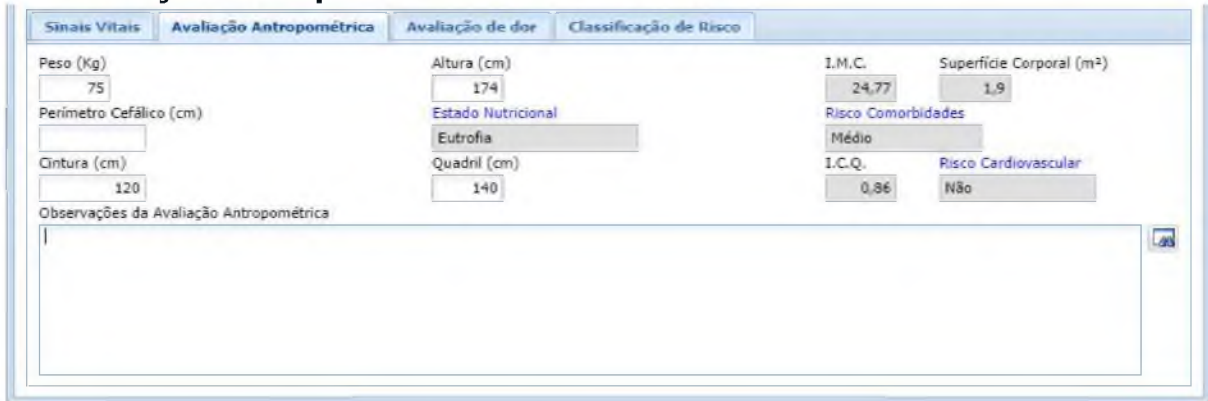
Recepcionados
 Agendados
 Não Atend.
 Ac.Cons.In.
 Ac.Cons.Enc.
 Enc.Ac.C.
 At.Cons.In.
 At.Cons.Enc.
 Internações
 Observações
 Retornos de Atendimentos
 Internações ou Observações Encerradas

Sit.	Data	Horário	T.Perm.	C.R.	Id.	Paciente	Nome	Setor	Descrição	E.S.Origem	Nome Em
Atend.	10/07/2018	17:58:36			24	97112	THAIS	1	CLINICA MÉDICA	1	HOSPITAL
Intern.	10/07/2018	15:57:28			30	99	SHEILA	31	INTERNAÇÃO	1	HOSPITAL
Intern.	10/07/2018	16:20:01			26	1339	JOSUE	31	INTERNAÇÃO	1	HOSPITAL
Close.	10/07/2018	10:56:05	01:34:21	45	29	7113	RICARDO	42	ULTRASSOM	1	HOSPITAL
Observ.	09/07/2018	13:35:07	00:08:04		34	421698	PACIENTE DEMONSTRAÇÃO	1	CLINICA MÉDICA	1	HOSPITAL

➤ **Anamnese**



➤ **Avaliação Antropométrica**

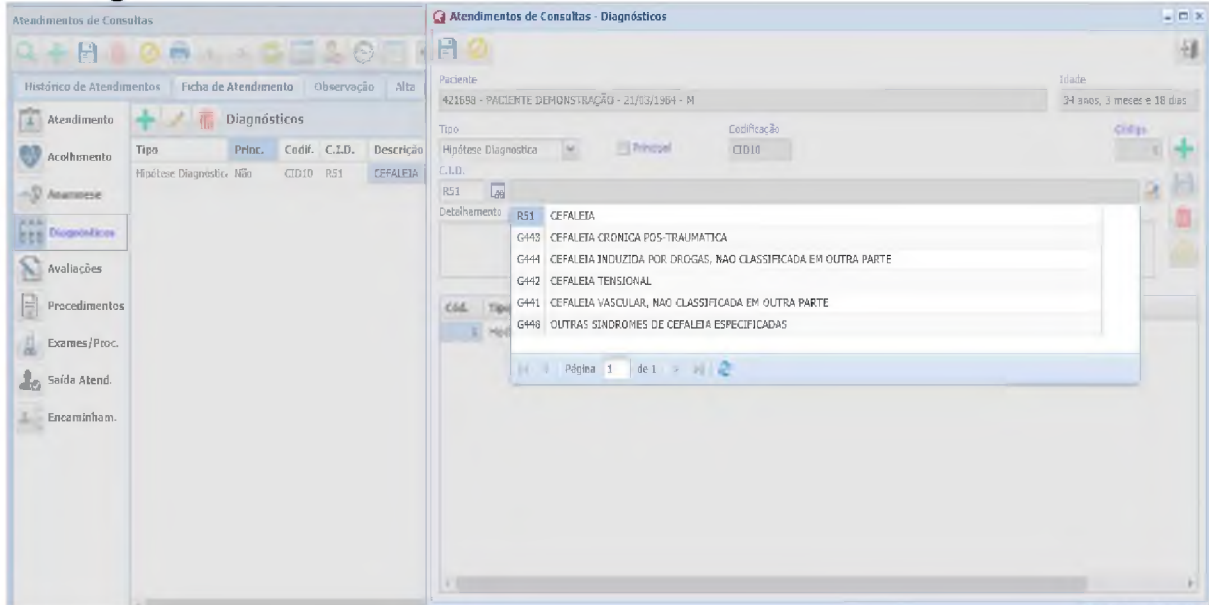


➤ **Avaliação de Dor**



Cód.	Descrição	Vlr.In.	Vlr.Fin.
1	Não Informado		
1	Ausência de Dor	0	0
2	Dor de Fraca Intensidade	1	3
3	Dor de Intensidade Moderada	4	6
4	Dor de Forte Intensidade	7	9
5	Dor Insuportável	10	10

➤ **Diagnósticos**



Atendimentos de Consultas - Diagnósticos

Paciente: 421698 - PACIENTE DEMONSTRAÇÃO - 21/03/1984 - M | Idade: 34 anos, 3 meses e 18 dias

Hipótese Diagnóstica: Principal | Classificação: CID10

C.I.D.:

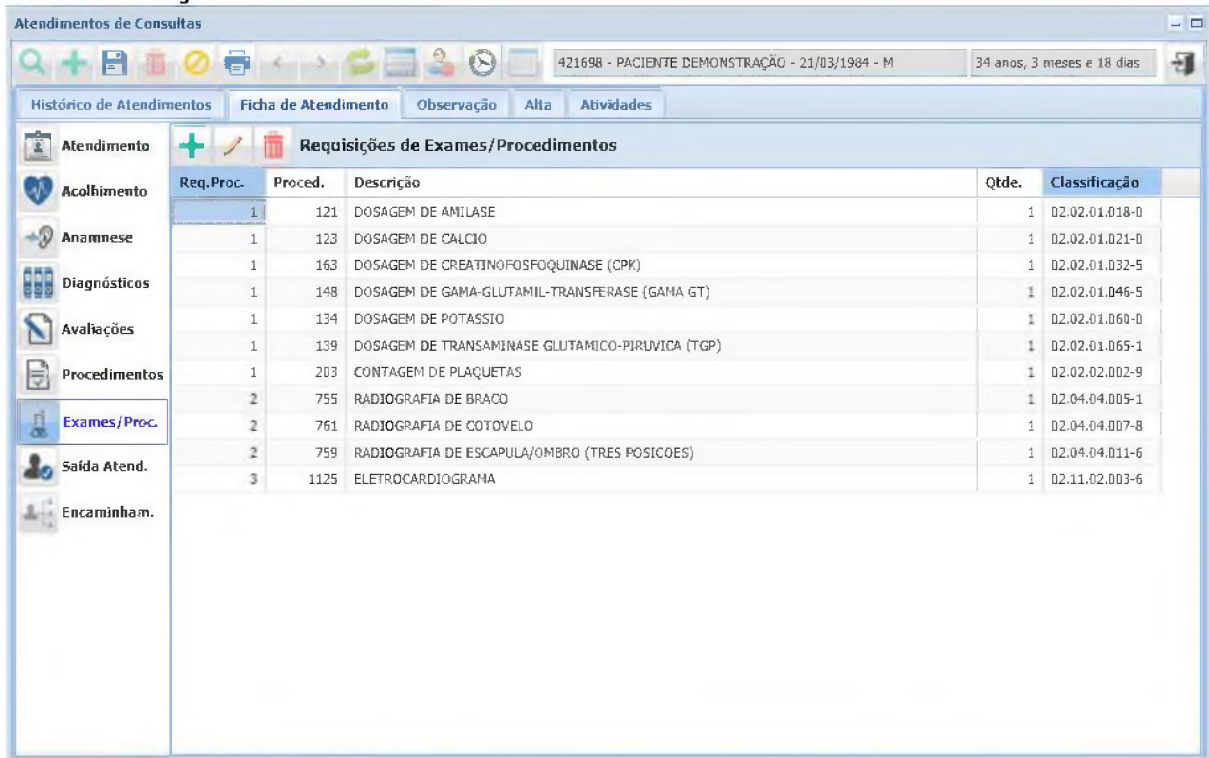
RS1

Detalhamento:

- RS1 CEFALEIA
- G443 CEFALEIA CRÔNICA POS-TRAUMÁTICA
- G444 CEFALEIA INDUZIDA POR DROGAS, NÃO CLASSIFICADA EM OUTRA PARTE
- G442 CEFALEIA TENSIONAL
- G441 CEFALEIA VASCULAR, NÃO CLASSIFICADA EM OUTRA PARTE
- G448 OUTRAS SÍNDROMES DE CEFALEIA ESPECIFICADAS

Página 1 de 1

➤ **Solicitação de Exames**



Atendimentos de Consultas

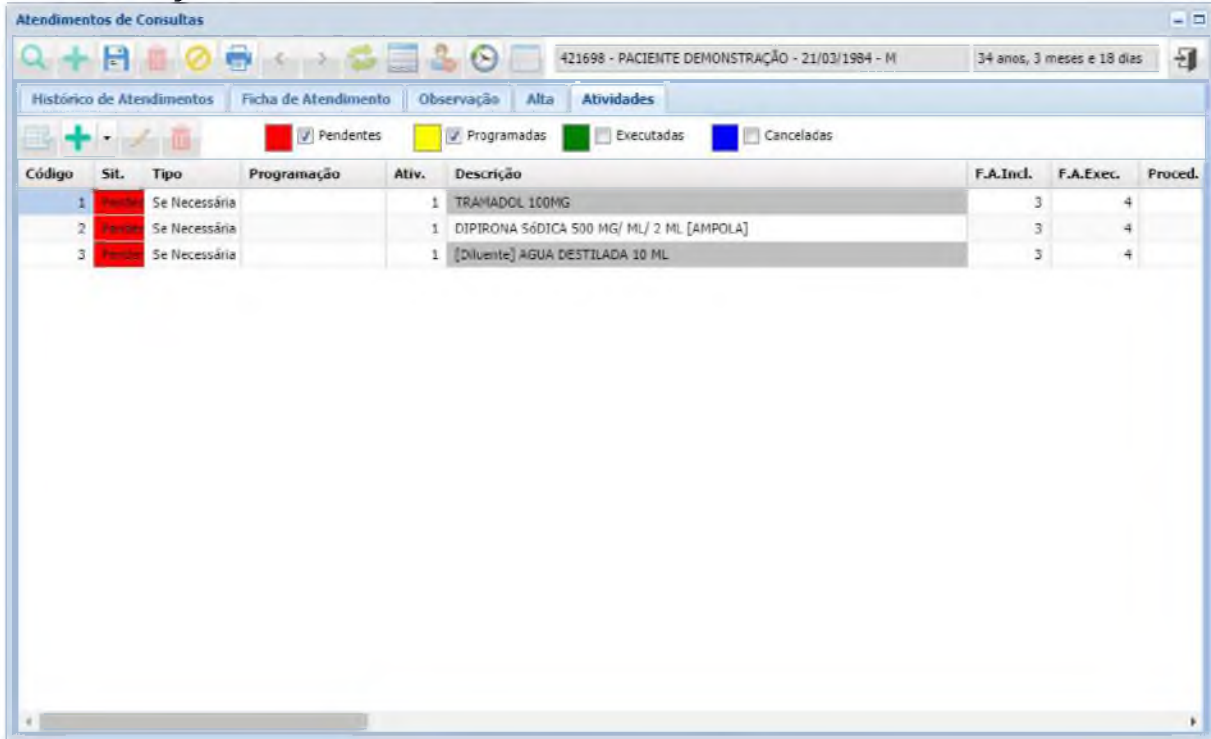
421698 - PACIENTE DEMONSTRAÇÃO - 21/03/1984 - M | 34 anos, 3 meses e 18 dias

Histórico de Atendimentos | **Ficha de Atendimento** | Observação | Alta | Atividades

Requisições de Exames/Procedimentos

Req.Proc.	Proced.	Descrição	Qtde.	Classificação
1	121	DOSAGEM DE AMILASE	1	02.02.01.018-0
1	123	DOSAGEM DE CALCIO	1	02.02.01.021-0
1	163	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	1	02.02.01.032-5
1	148	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	1	02.02.01.046-5
1	134	DOSAGEM DE POTASSIO	1	02.02.01.060-0
1	139	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	1	02.02.01.065-1
1	203	CONTAGEM DE PLAQUETAS	1	02.02.02.002-9
2	755	RADIOGRAFIA DE BRACO	1	02.04.04.005-1
2	761	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	1	02.04.04.007-8
2	759	RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES)	1	02.04.04.011-6
3	1125	ELETROCARDIOGRAMA	1	02.11.02.003-6

➤ Prescrição de Medicamentos



Código	Sit.	Tipo	Programação	Ativ.	Descrição	F.A.Incl.	F.A.Exec.	Proced.
1	Pendente	Se Necessária		1	TRAMADOL 100MG	3	4	
2	Pendente	Se Necessária		1	DIPIRONA 56DICA 500 MG/ ML/ 2 ML [AMPOLA]	3	4	
3	Pendente	Se Necessária		1	[Diluyente] AGUA DESTILADA 10 ML	3	4	

481

➤ Impressão da Prescrição de Medicamentos

 PREFEITURA MUNICIPAL SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE		Etapas > Recepção: 09/07/2018 13:35:07 > Atendimento: 09/07/2018 13:36:23 > Consulta: 09/07/2018 13:37:58	Nº SAME: 421698	Nº FAA: 09/07/2018	1
FICHA DE ATENDIMENTO 1 - HOSPITAL					
Data: 09/07/2018 Especialidade: 225125 - MEDICO CLINICO		Usuário de Inclusão: 1		Setor de Atendimento: 1 - CLINICA MEDICA	
Paciente: 421698 - PACIENTE NOME SOCIAL DEMONSTRAÇÃO			Raça ou Cor: 1 - BRANCA C.N.S.: 898.0007.5136.4667		
Mãe: MARLENE BAUMGRATZ		Convênio: 1 - Tabela SUS		Município: 355220-5 - SOROCABA - SP	
Nascimento: 21/03/1984 Idade: 34 anos Sexo: M		Bairro/Distr.: ANA MARIA		C.E.P.: 13.454-545	
Endereço: AVENIDA DAS PALMEIRAS, 1000		Obs. Rec.:			
RG: 5.948.931-3 Telefone: (41) 3241-2334 Celular: (19) 9939-74324					
Motivo do Atend.: 1 - URGENCIA		Caráter do Atend.: 2 - URGÊNCIA		Ciclo de Vida: Adulto Gestante: Não	
PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS					
				Prescrição:	
Medicamentos	Dose	UM	Via	Intervalo	Programação
2471 - TRAMADOL 100MG	1	UN			SN
1101 - DIPIRONA 56DICA 500 MG/ ML/ 2 ML [AMPOLA]		UN			SN
267 - AGUA DESTILADA 10 ML	1	MG			SN
Carimbo e Assinatura da Enfermeira:			Carimbo e Assinatura do Médico(a):		
Carimbo e Assinatura do Médico:			Assinatura do Paciente ou Responsável:		
			X		

➤ **Ficha de Atendimento (FA)**

 PREFEITURA MUNICIPAL SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	Etapas Atendimento	> Recepção: 09/07/2018 13:35:07	Nº SAME: 421698	Nº FAA: 09/07/2018	1
		> Acolhimento: 09/07/2018 13:36:23			
		> Consulta: 09/07/2018 13:37:58			

FICHA DE ATENDIMENTO | 1 - HOSPITAL

Data: 09/07/2018 Usuário de Inclusão: 1
 Especialidade: 225125 - MEDICO CLINICO Setor de Atendimento: 1 - CLINICA MÉDICA
Paciente: 421698 - PACIENTE NOME SOCIAL DEMONSTRAÇÃO Raça ou Cor: 1 - BRANCA C.N.S.: 898.0007.5136.4667
 Mãe: MARLENE BAUMGRATZ Convênio: 1 - Tabela SUS
 Nascimento: 21/03/1984 Idade: 34 anos Sexo: M Município: 355220-5 - BOROÇABA - SP
 Endereço: AVENIDA DAS PALMEIRAS, 1000 Bairro/Distr.: ANA MARIA C.E.P.: 13.454-545
 RG: 5.948.931-3 Telefone: (41) 3241-2334 Celular: (19) 9939-74324 Obs. Rec.:

Motivo do Atend.: 1 - URGENCIA Caráter do Atend.: 2 - URGÊNCIA Ciclo de Vida: Adulto Gestante: Não
DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO: ALERGIA:

Anamnese:
 PACIENTE REFERE CEFALÉIA HA 3 DIAS SEGUIDO DE DOR ABDOMINAL.

Exame Físico:
 BEG, AAA, LOTE, EUPNEICO, NORMOCORADO, NORMOHIDRATADO, GLASGOW 15
 AR: MV+, SIM E BIL, SRA
 ACV: BNF EM 2T, RCR, SS AUDIVEIS
 ABD: RHA+ GLOBOCO, FLACIDO, DB NEGATIVO
 MMH: SEM EDEMAS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Hipótese Diagnóstica: CID 10: R51
 CEFALÉIA Secundária: CID 10:

FOI FORNECIDO ATESTADO: () SIM () NÃO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM:

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

Carimbo e Assinatura da Enfermagem:

Carimbo e Assinatura do Médico(a):

Carimbo e Assinatura do Médico:

Assinatura do Paciente ou Responsável:

WILSON
MÉDICO CLÍNICO

X

USE O VERSO PARA INFORMAÇÕES E ANOTAÇÕES ADICIONAIS

➤ **Solicitação de Exames**

F.A.: 11 - 09/07/2018
 Paciente: 421698 - PACIENTE DEMONSTRAÇÃO
 Data Nas.: 21/03/1984 Idade: 34 anos, 3 mes

Código	Classif.	Procedimento	Qtde.
121	02.02.01.016-0	DOSAGEM DE AMILASE	1
123	02.02.01.021-0	DOSAGEM DE CÁLCIO	1
163	02.02.01.032-8	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	1
146	02.02.01.046-6	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	1
134	02.02.01.050-0	DOSAGEM DE POTÁSSIO	1
139	02.02.01.058-1	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTÂMICO-PIRUVICA (TGP)	1
208	02.02.02.002-5	CONTAGEM DE PLAQUETAS	1

WILSON
 MEDICO CLINICO

➤ **Histórico do Atendimento de Consultas**

Histórico de atendimentos de Consultas

Data Inicial: Data Final: Estabelecimento de Saúde:

Paciente: 113845 CAIO AUGUSTO GARCIA - 18/03/1990 - M

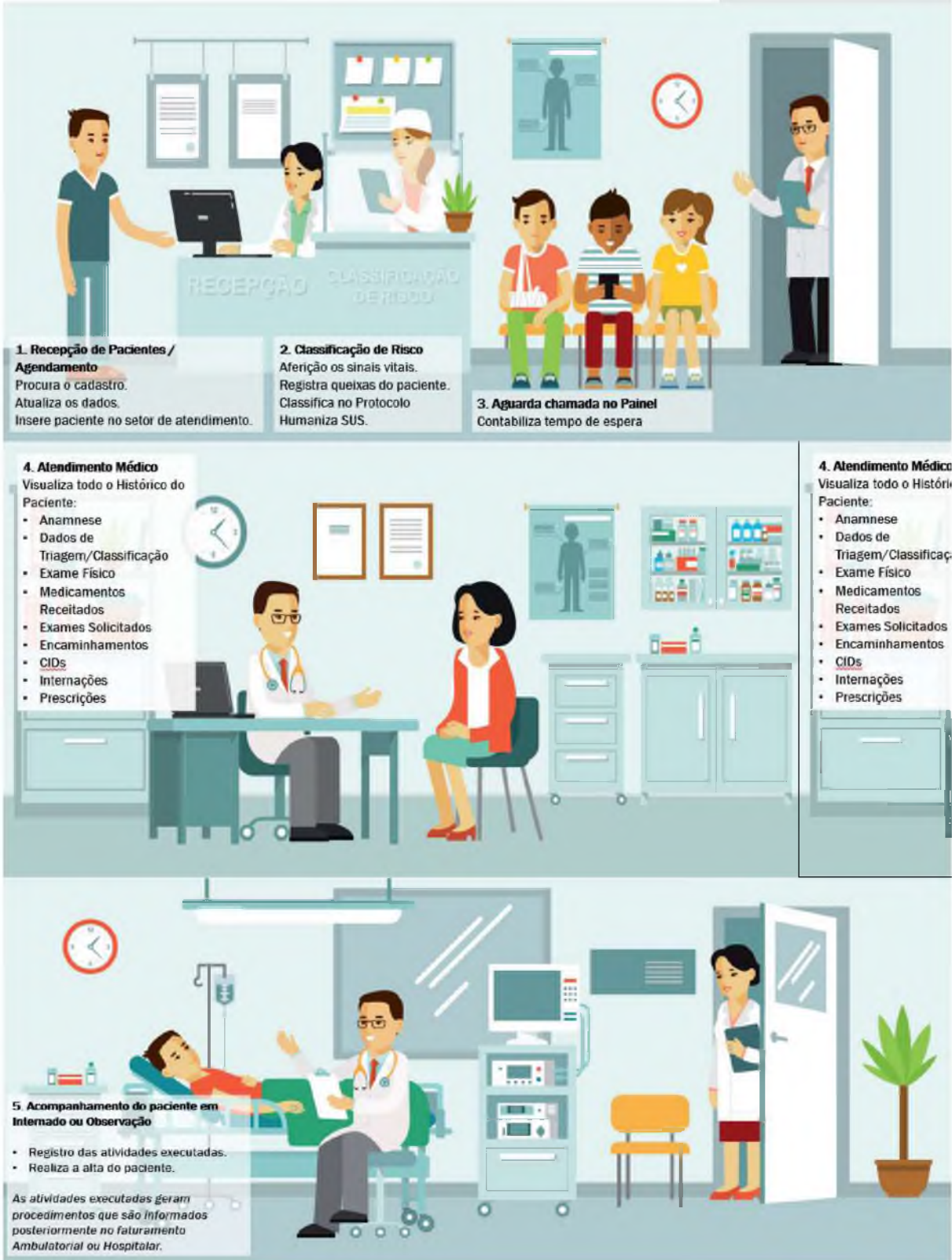
Recepções do Paciente	Data	Horário	Código	Situação	Ciclo de Vida	Profiss.
Atendimentos de Consultas	06/03/2018	13:08:02	3	Atendimento de Consulta Encerrado	Adulto	288
Triagens de Consultas	06/03/2018	13:06:37	2	Encerrado no Acolhimento de Consulta	Adulto	
Sinais Vitais	06/03/2018	13:00:21	1	Atendimento de Consulta Iniciado	Adulto	288
Avaliações	06/03/2018	12:59:27	162	Encerrado no Acolhimento de Consulta	Adulto	
Antropométricas	06/03/2018	12:27:34	155	Encerrado no Acolhimento de Consulta	Adulto	
Avaliações de Dor	06/03/2018	12:26:02	152	Atendimento de Consulta Encerrado	Adulto	288
Classificações de Riscos	22/02/2018	13:47:58	165	Encerrado no Acolhimento de Consulta	Adulto	
Procedimentos Realizados	22/02/2018	13:42:42	3	Saída de Internação ou Observação	Adulto	288
Anamneses						
Exames Físicos						
Diagnósticos						
Avaliações						
Medicamentos						
Requisições						
Procedimentos						
Encaminhamentos						
Saídas de Atendimentos						
Atividades de Internações e/ou Observações						
Documentos Emitidos						

A seguir, apresentaremos o fluxo de atendimento que executaremos utilizando os módulos funcionais do nosso Sistema de Informações Gerenciais e o nosso Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), ressaltando que além dessas ferramentas, implantaremos outras, como o PACS e o Storage. Tais ações customizarão o tempo e o retrabalho na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

Assim, todo esse processo informatizado, customizará também, o SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatística, que possuirá um diminuto volume de papéis.

FLUXO DE ATENDIMENTO UTILIZANDO O PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO SIG







6. Atendimento após medicação (Pronto Atendimento ou Internação Hospitalar)

Visualiza todo o Histórico do Paciente:

- Atividades Executadas durante Internação/Observação
- Receituário de Medicamentos para casa.

FARMÁCIA



6.Retirada de Medicamentos nas farmácias do municípios

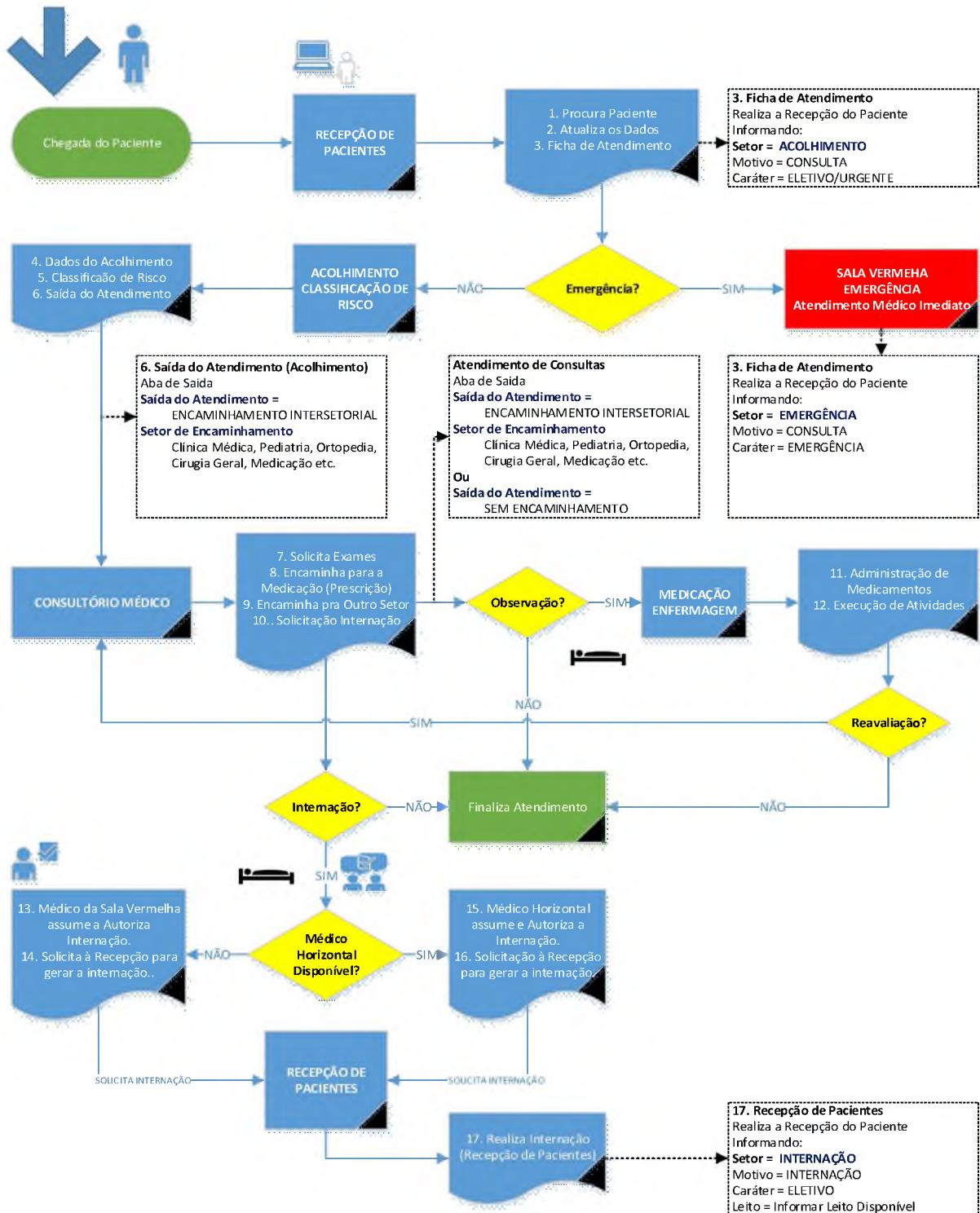
Controle de estoque por Lote e Validade.
 Dispensação com código de barras.
 Alerta de medicamentos vencimentos.

- Visualiza o histórico de retirada de medicamentos em toda a rede de saúde municipal
- Registra a entrega dos medicamentos.

FLUXO DE ATENDIMENTO - RECEPÇÃO

Hospital ou UPA

SIG – Sistema de Informação Gerencial



4. DESCRIÇÃO DETALHADA DO ACOMPANHAMENTO

No conjunto de ações compreendidas pelo atendimento aos usuários da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, serão percorridas a seguir: a Conduta de Acompanhamento Médico e a Proposta de Orientações de Acomodação e Conduta dos Acompanhantes.

4.1. CONDUÇÃO DE ACOMPANHAMENTO MÉDICO

Na conduta de acompanhamento médico a ser implantada, será obrigatório na passagem de cada plantão entre as equipes médicas, tanto para a pediatria quanto para a clínica médica, relato de todos os casos que estiverem na retaguarda em observação, em uso de medicações, em espera de exames clínicos, para avaliação de especialistas ou apenas em observação clínica.

Deverão ser comunicados também e discutidos entre as equipes médicas, os exames clínicos de todos os pacientes internados na retaguarda médica, sendo feita a conduta médica com a devida prescrição (medicação, novos pedidos de exames ou pedido de avaliações de especialistas), para continuação da observação ou alta, com receita e encaminhamento para UBS de contra referência se necessário, ou ainda, pedido de remoção para hospital de referência, dependendo de cada caso.

As avaliações horizontais serão realizadas de 4 em 4 horas pelas equipes médicas, para o melhor resultado possível e a melhor conduta para os pacientes em observação. Se o paciente em observação piorar, o médico horizontal o atenderá prontamente, não sendo necessário deslocar um médico da "porta" para tal assistência (para os plantões do período diurno, ou seja, das 07:00 as 19:00 h, sendo que nos plantões do período noturno, ou seja, das 19:00 as 07:00 h, um médico da "porta" irá prestar a assistência).

4.1.1. Rounds Interdisciplinares

Há fortes defensores de que hospitalistas e unidades funcionais (ou geográfica) dos estabelecimentos de saúde, podem potencializar um ao outro. Ninguém mais questiona a importância de rounds interdisciplinares estruturados, pois os mesmos podem potencializar o trabalho dos profissionais da saúde.

Unidades funcionais são locais, nos hospitais ou estabelecimentos de saúde, entregues a um propósito específico (por exemplo, uma enfermagem de clínica geral) e para profissionais pré-definidos (se não todos, ao menos aqueles mais

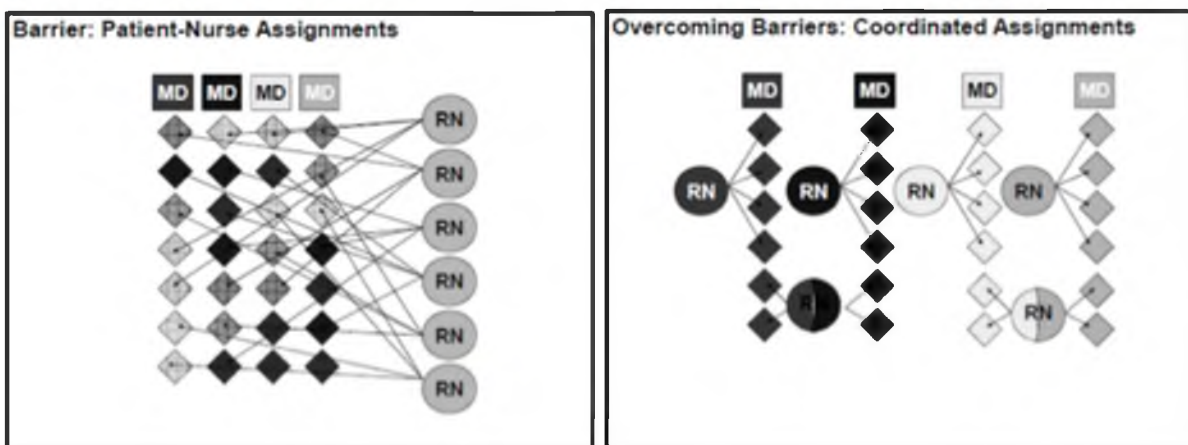
envolvidos com o dia a dia do cuidado, por período), com limites geográficos, que podem ser físicos, como as paredes e portas que definem uma enfermaria inteira ou virtuais, como quando um grupamento de leitos/camas dentro de uma área física maior é reservado para a mesma equipe de saúde. O esperado é que seja um facilitador para a formação de conjunto solidário.

Abaixo ilustramos o conceito, onde:

MD = médico;

RN=enfermeiro; e,

cada losango = um paciente.



Estudos recentes têm demonstrado que estruturas estabelecidas como na segunda figura, estão associadas com melhor comunicação entre os profissionais da equipe (Gordon et al. 2011, Singh et al. 2012). Médicos sequer precisam ser hospitalistas, podem até seguir atuando no modelo tradicional, passando visita. Mas a enfermeira saberá quem são, a hora que costumam passar, como localizá-los. Médicos e enfermeiros tendem a conhecer até mesmo gostos e preferências uns dos outros, poderão, com mais facilidade, pactuar rotinas e padrões.

Pense no contrário agora, imaginando um enfermeiro enfrentando dificuldade com paciente cujo responsável é um médico que sequer conhece, e o quanto isso pode comprometer eficiência e satisfação de vários envolvidos. Em um dos estudos destacados anteriormente, com unidades geográficas e equipes fixas, perceberam-se 51% menos chamados por mensagens (acionamento dos médicos por meio de seus celulares), embora tenham viabilizado mais encontros do médico responsável com seus pacientes (Singh et al. 2012).

As complexidades logísticas e políticas de organizar esse tipo de abordagem nos serviços de saúde não devem ser subestimadas, principalmente em hospitais com alta taxa de ocupação. Cabe registrar, ainda, que não há necessidade de implantá-la de maneira "tudo ou nada", podendo-se optar por favorecer, sempre que possível, organizações por áreas e equipes fixas.

Dessa maneira os Rounds Interdisciplinares devem, idealmente, reunir todos os integrantes da equipe de cuidado, pelo menos em um momento do dia, para discutir sobre seus pacientes, a respeito das ocorrências desde o último encontro, as metas e o plano terapêutico, caso a caso, em um formato colaborativo, pactuando decisões. Esses encontros não devem ter por objetivo apresentar o quadro clínico dos pacientes diariamente para um novo grupo de profissionais. Assim, os Rounds tornam-se encontros longos e improdutivos. Eles devem ter foco nas metas e no plano terapêutico, averiguando que mudanças de rumo são necessárias.

4.1.1.1. Resultados dos Rounds Interdisciplinares

Os resultados dos Rounds Interdisciplinares são:

- ✓ melhorar processos específicos, como adequação de cateterização vesical, aderência e práticas baseadas em evidências;
- ✓ favorecer melhores desfechos doença-específicos, como redução de pneumonia associada a ventilação mecânica;
- ✓ melhorar a comunicação e colaboração entre os membros da equipe;
- ✓ diminuir o tempo médio de internação;
- ✓ reduzir os eventos adversos evitáveis; e,
- ✓ diminuir a taxa de mortalidade global.

4.1.1.2. Funcionamento dos Rounds Interdisciplinares

Os Rounds Interdisciplinares ocorrem mais frequentemente em unidades fechadas, como a Unidade de Tratamento Intensivo (UTI). A complexidade para o desenvolvimento dessas estratégias em unidades abertas é maior por diversas razões. Em um recente estudo (O’Leary et al. 2012), encontrou-se uma significativa variação de performance de trabalho de equipe em rounds dessa natureza, escancarando que não basta existirem. Uma sugestão é que, em paralelo, as chefias ajudem a garantir o bom andamento dessas iniciativas, observando, por exemplo, se um membro do time não domina completamente a discussão, ou se um gradiente de autoridade inadequado impede a participação confortável de outros membros da equipe.

Experiências práticas e opinião de experts sugerem que combinar unidades geográficas com rounds interdisciplinares estruturados pode tanto facilitar esses encontros como potencializá-los. Os Rounds devem seguir roteiros, como horário para iniciar e terminar, definição prévia de quem deve participar e qual o papel de cada um, em que e como devem contribuir. Os participantes precisam ser objetivos e ter o paciente como foco. A utilização de cartão de objetivos diário ou lista de verificação envolvendo questões estratégicas são muito úteis. Rounds Interdisciplinares estruturados melhoram a comunicação entre membros da equipe, reduzem o tempo de permanência do paciente no hospital e melhoram o

desempenho de vários indicadores de qualidade (Pronovost et al. 2003, Dubose et al. 2008, Dubose et al. 2010, Weiss et al. 2011). Na Mayo Clinic, nos Estados Unidos da América, isso funciona muito bem. Com o auxílio de uma lista de verificação, discute-se, diariamente, a manutenção ou não, por exemplo, da sonda vesical de demora e do acesso venoso central. As listas de verificação são instrumentos que podem ser utilizados em diversas situações de cuidado em saúde para o bom gerenciamento/ gestão de informações do paciente, sobre atividades a serem executadas e tópicos a serem enfatizados.



Dessa forma, com o intuito de aprimorar o atendimento aos pacientes, os profissionais da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, realizarão diariamente, Rounds de discussão sobre os pacientes atendidos na unidade. Todos os dias, a equipe multidisciplinar se reunirá para avaliar os casos e juntos decidirem a melhor conduta. Participarão dos Rounds Interdisciplinares, profissionais das áreas de enfermagem, técnicos de enfermagem, farmacêuticos, médicos e assistentes sociais. O objetivo do Round Interdisciplinar é uma discussão multidisciplinar para melhorar o atendimento do paciente, o acompanhamento médico, bem como a trabalhar em equipe pela melhor evolução clínica do mesmo. Serão analisadas as visões dos profissionais que acompanham o paciente e depois discutidas qual a melhor forma de cuidá-lo.

Enfatizamos ainda, que quem também ganha com a realização dos Rounds Interdisciplinares além dos pacientes, são suas famílias, pois através das discus-

sões também avaliaremos a forma de abordar os pais ou acompanhantes e parentes, sobre determinada conduta, os envolvendo no tratamento dos pacientes com o intuito de ajudá-los a compreender o momento que estão vivenciando.

Assim sendo, o cuidado interdisciplinar é um aliado do paciente e também da equipe de atendimento, sendo que os Rounds Interdisciplinares serão realizados duas vezes por dia, tendo duração de aproximadamente meia hora, antes da troca de plantões, sendo que as observações relevantes obtidas no decorrer dos Rounds, serão registradas no Histórico de Evolução Clínica contido no PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente, que já foi anteriormente mostrado.

4.2. PROPOSTA DE ORIENTAÇÕES DE ACOMODAÇÃO E CONDUTA DOS ACOMPANHANTES

O acompanhante deve ser entendido como membro indispensável, necessário à qualidade do processo de observação do paciente, pois possibilita uma ajuda para o paciente e para a equipe de saúde, humaniza o serviço, efetiva direitos do paciente e torna o período de observação, um momento mais tênue e suportável para o paciente em situação de fragilidade. Para o acompanhamento ocorrer sem transtorno e não comprometer as medidas de controle de infecção hospitalar, além das normas específicas da unidade de saúde, observaremos o seguinte:

- A entrada de acompanhantes com quadro infeccioso será vedada.
- A equipe de saúde da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO deverá:
 - orientar e supervisionar os acompanhantes quanto à higienização das mãos na chegada à unidade de saúde, antes e após o contato com o paciente, superfícies e objetos da área do paciente, e imediatamente antes de deixarem a unidade saúde;
 - orientar e supervisionar os acompanhantes a ficarem sempre junto ao paciente que está acompanhando e a não entrar em contato com outros pacientes internados; e,
 - esclarecer as dúvidas.
- O acompanhante deverá:
 - contribuir para manter a higiene e a ordem do local;
 - contribuir para manter a harmonia e o silêncio;
 - não tocar ou manipular equipamentos, sondas, soros, drenos, que são atividades exclusivas da equipe de saúde;
 - não sentar-se ou apoiar-se no leito do paciente, tampouco nos leitos desocupados; e,
 - obedecer o tempo estipulado para a troca de acompanhantes, embora a unidade de saúde não deva enrijecer tal processo, pois desumaniza.

- Para pacientes em precauções adicionais de contato, aos acompanhantes, recomendar-se-á o uso de luvas e avental conforme as orientações do Protocolo de Precauções Básicas e Adicionais de Contato (elaborado pelo SCIH), com esforço permanente das orientações anteriores.

Concomitantemente a isso, planejaremos e implantaremos um serviço sistematizado de orientação aos pacientes e acompanhantes com a disponibilização de folhetos e cartazes informativos e ilustrados, que facilitará o dia a dia das equipes de saúde e a comunicação com os usuários da Unidade de Saúde.

5. DESCRIÇÃO DETALHADA DO SISTEMA DE SENHA

Apresentaremos a seguir o Painel Eletrônico de Senhas que iremos instalar em dois pontos da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, na sala de espera, que será controlado nosso Sistema de Senhas digital. O Sistema contempla o atendimento através de totem eletrônico de senha integrado a um painel eletrônico. Com este sistema de fácil instalação, vamos organizar facilmente a fila de atendimento por prioridades. O ticket emitido através da impressora mostra o logotipo, hora e data, mensagens personalizadas e a senha do cliente.

- **Sistema Sem Fio:** não necessita de cabeamento, a comunicação entre o software, o painel e a impressora, que se utilizam de sistema próprio, sem fio.
- **Aproveita a Infraestrutura de Rede:** o software é autoinstalável, utilizando-se da rede física ou sem fio, caso existam qualquer das opções.
- **Relatórios de Atendimento:** Emite vários relatórios que ajudam a organizar o atendimento.

Abaixo segue a descrição detalhada do nosso Sistema de Senhas, bem como as várias possibilidades:

- ✓ Possibilita o cadastro ilimitado de painéis eletrônicos definindo o local (IP e porta) de exibição, tempo de visualização de informações e notícias.
- ✓ Possibilita o alerta por som ou chamado de voz.
- ✓ Possibilita definir a aparência com o brasão do município e logotipo do INCS, com cores e fontes das áreas de visualização de informações.
- ✓ Possibilita a visualização de até 3 rótulos com informações dos chamados recentes.
- ✓ Possibilita o cadastro de notícias para exibição nos painéis eletrônicos.
- ✓ Possibilita a exibição de texto, imagem, texto com imagem e vídeo.
- ✓ Possibilita a exibição de notícias por RSS – Really Simple Syndication, que são leitores de “feed de notícias”, “canal de notícias RSS” ou “agregadores de notícias” especificando o endereço, divulgação da fonte, período e exibi-

ção de data e horário da notícia.

- ✓ Possibilita configurar fonte e fundo para textos e RSS.
- ✓ Possibilita configurar a disposição de texto com imagem.
- ✓ Possibilita configurar a exibição em todos os painéis ou especificando um painel eletrônico.
- ✓ Disponibiliza a visualização de painel eletrônico com acesso para as suas configurações.
- ✓ Disponibiliza a visualização de data, horário e foto do usuário chamado.
- ✓ Possibilita no cadastro de cada setor a configuração de utilização de painel eletrônico para cada estágio de atendimento especificando descrição para visualização.
- ✓ Possibilita definir o painel eletrônico utilizado para visualização.
- ✓ Possibilita o chamado de usuários no painel eletrônico nos estágios de atendimento: recepção de usuários, Acolhimento para Classificação de Risco preparo de consultas, atendimento de consultas e medicação.



C4. APRESENTAÇÃO DAS ATIVIDADES PROPOSTAS REFERENTES À QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRESTADA

De acordo com o Roteiro de Elaboração do Plano de Trabalho, as propostas referentes as atividades voltadas à qualidade, deverão estar orientadas a obter e garantir a melhor assistência possível, dado o nível de recursos e tecnologia existentes e que serão implantadas.

A adequação das atividades propostas voltadas à qualidade da assistência prestada numa unidade de saúde sob gerenciamento do INCS, em grande parte é alcançada através da implantação das Comissões Multidisciplinares, para o monitoramento dos processos de qualidade e das relações institucionais.

1. COMISSÃO ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS – CARP

A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários – CARP é um órgão que será coligado à UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, de natureza consultiva, deliberativa, normativa, educativa e independente, que tem por objetivo analisar, acompanhar e revisar os prontuários médicos.

Terá a finalidade de zelar pela integridade das informações e registros que permitam o acompanhamento longitudinal das patologias estudadas, subsidiando o ensino e a pesquisa; zelar pelo cumprimento correto e sistemático das normas de natureza técnica e administrativa, relativas ao prontuário médico; verificar o padrão do atendimento que vem sendo dado aos pacientes; apreciar os resultados das diferentes condutas; analisar a eficiência dos serviços médicos; sugerir medidas para a melhoria do padrão de assistência; orientar e não fiscalizar a atuação dos profissionais; analisar impressos e sugerir modificações; e levantar e propor parâmetros de resultados.

Sua regulamentação se dá pela Resolução do Conselho Federal de Medicina CFM 1638/2002.

1.1. CONSTITUIÇÃO DA CARP

A constituição da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários – CARP será nomeada pela Diretoria Executiva do INCS ou eleita pelo corpo clínico.

O mandato será de 01 (um) ano, podendo ser renovável conforme definição da Direção Administrativa, em comum acordo com a Direção Médica e será composta pelos seguintes membros:

- 03 (três) membros médicos;
- 01 (um) membro enfermeiro;
- 01 (um) membro da direção administrativa; e,
- 01 (um) membro do SAME.

1.2. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DA CARP

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DA COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS - CARP												
ATIVIDADE	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Constituição da CARP												
Revisão do Regimento Interno												
Reuniões Ordinárias												
Atas das Reuniões												
Resultados Positivos												

1.3. REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS – CARP

CAPÍTULO I – DA DEFINIÇÃO

Artigo 1º – A Comissão de Análise e Revisão de Prontuário – CARP da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO é um órgão de natureza consultiva, deliberativa, normativa, educativa e independente, de assessoria diretamente vinculada à Administração da Instituição, que tem por objetivo analisar, acompanhar e revisar os prontuários médicos.

CAPÍTULO II – DA FINALIDADE

Artigo 2º – Atender a resolução do CFM nº 1.638 de 10 de julho de 2.002, que define prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Artigo 3º – A CARP, tem as seguintes finalidades:

- ✓ Zelar pela integridade das informações e registros que permitam o acompanhamento longitudinal das patologias estudadas subsidiando o ensino e a pesquisa.
- ✓ Zelar pelo cumprimento correto e sistemático das normas de natureza técnica e administrativa, relativas ao prontuário médico.
- ✓ Verificar o padrão do atendimento que vem sendo dado aos pacientes.
- ✓ Apreciar os resultados das diferentes condutas.
- ✓ Analisar a eficiência dos serviços médicos.
- ✓ Sugerir medidas para a melhoria do padrão de assistência.
- ✓ Orientar e não fiscalizar a atuação dos profissionais.
- ✓ Analisar impressos e sugerir modificações e levantar e propor parâmetros de resultados.

Artigo 4º– Conforme a Resolução do Conselho Federal de Medicina CFM 1638/2002, compete à CARP, observando os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel:

- A identificação do paciente com nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP).
- Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado.
- Evolução do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais foi submetido e a identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico.
- Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórias a assinatura e o respectivo número do CRM.
- Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade de saúde.

CAPÍTULO III – DA COMPOSIÇÃO

Artigo 5º – A composição deverá ser:

- 03 (três) membros médicos;
- 01 (um) membro enfermeiro;
- 01 (um) membro da direção administrativa; e,
- 01 (um) membro do Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME.

Artigo 6º – Para realização dos trabalhos da comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades por tempo a ser definido pela Diretoria Administrativa em comum acordo com as Coordenações Médicas.

CAPÍTULO IV – DO MANDATO

Artigo 7º – O mandato será de 01 (um) ano, podendo ser renovável conforme definição da Direção Administrativa em comum acordo com as Coordenações Médicas.

Artigo 8º – A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada através de portaria pela Direção Administrativa a cada ano em local visível e de fácil acesso bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

Artigo 9º – O presidente da CARP, assim como todos os membros serão nomeados pela Direção Administrativa da Instituição ou eleitos pelo corpo clínico, bem como os cargos de vice-presidente e secretário, em comum acordo com as Coordenações Médicas.

Parágrafo Único: o presidente da CARP deverá ser obrigatoriamente médico.

CAPÍTULO V – DO FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Artigo 10º – As reuniões acontecerão mensalmente em data prefixada pela comissão, na primeira reunião anual.

Parágrafo Único: Além das reuniões ordinárias bimestrais, poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelas Coordenações Médicas, pelo Presidente ou Vice-presidente.

Artigo 11º – A ausência de um membro em 02 (duas) reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda 03 (três) reuniões alternadas sem justificativa, durante 12 (doze) meses, gerará sua exclusão automática.

Artigo 12º – Na ausência do Presidente, o Vice-presidente assume suas funções. Na ausência do vice-presidente cabe ao Secretário presidir a reunião.

Artigo 13º – As decisões da CARP serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Artigo 14º – Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo pré-estabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

Artigo 15º – As reuniões da CARP deverão ser registradas em atas e arquivadas contendo data e hora, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Artigo 16º – Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

CAPÍTULO VI – DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 17º – São atribuições da CARP:

- I– A avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente:
 - Identificação do paciente em todos os impressos, anamnese, exame físico, exames complementares, e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado e outros documentos pertinentes ao atendimento.
 - Obrigatoriedade de letra legível do profissional que atendeu o paciente, bem como de assinatura e carimbo ou nome legível do profissional e respectiva inscrição no Conselho de Classe.
 - Obrigatoriedade do registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica consignando data e hora.
 - Normatizar o preenchimento das contra referências conforme orientação das Coordenações Médicas.
 - Criar e aprovar normas que regulamente o fluxo de prontuários da Instituição.
 - Tipo de alta.
- II– Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando a qualidade dos mesmos.
- III– Assessorar as Coordenações Médicas da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO em assuntos de sua competência.
- IV– Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas.
- V– Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente.
- VI– Desenvolver atividades de caráter técnico científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes à instituição.

Artigo 18º – São atribuições do Presidente da CARP:

- Convocar e presidir as reuniões.
- Indicar seu vice-presidente.
- Representar a comissão junto à diretoria da instituição, ou indicar seu representante.
- Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta.
- Fazer cumprir o Regimento.

Parágrafo Único: Nas decisões da Comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva).

Artigo 19º – As atribuições do Vice-presidente serão assumir as atividades do Presidente na sua ausência.

Artigo 20º – São atribuições e competências da Secretaria da Comissão:

- Organizar a ordem do dia.
- Receber e protocolar os processos e expedientes.
- Lavrar a ata das sessões/reuniões.
- Convocar os membros da CARP para as reuniões determinadas pelo Presidente.
- Organizar e manter o arquivo da CARP.
- Preparar a correspondência.
- Realizar outras funções determinadas pelo Presidente relacionadas ao serviço desta Secretaria.
- Solicitar ao SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatística todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 (vinte e quatro) horas após o trabalho realizado.

CAPÍTULO VII – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 21º – A CARP deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações realizadas.

Artigo 22º – Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pelos membros da CARP, em conjunto com a Diretoria Técnica Médica e com a Coordenação Médica da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

Artigo 23º – Este Regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Artigo 24º – O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação, devendo previamente ser aprovado pela Administração da Instituição, revogadas as disposições em contrário.

2. COMISSÕES DE ÉTICA MÉDICA E DE ENFERMAGEM

2.1. COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA – CEM

A Comissão de Ética Médica – CEM Constitui-se por delegação do Conselho Federal de Medicina – CFM, numa atividade da instituição médica, estando a ela vinculada. Tem funções sindicantes, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da medicina em sua área de abrangência. Compete a CEM supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para as condições de trabalho do médico, sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes, respeitando os preceitos éticos

e legais. Sua regulamentação se dá pela Resolução do Conselho Federal de Medicina CFM 1657/2002.

2.1.1. Constituição da CEM

A Constituição da Comissão de Ética Médica – CEM se dá através de convocação do Diretor Técnico Médico, por meio de eleição do corpo clínico, para um mandato de 01 (um) ano, dos seguintes membros:

- 01 presidente;
- 01 secretário;
- 02 médicos efetivos; e,
- 01 médico suplente.

2.1.2. Cronograma de Atividades da CEM

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA - CEM												
ATIVIDADE	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Constituição da CEM (Eleição)												
Revisão do Regimento Interno												
Reuniões Ordinárias												
Atas das Reuniões												
Resultados Positivos												

*Nota: a eleição da CEM ocorrerá através de convocação do Diretor Médico, de acordo com a Resolução do Conselho Federal de Medicina CFM 1657/2002.

2.1.3. Regimento Interno da Comissão de Ética Médica – CEM

CAPÍTULO I – DAS DEFINIÇÕES

Artigo 1º – A Comissão de Ética Médica – CEM constitui por delegação do Conselho Federal de Medicina, numa atividade da instituição médica, estando a ele vinculada. Têm funções sindicantes, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da medicina em sua área de abrangência. Compete a CEM supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes, que respeitem os preceitos éticos e legais.

Artigo 2º – A CEM será composta por membros titulares e suplentes, eleitos dentre

o corpo clínico, sendo um Presidente e um Secretário, ambos membros titulares.

- I- Os membros titulares poderão solicitar a participação dos membros suplentes no desenvolvimento dos trabalhos;
- II- Na ausência do Presidente, as atribuições serão desempenhadas pelo Secretário da CEM.

CAPÍTULO II – DAS COMPETÊNCIAS

Artigo 3º – A todos os membros da CEM compete:

- I- Eleger o Presidente e o Secretário;
- II- Comparecer a todas as reuniões da CEM, discutindo e votando as matérias em pauta;
- III- Desenvolver as atribuições conferidas à CEM previstas neste Regimento Interno;
- IV- Garantir o exercício do amplo direito de defesa para aqueles que vierem a responder a sindicâncias.

Artigo 4º – A CEM reunir-se-á uma vez por mês e extraordinariamente quando convocada pelo Presidente.

- I- A CEM poderá deliberar com a presença da maioria simples de seus membros;
- II- As deliberações da CEM serão tomadas por maioria simples de votos.

CAPÍTULO III – DAS ATRIBUIÇÕES DA CEM

Artigo 5º – São atribuições da CEM:

- I- Orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão dentro da instituição;
- II- Verificar as condições oferecidas pela instituição para o exercício profissional, bem como a qualidade do atendimento prestado aos pacientes, sugerindo modificações que venham julgar necessárias;
- III- Denunciar às instâncias superiores, inclusive ao Conselho Regional de Medicina, as eventuais más condições de trabalho na instituição;
- IV- Colaborar com o Conselho Regional de Medicina divulgando resoluções, normas e pareceres;
- V- Assessorar a diretoria clínica, administrativa e técnica da instituição, dentro de sua área de competência;
- VI- Proceder sindicância a pedido de interessados, médicos, Delegacias do Conselho Regional de Medicina e do próprio Conselho ou por iniciativa própria, visando dirimir conflitos e dúvidas existentes na instituição.

CAPÍTULO IV – DO PROCESSO DE SINDICÂNCIA

Artigo 6º – As sindicâncias instauradas pela CEM obedecerão aos seguintes preceitos contidos neste regimento:

- I- Reclamação por escrito e devidamente identificada;

- II- Comunicação escrita do Diretor Técnico;
- III- Deliberação da própria CEM;
- IV- Solicitação da Delegacia Regional do Conselho Regional de Medicina;
- V- Solicitação do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.

Parágrafo 1º: As peças deverão ser capeadas e organizadas em ordem cronológica.

Parágrafo 2º: Se houver alguma denúncia envolvendo um membro da CEM, o mesmo deverá se afastar exclusivamente da sindicância.

Artigo 7º – Aberta a sindicância, a CEM informará o fato aos envolvidos concedendo-lhes um prazo de 15 (quinze) dias úteis após o recebimento do aviso, para apresentação de relatório escrito acerca da questão, oportunidade em que será facultada a exibição do rol de testemunhas, garantindo-se a produção de todas as provas.

Parágrafo Único: As sindicâncias deverão ser concluídas no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, prorrogáveis por igual período a critério do Presidente, mediante solicitação justificada por escrito ao CREMESP.

Artigo 8º – Todos os documentos relacionados com os fatos, quais sejam: prontuários, fichas clínicas, ordens de serviços e outros, que possam colaborar no deslinde da questão, deverão ser complicados à Sindicância.

- I- O acesso a tais documentos são facultados somente às partes e a CEM;
- II- Toda e qualquer peça compilada à sindicância deverão ser capeadas, organizadas e numeradas em ordem cronológica e numérica.

Artigo 9º – O Presidente da CEM nomeará pelo menos um membro sindicante para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à CEM.

Artigo 10º – Finda a coleta de informações, a CEM poderá solicitar novas audiências dos envolvidos sobre a existência ou não de indícios de conduta antiética e/ou infração administrativa.

Parágrafo Único: Caso necessário a CEM poderá solicitar novas audiências dos envolvidos ou testemunhas, bem como, produzir novas provas.

Artigo 11º – Estando evidenciada a existência de indícios de infração administrativa, o resultado deverá ser encaminhado ao Diretor Técnico, conforme previsão do Regimento Interno do Corpo Clínico da Instituição, para que determine as providências a serem adotadas.

Artigo 12º – Havendo indícios de infração ético profissional, cópia da sindicância deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, por se tratar do único órgão com competência para julgar infrações éticas.

Artigo 13º – Os casos omissos serão avaliados e decididos em Sessão Plenária do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.

CAPÍTULO V – DAS ELEIÇÕES

Artigo 14º – Os Membros da CEM serão eleitos dentre os integrantes do Corpo Clínico, obedecidas as normas regimentais, através de voto secreto e direto de

seus pares. Os médicos que ocupam os cargos de diretores clínicos, administrativos e técnicos não podem candidatar-se a CEM.

Parágrafo Único – Os membros da CEM que posteriormente tornarem-se diretores clínicos, administrativos ou técnicos, deverão pedir afastamento enquanto durar seu mandato.

Artigo 15º – A CEM que tiver cumprido o mandato, fará a escolha de uma Comissão Eleitoral que se responsabilizará pela organização, apuração e proclamação dos resultados do pleito.

Artigo 16º – As eleições para a CEM serão realizadas em data de acordo com as orientações do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo:

- I- A convocação das eleições será feita através de Edital que deverá conceder um prazo mínimo de 15 (quinze) dias para as inscrições das chapas, o qual será encerrado em 48 (quarenta e oito) horas antes das eleições;
- II- O processo eleitoral será aberto e encerrado pelo Presidente da Comissão Eleitoral ou por seu eventual substituto;
- III- A apuração será realizada imediatamente após o encerramento do processo eleitoral, por escrutinadores nomeados pela Comissão Eleitoral, podendo ser assistida por todos os interessados e acompanhados por fiscais das chapas concorrentes;
- IV- Será considerada eleita, a chapa que obtiver o maior número de votos. A respectiva Ata Eleitoral deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo para os devidos assentamentos.

Artigo 17º – Os protestos e recursos contra e qualquer fato relativo ao processo eleitoral, deverão ser formalizados por escrito dentro de no máximo em 48 (quarenta e oito) horas após as eleições e encaminhadas em primeira instância à Comissão Eleitoral, em Segunda instância a CEM e por último às instâncias superiores (Conselho Regional de Medicina e Conselho Federal de Medicina).

Artigo 18º – Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Eleitoral.

Artigo 19º – As CEM eleitas no período de 06 (seis) meses anteriores às eleições oficiais serão automaticamente reconduzidas não necessitando nova eleição.

Artigo 20º – Os membros da CEM que deixarem de prestar serviços na instituição, serão automaticamente afastados de suas funções na CEM.

CAPÍTULO VI – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 21º – Os integrantes eleitos da CEM desempenharão funções em caráter honorífico e prestarão serviços de grande relevância ao CREMESP.

Artigo 22º – A CEM manterá sob caráter confidencial as informações recebidas.

Artigo 23º – O presente Regimento Interno poderá ser alterado, mediante proposta da CEM, através da maioria absoluta de seus membros.

Artigo 24º – O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de aprovação

pela Sessão Plenária da CEM.

2.2. COMISSÃO DE ÉTICA EM ENFERMAGEM – CEE

A Comissão de Ética de Enfermagem – CEE Constitui-se por delegação do Conselho Regional de Enfermagem – COREN, numa atividade da instituição, estando a ela vinculada, com funções educativas, consultivas e fiscalizadoras do exercício profissional e ético dos profissionais de enfermagem. Terá como finalidade garantir a conduta ética dos profissionais de Enfermagem na instituição; zelar pelo exercício ético dos profissionais de Enfermagem na instituição, combatendo o exercício ilegal da profissão, educando, discutindo e divulgando o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e notificar ao Conselho Regional de Enfermagem – COREN de sua jurisdição, irregularidades, reivindicações, sugestões e as infrações éticas. Sua regulamentação se dá pela Resolução do Conselho Federal de Enfermagem COFEN 172/1994.

2.2.1. Constituição da CEE

A Constituição da CEE se dará através de convocação da Coordenação de Enfermagem, por meio de eleição do corpo de enfermagem, para um mandato de 01 (um) ano, dos seguintes membros:

- 01 presidente (necessariamente enfermeiro);
- 01 vice-presidente (necessariamente enfermeiro);
- 01 secretário (enfermeiro ou técnico);
- 03 profissionais titulares (02 enfermeiros e 01 técnico);
- 03 profissionais suplentes (02 enfermeiros e 01 técnico).

2.2.2. Cronograma de Atividades da CEE

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DA COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM - CEE												
ATIVIDADE	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Constituição da CEE (Eleição)		*										
Revisão do Regimento Interno												
Reuniões Ordinárias												
Atas das Reuniões												
Resultados Positivos												

*Nota: a eleição da Comissão de Ética de Enfermagem ocorre através de convoca-

ção da Coordenação de Enfermagem e de acordo com a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem COFEN 172/1994.

2.2.3. Regimento Interno da Comissão de Ética de Enfermagem – CEE

CAPÍTULO I – DA DEFINIÇÃO

Artigo 1º – A CEE constitui, por delegação do Conselho Regional de Enfermagem – COREN, uma atividade da instituição, estando a ele vinculada, com funções educativas, consultivas e fiscalizadoras do exercício profissional e ético dos profissionais de enfermagem. Tem como finalidade garantir a conduta ética dos profissionais de enfermagem na instituição; zelar pelo exercício ético dos profissionais de enfermagem na instituição, combatendo o exercício ilegal da profissão, educando, discutindo e divulgando o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e notificar ao Conselho Regional de Enfermagem – COREN de sua jurisdição, irregularidades, sugestões, reivindicações e as infrações éticas.

Artigo 2º – A CEE está vinculada ao COREN-SP e deve manter a sua autonomia em relação à Instituição onde atua, não podendo ter qualquer vinculação ou subordinação à Enfermeira Responsável Técnica ou a Gerência/Diretoria de Enfermagem da instituição.

Parágrafo Único: Cabe ao Enfermeiro Responsável Técnico prover condições necessárias ao desenvolvimento do trabalho da CEE.

CAPÍTULO II – DA COMPOSIÇÃO

Artigo 3º – 01 (um) Presidente (necessariamente enfermeiro), 01 (um) Vice-presidente (necessariamente enfermeiro), 01 (um) Secretário (enfermeiro, técnico ou auxiliar) e demais membros efetivos e suplentes, eleitos das categorias: Enfermeiro, Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem, com vínculo empregatício com a instituições.

Artigo 4º – Proporcionalidade das categorias profissionais da enfermagem na CEE:

- Instituições com 06 (seis) a 15 (quinze) enfermeiros, a CEE deverá ser composta por 03 (três) membros efetivos, sendo 02 (dois) enfermeiros e 01 (um) técnico ou auxiliar de enfermagem com igual número de suplentes.
- Instituições com 16 (dezesesseis) a 50 (cinquenta) enfermeiros, a CEE deverá ser composta por 05 (cinco) membros efetivos, sendo 03 (três) enfermeiros e 02 (dois) técnicos ou auxiliares de enfermagem com igual número de suplentes.
- Instituições com 51 (cinquenta e um) a 100 (cem) enfermeiros, a CEE deverá ser composta por 07 (sete) membros efetivos, sendo 04 (quatro) enfermeiros e 03 (três) técnicos ou auxiliares de enfermagem com igual número de suplentes.
- Instituições com o número acima de 100 (cem) enfermeiros, a CEE deverá ser composta por 09 (nove) membros efetivos, sendo 05 (cinco)

enfermeiros e 04 (quatro) técnicos ou auxiliares de enfermagem com igual número de suplentes.

Artigo 5º – Tempo de mandato das CEE: 01 (um) ano, sendo admitida uma reeleição.

CAPÍTULO III – DA COMPETÊNCIA

Artigo 6º – Fiscalização:

- Exercício legal da profissão: cumprimento do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, da lei e do decreto acerca do exercício profissional, assim como as resoluções emanadas pelo COFEN e decisões do COREN-SP.
- Condições de trabalho: questões relativas à ausência de condições de trabalho da equipe de enfermagem, que venham a comprometer a qualidade da assistência de enfermagem prestada ao paciente.
- Instaurar sindicância, instruir e elaborar relatório, sem emitir juízo, encaminhando-a ao Enfermeiro Responsável Técnico, para as providências administrativas se houver e ao COREN-SP conforme norma própria.
- Manter junto ao COREN-SP o cadastro dos profissionais de enfermagem atualizado.

Artigo 7º – Educação:

- Temas relativos à enfermagem.
- Propor e participar em conjunto com a Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a), a Câmara Técnica de Enfermagem e a Educação Continuada de Enfermagem, ações preventivas junto à equipe de enfermagem, tomando por base a análise das demandas apuradas.

Artigo 8º – Consultiva:

- Consulta as leis.
- Conhecimento dos protocolos vigentes no município.
- Respostas a questões dos profissionais ou ocorrências.

Artigo 9º – A CEE tem como principais objetivos:

- Fortalecer o componente ético na prática da enfermagem.
- Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional.
- Promover e participar de reuniões, seminários ou atividades similares, que visem à interpretação do Código de Ética e a conscientização de questões éticas e disciplinares, encaminhando as conclusões e recomendações ao COREN-SP.
- Realizar a necessária orientação à equipe de enfermagem sobre comportamento ético profissional e as implicações advindas de atitudes antiéticas.
- Orientar pacientes, familiares e demais interessados sobre dilemas éticos.

- Apreciar e emitir parecer sobre dilemas éticos de enfermagem, sempre que necessário.
- Fiscalizar o exercício ético da profissão.
- Fiscalizar as condições oferecidas pela instituição e sua compatibilidade com o desempenho ético profissional.
- Fiscalizar a qualidade do cuidado dispensado à clientela pelos profissionais da enfermagem.
- Averiguar as denúncias ou fato antiético de que tenha conhecimento.
- Notificar ao COREN-SP as irregularidades, reivindicações, sugestões e infrações éticas detectadas.
- Zelar pelo bom andamento do exercício ético dos profissionais de enfermagem.
- Solicitar assessoramento da Câmara Técnica de Ética do COREN-SP sempre que necessário.
- Encaminhar o relatório das atividades desenvolvidas, anualmente ao COREN-SP.

CAPÍTULO IV – DAS ELEIÇÕES

Artigo 10º – A CEE vigente ou Gerência/Coordenação de Enfermagem ou RT, através da Comissão Eleitoral, irá organizar todo o processo para constituição da CEE.

- Os candidatos deverão pertencer a diferentes categorias da enfermagem, divididos em dois grupos: QUADRO 1 – enfermeiros, QUADRO 2 – técnicos e auxiliares de enfermagem.
- Os candidatos deverão pertencer ao quadro efetivo e permanente de pessoal da instituição e possuir inscrição ativa no COREN-SP.
- É incompatível a condição de membro da CEE com o(a) Enfermeiro(a) da Gerência/Direção/Coordenação de Enfermagem ou Responsável Técnico do serviço de saúde.
- A CEE deverá ser formada obedecendo aos critérios de proporcionalidade descritos no Artigo 4º deste Regimento.
- As funções de Presidente e Vice-presidente serão exercidas, exclusivamente, por profissionais enfermeiros.
- A CEE deverá ser constituída através de eleição direta e individual, por voto secreto e de maioria simples, de toda a equipe de enfermagem do serviço, obedecendo a regra de proporcionalidade simples, 50% (cinquenta por cento) mais 01 (um) voto, observando a subdivisão do QUADRO 1 e do QUADRO 2.
- Poderão votar somente os profissionais da enfermagem que pertencerem ao quadro efetivo e permanente de pessoal da instituição com inscrição ativa no COREN-SP.
- A convocação para eleição será feita pela Gerência/Direção/Coordenação de

Enfermagem ou RT do serviço, mediante ampla divulgação interna.

- Após eleita a CEE, através dos membros efetivos, deverá decidir quem ocupará os cargos de Presidente, Vice-presidente e Secretário.
- A Gerência/Direção/Coordenação de Enfermagem ou Responsável Técnico terá 15 (quinze) dias, a contar da data do pleito, para emitir a lista nominal dos eleitos com o respectivo número de inscrição no COREN-SP.
- Os membros eleitos exercerão um mandato de 03 (três) anos, podendo ser reeleitos por igual período.
- A Direção do serviço de saúde só poderá empossar os membros da CEE após receber aviso da publicação da homologação da mesma no COREN-SP.
- Após homologada pelo COREN-SP, a CEE deverá, em sua primeira reunião, elaborar o Regimento Interno, o qual determinará e especificará a condução de todo o processo, bem como as atribuições de seus componentes.

CAPÍTULO V – DO FUNCIONAMENTO

Artigo 11º – A CEE reunir-se-á uma vez por mês e extraordinariamente quando convocada pelo Presidente.

Artigo 12º – Instauração de sindicância:

- Denúncia por escrito, devidamente identificada e, fundamentada.
- Denúncia por escrito do Responsável Técnico de Enfermagem (de cada serviço de saúde).
- Deliberação da própria CEE.
- Determinação do Conselho Regional de Enfermagem – COREN-SP.

Parágrafo Único: O acesso a estes documentos e aos autos é facultado somente às partes e à Comissão de Ética de Enfermagem, preservando assim o sigilo.

Artigo 13º – Quando for evidenciada a existência de indícios de infração ética, a sindicância deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Enfermagem – COREN-SP, para a tramitação competente.

Artigo 14º – Quando o fato for de menor gravidade e que não tenha acarretado danos a terceiros, sem infringir ao Código de Ética, poderá procurar a conciliação entre as partes envolvidas, proceder orientações e emitir relatório para o COREN.

Parágrafo 1º – Ocorrendo a conciliação, a CEE lavrará tal fato em ata específica.

Parágrafo 2º – Não ocorrendo conciliação, a sindicância seguirá seu trâmite normal.

CAPÍTULO VI – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 15º – Os integrantes eleitos desta CEE desempenharão funções em caráter honorífico e prestarão serviços de grande relevância ao COREN-SP.

Artigo 16º – A CEE manterá, sob caráter confidencial, as informações recebidas.

Artigo 17º – O presente Regimento Interno poderá ser alterado, mediante proposta da CEE, através da maioria absoluta de seus membros.

Artigo 18º – O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de aprovação

pela Sessão Plenária da CEE.

3. COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR – CCIH

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH é responsável pelo levantamento e investigação das infecções nos serviços hospitalares. O setor tem como objetivo adotar medidas de controle e prevenção dessas infecções, além de divulgar a situação da infecção dentro do estabelecimento de saúde.

3.1. CONSTITUIÇÃO DA CCIH

A constituição da CCIH se dá através de convocação do Enfermeiro Responsável Técnico, por meio de eleições entre os profissionais de saúde da unidade, para um mandato de 01 (um) ano, dos seguintes membros:

- Serviço Médico: 1 representante;
- Serviço de Enfermagem: 1 representante;
- Serviço de Farmácia: 1 representante;
- Laboratório de Análises: 1 representante; e,
- Administração: 1 representante.

3.2. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DA CCIH

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - CCIH												
ATIVIDADE	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Constituição da CCIH												
Revisão do Regimento Interno												
Reuniões Ordinárias												
Atas das Reuniões												
Resultados Positivos												

3.3. REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR – CCIH

CAPÍTULO I – DA DEFINIÇÃO

Artigo 1º – A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH constitui-se por definição do Enfermeiro Responsável Técnico e é diretamente subordinada à Direção Técnica da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

CAPÍTULO II - DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Artigo 2º – Este Regimento visa estabelecer a composição, a formação, as normas e as atividades da CCIH, com a finalidade de promover as medidas normativas e técnicas de prevenção e controle das infecções hospitalares.

Artigo 3º – Todas as atividades, normas, rotinas, e propostas desenvolvidas e encaminhadas pela CCIH, visam a racionalização, bem como a melhoria de qualidade e da produção dos serviços.

Artigo 4º – A CCIH funciona como órgão de assessoria junto à Direção Geral, estando assegurada sua autonomia funcional junto aos setores estratégicos para o controle das infecções hospitalares.

CAPÍTULO III – DA COMPETÊNCIA

Artigo 5º – Compete à CCIH:

I – Definir diretrizes para as ações de controle das infecções hospitalares na unidade de saúde.

II – Ratificar o programa anual de trabalho do CCIH.

III – Avaliar periodicamente as informações provenientes da Vigilância Microbiológica e Epidemiológica.

IV – Comunicar periodicamente à Direção Geral e as chefias de todos os setores, os resultados coletados e analisados pela CCIH.

V – Respalidar normas e rotinas técnico-administrativas visando a prevenção e o controle das infecções hospitalares.

VI – Assessorar a Direção Geral nas reformas e construções de áreas físicas no que diz respeito ao controle das infecções hospitalares.

VII – Estabelecer critérios junto à administração da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO quanto a:

a) aquisição e uso de germicidas;

b) aquisição de material hospitalar relacionado à assistência direta do paciente e que contribuam com a prevenção e controle das infecções hospitalares, e;

c) limpeza, fluxo e destino final dos resíduos hospitalares.

VIII – Assessorar o setor de treinamento visando a capacitação adequada do quadro de profissionais de saúde no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares.

IX – Notificar ao organismo de gestão estadual ou municipal do SUS os casos diag-

nosticados ou suspeitos de doenças sob vigilância epidemiológica, e atuar cooperativamente com os serviços de saúde coletiva.

X – Implantar políticas de uso dos antimicrobianos para a UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

Artigo 6º – Compete à Administração da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO:

I – Nomear os membros da CCIH através de ato próprio.

II – Propiciar infraestrutura de pessoal, material, técnica e de espaço físico, necessário à correta operacionalização da CCIH.

III – Aprovar e fazer respeitar o regimento da CCIH.

IV – Dar o devido apoio político a CCIH na implantação das medidas padronizadas pelos respectivos órgãos.

V – Garantir a participação do Presidente da CCIH nos órgãos formuladores de política da Instituição.

VI – Garantir o cumprimento das recomendações formuladas pelas coordenações municipal e estadual de controle das infecções hospitalares.

VII – Informar ao órgão oficial municipal quanto à composição da CCIH e as alterações que venham a ocorrer.

VIII – Fomentar a educação e o treinamento de todo profissional do ambiente hospitalar.

CAPÍTULO IV – DA COMPOSIÇÃO

Artigo 7º – A CCIH é composta pelos profissionais representantes do Corpo Clínico, do Serviço de Enfermagem, do Serviço de Farmácia, do Laboratório de Análises e da Administração.

CAPÍTULO V – DAS ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS DA CCIH

Artigo 8º – Será atribuição dos membros da CCIH, a saber:

I – Participar das reuniões da CCIH.

II – Colaborar na implantação das ações de prevenção e controle das infecções hospitalares, nas áreas específicas de sua responsabilidade.

CAPÍTULO VI – DAS REUNIÕES

Artigo 9º – A CCIH realizará reuniões trimestrais de caráter técnico administrativo, onde serão discutidos a situação geral da CSSJ em relação a prevenção e ao controle das infecções hospitalares, temas, proposições, planejamentos, diretrizes, rotinas e normas de atuação e de avaliação das atividades da CCIH.

Parágrafo Único – Nas reuniões constará em ata, a relação de pessoas presentes, a relação dos temas discutidos, bem como as suas conclusões.

CAPÍTULO VII – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 10º – Caso a CCIH, nos procedimentos e orientações de sua competência, tomar as medidas necessárias, tanto em relação aos profissionais quanto aos pacientes e acompanhantes, esta não poderá ser responsabilizada, administrativa,

civil ou penalmente, no tocante à falha de algum profissional ou serviço que não pertença a CCIH.

Artigo 11º – As decisões consideradas resoluções da CCIH serão tomadas por consenso de seus membros. A CCIH tomará as iniciativas para cumprir este Regimento “ad referendum” da CSSJ.

Artigo 12º – O mandato dos membros da CCIH, corresponderá a um período de 01 (um) ano, permitida a recondução.

Artigo 13º – Os casos omissos, não constantes deste Regimento, serão pauta de reunião para decisão entre os membros da CCIH.

4. COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS – CRO

A mortalidade numa Unidade de Saúde expressa o resultado do processo assistencial. No entanto, esse resultado sofre a interação de uma série de processos assistenciais e gerenciais extremamente complexos e cuja influência no resultado final é difícil de ser mensurada, tais como o estabelecimento de condutas sem o esclarecimento diagnóstico adequado, infecções hospitalares, uso inadequado de medicamentos, manutenção deficiente de equipamentos médicos e sistemas de infraestrutura, iatrogenias, entre outros.

Nas atividades diárias de uma instituição de saúde, inúmeras ações podem ser objeto de atenção e fonte de informação para processos de avaliação de qualidade e melhoria de desempenho, desta forma ajudando a reconhecer e sanar as falhas do processo assistencial.

A Comissão de Revisão de Óbitos – CRO é um órgão que será coligado a UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, de natureza consultiva, deliberativa, normativa, educativa e independente, que tem por objetivo analisar e acompanhar os prontuários médicos; avaliar a qualidade da assistência prestada a partir da análise dos óbitos, detectar a ocorrência de eventos adversos (acidentes ou falhas operacionais) que podem comprometer a qualidade da assistência ou influir no curso da assistência médica e/ou observação, indicando necessidade de revisão do processo assistencial e a avaliação do funcionamento da própria CRO e avaliar a adequação da história clínica de admissão, da evolução, da investigação diagnóstica desencadeada pela hipótese diagnóstica inicial e da terapêutica instituída.

Sua regulamentação se dá pela Resolução do Conselho Federal de Medicina CFM 04/2.013.

4.1. CONSTITUIÇÃO DA CRO

A constituição da Comissão de Revisão de Óbitos – CRO será nomeada pela Direção da Instituição ou eleita pelo corpo clínico. O mandato será de 01 (um) ano, podendo ser renovável conforme definição da Direção Administrativa, em comum acordo com a Direção Médica e será composta pelos seguintes membros:

- 03 (três) membros médicos, e;
- 01 (um) membro enfermeiro.

4.2. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DA CRO

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DA COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS - CRO												
ATIVIDADE	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Constituição da CRO												
Revisão do Regimento Interno												
Reuniões Ordinárias												
Atas das Reuniões												
Resultados Positivos												

4.3. REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS – CRO

CAPÍTULO I – DA DEFINIÇÃO

Artigo 1º – A Comissão de Revisão de Óbitos – CRO da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO é um órgão de natureza consultiva, deliberativa, normativa, educativa e independente, de assessoria diretamente vinculada à Direção Médica, que tem por objetivo analisar e acompanhar os óbitos ocorridos na Unidade.

CAPÍTULO II – DA FINALIDADE

Artigo 2º – Atender a resolução do CFM nº 04/2013 8 de 09 de agosto de 2.002, que tem por objetivo analisar e acompanhar os prontuários médicos; avaliar a qualidade da assistência prestada na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO a partir da análise dos óbitos, detectar a ocorrência de eventos adversos (acidentes ou falhas operacionais) que podem comprometer a qualidade da assistência ou influir no curso da assistência médica e/ou observação, indicando necessidade de revisão

do processo assistencial e a avaliação do funcionamento da própria CRO e avaliar a adequação da história clínica de admissão, da evolução, da investigação diagnóstica desencadeada pela hipótese diagnóstica inicial e da terapêutica instituída.

Artigo 3º – A CRO, tem as seguintes finalidades:

- ✓ Zelar pela integridade das informações e registros que permitam o acompanhamento longitudinal das patologias estudadas subsidiando o ensino e a pesquisa.
- ✓ Zelar pelo cumprimento correto e sistemático das normas de natureza técnica e administrativa, relativas ao prontuário médico.
- ✓ Verificar o padrão do atendimento que vem sendo dado aos pacientes.
- ✓ Apreciar os resultados das diferentes condutas.
- ✓ Analisar a eficiência dos serviços médicos.
- ✓ Sugerir medidas para a melhoria do padrão de assistência.
- ✓ Orientar e fiscalizar a atuação dos profissionais.
- ✓ Analisar impressos e sugerir modificações e levantar e propor parâmetros de resultados.

Artigo 4º – Conforme a Resolução do Conselho Federal de Medicina CFM 04/2002, compete à CRO, a análise dos prontuários de óbitos utilizando-se instrumento específico de coleta de dados com padronização das seguintes variáveis analisadas:

I – Autoexplicativas:

1. Idade
2. Sexo.
3. Data do atendimento.
4. Dia, data e hora do óbito.
5. Diagnóstico de admissão.
6. Diagnóstico final e causa mortis.
7. Óbito antes do início do tratamento.
8. Óbito antes de 24 horas.
9. Acidentes ou falhas operacionais.

II – Categorizadas:

1. Confirmação do diagnóstico: clínico (baseado na evolução clínica e resposta terapêutica), clínico laboratorial (confirmação diagnóstica baseada em resultados de exames de patologia clínica ou de imagens), quando não há enquadramento em nenhum desses critérios é classificado como não confirmado.
2. Anamnese adequada: inclui história da doença atual, história patológica pregressa, história familiar e história social colhida até 24 horas após a admissão, com dados completos de identificação.
3. Exame físico adequado: registro de avaliação de todos os segmentos e sistemas.
4. Evolução adequada: evolução médica e de enfermagem diária, constando hora

e data, assinada e carimbada.

5. Exames complementares adequados: realização de exames compatíveis com o diagnóstico inicial ou o diagnóstico principal.

6. Terapêutica adequada: compatível com o diagnóstico inicial ou o diagnóstico principal.

7. Óbito desassistido: quando o óbito ocorre sem a presença de um profissional da equipe de saúde envolvida na assistência ao paciente.

8. Dia mais frequente.

9. Horário de predomínio.

PS.: O não enquadramento da anamnese, exame físico, evolução, exames complementares e terapêutica nos critérios especificados classifica a variável como inadequada ou inexistente, de acordo com critérios definidos.

CAPÍTULO III – DA COMPOSIÇÃO

Artigo 5º – A composição deverá ser:

- 03 (três) membros médicos; e,
- 01 (um) membro enfermeiro.

Artigo 6º – Para realização dos trabalhos da comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades por tempo a ser definido pela Diretoria Administrativa em comum acordo com as Coordenações Médicas.

CAPÍTULO IV – DO MANDATO

Artigo 7º – O mandato será de 01 (um) ano, podendo ser renovável conforme definição da Direção Administrativa em comum acordo com as Coordenações Médicas.

Artigo 8º – A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada através de portaria pela Direção Administrativa a cada ano em local visível e de fácil acesso bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

Artigo 9º – O presidente da CRO, assim como todos os membros serão nomeados pela Direção Administrativa da instituição, bem como os cargos de vice-presidente e secretário, em comum acordo com as Coordenações Médicas.

Parágrafo Único: o presidente da CRO deverá ser obrigatoriamente médico.

CAPÍTULO V – DO FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Artigo 10º – As reuniões acontecerão mensalmente em data prefixada pela comissão, na primeira reunião anual.

Parágrafo Único: Além das reuniões ordinárias mensais, poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelas Coordenações Médicas, pelo Presidente ou Vice-presidente.

Artigo 11º – A ausência de um membro em 02 (duas) reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda 03 (três) reuniões alternadas sem justificativa, durante 12

(doze) meses, gerará sua exclusão automática.

Artigo 12º – Na ausência do Presidente, o Vice-presidente assume suas funções. Na ausência do vice-presidente cabe ao Secretário presidir a reunião.

Artigo 13º – As decisões da CRO serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Artigo 14º – Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo pré-estabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

Artigo 15º – As reuniões da CRO deverão ser registradas em atas e arquivadas contendo data e hora, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Artigo 16º – Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

CAPÍTULO VI – DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 17º – São atribuições da CRO:

- I- Verificar as reais causas do processo que levaram o paciente ao óbito.
- II- Apontar as falhas no processo assistencial do paciente.
- III- Sugestões para melhoria da qualidade do prontuário médico e do preenchimento do Atestado de Óbito.
- IV- Zelar pelo sigilo ético das informações.
- V- Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito.
- VI- Analisar e emitir parecer sobre assuntos relativos aos óbitos que lhe forem encaminhados.

Artigo 18º – São atribuições do Presidente da CRO:

- Convocar e presidir as reuniões.
- Indicar seu Vice-presidente.
- Representar a comissão junto à diretoria da instituição, ou indicar seu representante.
- Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta.
- Fazer cumprir este Regimento.

Parágrafo Único: Nas decisões da CRO, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva).

Artigo 19º – As atribuições do Vice-presidente serão assumir as atividades do Presidente na sua ausência.

Artigo 20º – São atribuições e competências da Secretaria da CRO:

- Organizar a ordem do dia.

- Receber e protocolar os processos e expedientes.
- Lavrar a ata das sessões/reuniões.
- Convocar os membros da CRO para as reuniões determinadas pelo Presidente.
- Organizar e manter o arquivo da CRO.
- Preparar a correspondência.
- Realizar outras funções determinadas pelo Presidente relacionadas ao serviço desta Secretaria.
- Solicitar ao SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatística todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 (vinte e quatro) horas após o trabalho realizado.

CAPÍTULO VII – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 21º – A CRO deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações realizadas.

Artigo 22º – Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pelos membros da CRO, em conjunto com as Coordenações Médicas da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

Artigo 23º – Este Regimento Interno poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Artigo 24º – O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação, devendo previamente ser aprovado pelo Conselho Administrativo, revogadas as disposições em contrário.

5. OUTRAS COMISSÕES QUE IREMOS IMPLANTAR

No nosso entendimento, para que possamos monitorar a qualidade das atividades e dos serviços a serem desenvolvidos na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, iremos implantar mais duas Comissões Multidisciplinares, embora não solicitadas no Edital, que serão:

- ✓ Comissão de Qualidade – CQ.
- ✓ Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos – CPMME.

Tais Comissões são muito importantes, porque além de proporcionarem para o Serviço de Saúde, a qualidade e a padronização, constituem-se em instâncias importantes para futuro processo de Acreditação que se pretenda implementar na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

5.1. CONSTITUIÇÃO DA CQ

A Comissão de Qualidade – CQ será composta por um núcleo executivo e um núcleo consultivo. Os membros serão nomeados pelo Direção Geral da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO e vinculados a ela.

A composição do Núcleo Executivo será a seguinte:

- Presidente;
- Secretário.

A composição do Núcleo Consultivo será a seguinte:

- 01 (um) representante do Corpo Clínico;
- 01 (um) representante do Corpo de Enfermagem;
- 01 (um) representante do SAU;
- 01 (um) representante da Farmácia; e,
- 01 (um) representante da Administração.

5.1.1. Cronograma de Atividades da CQ

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DO COMITÊ DE QUALIDADE - CQ												
ATIVIDADE	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Constituição do CQ												
Revisão do Regimento Interno												
Reuniões Ordinárias												
Atas das Reuniões												
Resultados Positivos												

5.1.2. Regimento Interno da Comissão de Qualidade – CQ

CAPÍTULO I – DEFINIÇÃO E FINALIDADE

Artigo 1º – A Comissão de Qualidade – CQ da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, é um órgão colegiado de caráter deliberativo, assessor da Diretoria da Unidade de Saúde, constituída com a finalidade de garantir que a qualidade integre a cultura organizacional da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, a partir do cumprimento de ações voltadas a assegurar a constância de propósitos e dos padrões de excelência de trabalhos operacionais e gerenciais.

CAPÍTULO II – DA COMPOSIÇÃO

Artigo 2º – A CQ será composta por um núcleo executivo e um núcleo consultivo.
Parágrafo Único – Os membros serão nomeados pelo Corpo de Administração da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO e vinculados aos departamentos da mesma.

Artigo 3º – Composição do Núcleo Executivo:

- Presidente; e,
- Secretário.

Parágrafo Único – O Presidente será um profissional escolhido pelo Diretor Geral, com experiência na área de gestão de qualidade hospitalar ou com notório saber neste setor.

Artigo 4º – Composição do Núcleo Consultivo:

- 01 (um) representante do Corpo Clínico;
- 01 (um) representante do Corpo de Enfermagem;
- 01 (um) representante do SAU;
- 01 (um) representante da Farmácia; e,
- 01 (um) representante da Administração.

Artigo 5º – O período de gestão de mandato da CQ é de 03 (três) anos, podendo os membros integrantes ser reindicados.

Parágrafo Único – O Presidente e o Secretário da CQ são permanentes e o período de gestão dos mesmos dependerá de análise e decisão do Corpo de Administração.

Artigo 6º – Ao Presidente da CQ, compete:

- a) Presidir as reuniões, coordenar os debates, tomar votos e votar;
- b) Emitir votos de qualidade, nos casos de empate;
- c) Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias;
- d) Compor o núcleo executivo atuando diariamente na área de qualidade; e,
- e) Cumprir e fazer cumprir este Regimento.

Artigo 7º – Compete à Secretaria Executiva da CQ:

- a) Preparar as pautas, secretariar e agendar as reuniões da CQ;
- b) Preparar as atas das reuniões, submetendo-as à aprovação dos demais membros;
- c) Expedir atos resolutivos;
- d) Executar outras atividades que lhe sejam atribuídas pela CQ; e,
- e) Cumprir e fazer cumprir este Regimento.

Artigo 8º – Compete aos membros da CQ:

- a) Participar das reuniões, debatendo e votando as matérias em exame;
- b) Encaminhar quaisquer matérias que tenham interesse de submeter à CQ, devendo estas serem entregues à Secretaria da mesma, com antecedência mínima de 72 (setenta e duas) horas da reunião;
- c) Requisitar à Secretaria Executiva, à Presidência da Comissão e aos demais membros informações que julgarem relevantes para o desempenho de suas atribuições; e,
- d) Cumprir e fazer cumprir este Regimento.

CAPÍTULO III – DO FUNCIONAMENTO E DA ORGANIZAÇÃO

Artigo 9º – Deverão ocorrer ordinariamente 01 (uma) vez por mês, com data, local e horário, previamente definidos e informados.

Parágrafo Único – Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelos Coordenadores Médicos, pelo Presidente ou Secretário da CQ.

Artigo 10º – O Secretário deverá estabelecer previamente a pauta da reunião, informando aos membros os assuntos a serem debatidos.

Artigo 11º – O profissional que se ausentar em 03 (três) reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda 06 (seis) reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 (doze) meses será excluído.

Artigo 12º – As decisões da CQ serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Artigo 13º – As reuniões da CQ deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas. Deverá ser encaminhada cópia da ata para a Administração da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

CAPÍTULO IV – DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 14º – Compete à CQ:

- a) análise da conformidade dos processos existentes às solicitações da certificação;
- b) conformidade entre os processos e procedimentos descritos nos manuais dos setores e de prática diária;
- c) utilização de indicadores para acompanhamento do desempenho dos setores, promovendo a melhoria contínua dos processos, e disseminação de resultados a todas as partes interessadas;
- d) utilização de indicadores para acompanhamento do planejamento estratégico e seus desdobramentos, e tomada de decisões;
- e) promoção da disseminação da missão, visão e valores organizacionais, assim como das diretrizes e metas institucionais, às partes interessadas;
- f) desenvolvimento de metodologia organizacional para a confecção dos manuais de processos, rotinas e procedimentos de cada setor;
- g) envolvimento e capacitação dos colaboradores para basearem as suas atitudes e procedimentos na gestão da qualidade; e,
- h) realização de auditoria interna na Instituição.

CAPÍTULO V – DAS DELIBERAÇÕES

Artigo 15º – As deliberações da CQ deverão ser tomadas com "quórum" mínimo de maioria simples dos presentes, cabendo ao Presidente, o voto de qualidade, pa-

ra pautas previamente especificadas.

Parágrafo 1º – Para a deliberação de pautas previamente especificadas, não estando presentes o "quórum" mínimo, a votação iniciará 15 (quinze) minutos após o horário designado para a reunião.

Parágrafo 2º – Para assuntos gerais, a reunião será instalada com qualquer "quórum".

Parágrafo 3º – As decisões normativas terão a forma de resolução, numeradas de forma sequencial e divulgadas em veículo interno de grande circulação.

CAPÍTULO VI – DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 16º – Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CQ, em conjunto com a Administração da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

Artigo 17º – Este Regimento Interno poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Artigo 18º – O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação, devendo previamente ser aprovado pela Administração, revogadas as disposições em contrário.

NOTA: a Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos – CPMME será tratada mais adiante, no subitem **10. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE FARMÁCIA**, desse Critério (C4).

6. REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA DOS PACIENTES EM OBSERVAÇÃO COM RELATÓRIO DE ALTA E TRANSFERÊNCIA EM CONSONÂNCIA COM AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE DO MUNICÍPIO

O SUS hierarquiza o sistema público de saúde em três níveis: baixa (unidades básicas de saúde), média (hospitais secundários e ambulatórios de especialidades) e alta complexidade (hospitais terciários).

Em respeito as diretrizes do Sistema Único de Saúde, todo atendimento de saúde envolvendo os equipamentos já citados deverão respeitar o modelo SUS de hierarquização do sistema e de referência e contra referência.

O paciente será atendido nas unidades de saúde de um ou outro nível, conforme a necessidade e a complexidade de seu quadro clínico.

Assim, pacientes de alta complexidade atendidos, por exemplo, em unidades básicas de saúde ou em hospitais secundários, podem ser encaminhados (referência) para hospitais de alta complexidade (hospitais terciários).

Depois de ter sua necessidade atendida e seu quadro clínico estabilizado, o paciente será reencaminhado (contra referência) para uma unidade de menor complexidade, para dar seguimento ao tratamento.



O SUS, as Redes de Atenção à Saúde do Município e a Rede de Urgência e Emergência. Uma das maiores políticas públicas do Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) é amparado pela Constituição do Brasil de 1.988 e possui uma série de leis que o regulamentam para que possa entregar atenção à saúde de maneira integral, universal e igualitária, apoiada de maneira hierarquizada, regionalizada e à luz do controle social.

Essa política pública consolidou uma conquista da sociedade brasileira pois mudou o foco da saúde pública para uma dimensão de direito social, alavancando uma série de arranjos institucionais que visavam a garantir o SUS em seus princípios e fundamentos.

Contudo, uma das questões mais frequentes, no que concerne a discussão da consolidação do sistema é sobre a necessidade de mais estrutura e recursos.

Diversos trabalhos apontam na direção de que o SUS opera a partir de um subfinanciamento (RODRIGUES 2.013) e que para seu pleno funcionamento seriam necessários mais recursos, porém a agenda internacional demonstra que

tal preocupação é igualmente frequente em países que realizam a mesma opção de cuidado universal em saúde (THOMPSON e MCKEE 2.004).

Além disso, é intuitivo a partir do conhecimento prático que o simples incremento dos recursos financeiros, isoladamente, não necessariamente contribui para a resolução dessa situação.

Eugênio Vilaça Mendes (MENDES 2.011) cita o professor indiano Ramalingaswani: "é necessário mais dinheiro para a saúde, mas é preciso, sobretudo, mais saúde para cada unidade de dinheiro investida".

A necessidade de novos arranjos mais eficientes e custo efetivos é imprescindível para que se otimize o uso do recurso disponível com vistas a garantir as premissas audaciosas desse sistema.

Em paralelo à discussão de custo/efetividade do sistema, a análise do perfil de morbimortalidade do país vem acompanhando as transformações do perfil epidemiológico brasileiro como um todo, demonstrando que esses novos arranjos precisam se adaptar também a essas mudanças.

Até o século XX, o Brasil sofria com um perfil muito parecido com o de um país subdesenvolvido, com altas taxas de mortalidade e internações hospitalares relacionadas às doenças infecciosas e parasitárias, de curso agudo.

Se por um lado ainda hoje o país sofre com tais doenças, percebe-se acompanhado dessa situação um aumento de casos das chamadas doenças crônicas não transmissíveis, muito associadas ao incremento de expectativa de vida da população e hábitos de vida pouco saudáveis, como a hipertensão arterial sistêmica, a diabetes mellitus e a obesidade por exemplo, bem como suas repercussões, como o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral, dentre outras, além do crescente número de vítimas da violência urbana, seja das relações interpessoais nos crimes contra a vida, como nas situações dos acidentes de trânsito, traduzidas pelo aumento global da morbimortalidade por causas externas.

Com este novo perfil epidemiológico, a rede de serviços passa a precisar estar apta a dar resposta não apenas às condições agudas, mas também às condições crônicas e suas agudizações e também para o trauma. Contudo, se para o trauma o comportamento usual de acesso aos serviços não representa grandes dificuldades, para as situações crônicas, que hoje correspondem a grande parte das doenças, a persistência de um comportamento de acesso que privilegia o hospital e os prontos socorros não é, definitivamente, a melhor saída, seja pela fragmentação tradicional que ocasiona ao cuidado, seja pela limitação do acompanhamento longitudinal necessário para essas doenças.

Desde seus primeiros anos, o SUS convive com essa situação problema, que constitui um verdadeiro paradoxo para os gestores: o sistema existe para garantir aos usuários um tipo de cuidado em saúde, que deveria ser integral, universal, sempre pautado na equidade, porém esse mesmo sistema não consegue garantir

na mesma intensidade, em todos os serviços, o mesmo padrão de acesso, fazendo com o que ele próprio se autodesregule, vinculando o usuário a serviços como hospitais e pronto-atendimentos.

É bastante complicada a conformação de um modelo assistencial no qual é prerrogativa da atenção básica trabalhar as condições crônicas, tanto por um enfoque promocional assim como assistencial, enquanto é em outro serviço que paira a esperança de resolução da demanda nas agudizações dos casos crônicos ou nos casos agudos que chegam às unidades. E mais complicado ainda é quando esse serviço está totalmente desvinculado da atenção básica e da estratégia de Saúde da Família.

Nesse sentido, ao final de 2.010, surge oficialmente uma proposta de rearranjo operacional do Sistema Único de Saúde, rompendo com uma lógica programática, promotora de fragmentação para um desenho indutor de integração, centrado no usuário e suas necessidades de saúde, fruto de um grande acordo envolvendo Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS, foi publicada a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2.010, que estabeleceu as diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do SUS: “são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.” (MENDES 2.011).

No Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2.011, que regulamenta artigos da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1.990, consta no art. 7º que “As Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas comissões intergestores”; no art. 30º que “As comissões intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de Atenção à Saúde”; e, no art. 32º as pactuações sob responsabilidade das comissões intergestores: III – diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual, a respeito da organização das redes de atenção à saúde, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos, IV – responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias (MENDES 2.011).

Encontramos como principais características das RAS: a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a Atenção Básica como centro de comunicação; a centralidade nas necessidades de saúde da população; a responsabilização por atenção contínua e integral; o cuidado multiprofissional; o compartilhamento de objetivos e o compromisso com resultados sanitários e econômicos.

Embora se creia que a atenção básica deva buscar uma cada vez maior ca-

pacidade de ordenação do restante do sistema de saúde, dirigida por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional (BRASIL, Política Nacional de Atenção Básica 2.012), os casos agudos ou agudizações de casos crônicos necessitam de uma outra rede, ágil, eficiente, pautada pelos mesmos valores da Atenção Básica, mas com capacidade de entregar a assistência direta ao paciente o mais rapidamente possível, uma vez que esse tempo pode ser o diferencial entre vida e morte.

Essa rede de cuidados, com seus múltiplos itinerários, é denominada de “Rede de Urgência e Emergência” (BRASIL 2.006). Deve estar estruturada dentro de um caráter regional, devendo estar articulada com as demais redes de atenção por meio da Atenção Básica, gestora do cuidado do paciente em seu território, a fim de garantir uma melhor qualidade de resposta.

Nesta rede, o ordenamento se faz a partir das necessidades de saúde do paciente e, o sítio de inteligência que determina quais serviços devem ser utilizados pelos usuários e em que tempo denominam-se Centrais de Regulação.

Essas Centrais devem executar idealmente linhas guia previamente pactuadas e fornecer a resposta mais adaptada possível às necessidades estabelecidas.

No que tange a assistência às urgências e emergências (BRASIL 2.014), o cuidado se dá, majoritariamente, nos serviços que funcionam exclusivamente para este fim – ou seja, nos prontos-socorros pré ou intra hospitalares e nas Unidades de Pronto Atendimento.

O que chama a atenção nesse modelo é que tal fato acontece estando esses serviços adequadamente estruturados e equipados ou não, isto é, tais lugares por permanecerem ativos nas 24 horas do dia acabam funcionando inevitavelmente como uma das “portas de entrada” para o sistema de saúde mais utilizadas pela população.

São acolhidos pacientes em urgências propriamente ditas, mas também pacientes que deveriam estar sendo acompanhados pelos serviços de Atenção Básica e/ou Especializada ambulatorialmente, ou seja, demandas de todos os tipos acabam se misturando nas unidades de urgência, seja pela disponibilidade e facilidade de acesso, seja pela constrictão de ofertas ambulatoriais desses outros serviços, contribuindo para que, desse modo, as emergências fiquem superlotadas com diversos pacientes que, no limite, não deveriam estar ali.

Esta realidade assistencial é agravada por problemas organizacionais, como a ausência da classificação de risco, caracterizada pelo o atendimento tradicional, por ordem de chegada e sem qualquer avaliação prévia, que pode acarretar diversos problemas, podendo muitas vezes levar a graves prejuízos aos pacientes nas longas esperas a que são submetidos.

Assim, é essencial que a rede de atenção às urgências e emergências seja estruturada e integrada aos demais equipamentos/serviços do sistema de saúde,

envolvendo toda a rede assistencial, da hospitalar fixa – ou seja, as Unidades de Pronto Atendimento, as Unidades Básicas de Saúde (UBS), e os Ambulatórios Especializados, além dos serviços de atendimento hospitalar móvel (SAMU 192, Resgate dos Bombeiros, entre outros), a rede hospitalar, o atendimento domiciliar, até os cuidados pós-hospitalares para o tratamento, recuperação e reabilitação.

É fundamental, também, garantir a capacitação e responsabilização e cada um desses componentes pela atenção a determinada parcela das demandas de urgência, respeitados os limites de sua complexidade e sua capacidade de resolução.

Os diferentes níveis de atenção à saúde devem se relacionar de forma a se complementarem, por meio de mecanismos organizados e regulados de referência e contra referência.

Para se alcançar esta realidade, é imprescindível que cada serviço se reconheça como parte integrante da rede de atenção, acolhendo e atendendo adequadamente a parcela da demanda que lhe procura e se responsabilizando pelo encaminhamento dos pacientes quando a unidade não dispuser de recursos para tal atendimento.

Há mais de uma década, o Ministério da Saúde tem estimulado, por meio de portarias, a estruturação de redes de atenção à urgência e emergência adequada ao atendimento universal, equânime e integral à saúde da população brasileira.

Em 2.003, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Urgência e Emergência, com o objetivo de articular e integrar todos os serviços de saúde, com vistas a ampliar e qualificar o acesso de usuários em situação de urgência ou emergência, de forma a propiciar um atendimento humanizado, integral, ágil e oportuno.

O primeiro atendimento às urgências e emergências de baixa complexidade no nível do território é realizada pelas próprias Unidades Básicas de Saúde (UBS) ao nível da Atenção Básica, enquanto o nível intermediário de atenção fica a cargo dos serviços do componente pré-hospitalar de urgência, a saber, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e as Unidades de Pronto Atendimento. Já, o atendimento de média e alta complexidade é feito nas unidades hospitalares.

Todo esse complexo sistema de atendimento depende de um avançado sistema regulador, previsto antes mesmo da própria Política Nacional de Urgência e Emergência, por meio da Portaria GM/MS 2.048/2.002.

A competência técnica do médico regulador se sintetiza na capacidade de avaliar os chamados recebidos, discernindo o grau presumido de urgência e prioridade de cada caso, segundo as informações disponibilizadas. Ele tem papel fundamental na assistência prestada pelo SAMU 192 ou Serviço 192, uma vez que é responsável pela classificação do risco do paciente, de acordo com informações coletadas durante a ligação telefônica, determinando prioridades de atendimento

e definindo tipos de suporte necessários (básico ou avançado) para atender a ocorrência. A esse profissional cabe, ainda, realizar as intermediações entre os diversos níveis assistenciais do sistema, visando a atender, da melhor maneira possível, às necessidades dos pacientes

O SAMU 192 ou Serviço 192, por meio das equipes intervencionistas, atende pacientes nas mais diversas situações: nas residências, em locais de trabalho, em vias públicas etc., ou seja, por intermédio do telefone 192, o atendimento chega ao usuário onde ele estiver.

Ainda fora do ambiente hospitalar as equipes têm a atribuição de prestar atendimento, no local da ocorrência, no menor tempo possível, salvando vidas e diminuindo sequelas. Após estabilizar o paciente, a equipe o encaminha ao serviço mais próximo e adequado, conciliando ganho de tempo – crucial em emergências – com a resolutividade do caso, buscando o melhor local a realizar o “segundo tempo” de atendimento para cada paciente.

O redirecionamento à unidade de saúde mais adequada à continuidade do tratamento pode ser realizado pelo trabalho integrado da Central de Regulação Médica de Urgências com outras Centrais de Regulação.

Ao componente pré-hospitalar fixo, cujo principal exemplo são as Unidades de Pronto Atendimento, cabe também a prestação de atendimento resolutivo aos pacientes acometidos por quadros agudos ou crônicos agudizados seja pela procura em demanda espontânea, seja por meio de base de atendimento referenciado para o componente pré-hospitalar móvel, o SAMU 192 ou Serviço 192.

As Unidades de Pronto Atendimento, são estruturas de complexidade intermediárias no sistema de saúde, que se situam entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as unidades hospitalares de atendimento às urgências e emergências.

Têm potencial de atendimento à pequena e média urgência, parte significativa dos atendimentos que usualmente superlota os prontos-socorros, além de poder desempenhar um papel ordenador dos fluxos da urgência e no potencial de acolhimento de pacientes com condições crônicas agudizadas para um atendimento integral na rede de saúde.

As Unidades de Pronto Atendimento objetivam atender aos portadores de quadros clínicos agudos ou agudizações de condições crônicas de quaisquer naturezas, dentro dos limites estruturais da unidade, e, em especial, os casos de baixa complexidade, nos períodos noturnos e nos finais de semana, quando as UBS não estão em funcionamento.

As Unidades de Pronto Atendimento também têm as atribuições de descentralizar o atendimento de pacientes com quadros agudos de média complexidade e de operar como entrepostos de estabilização dos pacientes críticos, para o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel, diminuindo a sobre-

carga em hospitais de maior complexidade.

Para proporcionar equidade na assistência à saúde, todos os pacientes que procuram as Unidades de Pronto Atendimento são acolhidos e, de acordo com critérios pré-estabelecidos, classificados segundo o risco de dano à saúde, de modo que a ordem dos atendimentos ocorre em função dessa classificação e não pela ordem de chegada à unidade.

As Unidades de Pronto Atendimento devem contar com equipes interdisciplinares, que devem acolher, intervir na condição clínica e referenciar para a rede básica de saúde – ou para a internação hospitalar – proporcionando continuidade ao tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população usuária.

Beneficia, assim, pacientes agudos e não agudos, além de, principalmente, pacientes com quadros crônico-degenerativos, com a prevenção de agudizações, pela continuidade do acompanhamento.

Outro papel importante das Unidades de Pronto Atendimento é o de poder atuar como Observatórios do Sistema de Saúde. Essas unidades subsidiam o cuidado da população com informações relevantes sobre as agudizações relacionadas aos pacientes em seus territórios de saúde, contribuindo para o acolhimento integral bem como para a elaboração de estudos epidemiológicos e construção de indicadores de saúde e de serviço, fundamentando a avaliação e o planejamento da atenção integral às urgências, bem como de todo o sistema.

Nesse sentido para a execução adequada dos diferentes serviços apresentados dependem diretamente da execução de um plano de deve ter como marco inicial a construção de um diagnóstico situacional dos diferentes equipamentos de saúde que fazem parte do Edital.

Mediante a conclusão desse diagnóstico que deverá ser executado no início do contrato, evidenciado os principais problemas a serem solucionados, o INCS elaborará um plano de metas a serem atingidas em curto, médio e longo prazo, de acordo com a complexidade de cada problema identificado, sendo que todas as ações a serem desenvolvidas irão respeitar o Plano de Trabalho em conjunto com o Plano Municipal de Saúde e outras importantes ferramentas de gestão do serviço de saúde.

Caberá então ao INCS uma avaliação contínua das diferentes atividades a serem realizados com o objetivo de solucionar os problemas apresentados.

Para solidificar o serviço gerido junto ao Município, o INCS criará um Serviço de Ouvidoria ativo, que será capaz de promover estratégias eficazes para escuta do cidadão, não apenas recebendo as manifestações por meio dos canais de acesso, mas também buscando as informações, realizando pesquisas ou atuando de forma itinerante, visando obter dados de forma sincrônica aos fatos, para subsidiar a própria gestão, o Departamento Municipal de Saúde, o controle social, com uma resposta positiva, em tempo hábil, ao usuário do SUS.

Para a realização deste serviço, serão alocados funcionários em local apropriado, junto às sítios funcionais da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, instrumentalizados para o desenvolvimento de tais atividades.

6.1. COMPONENTE DE ATENÇÃO HOSPITALAR

A Atenção Hospitalar no Brasil, atualmente, constitui um grande paradoxo para os gestores de saúde pública.

Se historicamente os hospitais são os serviços que mais absorveram recursos financeiros, e constituíram-se como o centro de fato das ações de saúde para a população e para a formação dos profissionais da área, já é claro na literatura os custos, que essa opção histórica, resultaram, seja pela fragmentação do processo de cuidar, baseada em um modelo biológico centrado na doença e na intervenção médica, voltado à terapêuticas medicamentosas e por tudo isso, gerador de procedimentos nem sempre centrais para o cuidado efetivo do usuário, seja pela alta densidade tecnológica necessária que deve estar disponível para responder a esse modelo hospitalocêntrico.

É sabido que o SUS, tal como vários outros sistemas de saúde pelo mundo, convive com um problema grave de alocação de recursos.

A Atenção Hospitalar consome parcela significativa dos recursos do Sistema Único de Saúde.

“A avaliação dos gastos do SUS, por funções, mostra:

- ✓ 43,8% dos gastos são na assistência hospitalar e ambulatorial (ações de média e alta complexidade),
- ✓ 19,6% na atenção primária à saúde;
- ✓ 4,1% em procedimentos profiláticos e terapêuticos; e,
- ✓ 1,8% em vigilância em saúde.

Essa composição dos gastos do SUS por funções não se diferencia fundamentalmente do que se observa na experiência internacional.

Sabe-se, no entanto, que outras ações e investimentos podem ser muito mais efetivas para se obter impacto nos resultados de saúde.

Por exemplo, um aumento de 10,0% na cobertura de equipes de PSF pode implicar na diminuição de 4,6% na taxa de mortalidade infantil, um aumento de 10,0% no acesso a água limpa implica a diminuição de 3,0% desse indicador, enquanto um aumento de 10,0% nos leitos hospitalares, implica a diminuição de apenas 1,3% desse indicador.

7. CAPACITAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS

Promoveremos a capacitação dos funcionários através de ações de Educação Continuada, Educação Permanente, bem como constante treinamento, para suas capacitações, com Foco na PNH – Política Nacional de Humanização.

7.1. AÇÕES DE EDUCAÇÃO CONTINUADA COM FOCO DA PNH

Ao compreender formação e intervenção como processos indissociáveis, a formação de apoiadores institucionais no Sistema Municipal de Saúde tem sido concebida como uma estratégia que visa promover a sustentação e a capilarização das estratégias de acolhimento, com a inclusão “na” e “em rede” de atores capazes de disparar novos processos.

Trata-se de um processo que requer investimento contínuo visto que na formação objetiva-se mobilizar os sujeitos, para que eles atuem sobre a realidade, transformando e trazendo praticidade aos processos de trabalho.

Certamente, esta não é uma tarefa fácil, pois requer além do envolvimento e compromisso dos trabalhadores, o sentimento de pertencimento e corresponsabilização em defesa do SUS, associados a uma determinação para enfrentar a constante demanda, velada ou não, em direção à submissão e silenciamento.

Acredita-se que todo espaço de formação entendido como lugar de potencialização de saberes e de sujeitos em constante mudança, é capaz de fomentar nos trabalhadores o compromisso como apoiadores institucionais das diretrizes estratégicas municipais.

Entretanto, os fatores que facilitam e dificultam o exercício desta função ainda precisam ser melhor compreendidos até que seja possível estabelecer comparações entre os processos disparados nas diferentes unidades de saúde, considerando os resultados alcançados e sua relação com as particularidades locais.

Nesse sentido, organizaremos de forma eficaz, as condições necessárias e indispensáveis ao desempenho, com qualidade de todas as etapas de capacitação para os profissionais da saúde, dispendo de estratégias de ensino e aprendizagem, orientadas por uma metodologia participativa e dialógica, na abordagem dos conteúdos das seguintes estratégias de formação de pessoal:

- Momento I – curso introdutório destinado aos eventuais novos profissionais da saúde, enquanto capacitação inicial para o início do trabalho e para implantação da metodologia de trabalho nos respectivos territórios.
- Momento II – curso destinado aos eventuais novos médicos e enfermeiros

das equipes de saúde, para capacitação técnica desses profissionais e para o desempenho de suas atribuições nas áreas temáticas do Plano de Trabalho que será desenvolvido.

- Momento III – curso destinado aos eventuais demais profissionais de apoio, iniciantes no processo de trabalho, para o desempenho de suas atribuições nas áreas temáticas do Plano de Trabalho que será desenvolvido.
- Momento IV – curso destinado ao conjunto dos trabalhadores de acordo com a dinamicidade dos trabalhos e dos problemas encontrados no dia-a-dia da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

Como ações de Educação Continuada em saúde partem dos problemas do cotidiano nos processos de trabalho, envolvendo os membros da equipe na análise e planejamento de ações do trabalho, buscando aprimorar as atividades e elevar o grau de resolutividade dos serviços, apresentamos o Cronograma de Execução da Educação Continuada abaixo, onde nos meses de 3 a 12 (Momento IV), os assuntos são administrados junto às equipes, pela dinamicidade do trabalho e dos problemas encontrados.

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO DA EDUCAÇÃO CONTINUADA												
ATIVIDADE	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Momento I												
Momento II												
Momento III												
Momento IV												

A intermitência dos Momentos I, II e III, ocorrerá quando cada novo profissional for contratado para fazer parte dos quadros de colaboradores da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

Finalmente, não há como avaliar o processo de formação dos profissionais sem mencionar a importância do apoio e parceria com outros atores com experiência prévia de trabalho, onde o compromisso e dedicação é uma condicionante, para que se possibilite a superação de algumas das barreiras que porventura existam, fortalecendo o afeto e o respeito como importantes eixos estruturantes da construção pelo coletivo.

7.2. PROPOSTA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

A questão da educação para profissionais de saúde vem evoluindo ao longo do tempo, se modificando e sendo acrescido de informações de acordo com o momento sócio-econômico-político vivenciado no país.

Essa evolução resultou em conceitos diversos, que são utilizados, em determinados momentos, como sinônimos e, em outros, como concepções diferentes: Educação em Serviço (Capacitação), Educação Continuada e Educação Permanente (NEP).

A necessidade de se organizar processos educativos para os profissionais de saúde sempre esteve presente no contexto dos serviços de saúde pública, dada a necessidade de se adequar esses profissionais para atuarem nesses serviços, visto que a formação desses era baseada em currículos predominantemente voltados para o modelo biomédico, hospitalocêntrico, centrado na doença, em detrimento da promoção da saúde e prevenção das doenças.

Fazendo uma retrospectiva sobre a educação dos profissionais de saúde, constata-se que a preocupação de se fazer processos educativos para os recursos humanos vem sendo referendada desde a III Conferência Nacional de Saúde – 1.963, propondo essa atividade como forma de evitar o desajustamento técnico em relação aos recursos do meio e de evitar a fuga do técnico do local de trabalho.

Nas Conferências Nacionais de Saúde subsequentes, incluindo a I e II Conferências Nacionais de Recursos Humanos para a Saúde (1.986 e 1.993), registrou-se a necessidade de educação continuada para os profissionais de saúde em serviços, que, gradativamente, foi se tornando imprescindível, como forma de tornar os recursos humanos capazes de compreenderem as necessidades dos serviços e os problemas de saúde da população.

Os planejadores e estudiosos da saúde tinham clareza, desde aquela época, que a conjuntura de formação profissional não estava orientada para a solução dos problemas de saúde do país, emanadas das novas exigências coletivas, em virtude da estrutura curricular pouco flexível.

A reformulação dos currículos e sua adequação ao mercado de trabalho e as reais necessidades do país eram necessárias ser viabilizada.

Considerava-se também necessária a participação dos órgãos formadores de recursos humanos, conjuntamente com os serviços, na educação continuada dos profissionais de saúde.

Mas os serviços, ao proporem esses processos educativos que, na verdade, não passam de meros treinamentos preocupados em aumentar a produtividade ou a adequação dos profissionais aos programas verticais, sejam eles nacionais, estaduais ou municipais, estão preocupados apenas com o aprimoramento das técnicas, desvinculadas da prática concreta dos trabalhadores de saúde.

As metodologias utilizadas nestes treinamentos reproduzem os conhecimen-

tos através da transmissão que pouco contribui para as mudanças desejadas no setor, não propiciando aos profissionais a qualificação técnica desejada e nem a formação de cidadãos.

A inversão do modelo fica cada vez mais distante, na medida em que esses treinamentos não desenvolvem o compromisso com a universalidade, a equidade, a integralidade e o atendimento das necessidades de assistência à saúde da população.

Com a regulamentação do SUS, através da Lei 8080/90, tornou-se premente a organização de processos educativos para se implantar e implementar o SUS, com vistas ao modelo assistencial preconizado e também para atender ao Artigo 200 que regulamenta *"que é função dos municípios ordenar e formar os recursos humanos"* para que possam atuar no SUS.

Passa-se então aos municípios, uma grande responsabilidade, como também a preocupação de estarem buscando parceiros para a nova empreitada, que é a de capacitar seus profissionais de acordo com as diretrizes e os princípios do SUS para atuarem no modelo assistencial de saúde proposto.

O desenvolvimento de processos educativos para os profissionais que atuam nos serviços de saúde constituiu-se numa estratégia para a implementação do SUS e para orientar a melhoria da qualidade de assistência prestada aos usuários do SUS.

Os serviços, por sua vez, tentando adequar estes profissionais às demandas que necessitam, propõem processos educativos para aprimorarem o trabalho através da preparação dos seus agentes, no sentido de dar respostas às necessidades específicas de formação, manutenção, recuperação e reabilitação de saúde, frente a posicionamentos político-ideológicos distintos.

A educação em serviço foi o primeiro conceito a ser operacionalizado, conforme sugere o histórico das Conferências Nacionais de Saúde, como forma de ajustamento dos profissionais às necessidades de saúde nos serviços públicos, principalmente nas décadas de 60 e 70. Nesse período ainda existiam os currículos predominantemente voltados para o modelo biomédico.

Para Silva et al. (1989, p. 10) a Educação em Serviço é:

"A educação em serviço é um conjunto de práticas educacionais planejadas com a finalidade de ajudar o funcionário a atuar mais efetiva e eficazmente, para atingir diretamente os objetivos da instituição".

Esse tipo de educação ainda é muito utilizada na capacitação dos profissionais de saúde, porque tem como finalidade principal os interesses da instituição, deixando em segundo plano o interesse dos profissionais.

Dessa forma, são mais usados os treinamentos, pois estão mais centrados nas técnicas (habilidades), do que nos conhecimentos teóricos a serem adquiridos.

A educação em serviço objetiva o desenvolvimento profissional, provendo os serviços de profissionais mais capacitados para o trabalho.

Por sua vez, a Educação Continuada surgiu como uma das estratégias para a capacitação de grupos de profissionais de saúde já inseridos nos serviços.

Segundo Silva et al (1989, p. 9 e 10), a Educação Continuada deve ser entendida como *"conjunto de práticas educacionais planejadas no sentido de promover oportunidades de desenvolvimento do funcionário, com a finalidade de ajudá-lo a atuar mais efetivamente e eficazmente na sua vida institucional. ...a Educação Continuada está voltada para melhorar ou atualizar a capacidade do indivíduo, em função das necessidades dele próprio e da instituição em que trabalha."*

Nesse conceito, podemos abordar a Educação Continuada como um benefício destinado ao próprio indivíduo que participa do processo educativo e esse benefício retorna para a instituição na qual trabalha.

Esse retorno repercute na instituição sob a forma de satisfação, motivação, conhecimento, maior produtividade e otimização dos serviços, tornando o conceito mais abrangente do que a educação em serviço.

Dilly e Jesus (1.995) compreendem que a educação continuada implica em práticas necessárias para o desenvolvimento do indivíduo, tornando-o, conseqüentemente, mais qualificado para atuar na sua função e na vida institucional.

Temos também, o conceito de Educação Continuada formulado pelo grupo da Organização Panamericana da Saúde – OPAS, citado por Rodrigues (1.984, p.130), diz ser a educação continuada *"um processo permanente que se inicia após a formação básica e está destinado a atualizar e melhorar a capacidade de uma pessoa ou grupo, frente às evoluções técnico-científicas e às necessidades sociais"*.

Esse conceito proporciona a visão da necessidade de passagem de informações contínuas aos indivíduos, como forma de atualizar seus conhecimentos, a partir das reais necessidades sociais e da própria evolução do setor saúde.

O último conceito de Educação Continuada a ser referido é o conceito discutido na I Conferência Nacional de Recursos Humanos para Saúde (1.986). Nela foi discutido que educação continuada *"é um processo organizado, permanente, sistemático, direcionado a clientes institucionais, com uma política de saúde definida, tendo em vista a real necessidade dos usuários"* (p.164).

Portanto, diante desses conceitos, a Educação Continuada torna-se, então, em uma abordagem para complementar a formação dos profissionais, auxiliando-os a aproximarem-se da realidade social e oferecendo subsídios para que possam entender e atender as necessidades de saúde da população e contribuir para a organização dos serviços com as mudanças necessárias ao atendimento das demandas.

Já a Educação Permanente, segundo Barquera, citado por Peru - Ministério de Salud (1.993, p.19) surgiu, concretamente, nos países desenvolvidos da Europa

Ocidental. Na América Latina é vista como uma nova proposta, com uma prática ainda incipiente.

Para Hadadd (1.990, p.136 e 137), o conceito de Educação Permanente em Saúde: *“busca alternativas e soluções para os problemas reais e concretos do trabalho habitual privilegiando o processo de trabalho como eixo central da aprendizagem e enfatizando a capacidade humana de criar conhecimento novo, a partir da discussão e análise conjuntas e participativas dos problemas reais, de suas causas e das implicações que as alternativas de solução têm na busca da transformação da prática de saúde, objetivo essencial do ato educativo”*.

A Educação Permanente é centrada no processo de trabalho e tem como propósito melhorar a qualidade de vida humana em todas as dimensões pessoais e sociais, auxiliando na formação integral do indivíduo e na transformação do meio para uma futura sociedade (Hadadd, 1.990, p.25).

Como se deseja alcançar uma atuação criadora e transformadora dos profissionais nos serviços de saúde é necessário que se busque a Educação Permanente dos seus profissionais, porque o seu processo é compartilhado coletivamente entre trabalhadores de saúde e usuários do sistema para a busca de soluções dos problemas reais locais.

O processo educativo a ser construído para os profissionais de saúde que atuam no SUS não deve ser entendido como aquele que substitui apenas as lacunas de formação na graduação. Ele deve ocupar os espaços criados pelo modelo assistencial proposto para o SUS e que precisam ser preenchidos para sua efetivação. O processo ainda deve ser um meio de adaptação do conhecimento técnico para a transformação das práticas dos profissionais de saúde.

O processo educativo estabelecido através da Educação Permanente deverá contribuir para um modelo de assistência à saúde, no qual as adaptações do conhecimento possam ser incorporadas como uma nova visão e prática no trabalho em saúde.

Portanto, tem-se optado por adotar o conceito de Educação Permanente por entender que o processo de trabalho na saúde é coletivo, e não depende exclusivamente de um saber individual do profissional para dar respostas aos problemas de saúde da população.

Assim, a educação é um processo que deve ser permanente, que busque alternativas e soluções para os problemas de saúde reais, vivenciados pelas pessoas e grupos em suas realidades.

Ela deve ser entendida como um fator que influenciará no processo de reflexão e transformação das práticas vigentes nos serviços, para que os profissionais possam enfrentar a realidade, através da complementação e/ou aquisição de novos conhecimentos.

Todo processo educativo não tem um fim em si mesmo, é um processo inacabado, sendo necessário retroalimentá-lo continuamente pela dinâmica do setor.

É fundamental, atualmente, que qualquer instituição de saúde tenha um projeto de Educação Permanente para os seus servidores.

Faz-se necessário lembrar, que esses projetos não sobrevivem sem articulação com as instituições formadoras de Recursos Humanos.

Existe a necessidade de se promover a verdadeira integração ensino-serviço, pois se reconhece que uma das formas de se aprender é aprender fazendo.

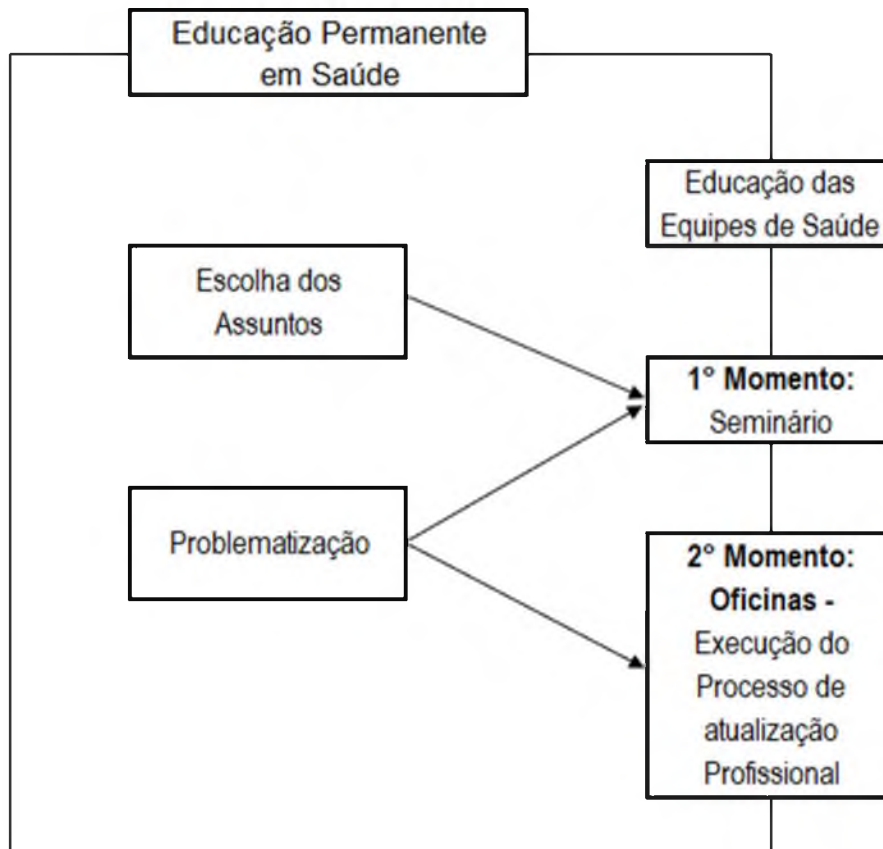
Portanto, é um caminho de mão dupla. As escolas articuladas com os serviços podem formar um profissional adequado e capacitado para atuar de acordo com a política de saúde vigente no país, e o serviço se capacita com a presença das escolas no serviço.

Assim, a Educação Permanente deve ter como objetivo aproximar os profissionais de saúde à realidade e às necessidades coletivas de saúde.

Deve-se entender a Educação Permanente como um instrumento de auxílio, na qualificação das ações de saúde de seus praticantes, buscando sempre alternativas e soluções para os problemas de saúde reais, vivenciados pelos trabalhadores de saúde em suas realidades.

Consideramos, portanto, a existência de diferentes concepções que nortearão nossa ação educativa.

ESQUEMA PROPOSTO PARA O PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE



A figura acima apresenta os passos do processo de Educação Permanente em Saúde que será implantado e desenvolvido na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

Todos os profissionais de saúde serão convocados com antecedência, por meio de cartazes afixados em locais visíveis nas dependências funcionais de convivência dos colaboradores.

As agendas dos profissionais das equipes de saúde serão reservadas para o dia e horário previsto para cada encontro.

As atividades educativas com as equipes de saúde serão organizadas em dois momentos tal como apresentado na figura acima:

- ✓ Primeiro Momento: seminário para a apresentação e discussão da proposta de intervenção.
- ✓ Segundo Momento: atualização da equipe saúde por meio de Oficina educativa sobre o tema escolhido.

Para o desenvolvimento da técnica da Oficina, serão estabelecidas as seguintes etapas:

- ✓ Aquecimento dos participantes com a utilização de estratégias facilitadoras de expressão, problematização das questões, processo de troca, análise da articulação do profissional e a atenção integral ao indivíduo.
- ✓ A discussão e debate dos desafios e dificuldades para a estruturação da prática do assunto em questão.

Neste estudo, adaptamos a Oficina com o objetivo de garantir aos participantes um espaço de reflexão individual e coletiva sobre o cotidiano do serviço de saúde e de novas possibilidades para aprimorar a assistência prestada aos usuários com diabetes.

As oficinas serão realizadas num espaço próprio existente na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, onde ocorreram mensalmente com duração de uma hora. Os integrantes serão posicionados em círculo a fim de facilitar a discussão dos assuntos abordados acerca do assunto escolhido.

Apresentaremos o no ANEXO IV, encartado nesse Plano de Trabalho, os PROTOCOLOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE, que aplicaremos para toda a equipe de colaboradores da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

8. ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE / NOTIFICAÇÃO DE DOENÇAS COMPULSÓRIAS

A Organização dos Serviços de Ações de Vigilância em Saúde / Notificação de Doenças Compulsórias, serão consubstanciados numa descrição de

procedimentos para análise de rotinas e de riscos à saúde, servindo de base para a compilação de dados estatísticos e epidemiológicos, com o objetivo primordial de seu uso, para futuras ações isoladas na própria UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO ou em conjunto com o Departamento Municipal de Saúde, previstas ou não pelo DMS e sua área técnica.

Assim informaremos compulsoriamente, todos os casos de notificação obrigatória, acompanhados de sua devida documentação, dentro dos prazos preconizados pela Vigilância Epidemiológica do Município, além de arquivá-los no nosso Sistema de Informações, para a geração de relatórios estatísticos, epidemiológicos e de prevalência das moléstias identificadas.

Caso a patologia identificada exija agilidade na informação, esta será notificada ao DMS imediatamente após o seu diagnóstico.

Dessa forma, tais dados estatísticos, epidemiológicos e toda prevalência das moléstias identificadas durante o atendimento da população, serão compilados de maneira eletrônica e enviados para o DMS mensalmente, através de relatórios circunstanciados. Além disso, ficaremos a disposição para o desenvolvimento de ações em conjunto ou para desenvolvimento e aplicação de projetos que sejam promovidos pelo DMS de Jacupiranga.

Como já dito, tais dados e informações gerados em relatórios circunstanciados, proporcionarão em conjunto com o DMS, a realização de análises detalhadas de riscos às populações adstritas, que por sua vez, servirão de base para o estabelecimento em conjunto com os departamentos técnicos do DMS, assim como, em conjunto à Vigilância Epidemiológica do Município, de um celeiro com subsídios, para se estabelecer ações programadas e ordenadas, no sentido de minimizar os riscos à saúde dessas populações.

8.1. NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA - NVE

A execução de ações de Vigilância Epidemiológica (V.E.) do Sistema Único de Saúde (SUS) conforme a Lei Federal Nº 8.080, de 19/09/1990, define a V.E. como "um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos".

O conhecimento epidemiológico de doenças e agravos constitui papel importante para os programas de prevenção e controle na saúde pública.

A observação de eventos em determinada população permite gerar indicadores que subsidia o planejamento em saúde de determinada população o

que favorece a detecção de surtos e epidemias, com a finalidade de planejar e agir em tempo hábil.

No Brasil, o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica foi instituído por meio da Lei Federal no 6.259, de 30 de outubro de 1.975, na qual destacam-se:

- ✓ Art.8º – É dever de todo cidadão comunicar à autoridade sanitária local a ocorrência de fato, comprovado ou presumível, de caso de doença transmissível, sendo obrigatória a médicos e outros profissionais de saúde, no exercício da profissão, bem como aos responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e ensino, a notificação de casos suspeitos ou confirmados de doenças e agravos.
- ✓ Art.9º – É obrigatório proceder à investigação epidemiológica pertinente à elucidação do diagnóstico e tomar medidas de controle cabíveis, no caso das doenças do elenco de Doenças de Notificação Compulsória (DNC).
- ✓ Art.14º – A inobservância da presente Lei constitui infração, sujeitando o infrator a penalidades previstas na Lei nº 6437, de 20/8/1977, Artigo 10º, itens VI e VII”.

As atividades da V.E. são realizadas pela tríade do governo (municipal, estadual e federal) e compreendem:

- ✓ Identificação e coleta de dados.
- ✓ Notificação e investigação epidemiológica.
- ✓ Análise da informação e registro.
- ✓ Recomendação e adoção de medidas de controle.
- ✓ Avaliação do sistema de Vigilância Epidemiológica; e,
- ✓ Retroalimentação e divulgação de informações.

Os agravos e doenças que compõem a lista de notificação nacional é estabelecida pelo Ministério da Saúde (MS) através de portaria.

A portaria GM/MS Nº 1.271/2014 destaca a distinção dos conceitos de notificação e registro no sistema de informação:

“Notificação Compulsória é a comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos médicos e demais profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública, descritos no anexo da Portaria, cuja periodicidade pode ocorrer de modo imediato ou semanal, sendo:

- ✓ **Notificação Compulsória Imediata (NCI):** notificação compulsória realizada em até 24 (vinte e quatro) horas, a partir do conhecimento da ocorrência de doença, agravo ou evento de saúde pública, pelo meio de comunicação mais rápido disponível.
- ✓ **Notificação Compulsória Semanal (NCS):** notificação compulsória realizada em até 07 (sete) dias, a partir do conhecimento da ocorrência de doença ou agravo.”

Os hospitais e as Unidades de Pronto Atendimento são importantes locais de entrada de doenças/agravos, o que permite a captação oportuna de casos, onde a Vigilância Epidemiológica é uma estratégia complementar dirigida à implementação das atividades de modo articulado aos setores estratégicos da unidade hospitalar, como o SAME, Núcleo de Segurança do Paciente – NSP, Comissão de Análise e Revisão de Prontuário – CARP, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH, Comissão de Revisão de Óbitos – CRO, Comissão de Gerenciamento de Risco – CGR, facilitando o acesso às informações necessárias à detecção, monitoramento e encerramento de casos ou surtos sob investigação.

O objetivo geral do NVE, é realizar a detecção das doenças e agravos e eventos municipal, estadual, nacional ou internacional, e estará inserido no organograma da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, ligado à direção geral, e contar com equipe multidisciplinar, para o aprimoramento contínuo dos processos de trabalho e desenvolvimento assistencial da Unidade.

Será composto por técnicos com formação superior e média, e o coordenador será um profissional com formação e/ou experiência em epidemiologia.

➤ **Os Objetivos Específicos do NVE São:**

- ✓ Detectar, notificar e investigar qualquer caso ou óbito por doença, agravo ou evento suspeito ou confirmado de DNC ativa em áreas estratégicas da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.
- ✓ Detectar, notificar e investigar os óbitos fetal, materno infantil, e de mulheres em idade fértil.
- ✓ Detectar e investigar os óbitos mal definidos.
- ✓ Planejar e implementar medidas de prevenção e controle, em parceria com os setores envolvidos e como o Departamento Municipal de Saúde.
- ✓ Analisar o perfil de morbimortalidade, através dos dados alimentados no sistema de informação da vigilância.
- ✓ Divulgar aos gestores e equipe multiprofissional as informações produzidas pelo NVE.
- ✓ Contribuir para o desenvolvimento do ensino e da pesquisa na área de vigilância Epidemiológica.

➤ **As Competências do NVE são:**

- ✓ Realização de busca ativa para os pacientes atendidos ou internados na unidade de urgência e emergência e observações, para detecção de agravos/DNC.
- ✓ Realização da investigação epidemiológica de caso ou óbito por doença, agravo ou evento de saúde pública de notificação compulsória, suspeito ou confirmado no ambiente da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.
- ✓ Digitação no SINAN, das notificações e investigações seguindo o fluxo esta-

belecido para cada doença, agravo ou eventos de saúde pública.

- ✓ Planejamento para definição e implantação de um sistema de busca ativa para detecção, notificação e colaboração na investigação dos óbitos maternos declarados, de mulher em idade fértil, infantil e fetal.
- ✓ Detecção e investigação de óbitos mal definidos.
- ✓ Participação nas Comissões CARP, CCIH, CRO e GGR, bem como no NSP.
- ✓ Capacitação técnico-científica dos profissionais da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO sobre as doenças, agravos e eventos de emergência em saúde pública.
- ✓ Utilização dos instrumentos e fluxos estabelecidos das doenças, agravos e eventos de saúde pública de notificação compulsória detectados na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.
- ✓ Colaboração para o desenvolvimento do ensino e da pesquisa na área de Vigilância Epidemiológica.

➤ **Etapas Para Implantação do NVE:**

O NHE deve estabelecer o fluxo do envio de amostras laboratoriais, de acordo com a realidade de cada local, elaborar o Procedimento Operacional Padrão (POP) definindo quais amostras, em que situação, como enviar, como acondicionar, acompanhadas de qual requisição e, se for o caso, da ficha epidemiológica.



➤ **Busca Ativa**

É uma estratégia essencial para a redução da não notificação de um caso de interesse, e qualificar a vigilância realizada no serviço.

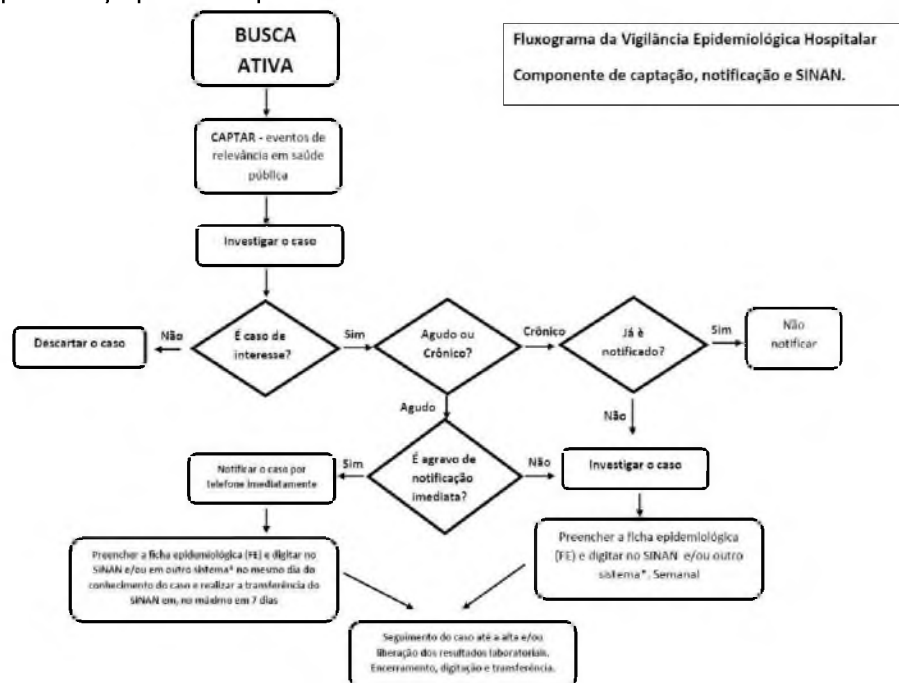
A busca ativa de casos novos internados deve ser diária com intuito de reduzir a não captação de um caso.

O NVE deve identificar os locais em que podem ser encontrados os pacientes com suspeitas de doenças, e agravos para estabelecer as rotinas e fluxos.

Casos suspeitos poderão ficar em investigação clínica até a confirmação ou descarte da doença.

O NVE irá definir um instrumento de trabalho que contemple uma planilha que servirá também para o controle da equipe e outras análises de interesse do serviço. Neste instrumento constarão:

- ✓ Data, unidade de internação, diagnóstico de entrada/saída, conclusão (se foi aberto ficha epidemiológica, descartado, já notificado e em investigação).
- ✓ Declaração de Óbito (DO) que permita identificar eventos de interesse em saúde pública, que escaparam aos demais mecanismos da busca ativa.



➤ **Conclusão**

Com base na realidade de cada hospital, devemos estabelecer uma rotina de busca ativa e confeccionar um POP para facilitar a realização de atividades de rotina diária.

➤ **Divulgação das Informações**

A divulgação das informações epidemiológicas coletadas vai ser realizada por diversos meios e instrumentos como: boletins periódicos, grupos de e-mails, site, redes sociais, seminários, treinamentos, etc.

➤ **Interface Com Serviços Hospitalares**

O NVE estabelecerá parcerias com alguns hospitais, que se fortalecem entre si, com um saldo bastante positivo.

Segue alguns serviços que estarão envolvidos nesta parceria:

- ✓ Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH).

- ✓ Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).
- ✓ Serviço Especializado Em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho – SESMT.
- ✓ Serviço Social.
- ✓ Comissões Multidisciplinares.
- **Documentação do NVE**
- ✓ Regimento Interno:
É o documento que estabelece regras para estruturação e regulamentação do serviço.
- ✓ Procedimento Operacional Padrão (POP):
O POP tem o objetivo de detalhar todas as operações necessárias para se realizar uma atividade.
- ✓ Plano Estratégico Anual:
O Plano Estratégico Anual permite um planejamento de atividades a serem desenvolvidas durante o ano. O monitoramento deste Plano deve ser permanente para que todas as metas sejam alcançadas.
- **Relatórios a Serem Elaborados Pelo NVE**
- Serão elaborados alguns relatórios mensais sobre a produtividade do NVE:
- ✓ Relatório Mensal de Morbimortalidade:
Neste relatório deve conter a data da notificação e todos os óbitos confirmados com o agravo de interesse. Com isso teremos um panorama anual da ocorrência de casos e óbitos do agravo desejado.
- ✓ Relatório Trimestral de Atividades Realizadas:
A cada 3 meses será elaborado um relatório geral de todas as atividades desenvolvidas pelo NVE. Com este relatório ao final de cada ano teremos um panorama geral para um planejamento estratégico para o ano seguinte.
- **Atividades Obrigatórias Para Um NVE Implantado**
- ✓ Ter um SINAN implantado.
- ✓ Notificar as doenças de Notificação Compulsória Imediata nas 24 horas após a coleta de dados do caso.
- ✓ Avaliar e revisar todas as fichas epidemiológicas antes e durante a digitação.
- ✓ Encerrar as fichas epidemiológicas de notificação imediata em no máximo 60 dias;
- ✓ Encerrar todos os casos notificados pelo NVE.
- ✓ Realizar a transferência dos SINANs semanalmente.
- ✓ Enviar o relatório mensal de morbimortalidade e relatório trimestral de atividades para o gestor municipal responsável do DMS.
- ✓ Realizar um treinamento para os profissionais da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO sobre os informes epidemiológicos.

LISTA NACIONAL DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

Nº	DOENÇA OU AGRAVO (Ordem alfabética)	Periodicidade de Notificação			
		Imediata (até 24 horas) para*			Semanal*
		MS	SES	SMS	
1	a. Acidente de trabalho com exposição a material biológico				X
	b. Acidente de trabalho: grave, fatal e em crianças e adolescentes			X	
2	Acidente por animal peçonhento			X	
3	Acidente por animal potencialmente transmissor da raiva			X	
4	Botulismo	X	X	X	
5	Cólera	X	X	X	
6	Coqueluche		X	X	
7	Dengue - Casos				X
	Dengue - Óbitos	X	X	X	
8	Difteria		X	X	
9	Doença de Chagas Aguda		X	X	
10	Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ)				X
11	a. Doença Invasiva por "Haemophilus Influenza"		X	X	
	b. Doença Meningocócica e outras meningites		X	X	
12	Doenças com suspeita de disseminação intencional: a. Antraz pneumônico; b. Tularemia; c. Varíola	X	X	X	
13	Doenças Febris Hemorrágicas Emergentes/Reemergentes: a. Arenavírus; b. Ebola; c. Marburg; d. Lassa; e. Febre Purpúrica Brasileira	X	X	X	
14	a. Doença aguda pelo vírus Zika				X
	b. Doença aguda pelo vírus Zika em gestante		X	X	
	c. Óbito com suspeita de doença pelo vírus Zika	X	X	X	
15	Esquistossomose				X
16	Evento de Saúde Pública (ESP) que se constitua ameaça à saúde pública (ver definição no Art. 2º desta portaria)	X	X	X	
17	Eventos adversos graves ou óbitos pós-vacinação	X	X	X	
18	Febre Amarela	X	X	X	
19	a. Febre de Chikungunya				X
	b. Febre de Chikungunya em áreas sem transmissão	X	X	X	
	c. Óbito com suspeita de Febre de Chikungunya	X	X	X	
20	Febre do Nilo Ocidental e outras arboviroses de importância em saúde pública	X	X	X	
21	Febre Maculosa e outras Rickettsioses	X	X	X	

LISTA NACIONAL DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

Nº	DOENÇA OU AGRAVO (Ordem alfabética)	Periodicidade de Notificação			
		Imediata (até 24 horas) para*			Semanal*
		MS	SES	SMS	
22	Febre Tifóide		X	X	
23	Hanseníase				X
24	Hantavirose	X	X	X	
25	Hepatites Virais				X
26	HIV/AIDS - Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida				X
27	Infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e Criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV				X
28	Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)				X
29	Influenza humana produzida por novo subtipo viral	X	X	X	
30	Intoxicação Exógena (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados)				X
31	Leishmaniose Tegumentar Americana				X
32	Leishmaniose Visceral				X
33	Leptospirose			X	
34	a. Malária na região amazônica				X
	b. Malária na região extra Amazônica	X	X	X	
35	Óbito: a. Infantil; b. Materno				X
36	Poliomielite por poliovírus selvagem	X	X	X	
37	Peste	X	X	X	
38	Raiva Humana	X	X	X	
39	Síndrome da Rubéola Congênita	X	X	X	
40	Doenças Exantemáticas: a. Sarampo; b. Rubéola	X	X	X	
41	Sífilis: a. Adquirida; b. Congênita; c. Em gestante				X
42	Síndrome da Paralisia Flácida Aguda	X	X	X	
43	Síndrome Respiratória Aguda Grave associada a Coronavírus: a. SARS-CoV; b. MERS-CoV	X	X	X	
44	Tétano: a. Acidental; b. Neonatal			X	
45	Toxoplasmose gestacional e congênita				X
46	Tuberculose				X
47	Varicela - caso grave internado ou óbito		X	X	
48	a. Violência doméstica e/ou outras violências				X
	b. Violência sexual e tentativa de suicídio			X	

9. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME

O arquivamento dos Prontuários Eletrônicos dos Pacientes (PEP) será realizado digitalmente através do nosso SIG – Sistema de Informações Gerenciais, sendo que tal procedimento ocorre de forma eletrônica e automática, na medida em que o mesmo é alimentado, eliminando-se a necessidade de papéis, prateleiras e espaço físico.

O controle desse arquivamento é realizado pelo nosso Departamento de TI e a inspeção e o fornecimento de cópias aos pacientes, quando são requisitadas, são dirigidas pela CARP – Comissão de Análise e Revisão de Prontuários.

Dessa maneira, o Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME, necessitará de pouco espaço físico para o arquivamento de eventuais prontuários em papel, sendo que o resgate das informações, ocorrerá de forma eletrônica, com rastreabilidade, por meio de consultas no Módulo SAME do SIG.

Já, a geração de estatísticas, poderá ser customizada de diversas formas possíveis, visto que o nosso SIG, disponibiliza automaticamente, relatórios estatísticos customizados e personalizados, de acordo com a necessidade do usuário e dos gestor.

Assim o SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatística será totalmente estruturado, organizado e indexado de forma digital, pois o nosso atendimento está totalmente estruturado no PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente.

A seguir apresentamos as ferramentas disponíveis do nosso SIG, para a customização das ações do SAME:

- ✓ Possibilita o controle de múltiplos locais de arquivamento de documentos SAME, para cada unidade de saúde, controlando o acesso para cada operador e definindo os setores solicitantes.
- ✓ Possibilita o cadastro dos documentos de cada usuário com arquivamento nos locais de SAME.
- ✓ Possibilita informar o tipo e data do documento, data e horário de entrada, localização física, situação e motivo de baixa.
- ✓ Possibilita o registro de solicitações de documentos SAME informando o local SAME, unidade de saúde, setor e profissional solicitante, motivo da solicitação, usuário e observações.
- ✓ Possibilita a solicitação em lote dos documentos de todos os usuários com agendamentos de consultas conforme unidade de saúde, setor, profissional e data de atendimento.
- ✓ Possibilita a impressão de documento de solicitações de documentos SAME.
- ✓ Possibilita a saída de documentos SAME selecionando as solicitações pendentes por unidade de saúde e setor solicitante. Ao confirmar a saída, i-

- identifica a data, o horário e o responsável.
- ✓ Possibilita a impressão de documento de saídas de documentos SAME.
- ✓ Possibilita o cancelamento de solicitações de documentos SAME.
- ✓ Possibilita a transferência de documentos SAME selecionando as solicitações com devolução pendentes por unidade de saúde e setor solicitante.
- ✓ Informa a unidade de saúde e setor de destino, profissional solicitante e motivo da solicitação, identificando data, horário e responsável.
- ✓ Possibilita a impressão de documento de transferências de documentos SAME.
- ✓ Possibilita a devolução de documentos SAME selecionando as solicitações com devolução pendentes por unidade de saúde e setor solicitante, sendo que ao confirmar a devolução, identifica a data, o horário e o responsável.
- ✓ Possibilita a impressão de documento de devoluções de documentos SAME.
- ✓ Possibilita a visualização de histórico de movimentações de documentos SAME por usuário e período.
- ✓ Mostra informações de documentos SAME, solicitações e movimentações de documentos SAME do usuário.
- ✓ Emite relatório de solicitações de documentos SAME por unidade de saúde e setor SAME, usuário, sexo, município, unidade de saúde solicitante, setor solicitante, profissional solicitante, motivo de solicitação e situação.
- ✓ Emite relatório de transferências de documentos SAME por unidade de saúde e setor SAME, usuário, sexo, município, unidade de saúde solicitante, setor solicitante, profissional solicitante e motivo de solicitação.
- ✓ Emite relatórios comparativos de solicitações de documentos SAME em anos e meses anteriores, com percentual de aumento ou diminuição nas solicitações em cada período.

10. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE FARMÁCIA (PRESTAÇÃO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA)

Apresentaremos a seguir toda a estruturação administrativa e operacional do Serviço de Farmácia, que funcionará 24 horas por dia, com equipe de farmacêuticos, auxiliares de farmácia e almoxarife, que além de cuidar da logística de abastecimento da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, realizarão o fracionamento (dose única) dos medicamentos, onde o desperdício de medicamentos e correlatos é zero, dentro da preconizado pelos protocolos aprovados pelo CRF – Conselho Regional de Farmácia e também por eles fiscaliza-

dos.

O Serviço de Farmácia também cuidará do armazenamento adequado dos materiais médico-hospitalares, medicamentos e correlatos, bem como, realizará a dispensação dos mesmos na Farmácia Satélite da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

10.1. AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS, CORRELATOS E MATERIAIS MÉDICO-HOSPITALARES

O sistema de aquisição de Medicamentos, Correlatos e Materiais Médico-Hospitalares respeitará o Regulamento de Compras e Contratações do INCS.

As diretrizes das Boas Práticas de Armazenamento e Distribuição, aplicar-se-ão a todas as atividades relacionadas ao armazenamento e dispensação de medicamentos e correlatos, bem como dos materiais médico-hospitalares, nos almoxarifados e na Farmácia Satélite.

10.2. RECEBIMENTO DE MEDICAMENTOS, CORRELATOS E MATERIAIS MÉDICO-HOSPITALARES

O recebimento de medicamentos e correlatos, bem como dos e materiais médico-hospitalares, será de responsabilidade da Gestão da Logística de Compras em conjunto com o Departamento de Suprimentos Local (Almoxarifado).

Receber é ato que implica em conferência. No recebimento será verificado se o pedido está entregue em conformidade com a especificação, a quantidade e a qualidade.

A área de recebimento será separada da área de armazenamento. Seu pessoal está treinado e capacitado para esta finalidade, executando as seguintes tarefas:

- ✓ no ato do recebimento, cada entrada é examinada quanto a documentação: conferência da nota fiscal com o pedido;
- ✓ observar-se-á a apresentação, o número do lote e a quantidade, que devem estar de acordo com a especificação da nota fiscal;
- ✓ evitar escrever ou rasurar o documento original;
- ✓ checar se os materiais estão em acordo com as especificações solicitadas (forma farmacêutica, apresentação, concentração, rótulo, embalagem, condições de conservação, lote, validade), caso contrário, não deverão ser

- recebidos e a nota fiscal deverá ser bloqueada até a resolução do problema;
- ✓ no caso de constatação de danos na embalagem e/ou alteração do produto, o mesmo será identificado, separado e devolvido ao remetente, com a devida comunicação por escrito;
- ✓ as embalagens violadas ou suspeitas de qualquer contaminação serão rejeitadas e registradas;
- ✓ inspecionar-se-á visualmente os produtos para verificar sua integridade;
- ✓ assinar-se-á o canhoto da nota fiscal que será devolvida ao entregador; e,
- ✓ encaminhar-se-á a nota fiscal, conforme orientação, no prazo exequível para seu cadastro no Sistema de Governança.

10.3. GUARDA DE MEDICAMENTOS, MATERIAIS E CORRELATOS

Para o armazenamento e guarda de medicamentos, materiais e correlatos, descreveremos abaixo, as ações que são executadas:

- Armazenamento: conjunto de procedimentos técnicos e administrativos que envolvem as atividades de recebimento, estocagem e guarda, conservação, segurança e controle de estoque.
- Estocagem e Guarda: estocar consiste em ordenar adequadamente os produtos em áreas apropriadas, de acordo com suas características e condições de conservação exigidas (termolábeis, psicofármacos, etc.).
- Embalagem: envoltório, recipiente ou qualquer forma de acondicionamento, removível ou não, destinado a cobrir, embalar, envasar, proteger ou manter os produtos farmacêuticos.
- Produto Farmacêutico: preparado que contém princípio(s) ativo(s) e os excipientes, formulados em uma forma farmacêutica e que passou por todas as fases de produção, acondicionamento, embalagem e rotulagem.
- Lote: quantidade definida de um produto fabricado num ciclo de fabricação e cuja característica essencial é a homogeneidade.
- Número do Lote: qualquer combinação de números ou letras através da qual se pode rastrear a história completa da fabricação desse lote e de distribuição no mercado.
- Área de Ambiente Controlado: sala onde a temperatura é mantida entre 15 e 30°C para estocagem de produtos cujo acondicionamento primário não os protege da umidade. A umidade deve ser mantida entre 40 e 70%.
- Quente: qualquer temperatura entre 30 e 40°C.
- Calor Excessivo: qualquer temperatura acima de 40°C.
- Resfriado: qualquer temperatura entre 8 e 15°C.

- Frio: qualquer temperatura que não exceda a 8°C.
- Refrigeração: lugar/espaco frio no qual a temperatura é mantida, através de termostato, entre 2 a 8°C.
- Congelador: temperatura mantida, através de termostato, entre -20 a -10°C.

Os materiais recebidos serão armazenados somente após o recebimento oficial, de acordo com as instruções contidas neste manual.

10.4. CONDIÇÕES GERAIS

- São estocados sobre estrados ou prateleiras, em local que não recebe a luz direta do sol.
- Os medicamentos sujeitos a controle especial seguem a legislação e são estocados em locais próprios e controlados.
- Os produtos termolábeis são estocados no refrigerador, com controle de temperatura.
- Os produtos são ordenados conforme nome genérico, lote e validade.
- O nome do produto é afixado em local visível.
- Materiais passíveis de quebra (frascos, ampolas) são guardados em local menos exposto a acidentes.
- Estoca-se rigorosamente por lote e por prazo de validade, sendo que os materiais com datas de validade mais próximas ficam à frente, para que sejam distribuídos primeiramente.
- Mantém-se distância entre os produtos, paredes, tetos e empilhamentos para facilitar a circulação do ar.
- Os materiais/medicamentos são conservados nas embalagens originais e protegidos da luminosidade.
- Nunca são colocados diretamente sobre o chão.
- Nunca são misturados com produtos de outra natureza (por exemplo, material de limpeza).
- Aqueles com maior rotatividade são mantidos próximos da área de expedição.
- Evita-se colocar peso ou empilhamento demasiado.
- As caixas não são arremessadas e são manuseadas adequadamente para que se mantenham as características originais.

10.5. ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS TERMOLÁBEIS

- Os almoxarifados disporão de câmaras frias ou refrigeradores com temperaturas controladas, entre 2 e 8°C, com registro diário.
- A estocagem é feita separadamente, por lote e prazo de validade, com registro de todas as retiradas.
- As retiradas são programadas visando diminuir as variações internas de temperatura.
- Os refrigeradores são mantidos limpos e arrumados, e são utilizados somente para medicamentos.
- É proibido o acondicionamento de alimentos e de bebidas.

10.6. ESTOCAGEM DE MEDICAMENTOS SOB CONTROLE ESPECIAL

A área de estocagem de medicamentos sob controle especial é considerada de segurança máxima, com acesso apenas de pessoas autorizadas.

As entradas e saídas dos medicamentos são registradas em livros próprios, de acordo com a legislação específica, sob controle e responsabilidade do farmacêutico.

10.7. DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAIS

É uma atividade que consiste no suprimento dos setores de atendimento, em quantidade, qualidade e tempo oportuno, para posterior dispensação aos pacientes.

10.8. PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS MÉDICOS HOSPITALARES

A constante descoberta de novas doenças, o ressurgimento de outras e as concomitantes inovações tecnológicas emergentes no setor saúde, produzem uma alteração no binômio eficácia/complexidade dos tratamentos médicos. O aumento desta complexidade implica na utilização de equipamentos, exames e medicamentos onerosos, o que gera a necessidade de novos aportes financeiros para o setor.

Na atualidade, os recursos econômicos destinados à saúde são frequentemente, inferiores às necessidades demandadas, e tornam-se mais escassos com o aumento da sobrevida da população e com a descoberta de novas opções terapêuticas.

As restrições orçamentárias, nesse cenário, conduzem os administradores da saúde à procura de novas medidas gerenciais, como o controle de recursos escassos, aliados à eficiência de sua utilização, e a redução dos custos operacionais, concomitantemente com a melhoria da qualidade da assistência médica.

Com relação ao aspecto assistencial na medicina, todo cidadão utilizará um dos componentes do sistema de saúde, durante seu ciclo de vida e para manter sua vitalidade, sendo um deles o serviço das unidades hospitalares ou pré-hospitalares.

A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO abriga uma Farmácia Clínica, cujo objetivo é garantir o uso seguro e racional dos remédios prescritos pelo profissional médico, além de responder à demanda das necessidades de medicamentos para os pacientes. Para tanto, a Farmácia Clínica mantém sob sua guarda os estoques desses produtos.

Os estoques das Farmácias Clínicas são caracterizados por ciclos de demandas e de suprimentos, com flutuações significativas e altos graus de incerteza, fatores críticos diante da necessidade de manter medicamentos em disponibilidade na mesma proporção da sua utilização. Estes medicamentos significam custos, e medicamentos/ materiais são itens que chegam a representar financeiramente, até 75% do que se consome numa unidade de saúde.

- **Os Estoques:** são considerados itens primordiais quando o objetivo é a redução de custos, devido a sua relevância no ciclo operacional das organizações. No Brasil, a taxa básica de juros fixada pelo governo e os juros de mercado são significativos, fazendo com que os custos de manutenção dos estoques sejam mais elevados em relação aos países desenvolvidos. Portanto, altas taxas de juros sinalizam a urgência na busca de níveis de estoques mais baixos. Observa-se que variáveis como a quantidade de medicamentos armazenados e o tempo de permanência nos estoques, estão entre os fatores diretos pelo aumento do custo dos produtos abrigados nas farmácias clínicas e hospitalares.
- **Custos:** o custo dos medicamentos destinados aos pacientes apresenta um crescimento significativo e mais expressivo do que a inflação dimensionada para a saúde. Nos Estados Unidos, observou-se que o custo das drogas/leito, ocupado/ano, subiu de US\$6,744 em 1989, para US\$9,850 em 1992, US\$13,350 em 1995 para US\$21,677 em 1998; isto representa 221% de aumento, ou 25% de aumento/ano em um período de 9 anos (ANGARAN, 1.999). E isso não parou de acontecer, pelo contrário, só aumentam. Esses

índices mostram que os custos operacionais crescentes da saúde são quase que insustentáveis, tanto aos cofres públicos quanto às organizações de saúde privadas. E essa situação vem paulatinamente se agravando. Portanto, planejar e controlar os custos, são mecanismos que podem garantir a sobrevivência das instituições pré-hospitalares e hospitalares, uma vez que os tratamentos médicos onerosos inviabilizam o exercício profissional da medicina. Neste contexto, surge a importância do gerenciamento dos estoques de medicamentos. Diferentes técnicas de administração da produção e da gestão dos estoques foram desenvolvidas a fim de solucionar os problemas originados no ambiente de manufatura, mostrando eficiência na gerência de operações de uma indústria. Estas técnicas podem ser adaptadas às novas necessidades presentes na gestão de serviços, tendo aplicação nas farmácias das instituições, buscando a otimização do controle dos itens dos estoques.

- **A Gestão dos Estoques da Farmácia Clínica:** dentre as estratégias que prezamos, ligadas à gestão dos estoques da farmácia clínica, estão aquelas envolvendo a seleção dos produtos mais adequados ao perfil de utilização dos mesmos, incluída a padronização de medicamentos.

10.9. PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

A farmácia clínica, no âmbito de sua atuação, se comporta como uma unidade de negócios, dados os seus relacionamentos comerciais com os laboratórios farmacêuticos, com os fabricantes dos diferentes produtos, com distribuidores e com os representantes comerciais.

Gerir medicamentos, é deparar-se com uma grande variedade de produtos (cerca de 50.000 itens diferentes se encontram à disposição dos profissionais médicos), com o compromisso de não permitir a ocorrência de **stockout**, sinônimo de morte, perdas ou fracasso organizacional.

Quanto maior a habilidade da Farmácia em administrar seus produtos de forma racional, maior será sua capacidade de oferecer bens e serviços de qualidade e com custos operacionais mais baixos.

Se as equipes médicas e de enfermagem adotarem rotinas diferentes para o uso destes produtos, como diluições diferentes, concentrações diferentes e métodos de conservação diferentes, as medidas terapêuticas implicarão em maior ônus para a instituição, com desperdícios e obsolescências.

O emprego racional dos medicamentos, incluindo sua padronização, é traduzido, portanto, em redução dos custos das unidades de saúde. Padronizar

produtos abrigados em estoques é uma forma de normalização e auxilia na racionalização dos custos.

Dentre as formas de racionalização, a padronização de medicamentos é uma das soluções mais viáveis, pois procura definir o que se deve manter em estoques. Racionalizar custos com medicamentos implica em seguir normas técnicas que regulamentam o processo de formulação e aplicação de regras para o tratamento ordenado de uma atividade específica, segundo a **International Organization for Standardization – ISO**.

A redução do custo dos estoques da farmácia clínica é conseguida através do adequado abastecimento em produtos e serviços, utilizando se possível, processos que permitam sua padronização. Padronizar medicamentos significa escolher, dentre uma relação de produtos e de acordo com determinadas especificações, aqueles que atendam às necessidades de cobertura terapêutica da população alvo que se deseja tratar.

Dentre os objetivos primários que se deseja alcançar com a padronização de medicamentos, estão a redução dos custos de aquisição dos produtos, a remoção de diferentes obstáculos durante os processos de compras, o estabelecimento de maiores interações com os fornecedores, a redução dos custos de produção, a diminuição dos custos de manutenção dos produtos em estoques e a facilitação dos procedimentos de armazenagem e manuseio dos medicamentos, propiciando vantagens à Instituição como um todo.

10.10. VANTAGENS DA PADRONIZAÇÃO

Dentre as vantagens advindas da padronização de medicamentos, destacamos:

- Para os Pacientes: a confiança do uso do medicamento correto e a satisfação psíquica por não necessitar adquirir quaisquer outros remédios pertinentes ao seu tratamento, dos quais não se disponha.
- Para os Médicos e para a Enfermagem: a certeza de que os medicamentos disponíveis na farmácia clínica serão adequados aos tratamentos propostos, garantindo aos pacientes a fidelidade em atender as prescrições e maior interação entre as equipes.
- Para a Farmácia Clínica e para a UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO: o controle dos produtos abrigados em estoques, através da menor diversidade de itens; benefício através da redução do custo dos estoques, da diminuição de pessoal ligado às estratégias de controle e redução do espaço físico destinado à Farmácia Clínica.

Contudo, os profissionais médicos muitas vezes se opõem à padronização de medicamentos, em função de interesses pessoais, sem a preocupação com a gestão dos custos.

Trabalharemos constantemente no sentido de conscientizar o corpo clínico para tal preocupação.

10.11. ESTRATÉGIA PARA A PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Para atingir uma padronização dos produtos da farmácia clínica que contemple adequadamente as necessidades dos pacientes, determinados parâmetros devem ser seguidos.

As Coordenações Médicas tem papel imprescindível na confecção e atualização dos protocolos terapêuticos, além disso, podem contar com a formação de uma Comissão de Padronização de Medicamentos, de caráter temporário, para que se estabeleçam os critérios para inclusão/exclusão de produtos e revisão continuada de itens padronizados, considerando o perfil epidemiológico das doenças prevalentes e/ou incidentes na população assistida na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO; adotando o nome farmacológico para relacionar os medicamentos; mencionando junto a este, a concentração e a forma de apresentação; selecionando fármacos com valor terapêutico comprovado, de menor toxicidade e de fácil aquisição no mercado; reunindo os produtos em grupos farmacológicos semelhantes (classificação); reduzindo a variedade desnecessária de materiais (simplificação); adotando uma codificação (para facilitar a identificação dos remédios), e: finalmente, criando um manual impresso ou virtual, que possa ser consultado facilmente pelos profissionais envolvidos.

Contudo, devemos lembrar que preferências por um determinado medicamento ou grupo de produtos por parte dos médicos, e as pressões exercidas pela indústria farmacêutica sobre os responsáveis pelas aquisições de remédios, são as maiores barreiras encontradas para a padronização de medicamentos em Unidades de Saúde, ocasiões em que, nem sempre, são respeitados os princípios éticos vigentes. Trabalhamos constantemente no sentido de conscientizar o corpo clínico para preocupação com tal conduta.

Diferentes técnicas gerenciais facilitam o processo de padronização. Um dos métodos que utilizamos é a classificação ABC, método este, utilizado para a administração de estoques, para a definição de políticas de vendas, para estabelecimento de prioridades, para a programação da produção e para uma série de outros problemas usuais nas empresas farmacêuticas.

10.12. CLASSIFICAÇÃO ABC

Os estoques das farmácias clínicas abrigam uma grande diversidade de produtos, dificultando o planejamento de seu reabastecimento.

Como cada grupo de medicamentos tem determinadas peculiaridades gerenciais, como: giro, preço, consumo, prazos de entrega, e suas demandas, incorporam alta aleatoriedade, é interessante que o gestor dos estoques separe os produtos em grupos que possuam características gerenciais semelhantes.

Esta separação possibilita ao administrador dos estoques, individualizar a atenção para cada grupo de medicamentos, pois um tipo de controle eficaz para um produto pode não o ser para outro.

Método ABC, Curva de Pareto, Curva ABC ou Classificação ABC, é um procedimento que visa separar os produtos em grupos com características semelhantes, em função de seus valores e consumos, a fim de proceder a um processo de gestão apropriado a cada grupo.

Essa metodologia é um importante instrumento para o administrador que trabalha com a organização de medicamentos.

Segundo este procedimento, os materiais de consumo podem ser divididos em três classes:

- **Classe A:** abriga o grupo de itens mais importante, que devem receber uma atenção especial da administração, correspondendo a um pequeno número de medicamentos, cerca de 20% dos itens, porém representando cerca de 80% do valor total do estoque. Estes itens receberão do administrador um controle rigoroso e individualizado, sendo responsáveis pela maior despesa do setor.
- **Classe B:** representa um grupo de itens em situação intermediária entre as classes A e C. Seu controle será menos rigoroso que os itens da classe A. Representam um valor intermediário na despesa do setor.
- **Classe C:** engloba itens menos importantes, que justificarão menos atenção por parte da administração. Agrupa cerca de 70% dos itens, cuja importância em valor é pequena, representando cerca de 20% do valor do estoque. Neste grupo, não será necessário considerar cada item individualmente, pois são produtos de pouca importância na despesa do setor.

Cabe ressaltar que o estabelecimento da divisão em três classes (A, B, C) é uma questão de conveniência, sendo possível estabelecer tantas classes quanto necessárias para os controles que se deseja alcançar.

Após a classificação dos produtos e adotados os critérios operacionais, será importante a utilização de indicadores para o acompanhamento dos resultados.

10.13. PADRONIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS

Conforme a ANVISA, as definições de produtos para a saúde, são:

“**Equipamentos e Materiais de Saúde ou Produtos Correlatos**” são aparelhos, materiais ou acessórios cujo uso ou aplicação esteja ligado à defesa e proteção da saúde individual ou coletiva, à higiene pessoal ou de ambientes, ou a fins diagnósticos e analíticos, os cosméticos e perfumes, e, ainda, os produtos dietéticos, ópticos, de acústica médica, odontológicos e veterinários (Vide Inciso IV do Art. 3º, Decreto nº 79.094, de 5 de janeiro de 1.997)”.

Este universo, para fins de aplicação da legislação sanitária, compreende os seguintes produtos definidos na Portaria nº 2.043, de 12 de dezembro de 1.994 e Portaria SVS nº 686, de 27 de agosto de 1.998:

- ✓ Equipamentos de Diagnóstico: equipamento, aparelho ou instrumento de uso médico, odontológico ou laboratorial, destinado a detecção de informações do organismo humano para auxílio a procedimento clínico.
- ✓ Equipamentos de Terapia: equipamento, aparelho ou instrumento de uso médico ou odontológico, destinados a tratamento de patologias, incluindo a substituição ou modificação da anatomia ou processo fisiológico do organismo humano.
- ✓ Equipamentos de Apoio Médico-hospitalar: equipamento, aparelho ou instrumento de uso médico, odontológico ou laboratorial, destinado a fornecer suporte a procedimentos diagnósticos, terapêuticos ou cirúrgicos.
- ✓ Materiais e artigos descartáveis.
- ✓ Materiais e artigos implantáveis.
- ✓ Materiais e artigos de apoio médico-hospitalar.
- ✓ Produtos para diagnósticos de uso “in vitro”.

10.14. DOS PRESSUPOSTOS CRITÉRIOS E FLUXO DE TRABALHO PARA A PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS

A padronização de medicamentos tem como referência a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME, mas a relação de medicamentos que o DMS de Jacupiranga disponibiliza na sua rede de atenção à saúde, também servirá como referência.

A padronização de medicamentos e materiais médico-hospitalares objetiva:

- ✓ Uma maior eficácia administrativa, com simplificação de rotinas de aquisição, armazenamento e controle.
- ✓ Uma resolutividade terapêutica adequada.
- ✓ A racionalidade na utilização de fármacos e materiais médico-hospitalares.

- ✓ A racionalização dos custos dos tratamentos sem prejuízo para a segurança e eficácia do tratamento.
- ✓ A facilidade de farmacovigilância.
- ✓ A disciplina do receituário e uniformidade da terapêutica.
- ✓ A garantia de segurança na prescrição, reduzindo reações adversas.
- ✓ A redução de custos com estoques de produtos com a mesma finalidade terapêutica.
- ✓ O uso de produtos com qualidade comprovada.
- ✓ A redução do tempo de permanência.
- ✓ A garantia de adesividade e continuidade do tratamento, quando necessário, após alta.

10.15. CRITÉRIOS A SEREM OBSERVADOS PARA A INCLUSÃO DE MEDICAMENTOS

Observaremos os seguintes critérios para incluir medicamentos nos processos assistenciais executados na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO:

- ✓ Registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.
- ✓ Valor terapêutico comprovado, com suficientes informações clínicas na espécie humana e em condições controladas, sobre a atividade terapêutica e farmacológica.
- ✓ Composição perfeitamente conhecida, com somente um princípio ativo, excluindo-se, sempre que possível, as associações fixas.
- ✓ Baixa toxicidade.
- ✓ Denominação pelo princípio ativo, conforme Denominação Comum Brasileira.
- ✓ Informações sobre as características farmacocinéticas e farmacodinâmicas.
- ✓ Estabilidade em condições de estocagem e uso e facilidade de armazenamento.
- ✓ Menor custo de aquisição, armazenamento, distribuição e controle, resguardadas a qualidade, segurança e eficácia.
- ✓ Menor custo do tratamento/dia e custo total do tratamento, resguardadas a qualidade, segurança e eficácia.
- ✓ Preferência de medicamentos clinicamente apropriados para o tratamento de mais de uma enfermidade.
- ✓ Disponibilidade no mercado nacional.
- ✓ Formas farmacêuticas, apresentações e dosagem que facilitem a comodidade para a administração aos pacientes a que se destinam e o fracionamento ou a multiplicação das doses.

- ✓ Solicitação de inclusão do medicamento recomendada pelo chefe do serviço solicitante.

10.16. CRITÉRIOS A SEREM OBSERVADOS PARA A INCLUSÃO DE MATERIAIS MÉDICO-HOSPITALARES

Observaremos os seguintes critérios para incluir materiais médico-hospitalares nos processos assistenciais executados:

- ✓ Registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.
- ✓ Informações suficientes sobre as características, utilização, desinfecção, esterilização do material.
- ✓ Estabilidade em condições de estocagem e uso e facilidade de armazenamento.
- ✓ Menor custo de aquisição, armazenamento, distribuição e controle, resguardadas a qualidade.
- ✓ Disponibilidade no mercado nacional.
- ✓ Solicitação de inclusão do material recomendada pelo solicitante.

10.17. CRITÉRIOS A SEREM OBSERVADOS PARA A SUBSTITUIÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS MÉDICO-HOSPITALARES PADRONIZADOS

A substituição de medicamentos e materiais médico-hospitalares padronizados, justificar-se-á quando o novo produto apresentar vantagem comprovada em termos de:

- ✓ Menor risco/benefício.
- ✓ Menor custo/tratamento.
- ✓ Menor custo de aquisição, armazenamento, distribuição e controle.
- ✓ Maior estabilidade.
- ✓ Propriedades mais favoráveis.
- ✓ Maior comodidade na utilização.
- ✓ Facilidade de dispensação.


10.18. CRITÉRIOS A SEREM OBSERVADOS PARA A EXCLUSÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS MÉDICO-HOSPITALARES PADRONIZADOS

A exclusão de medicamentos e materiais médico-hospitalares da lista de padronização ocorrerá sempre que for evidenciado que:

- ✓ Haja disponibilidade de alternativas de maior segurança.
- ✓ Haja disponibilidade de alternativas mais eficazes e/ou de melhor relação custo/benefício.
- ✓ O produto não apresentou demanda justificável Nos últimos 12 meses.

10.19. SOLICITAÇÕES DE INCLUSÃO, SUBSTITUIÇÃO OU EXCLUSÃO DE MEDICAMENTOS PADRONIZADOS

A Solicitação de Alteração na Lista de Padronização de Medicamentos será encaminhada à Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos, através de solicitação em formulário próprio, acompanhado da documentação exigida, conforme modelo:

		
(NOME DA UNIDADE DE SAÚDE GESTADA)		
FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO NA LISTA DE PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS		
Inclusão (<u> </u>)	Substituição (<u> </u>)	Exclusão (<u> </u>)
IDENTIFICAÇÃO DO PRODUTO		
Nome Genérico (DCB):		
Forma(s) Farmacêutica(s):		
Grupo(s) Farmacológico(s) (ACT):		
Principais Indicações Terapêuticas:		
<u>Contra indicações</u> . Precauções, Efeitos Adversos e Toxicidade Relacionada ao Uso Deste Medicamento:		
JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO		
Inclusão ou Substituição: <ul style="list-style-type: none"> • anexar dados da avaliação de uso em comparação com outras terapias semelhantes e referências de estudos clínicos relevantes; • anexar dados de biodisponibilidade e farmacocinética em todas as vias; • anexar relação de nome(s) comercial(is) e laboratório(s) fabricante(s); • anexar Dose Diária Definida em todas as vias, em adultos, crianças e em casos especiais como pacientes com disfunção hepática ou renal; • duração do tratamento e comparação de custo/dia e custo/tratamento; • o produto integra o elenco de algum programa governamental? 		
Exclusão: <ul style="list-style-type: none"> • anexar resumo de evidências clínicas, econômicas e/ou epidemiológicas que justifiquem a solicitação, com referências bibliográficas. 		
DADOS DO PROPONENTE		
Autor da Solicitação (nome e CRM):		
Área Técnica:		
Assinatura:	Data:	

10.20. SISTEMAS DE DISPENSAÇÃO

Uma Farmácia Hospitalar precisa ser organizada de forma que faça a dispensação de medicamentos de maneira adequada aos pacientes.

Certamente, a forma escolhida será influenciada pelas características de cada equipamento e a disponibilidade de recursos para a implantação de seu sistema de dispensação.

A escolha do sistema de dispensação deve visar basicamente segurança, economia e eficiência.

Além disso, alguns dos objetivos desse sistema devem ser:

- ✓ Dispensação de forma racional e ordenada;
- ✓ Redução de gastos;
- ✓ Redução de erros de administração de medicamentos;
- ✓ Aumento da segurança do paciente; e,
- ✓ Aumento do controle sobre o uso dos medicamentos, através do acesso do farmacêutico a informações sobre o paciente.

10.20.1. Tipos de Sistemas de Dispensação

Existem três principais tipos de dispensação de medicamentos, cada qual com suas vantagens e desvantagens.

São eles:

➤ **Dispensação Coletiva**

Esse é um sistema mais propenso a falhas, já que não há participação direta do farmacêutico na dispensação, a farmácia é vista apenas como fornecedora de medicamentos, pois apenas envia uma quantidade de remédios e os mesmos são estocados nas unidades de enfermagem. A solicitação é feita em nome dos setores, que vão ministrando os medicamentos à medida que chegam as prescrições médicas para os mesmos.

Vantagens: o custo de implantação é baixo e o número de colaboradores na farmácia, bem como seu horário de funcionamento, é reduzido. As movimentações do estoque também são registradas com facilidade. Além disso, a quantidade de medicamentos nas unidades facilita para que sejam utilizados imediatamente após a prescrição.

Desvantagens: há um desvio na atividade farmacêutica, pois a dispensação passa a ser feita pela enfermagem. A probabilidade de perdas de medicamentos e de erros de administração é maior. Além disso, acontece a formação de subestoques de remédios, o que dificulta o controle logístico dos estoques.

➤ **Dispensação Individual**

Nesse sistema, a solicitação dos medicamentos à Farmácia é feita de acordo

com o que cada paciente vai usar durante 24 horas, o que promove um melhor controle dos medicamentos.

Nesse caso, o farmacêutico é o responsável por conferir a dispensação, controlar o estoque, analisar o perfil farmacoterapêutico do paciente, supervisionar a reposição dos medicamentos e o aviamento das prescrições médicas.

Vantagens: com a farmácia centralizando os estoques, há menor quantidade de perdas e desvios de medicamentos. Esse sistema também promove a integração do farmacêutico com a equipe de saúde, reduzindo o tempo do pessoal de enfermagem com relação às atividades com medicamentos.

Desvantagens: o custo de implantação é maior, bem como a quantidade necessária de colaboradores na farmácia. Há ainda a necessidade de plantões na farmácia hospitalar, que deverá funcionar em horário integral.

➤ **Dose Unitária**

Esse é o sistema utilizado pelo INCS, que reduz o risco de erros na dispensação, pois os medicamentos são previamente fracionados seguindo os Protocolos preconizados pelo CRF – Conselho Regional de Farmácia, sendo reembalados individualizadamente, identificados com etiquetas com código de barra, cadastradas no sistema informatizado da Farmácia. O código de barras do sistema, contém todas as informações acerca do medicamento, tais como, princípio ativo, número do lote, validade da medicação, entre outros.

Nesse processo os medicamentos são dispensados através da prescrição médica, sendo separados pelo farmacêutico e identificados com o nome do paciente, número do leito em que se encontra e horário da administração.

Dessa forma, é possível estudar sobre as interações medicamentosas e possíveis reações adversas, além de garantir que o remédio certo, chegará ao paciente certo e na hora certa.

Vantagens: reduz o custo e a incidência de erros na administração de medicamentos, além de aumentar a segurança dos pacientes. Integra o farmacêutico à equipe multidisciplinar e promove mais tempo para a enfermagem se dedicar aos pacientes. Completa rastreabilidade do serviço da Farmácia Clínica desde a origem até a dispensação e utilização da medicação.

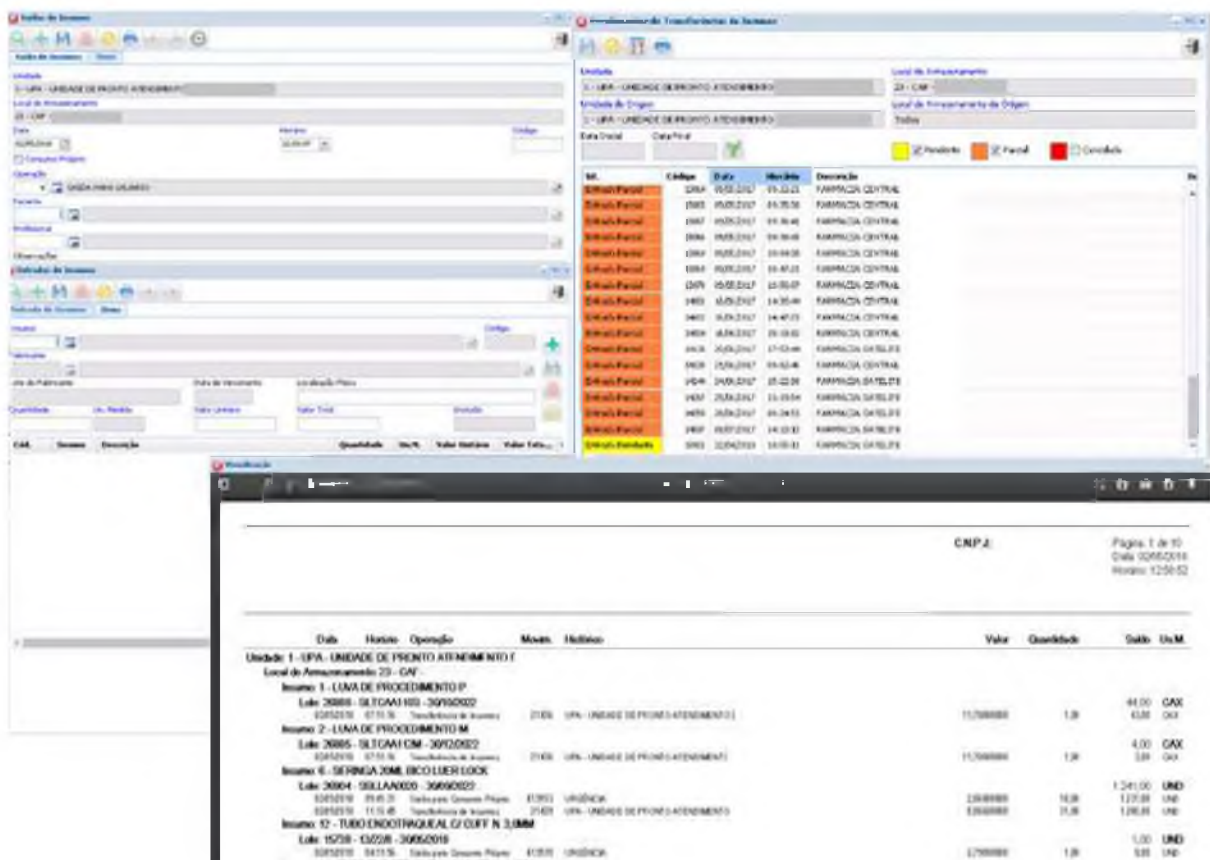
Desvantagens: maior custo de implantação e investimento inicial em contratação e treinamento de colaboradores (ao longo do tempo o investimento se paga).

10.21. SISTEMA INFORMATIZADO

➤ **Emite Relatórios Comparativos de:**

- entradas de medicamentos em anos e meses anteriores, com percentual

- de aumento ou diminuição nas entradas de medicamentos em cada período;
- saídas de medicamentos em anos e meses anteriores, com percentual de aumento ou diminuição nas saídas de medicamentos em cada período;
- transferências de medicamentos em anos e meses anteriores, com percentual de aumento ou diminuição nas transferências de medicamentos em cada período; e,
- ajustes de estoque em anos e meses anteriores, com percentual de aumento ou diminuição nos ajustes de estoque em cada período.



10.22. COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE MATERIAIS, MEDICAMENTOS E EQUIPAMENTOS – CPMME

A Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos – CPMME da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, funcionará como um órgão de assessoria da Gerência Administrativa, das Direções e Coordenações Médicas, tendo como finalidade, garantir uniformidade na escolha e homologação de fármacos, materiais e equipamentos, para a promoção da eficiência e da eficácia

na realização dos procedimentos, assim como, para a melhoria na qualidade do atendimento aos usuários da Unidade.

Não existem leis, normativas, resoluções ou portarias publicadas que regulamentem a CPMME, sendo que a mesma, será de caráter temporário no início, no período de 01 (um) ano. Caso, o DMS concorde, apoie, e, aloque os recursos necessários, ela se tornará uma Comissão de caráter permanente, pois participará ativamente do Processo de Acreditação, caso haja o interesse.

Será uma instância de caráter consultivo e de assessoria da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, vinculada à Gerência Administrativa, à Direção Técnica Médica, e à Coordenação Médica, cujas ações estarão voltadas à promoção do uso racional de medicamentos e materiais médico-hospitalares, dentre outras:

- ✓ A padronização de medicamentos e materiais médico-hospitalares nos diversos níveis de complexidade da Unidade de Saúde.
- ✓ O estabelecimento de critérios para o uso de medicamentos e materiais médico-hospitalares selecionados.
- ✓ A avaliação do uso dos medicamentos e materiais médico-hospitalares selecionados.

10.22.1. Atribuições da Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos

Dentre as atribuições da Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos, podemos destacar:

- ✓ Assessorar a UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO nos assuntos referentes a medicamentos e materiais médico-hospitalares.
- ✓ Propor a padronização de medicamentos e materiais médico-hospitalares da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO e sua atualização constante.
- ✓ Avaliar e emitir parecer sobre as solicitações de inclusão, exclusão ou substituição de itens da padronização de medicamentos e materiais médico-hospitalares.
- ✓ Elaborar o Formulário Terapêutico e as normas para sua aplicação, bem como outros materiais informativos sobre o uso racional de medicamentos e materiais médico-hospitalares.
- ✓ Validar protocolos terapêuticos propostos nos protocolos clínicos.
- ✓ Propor ações educativas visando o uso racional de medicamentos e materiais médico-hospitalares.
- ✓ Propor estratégias de avaliação da utilização dos medicamentos e materiais médico-hospitalares nos diversos serviços da Instituição.

10.22.2. Constituição da Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos - CPMME

A Constituição da Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos – CPMME, será nomeada pela administração da Unidade de Saúde.

A composição da CPMME será constituída por no mínimo 01 (um) profissional das categorias abaixo relacionadas:

- Coordenador Médico;
- membro da CCIH/SCIH;
- Farmacêutico;
- Enfermeiro;
- Membro do Departamento de Compras; e,
- Representante da Administração da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

10.22.3. Cronograma de Atividades da Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE MATERIAIS, MEDICAMENTOS E EQUIPAMENTOS - CPMME												
ATIVIDADE	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Constituição da CPMME												
Revisão do Regimento Interno												
Reuniões Ordinárias												
Atas das Reuniões												
Resultados Positivos												

10.22.4. Regimento Interno da CPMME

CAPÍTULO I – DA DEFINIÇÃO

Artigo 1º – A Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos – CPMME da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, funcionará como um órgão de assessoria da Administração, Diretorias e Coordenações Médicas, tendo como finalidade garantir uniformidade na escolha e homologação de fármacos, materiais e equipamentos para promover eficiência e eficácia na realização dos procedimentos e melhoria na qualidade do atendimento aos usuários da Unidade de Saúde.

CAPÍTULO II – DA FINALIDADE

Artigo 2º – A CPMME tem a finalidade de garantir uniformidade na escolha e homologação de fármacos, materiais e equipamentos para promover eficiência e eficácia na realização dos procedimentos e melhoria na qualidade do atendimento aos usuários da instituição.

CAPÍTULO III – DA COMPOSIÇÃO

Artigo 3º – A CPMME é composta:

- ✓ Por membros executores com experiência na área de gestão de materiais, nas áreas de enfermagem, medicina, farmácia e administração;
- ✓ Por membros consultores especialistas na área a ser consultada;
- ✓ Deverão compor obrigatoriamente a comissão, médico e/ou enfermeiro integrantes da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH.

Artigo 4º – Será constituída por no mínimo 01 (um) profissional das categorias relacionadas abaixo:

- ✓ Coordenador da Clínica Médica;
- ✓ Coordenador da Pediatria;
- ✓ Membro da CCIH/SCIH;
- ✓ Farmacêutico;
- ✓ Enfermeiro;
- ✓ Membro do Departamento de Compras; e,
- ✓ Representante da Administração da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

Artigo 5º – O período de gestão de mandato da Comissão é de 01 (um) ano, podendo os membros integrantes ser reindicados.

Artigo 6º – O Presidente e o Vice-presidente da Comissão, assim como todos os membros, serão nomeados pelo Administração da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

Artigo 7º – O Secretário será nomeado pelo Presidente da CPMME.

CAPÍTULO IV – DO FUNCIONAMENTO E DA ORGANIZAÇÃO

Artigo 8º – As reuniões deverão ocorrer ordinariamente 01 (uma) vez por mês, com data, local e horário, previamente definidos e informados.

Parágrafo Único: Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelos Coordenadores Médicos, pelo Presidente ou pelo Vice-Presidente da CPMME.

Artigo 9º – O Secretário deverá estabelecer previamente a pauta da reunião, informando aos membros os assuntos a serem debatidos.

Artigo 10º – O profissional que se ausentar em 03 (três) reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda 06 (seis) reuniões não consecutivas sem justificativa, será excluído.

Artigo 11º – As reuniões poderão ser realizadas mesmo na ausência do Presidente ou de seu Vice-presidente. Nestas situações a coordenação da reunião ficará a cargo do membro com maior idade entre os presentes.

Artigo 12º – As decisões da CPMME serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Artigo 13º – As reuniões da CPMME deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas. Deverá ser encaminhada cópia da ata para a Diretoria Clínica e Diretoria Administrativa da instituição.

Artigo 14º – São atribuições do Presidente da CPMME, além de outras instituídas neste Regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

- ✓ convocar e presidir as reuniões;
- ✓ representar a CPMME junto à diretoria da instituição ou indicar seu representante;
- ✓ subscrever todos os documentos e resoluções da CPMME previamente aprovados pelos membros desta; e,
- ✓ fazer cumprir este Regimento.

Parágrafo Único: Nas decisões da CPMME, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva).

Artigo 15º – São atribuições do Vice-presidente:

- ✓ assumir as atividades do Presidente na sua ausência; e,
- ✓ fazer cumprir todas as atribuições do Presidente quando na ausência do mesmo.

Artigo 16º – São atribuições e competências do Secretário da CPMME:

- organizar a ordem do dia;
- receber e protocolar os processos e expedientes;
- lavrar a ata das sessões/reuniões;
- convocar os membros da CPMME para as reuniões determinadas pelo presidente;
- organizar e manter o arquivo da CPMME;
- preparar a correspondência; e,
- realizar outras funções determinadas pelo Presidente relacionadas ao serviço desta Secretaria.

CAPÍTULO V – DOS OBJETIVOS

Artigo 17º – De acordo com o Regimento, a CPMME tem como objetivo:

- ✓ Gerenciar a lista básica de medicamentos e materiais hospitalares de uso contínuo da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.
- ✓ Manter processo permanente de atualização da lista, necessários à realização dos procedimentos médicos, assistenciais e de enfermagem, a-

través de consulta ao sistema produtivo.

- ✓ Analisar, testar e emitir parecer técnico de medicamentos e materiais hospitalares de uso contínuo.
- ✓ Elaborar a padronização de medicamentos e materiais hospitalares de uso contínuo, utilizando o método descritivo, possibilitando a orientação do processo de aquisição.
- ✓ Prestar assessoria técnica à Departamento de Compras, Logística e Suprimentos da Diretoria Administrativa e Financeira da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.
- ✓ Assegurar que os medicamentos e materiais hospitalares a serem adquiridos estejam dentro dos padrões de qualidade estabelecidos pela junta técnica.
- ✓ Manter processo permanente de avaliação da qualidade dos medicamentos e materiais médico-hospitalares adquiridos para uso contínuo.

CAPÍTULO VI – DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 18º – Compete à CPMME:

- ✓ Estabelecer critérios técnicos para avaliação e análise dos materiais médico-hospitalares em processos de aquisição.
- ✓ Elaborar instrumentos técnicos para análise e avaliação contínua de materiais médico-hospitalares.
- ✓ Elaborar a listagem de marcas de materiais médico-hospitalares não habilitados para participar de processo de aquisição.
- ✓ Criar um banco de dados com o registro dos pareceres emitidos pela Junta Técnica de Padronização e Avaliação de Qualidade de Produtos Hospitalares.
- ✓ Divulgar as alterações realizadas na Listagem Básica de Materiais Médico-Hospitalares sempre que ocorrerem, aos setores de serviços da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.
- ✓ Construir indicadores de qualidade e de produtividade do uso dos insumos constantes da relação de materiais padronizados.

CAPÍTULO VII – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 19º – Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pelos membros da CPMME em conjunto com as Coordenações Médicas da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

Artigo 20º – Este Regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Artigo 21º – O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação, devendo previamente ser aprovado pelo Conselho Administrativo da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, revogadas as disposições em contrário.

11. APRESENTAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO E CRITÉRIOS DE APLICAÇÃO

Neste item descreveremos as ações voltadas à satisfação dos pacientes e/ou acompanhantes e o detalhamento das características e estratégias de implantação dessas ações, que serão voltadas para a apuração de indicadores associados a mensuração da satisfação a partir do ponto de vista dos usuários.

Indicaremos os procedimentos que serão praticados com regularidade para esse fim, tais como:

- ✓ instrumentos de pesquisa;
- ✓ critérios de aplicação;
- ✓ objetivos; e,
- ✓ sistemáticas de aplicação de ações corretivas.

11.1. ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE AVALIAÇÃO REGULAR E PERMANENTE DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS E DOS IMPACTOS SOBRE A POPULAÇÃO ATENDIDA

As estratégias de ações que estão implantadas na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, objetivam a apuração de indicadores, que medirão por meio de pesquisas de satisfação realizadas, o nível de satisfação dos pacientes e dos acompanhantes que fizeram uso dos serviços que são gerenciados pela nossa equipe de administração e equipe assistencial.

Dentre as estratégias programadas, incluímos os totens eletrônicos nas salas de espera.

Neles, pelo sistema "touch screen", tanto os pacientes em condições, quanto seus acompanhantes, respondem a uma série de perguntas sobre os serviços (customizadas pelo nosso pessoal de TI, sob a orientação da Administração e Coordenações).

As pesquisas são compiladas digitalmente, gerando de forma automática, relatórios periódicos com os resultados obtidos.

Para as pessoas que não estão habituadas com o mundo digital, serão fornecidos formulários físicos para a realização das pesquisas.

Além disso, manteremos uma "Caixa de Sugestões" permanentemente na recepção da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

11.2. APRESENTAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO CRITÉRIOS DE APLICAÇÃO E AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO

Realizamos Pesquisas de Satisfação nos quesitos já mencionados, cujos Indicadores de Impacto Verificáveis, serão utilizados posteriormente para:

- Quantidade.
- Ensino e Pesquisa.
- Qualidade.
- Gestão.

Os Indicadores de Impacto Verificáveis serão compilados, dimensionados e analisados em relatórios distintos, e serão enviados periodicamente para o Departamento Municipal de Saúde de Jacupiranga e para a Comissão de Avaliação e Fiscalização do Contrato de Gestão, de forma digitalizada. Eles servirão como objeto de estudo por parte de nossa administração no planejamento de ações que objetivam a constante melhora na qualidade e excelência dos serviços, bem como para a produtividade e resolutividade do processo de assistência. Servirão também, como instrumento de avaliação por parte da Comissão de Avaliação e Fiscalização do Contrato de Gestão, para o acompanhamento dos resultados e das intervenções que realizarmos quando necessário.

As pesquisas realizadas, juntamente com outros indicadores, serão formatados em relatórios digitalizados (alguns já foram apresentados), contendo de maneira abrangente, os itens abaixo:

- **Quantidade**
Avaliação das metas quantitativas pactuadas no Contrato de Gestão, com a descrição dos serviços, mensuração e comparação do executado com o pactuado.
- **Ensino e Pesquisa**
Programação trimestral de eventos de Educação Continuada; programa de Educação Permanente (NEP) para médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, equipe de apoio e demais colaboradores da Unidade.
- **Qualidade**
Avaliação das pesquisas de satisfação dos usuários; avaliação de satisfação dos colaboradores; determinações das Comissões Multidisciplinares; análise de prontuários e fármaco-vigilância.
- **Gestão**
Redução do tempo médio de espera e de permanência na Unidade; redução da taxa de infecção hospitalar; redução da taxa de mortalidade; humanização; custos; implantação de novos temas no programa de Educação Permanente pelo NEP; treinamentos; capacitação constante e desenvolvimento de colaboradores; modelos orçamentários e econômico-

financeiros; atualização dos protocolos clínicos e atualização dos protocolos de enfermagem.

Assim, estes relatórios de avaliação demonstrarão paulatinamente a evolução dos seguintes itens:

- ✓ acesso e disponibilidade;
- ✓ acolhimento e humanização;
- ✓ relação usuário/profissional de saúde;
- ✓ eficácia e resolutividade;
- ✓ infraestrutura; e,
- ✓ informação e participação na gestão do voluntariado e da população.

Contudo, no que tange a questão da qualidade, não podemos confundir-la com os resultados das Pesquisas de Satisfação que são realizadas para os usuários, somente pela ótica deles, pois tal avaliação não acontece a partir da perspectiva e da definição de conhecimentos técnicos, bem como do que se deve entender por qualidade.

Assim, a avaliação sobre a satisfação dos usuários, deve ser entendida em sua conexão com a "percepção de qualidade", sendo considerada como um dos componentes da avaliação dos Indicadores de Resultados descritos acima, concomitantemente à avaliação dos órgãos e instâncias capazes de entender o real sentido técnico de qualidade.

Dessa forma, como já exposto, tais indicadores são compilados e disponibilizados para o auxílio em feedback à nossa própria gestão, bem como para o acompanhamento dos mesmos pelo DMS e pela Comissão de Avaliação e Fiscalização do Contrato de Gestão.

Concomitantemente às ações de avaliação acima descritas, realizaremos periodicamente oficinas de trabalho, dinâmicas de grupo e treinamento continuado e permanente, onde verificaremos o grau de dificuldade em cada setor e de cada colaborador.

Ao final de cada encontro, ter-se-á uma conclusão consensual que fornecerá elementos para a complementação dos relatórios, que em feedback, subsidiarão o aperfeiçoamento dos Protocolos Operacionais Padrões (POPs), servindo ainda para intervir com eficácia no processo de gestão, aumentando constantemente a qualidade do atendimento, do trabalho desenvolvido e da excelência dos serviços.

Compilamos os resultados de todas as pesquisas num Índice de Satisfação da Clientela – ISC, produzindo assim, os Indicadores de Qualidade.

Como mostrado no começo desse Plano de Trabalho, a própria Prefeitura Municipal, encomendou recentemente, através do IPPLAN, pesquisa sobre as UPAs de São José dos Campos, ocasião na qual, a UPA PUTIM obteve o melhor resultado dentre todas, com excelentes índices de performance.

O Índice mencionado, é a relação percentual entre a quantidade de avalia-

ção entre bom e ótimo e o total de pessoas pesquisadas, demonstrado pela fórmula abaixo:

$$\text{ISC} = \frac{\text{Quantidade de Avaliação Entre Bom e Ótimo}}{\text{Total de Pessoas Pesquisadas}} \times 100 = \text{maior ou igual a } 80\%$$

11.3. SISTEMÁTICAS DE APLICAÇÃO DE AÇÕES CORRETIVAS A PARTIR DO MONITORAMENTO

Numa atividade contínua de monitoramento descrita no item anterior, estabelecemos sistemáticas de aplicação de Ações Corretivas a partir desse monitoramento para:

- ✓ melhorar o desempenho das devidas áreas;
- ✓ entender o que modificar;
- ✓ quantificar o quanto se quer melhorar;
- ✓ entender qual a situação atual em relação a determinada meta; e,
- ✓ entender a quanto se está distante da meta.

11.3.1. Medição

"Obtemos aquilo que inspecionamos (medimos), não aquilo que esperamos".

A medição é necessária para confirmar que os esforços dispendidos na melhoria tiveram efeito.

Medição deve ser associada à melhoramentos, pois o mais importante motivo para a medição, é apoiar o sistema de melhorias.

O sistema de medição é como o painel de instrumentos de um avião, onde cada instrumento indica uma variável. O piloto utiliza uma série de medições para conduzir bem o avião, ele não utiliza apenas uma medição.

Assim medição serve para: controle, previsão, estimativa, tomada de decisões, identificação de problemas, solução de problemas, avaliação de melhoramentos (monitoramento da implantação da estratégia, "feedback" contínuo, parte do processo gerencial).

Não se pode medir aquilo que não se pode definir operacional e conceitualmente.

A medição é o único mecanismo que nos permite saber se estamos removendo sistematicamente as causas comuns e especiais dos erros de nossos sistemas e processos, a uma velocidade razoável, devendo ser utilizada de maneira eficaz para impulsionar e motivar a melhoria da performance.

Dessa forma, a medição pode nos dizer onde precisamos de melhoria, ajudando-nos a priorizar os alvos de nossas energias e recursos, podendo inclusive motivar-nos, podendo dizer-nos quando nos tornamos melhores, sendo parte natural e inerente ao processo gerencial.

Concluindo, não se pode medir e definir aquilo que não se compreende, sendo que a melhor pessoa para medir o trabalho é quem o executa, pois a medição proporcionará de forma contundente, uma base sólida e comum para a tomada de decisão, para proporcionar melhoria de trabalho e de ações dos próprios medidores.

11.3.2. Relação Com Clientes

A partir do momento que sabemos como o cliente avalia o nosso trabalho, transformamos essa avaliação num indicador. É uma forma de mensurar o grau de satisfação do cliente.

➤ **Critérios de Performance**

- ✓ Eficácia: significa realizar as coisas certas, pontualmente e com os requisitos de qualidade especificados. A eficácia está na saída do processo. A sua medida é igual a: output obtido/output esperado, ou seja, fizemos aquilo que nos propusemos a fazer?
- ✓ Eficiência: é medida na entrada do processo. Refere-se a consumo de recursos. Quantos recursos consumimos em relação ao que propusemos consumir?
- ✓ Qualidade: fizemos as coisas que nos propusemos, tão bem quanto deveríamos?
- ✓ Produtividade: produzimos aquilo que deveria ser produzido?
- ✓ Qualidade de vida no trabalho: refere-se à ergonomia e satisfação em trabalhar na Unidade de Saúde. Estamos trabalhando corretamente?
- ✓ Orcamento (utilizado para centros de custo): consumimos corretamente os recursos?
- ✓ Inovação: inovar para melhorar a performance.

➤ **Responsabilidades dos Colaboradores**

Fazer o trabalho em tempo, dentro da especificação de qualidade, com a quantidade certa de recursos e melhorar continuamente a performance do indivíduo, do grupo, da organização e dos sistemas, através da inovação!

➤ **Estabelecimento de Padrões**

É necessário estabelecer padrões para avaliar os Indicadores. Na fase de implantação podem haver dificuldades na obtenção desses padrões. Assim estabelecemos uma sequência que será perseguida, até se atingir o último tópico.

Comparamos seus índices com:

- dados históricos;
- dados de instituições do mesmo ramo; e,
- dados dos melhores especialistas no assunto (benchmarking).

➤ **Uso de Indicadores**

Os Indicadores existem para serem avaliados e para a tomada de decisão de ações corretivas, necessárias ao atingimento das metas quali-quantitativas, através da:

- ✓ análise crítica e atualização;
- ✓ redução do ciclo de tempo desde a coleta de dados até a análise crítica e implementação das ações corretivas/recomendações;
- ✓ acesso dos Indicadores a todos que dele necessitam;
- ✓ integração dos dados com o plano de melhoria; e,
- ✓ relacionamento dos mesmos com os registros da qualidade.

11.4. METODOLOGIA UTILIZADA PARA MENSURAR A QUALIDADE DO ATENDIMENTO MÉDICO

Os prontuários médicos serão verificados pelos CIDs, afim de analisarmos a prevalência das patologias existentes, e se estão de acordo com a sazonalidade esperada para a época do ano em que ocorrem os atendimentos.

Após tal procedimento, as Comissões Multidisciplinares verificam se as condutas médicas estão de acordo com o Manual de Condutas e Protocolos Médicos que se encontram implantados pela nossa gestão na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

Verificamos também se a resolutividade dos casos estão satisfatórias, através do controle dos números de retornos dos pacientes e da avaliação dos óbitos ocorridos na Unidade, ou ainda, após as transferências necessárias para outras Unidades de Saúde de maior complexidade.

12. QUALIDADE SUBJETIVA

Demonstraremos a seguir o conjunto de aspectos relacionados ao ponto de vista de percepção que os usuários, ou seja, àquela percepção de qualidade (Qualidade Subjetiva), que os pacientes e seus familiares obterão na ocasião de

suas passagens e/ou utilização dos serviços que utilizarem na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

12.1. ESTRUTURAÇÃO DA INFORMAÇÃO AOS USUÁRIOS ACERCA DO PROCESSO DE ATENÇÃO

Apresentaremos a indicação dos locais onde efetuiremos a informação aos usuários acerca do processo de atenção, bem como os horários e a frequência dessas informações, que ficarão basicamente, no local de maior concentração de pacientes e seus acompanhantes, que é a Recepção e a Sala de Espera, sendo estruturada através dos totens eletrônicos, dos monitores de televisão instalados na Sala de Espera, bem como em banners e panfletos que serão expostos e distribuídos a todos. As informações acerca do processo de atenção e dos itens pesquisados serão de fácil compreensão e didática simples e objetiva.

12.1.1. Pesquisa de Opinião ou Nível de Satisfação do Usuário

Já apresentamos no item 11. APRESENTAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO E CRITÉRIOS DE APLICAÇÃO, deste Critério C4 – APRESENTAÇÃO DAS ATIVIDADES PROPOSTAS REFERENTES À QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRESTADA.

12.2. POLÍTICAS DE HUMANIZAÇÃO (SERVIÇO DE OUVIDORIA)

No âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a saúde para instituir-se e consolidar-se como direito, precisa estar garantida na reafirmação dos princípios que norteiam a proposição do Sistema.

Para que isso aconteça o SUS deve garantir o acesso aos serviços com responsabilização, resgatar o protagonismo dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de serviços de saúde e fortalecer a participação do usuário.

Consoante com a nova cultura de valorização da dimensão biológica e da dimensão subjetiva e social da produção de saúde e de sujeitos preconizada na Política Nacional de Humanização – PNH da atenção e da gestão em saúde, reafirma-se a importância da escuta e do Acolhimento na relação com o usuário, trabalhadores, gestores e destes entre si.

No exercício diário da escuta e do acolhimento às diferentes demandas e necessidades dos sujeitos, escutar implica em acolher e, acolher significa criar com

o outro, fortalecendo simultaneamente, o compromisso com os direitos de cidadania e com o trabalho interdisciplinar, ensejando dessa forma, a construção de uma nova forma de organização do trabalho em saúde.

Nesse contexto, e apoiada nos princípios do SUS, nas diretrizes e objetivos da PNH e da Política de Gestão Estratégica e Participativa, a Ouvidoria surge como uma das estratégias potenciais para a consolidação dessa nova cultura nas instituições de saúde e no SUS como um todo na medida em que, ao se caracterizar como um mecanismo que favorece a comunicação dos usuários e dos trabalhadores entre si, com a instituição na qual atua e com o sistema, configurando-se como um agente permanente em defesa da cidadania.

A Ouvidoria é, portanto, um instrumento para o fortalecimento da cidadania e do trabalho interdisciplinar que deve ter seu fazer sustentado em um processo pedagógico, educativo e propositivo.

Ao caracterizar-se como espaço para recepção, notadamente, das dúvidas do usuário, de suas sugestões, possíveis críticas e também elogios, potencializa sua capacidade para diagnosticar e agilizar a proposição de mudanças frente às demandas recebidas, ou para manter determinadas condutas que visam garantir e ampliar a qualidade do atendimento prestado aos cidadãos.

Assim, o trabalho da Ouvidoria objetiva possibilitar ao usuário, aos trabalhadores e gestores o exercício da cidadania através da transparência na realização das ações dentro das instituições públicas e no Sistema como um todo, proporcionando a cada cidadão dar seu parecer a respeito da atenção recebida, seja este parecer positivo ou negativo.

É importante ressaltar, que um dos papéis mais relevantes da Ouvidoria consiste em atuar como espaço que entrelaça o controle social com a temática da relação entre o profissional de saúde e o usuário, sinalizando para a importância da dimensão dialógica dessa relação.

Recorrendo a um dos eixos discursivos da PNH, tão brilhantemente apontados por Deslandes (2.004), no qual a ampliação do processo comunicacional nas instituições materializa o processo de humanização do atendimento, é possível vislumbrar que o espaço da Ouvidoria, embora ainda se configure como um espaço formal, pode vir a tornar-se um instrumento facilitador das verbalizações das demandas dos usuários, se amparado no desenvolvimento de uma "nova cultura de acolhimento" que baseada nos valores da solidariedade e da alteridade, pressuponha o conhecimento do outro, das suas expectativas, das suas representações e práticas.

Essa forma de acolher, essa nova atitude e esse novo olhar sobre o outro, oportuniza a resignificação do estar com alguém, escutá-lo verdadeiramente.

Implica afirmar o acolhimento como um dos aspectos de maior relevância ética/ estética/ política, no fazer dos profissionais de saúde, na medida em que permite explicitar:

- O compromisso com o reconhecimento do outro, por meio de atitudes de acolhimento às diferenças, dores, alegrias, modos de viver, sentir e estar na vida.
- A possibilidade de identificar e/ou produzir nos encontros com esse outro estratégias que contribuam para dignificar a vida e o viver, e assim, para construir nossa própria humanidade.
- O compromisso coletivo de envolver-se nesse “*estar com*”, de modo a potencializar o protagonismo e a vida nos diferentes encontros.

Acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir. O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa em suas várias definições, uma ação de aproximação, um estar com e um estar perto de, ou seja, uma atitude de inclusão.

Podemos assumir então, que acolher é cuidar e portanto andam juntos, mesclam-se e interrelacionam-se continuamente. Pressupõe colocar-se ao lado do sujeito, inclinar-se diante da sua dor. Permite-nos no encontro com o outro, inevitavelmente, compartilharmos o universo das relações.

Assim, acolher e cuidar torna imperativo, um exercício permanente de liberdade que permite a cada sujeito entrar em contato com as sensações, fantasias e emoções do outro e também com aquelas mobilizadas em si.

O Acolhimento, portanto, deve estar presente em todas as relações e nos encontros que vivenciamos na vida e, em especial, no fazer cotidiano do Ouvidor.

Reafirmando concepções já enunciadas, é no encontro com o outro que reatualizamos enquanto protagonistas, nossas experiências mais remotas diante do desamparo, do sofrimento, do desconhecido, da qualidade da presença ou ausência daquele de quem, como sujeitos, esperamos o alívio, o conforto, o e cuidado na verdadeira acepção da palavra.

Podemos afirmar que um dos principais desafios para o Ouvidor consiste em reativar nos encontros e na escuta, a capacidade de cuidar ou de estar atento para acolher, especialmente, tendo o coletivo como plano de produção da vida; o cotidiano como plano ao mesmo tempo de reprodução, de experimentação e invenção de modos de vida e, principalmente, de assumir a indissociabilidade entre o modo de nos produzirmos como sujeitos e os modos de estarmos verdadeiramente nos verbos da vida, quais sejam: trabalhar, viver, amar, sentir, produzir saúde em todas as dimensões - física, social, política, emocional. Em suma, de verdadeiramente sermos.

Portanto, como ouvidores, somos solicitados permanentemente, ao exercício da função de interpretes de sinais e de interpretes de níveis primitivos de comunicação, diante dos quais precisamos resgatar os mínimos indícios sensoriais dos gestos, do olhar, do toque, a fim de estabelecermos com esses sujeitos uma relação que promova, antes de tudo, o desenvolvimento de recursos mais evoluídos de comunicação e de reação frente às dificuldades vitais e cotidianas.

Focalizando o espaço estrito das instituições de saúde pode-se afirmar a existência da Ouvidoria como instância cujo objetivo reside em aprimorar o relacionamento entre as instituições/sistemas de saúde e os sujeitos usuário/trabalhadores e gestores.

Nesse sentido, atuar na perspectiva de humanizar as relações, implementar a escuta qualificada, resgatar e fortalecer o comportamento ético dos trabalhadores, usuários e gestores, procurando articular o cuidado técnico e científico com o cuidado humano numa relação de respeito mútuo, se apresenta como importante desafio a enfrentar, principalmente, diante da resistência presente em parcela significativa dos profissionais de saúde, em instituir qualquer forma de controle social ou regulação dessas relações.

Essa resistência resulta, principalmente, das implicações relacionadas à produção de formas de descentralização do poder, historicamente concentradas nos profissionais de saúde e produtora de relações assimétricas de poder, se justifica por caracterizar-se como movimento contrário a uma nova lógica imanente nos princípios doutrinários do SUS e fortemente disseminada nos pressupostos éticos, estéticos e políticos da Política Nacional de Humanização, que preconiza o protagonismo e ressalta o papel de centralidade do sujeito usuário no acesso a ações e serviços de saúde de qualidade, assegurados como direito e materialização da cidadania.

É importante ressaltar que o processo de democratização nas relações de trabalho entre trabalhadores e gestores e destes com os usuários, requer questionar as características de verticalização tanto de decisões quanto de poder no interior dos serviços de saúde. Requer questionar e identificar formas alternativas de construir ouvidorias cuja atuação esteja pautada em processo permanente de negociação, em constante aprendizagem e busca de respostas em um universo de possibilidades e formas de articulação. Requer ainda, construir ouvidorias com capacidade de intervenção, independência em relação à lógica institucional, bem como, dotadas de mecanismos capazes de ampliar a visão das relações dentro e fora das instituições. Ouvidorias que atuem de forma autônoma e centrada no sujeito como cidadão de direitos sem, no entanto, perderem de vista seu caráter administrativo; que busquem superar e não negar o modelo institucional vigente, trabalhando a relação usuário-trabalhador-gestão, rumo a novas formas de usar saberes na construção de novos modos de fazer. Esse é o desafio!

Enfim, para que a Ouvidoria possa atingir plenamente seus objetivos, o de ser um canal para ouvir a voz do cidadão, é necessário que tenha uma estrutura na qual a pessoa que é responsável tenha respaldo institucional, e não só da direção.

É fundamental que a comunidade assuma a Ouvidoria como um projeto institucional e a reclamação como uma questão eminentemente social e não

apenas individual. Somente assim as ouvidorias podem amplificar a voz dos usuários e propiciar a melhoria da qualidade da atenção no âmbito do SUS.

Calculado nessas premissas, criaremos o Serviço de Atendimento ao Usuário – SAU, para Acolhimento, verificação da qualidade do serviço prestado, sendo discutido e monitorado pelas chefias imediatas e Comissões pertinentes.

Dessa maneira, em complemento ao serviço a ser gerido junto ao município e em parceria com o Serviço de Ouvidoria já presente no município, o INCS criará um Serviço de Ouvidoria ativa, que será capaz de promover estratégias eficazes para escuta do cidadão, não apenas recebendo as manifestações por meio dos canais de acesso, mas também buscando ativamente as informações, realizando pesquisas ou atuando de forma itinerante, visando obter dados de forma sincrônica aos fatos para subsidiar a gestão, o controle social e a resposta positiva em tempo hábil ao usuário do SUS. Para a realização deste serviço, será alocado funcionário exclusivo, em local apropriado, junto ao serviço de saúde, com todos os equipamentos necessários para o desenvolvimento de tais atividades.

Vale ressaltar novamente, que realizamos ininterruptamente Pesquisas de Avaliação e satisfação na Unidades de Pronto Atendimento que gerimos, nos vários municípios que estamos presentes, com totens eletrônicos e formulários físicos de avaliação dos serviços, sendo que as respostas são compiladas para futura divulgação e análise dos resultados.

Além disso, implantamos um sistema de entrevistas direta com os pacientes que tem condições, assim como seus acompanhantes, para abordar de uma forma mais humana os usuários do serviço.



Vista do Totem Eletrônico de Pesquisa de Satisfação da UPA 24 HORAS PUTIM

C5. APRESENTAÇÃO DOS MEIOS SUGERIDOS E CRONOGRAMAS PARA EXECUÇÃO AS ATIVIDADES

1. ORGANIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS

Apresentaremos a seguir os recursos humanos estimados, apontados por categoria, a quantidade de profissionais, a carga horária de trabalho, o salário de cada categoria profissional, o regime de contratação, o tipo de vínculo com a Unidade de Saúde, os manuais de contratação, as competências, entre outros.

1.2. RECURSOS HUMANOS

Ressaltamos que a quantidade de atividades previstas por serviço contratado, diante da capacidade instalada e dos objetivos abordados neste Plano de Trabalho, corresponderá com as solicitadas no Edital e seus Anexos, ou seja, a equipe médica, a equipe de enfermagem, a equipe de apoio e os serviços terceirizados, que constituirão a contingência total de colaboradores, diretos e indiretos, serão suficientes para executar as quantidades descritas no Anexo Técnico que as determina, levando-se em conta tanto a capacidade instalada na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, quanto a capacidade instalada em nossa Central Administrativa, para o cumprimento das metas pactuadas a serem atingidas, no que tange à produtividade, resolutividade, qualidade e resultados esperados.

A seguir descreveremos as Políticas de Gestão de Pessoas a serem praticadas pelo INCS – Instituto Nacional de Ciências da Saúde.

1.2.1. Ações Para a Gestão de Pessoas

A principal atividade do Departamento de Recursos Humanos, será a Política de Gestão de Pessoas.

Apresentaremos a definição dos critérios para o estabelecimento e manutenção da estrutura de cargos e salários do INCS – Instituto Nacional de Ciências da Saúde, bem como formalização de um conjunto de normas e procedimentos que disciplinarão sua política salarial.

➤ **Objetivo**

Definição dos critérios para o estabelecimento e manutenção da estrutura de cargos e salários do INCS, bem como formalização de um conjunto de normas e procedimentos que disciplinarão sua política salarial.

➤ **Introdução**

No Departamento de Recursos Humanos estarão dispostas as normas, as regulamentações e as informações que nortearão as práticas de contratação de pessoal e os critérios de remuneração dos mesmos, que seguem o documento máximo de controle para tal, ou seja, o nosso REGULAMENTO DE CONTRATAÇÕES, que está encartado como ANEXO V desse Plano de Trabalho.

1.2.2. Mecanismos de Recrutamento

O processo para o recrutamento das classes de trabalhadores será realizado através de processo seletivo, mediante a aplicação de prova de conhecimentos técnicos e de informática, complementada por entrevista.

1.2.3. Normas e Procedimentos de Funcionamento do Sistema de Administração de Cargos e Salários

A política salarial do INCS fundamenta-se na sistematização da administração de cargos:

- **Cargos:** é uma definição escrita do que o ocupante do cargo faz. Esse conceito é utilizado para definir as especificações do cargo, o qual relacionará as responsabilidades, os conhecimentos, as habilidades e as competências necessárias ao desempenho satisfatório do cargo. A chefia da área é responsável em comunicar o Departamento de RH, formalmente, através de um documento de comunicação interna, a necessidade da criação ou alteração de qualquer item da Descrição de Cargos, sendo o Departamento de RH responsável em levantar as informações para alterar a descrição, mediante observação do trabalho e/ou entrevistas com os ocupantes dos cargos ou seus superiores e efetuar a validação junto a chefia da área.
- **Criação de Novos Cargos:** é necessária a verificação do quadro de lotação, assim como as necessidades estratégica, e caso necessário, o mesmo é alterado na estrutura de cargos.
- **Salários:** a estrutura de cargos e salários do INCS é composta por grupos salariais que compreendem os cargos de todos os níveis hierárquicos e áreas da Instituição.
- **Salário de Admissão:** todo e qualquer colaborador, é admitido preferencial-

mente com salário de admissão estabelecido para o seu cargo (teto salarial). Excepcionalmente, o salário de admissão pode ser estabelecido acima desse limite, em função do grau de qualificação e experiência exigido do candidato ou por contingência de mercado, caso que somente ocorre sob a autorização do Diretor Administrativo. Colaboradores que são admitidos em substituição temporária de algum tipo de afastamento, ou seja, colaboradores que são admitidos com contrato por prazo determinado, são admitidos com o salário efetivo de acordo com a tabela salarial vigente.

- **Salário Para Um Novo Cargo:** para se definir a faixa salarial de um novo cargo, este deve passar pelo processo de avaliação e classificação, conduzido pelo Departamento de Recursos Humanos, com base nas atribuições do novo cargo, sendo que tal situação somente ocorre sob determinação do Diretor Administrativo.
- **Alterações Salariais:** o sistema de administração de cargos prevê as seguintes situações que poderão gerar alterações salariais:
 - ✓ **Procedimento Coletivo:** entende-se por procedimento coletivo aquele que age sobre a avaliação e classificação dos cargos, convenção sindical e determinações governamentais. Neste ponto periodicamente o INCS executa pesquisas salariais de mercado para avaliar e atualizar sua estrutura salarial.
 - ✓ **Procedimento Individual:** entende-se como procedimento individual aquele que particulariza situações de trabalho e que envolvam promoções, aumento de salários, salário de contratação, efetivação ou adequação.
- **Fim do Período de Experiência:** todo colaborador quando admitido no INCS, até ser um colaborador efetivo, passa por um período de experiência de 45 dias, que pode ser prorrogado por mais 45 dias, sendo nesse período, administrado o salário de admissão de acordo com a tabela salarial vigente. No mês subsequente ao final do período de experiência o colaborador tem o salário reajustado de acordo com a tabela salarial vigente para o salário efetivo, que corresponde ao salário de admissão acrescido de percentual estabelecido pelo INCS para a função.
- **Promoção Vertical:** são duas as modalidades de promoção vertical:
 - ✓ **Promoção Para Um Novo Cargo:** os aumentos por promoção vertical são concedidos aos colaboradores que passarem a ocupar cargos incluídos numa classe superior à classe atual do cargo dentro da estrutura de cargos e salários. A promoção vertical está vinculada à existência de vaga no quadro de colaboradores, ou pode ocorrer em função de aumento de quadro devido a aumento da demanda ou criação de novos serviços e ou departamentos. Os candidatos a uma promoção vertical passam por um processo de avaliação de desempenho conduzido pela chefia imediata e analisado pelo Departamento de RH. Os aumentos decorrentes da promoção vertical

podem ser concedidos em qualquer mês do ano, desde que o colaborador preencha os requisitos necessários à promoção. Após uma promoção na mesma carreira específica, é observado um período de experiência de 90 dias, sendo nesse período, administrado o salário de admissão do novo cargo de acordo com a tabela salarial vigente. Nesse período é avaliada a adaptação do colaborador ao novo cargo. No mês subsequente ao final do período de experiência o colaborador tem o salário reajustado de acordo com a tabela salarial vigente para o salário efetivo. Caso o colaborador não se adapte ao novo cargo, a gerência da área comunica com antecedência o fato ao Departamento de RH, que encaminha o colaborador a sua área de origem com seus direitos preservados de retorno à função anterior.

- ✓ **Reajuste Salarial (reclassificação do cargo na tabela salarial):** o aumento por reajuste salarial é concedido por reclassificação, quando um cargo receber atribuições adicionais, de maior complexidade e responsabilidade, que exijam maior conhecimento do que as atribuições atuais, justificando uma reclassificação do cargo para uma classe mais alta na estrutura de cargos. O aumento decorrente de reajuste salarial pode ser concedido em qualquer mês do ano e deve se ajustar ao orçamento definido pelo INCS. Isto somente ocorrerá mediante autorização do Diretor Administrativo do INCS.
- ✓ **Méritos:** são acréscimos salariais que serão disponibilizados aos cargos que em sua estrutura acabem adquirindo novas responsabilidades, ou ainda alterando a complexidade das atividades relacionadas ao cargo, dessa forma poderá ser disponibilizada através de gratificação ou ainda de alterações salariais que somente ocorrem sob determinação do Diretor Administrativo do INCS.

1.2.4. Normas e Procedimentos de Funcionamento do Sistema de Administração de Cargos e Salários

A política salarial do INCS fundamenta-se na sistematização da administração de cargos, seguindo os acordos e dissídios coletivos das categorias envolvidas.

1.2.5. Organização dos Recursos Humanos

Serão metodologias de trabalho, que serão implantadas no Departamento de Recursos Humanos, objetivando o recrutamento, a seleção, a integração, o controle e a avaliação dos colaboradores.

1.2.6. Normas para Seleção de Pessoal, Contratos de Trabalho, Avaliação de Desempenho e Controle do Absenteísmo

➤ **Normas para Seleção de Pessoal**

O INCS realizará a seleção dos colaboradores seguindo as normas para seleção pública através do cumprimento da Carta Magna, Constituição Brasileira de 1988.

➤ **Processo Seletivo**

Conforme tange os aspectos legais de nossa Carta Magna realizaremos Processo seletivo através de prova escrita para avaliação de capacidade técnica e científica dos candidatos, além e entrevistas técnicas e psicotécnicas, obedecendo aos princípios de publicidade, impessoalidade, transparência e concorrência.

As entrevistas serão realizadas por profissionais gabaritados de cada área específica e as provas serão de múltipla escolha e elaboradas com temas pertinentes a cada cargo a ser preenchido, obedecendo aos seguintes princípios:

- ✓ realização de prova escrita;
- ✓ correção da prova escrita;
- ✓ publicação do gabarito;
- ✓ realização de entrevistas técnicas e psicotécnicas;
- ✓ publicação dos classificados; e,
- ✓ convocação dos classificados de acordo com ordem de classificação.

As ressalvas serão para os cargos considerados pela nossa Instituição como cargos de chefia, cargos executivos e administrativos, de gerência, de coordenação e de supervisão, que serão nomeados diretamente pela mantenedora, por tratarem-se de cargos de confiança, porém os colaboradores nomeados para ocupar tais cargos deverão preencher as peculiaridades técnicas para sua execução, com graduação, pós-graduação e/ou experiência mínima de 2 anos na área específica.

➤ **Contratos de Trabalho**

Todos os contratos de trabalhos obedecerão aos princípios a Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT, sem ressalvas.

Para os servidores efetivos em regime estatutário como princípios constitucionais serão mantidos, sendo realizada a gestão dos recursos humanos.

➤ **Avaliação de Desempenho**

A gestão do desempenho é um instrumento fundamental na promoção de uma cultura de excelência no desenvolvimento dos funcionários e na melhoria da qualidade dos serviços prestados ao cidadão, à sociedade civil, empresas e comunidades.

➤ **Objetivos**

- ✓ mobilizar os funcionários em torno da missão essencial do serviço, orientando a sua atividade em função de objetivos claros e critérios de avaliação transparentes;
- ✓ reconhecer o mérito, assegurando a diferenciação e valorização dos diversos níveis de desempenho;
- ✓ promover a comunicação eficaz entre hierarquias, estabelecendo como instrumento essenciais no processo de avaliação do desempenho a entrevista mensal e a autoavaliação; e,
- ✓ fomentar o desenvolvimento profissional dos funcionários, através da identificação de necessidades de formação, a considerar necessariamente na elaboração dos planos de capacitação, educação continuada e permanente.

➤ **Confidencialidade**

Todos os prognosticadores de qualidade aferidos na avaliação de desempenho serão confidenciais, respeitando os princípios éticos e legais e o instrumento de avaliação de desempenho ficará no arquivo de recursos humanos do colaborador.

➤ **Metodologia**

A avaliação de desempenho deve ser sistematizada e continua, realizada através de instrumento que possibilite uma dimensão multifatorial da produção do trabalho, levando em conta as metas individuais de produção, assiduidade, pontualidade, motivação, humanização, conhecimento técnico para execução da função ora alocado e a capacidade individual nas relações humanas envolvendo o trabalho em equipe. A necessidade da anotação e utilização de um instrumento possibilita a avaliação do desenvolvimento de competências, acompanhamento e histórico do colaborador. A sua periodicidade é mensal nos setores, visto as produções serem aferidas mensalmente. A atribuição da execução da avaliação de desempenho será da chefia imediata, fato este crucial para uma boa relação de liderança coaching e uma veracidade dos aspectos apontados pelo avaliador.

➤ **Controle do Absenteísmo**

O controle do absenteísmo é de extrema importância, pois interfere significativamente na produção do trabalho no que tange o alcance da produtividade, economicidade, qualidade e saúde do trabalhador.

➤ **Metodologia**

O mesmo deve ser efetuado através do acompanhamento da taxa de absenteísmo, pelas chefias imediatas, pelo Departamento de Recursos Humanos e pelo Diretor da Unidade, sendo que realizarão a elaboração de gráfico com estudo aprofundado dos setores com maior incidência e prevalência. Também faremos a aplicação de instrumentos de pesquisa para

levantamento dos motivos do mesmo, visando a implantação de métodos para prevenir e reabilitar os colaboradores afastados.

➤ **Aspectos Preventivos**

- ✓ Trabalhadores motivados, acompanhados, supervisionados, elogiados pelo bom trabalho tendem a apresentar uma saúde mental, sendo assim um aspecto importante na prevenção do absenteísmo é a implantação de uma gestão compartilhada, democrática, que valoriza o colaborador, que bonifica a produtividade, a criatividade e as boas práticas. Para tanto realizaremos a capacitação de todas as chefias imediatas sobre liderança coaching.
- ✓ A saúde do trabalhador também é outra vertente fundamental no processo de controle do absenteísmo.

1.2.7. Registro, Controle de Ponto e Escala de Trabalho

➤ **Registro Profissional – CLT**

O Ministério do Trabalho, através da Portaria 41 de 28/03/2007, edita normas referentes ao registro de empregados e à anotação da carteira profissional.

A Carteira de Trabalho fica em poder do empregado, sendo que o empregador tem o prazo de 48 horas a contar da admissão, para anotar dados como data da admissão, remuneração e condições especiais do registro, se elas existirem (Artigo 5º da Portaria). As demais anotações serão feitas na data base das alterações salariais, a qualquer tempo por solicitação do empregado, em caso de rescisão, ou para comprovação perante a Previdência Social (Artigo 29º CLT). Tais anotações podem ser feitas à mão ou por meio eletrônico de impressão, por carimbo ou etiqueta, desde que com autorização do empregador ou do seu representante legal (Parágrafo 2º do Artigo 5º da Portaria 41). O empregador poderá adotar ficha de anotações, exceto com relação à admissão e demissão, que deverão ser anotadas na carteira de trabalho do empregado, sendo que este poderá solicitar o fornecimento dos dados constantes na ficha de anotações (Artigo 6º).

As anotações devem ser feitas de forma clara, sem abreviaturas, sendo que as emendas, entrelinhas, rasuras devem ser ressalvadas ao final de cada assentamento, de maneira a não gerar dúvidas (Artigo 7º da Portaria).

Permanece a proibição de qualquer anotação que prejudique o trabalhador, ou possa causar danos à sua imagem, tais como anotações referentes a sexo ou sexualidade, origem, raça, cor, estado civil, situação familiar, idade, condição de autor em reclamatória trabalhista, saúde, desempenho profissional ou comportamento (Artigo 8º).

O registro de empregados a que se refere o artigo 41 da CLT, pertence ao empregador e deverá conter obrigatoriamente nome do empregado, data de

nascimento, filiação, nacionalidade, naturalidade, número e série da CTPS, número de identificação no PIS/PASEP, data de admissão, cargo e função, remuneração, jornada de trabalho, férias, acidente do trabalho ou doenças profissionais quando houver.

O empregador pode adotar controle único e centralizado, desde que os trabalhadores portem cartão de identificação contendo seu nome completo, número de inscrição no PIS/PASEP, horário de trabalho, cargo e função.

Em caso de prestadores de serviço, os registros podem permanecer na sede da contratada, desde que os empregados mantenham consigo tal identificação.

A apresentação de documentos em caso de fiscalização deverá ser feita no prazo de 02 a 08 dias, a critério do Auditor Fiscal.

É facultado ao empregador efetuar o registro dos empregados em sistema informatizado, com garantia de segurança, inviolabilidade, manutenção e conservação das informações, cumprindo também as exigências de manter registro individual em relação a cada empregado, manter registro original individualizado por empregado, acrescentando-lhe as retificações ou averbações, quando for o caso e assegure o acesso da fiscalização trabalhista às informações dos últimos 12 meses, por meio de tela, impressão de relatório e meio magnético. As informações e relatórios deverão conter data e hora do lançamento, além de rubrica e identificação do empregador ou representante legal. Informações anteriores a 12 meses terão prazo de 02 a 08 dias, a critério do auditor para serem apresentadas.

As anotações são obrigatórias, tanto nos documentos do empregador quanto na carteira do empregado. Segundo o Artigo 45º da CLT, as anotações na CTPS do empregado servem de prova do contrato de trabalho. Entretanto, segundo Enunciado 12 do TST estas anotações geram presunção relativa e não absoluta.

➤ **Norma Para Controle de Ponto Pessoal**

Tem como finalidade estabelecer os procedimentos para a marcação do ponto dos colaboradores. Todas as áreas da instituição são envolvidas.

- ✓ Marcação de Ponto: meio (manual, mecânico ou eletrônico) através do qual o funcionário registra sua presença na empresa para confecção da folha de pagamento.
- ✓ Prêmio por Assiduidade: benefício concedido pelo INCS, visando premiar o funcionário por assiduidade.
- ✓ SESMT: serviço especializado em segurança e em medicina do trabalho.
- ✓ Documentos Associados: RH.00.6.001 – Ocorrência de Ponto.
- ✓ Procedimentos: a marcação do ponto para os funcionários é obrigatória, seja na forma manual, e mecânica ou eletrônica, conforme o procedimento adotado na área. Todo funcionário será responsável pela correta marcação do ponto, nos horários estabelecidos contratualmente para o exercício de suas funções, sendo proibida a marcação de ponto

para outro funcionário ou em horários não abrangidos pelo contrato de trabalho. A falta de marcação do ponto deve ser justificada mediante o formulário Ocorrência de Ponto, preenchido conforme Instrução Interna RH.00.6.001 – OCORRÊNCIA DE PONTO; o não preenchimento implicará no desconto dos períodos abrangidos. O funcionário que faltar por qualquer motivo, apresentar atestado médico, se afastar por auxílio doença, ou atrasar por mais de dez minutos somados na semana, perderá o prêmio assiduidade. O atestado médico deve ser encaminhado ao SESMT, juntamente com a ocorrência de ponto e devidamente vistado pela coordenadoria, no prazo de 48 horas.

- ✓ Controles: mensalmente os cartões, fichas e coleta de ponto serão recolhidos pela Administração de Pessoal que faz os apontamentos por funcionário, apurando os dias trabalhados e eventuais faltas e/ou atrasos, para a confecção da folha de pagamento. Caso a falta ou atraso seja justificável, o funcionário deve preencher e assinar o formulário Ocorrência de Ponto, anexar o atestado médico, quando for o caso, apresentando-o à sua coordenação.
- ✓ Responsabilidades:
 - Funcionário: marcar corretamente o ponto nos horários estabelecidos contratualmente; emitir o formulário Ocorrência de Ponto, anexando atestado médico quando for o caso e apresentá-lo ao coordenador para aprovação; e após rubrica do coordenador, encaminhar o formulário à Administração de Pessoal.
 - Administração de Pessoal: recolher mensalmente os registros de ponto e apurar as horas trabalhadas.

➤ **Escalas de Trabalho**

- ✓ Setores Administrativos: 40 ou 44 horas semanais em dias úteis com intervalo de 1 hora para refeição.
- ✓ Setor de Enfermagem: 12X36, com intervalo para refeição.
- ✓ Setores Técnicos: 12X36, com intervalo para refeição.
- ✓ Setores Profissionais não Médicos: 12X36, com intervalo para refeição.
- ✓ Setores de Apoio: 12X36, com intervalo para refeição, 40 ou 44 horas semanais em dias úteis com intervalo de 1 hora para refeição.
- ✓ Observação: sob supervisão da nossa gestão a chefia imediata de cada setor, elaborará as respectivas escalas de trabalho.

1.2.8. Norma para Movimentação de Pessoal

Tem a finalidade de estabelecer os procedimentos necessários para a demissão de funcionário da instituição. Todas as áreas da instituição são envolvidas.

- SEMST: Serviço Especializado em Engenharia em Segurança e em Medicina do Trabalho.
- FGTS: Fundo de Garantia por Tempo de Serviço.
- Documentos Associados: RH.08.6.002 – Movimentação de Pessoal.
- Procedimentos: a coordenação imediata interessada em demitir algum funcionário deve encaminhar o formulário Movimentação de Pessoal, preenchido conforme Instrução Interna RH.08.6.002– MOVIMENTAÇÃO DE PESSOAL, pela Gerencia da área que, estando de acordo, rubrica o documento e o encaminha para a Diretoria da área, devendo estar devidamente aprovado na Administração de Pessoal 3 (três) dias úteis, anteriores a data de demissão. Toda e qualquer demissão de funcionário da Empresa deve ser aprovada pelo Diretor da área solicitante da demissão antes de sua concretização. As demissões devem ocorrer, preferencialmente, até o dia 25 de cada mês. A comunicação ao funcionário demitido será feita pela coordenação imediata do mesmo, após as devidas aprovações. Após aprovação, o formulário será entregue ao RH que providenciará os documentos abaixo relacionados, necessários para concretizar a demissão:
 - Carta de Demissão (se for o caso);
 - Carteira de Trabalho;
 - Aviso Prévio e Extrato do FGTS;
 - Seguro Desemprego (se for o caso);
 - Rescisão;
 - Exame Médico Demissional; e,
 - Entrevista de Desligamento.
- Todos os documentos relativos a demissão e quitação do funcionário serão arquivados no prontuário funcional do mesmo sob responsabilidade da Administração de Pessoal, inclusive os documentos constantes da pasta funcional do trabalho junto ao SEMST.
- Após a realização do exame médico demissional, a Administração de Pessoal solicitará ao candidato que realize a entrevista de desligamento no Setor de Serviço Social.
- Antes de receber as verbas rescisórias e assinar os documentos de quitação, o ex-funcionário deverá devolver à instituição todos os objetos a ele confiados tais como: veículo, chaves, crachá, uniformes, documentos, carteiras do convênio médico, grêmio, sindicato, etc.
- Responsabilidades:
 - Coordenação da Área: preencher formulário Movimentação de Pessoal e encaminhá-lo à gerência da área e comunicar a demissão ao funcionário.
 - Gerência da Área: rubricar o formulário Movimentação de Pessoal, liberando-o para o Diretor da Área.

- Diretor da Área: aprovar demissão.
- Administração de Pessoal: providenciar documentos necessários para demissão; arquivar todos os documentos referentes ao ex-funcionário no respectivo prontuário; homologar rescisões nos sindicatos correspondentes a categoria.
- Serviço Social: realizar entrevista de desligamento e enviá-la a chefia e à Administração de Pessoal para arquivo no processo do funcionário.
- Funcionário: devolver todos os objetos da instituição a ele confiados.

1.2.9. Disposições Finais do Plano de Cargos e Salários

O plano de cargos e salários do INCS será revisado anualmente afim de observar as modificações nas práticas da gestão e ainda alterações, caso sejam necessárias.

1.3. APRESENTAÇÃO DO DIMENSIONAMENTO DE RECURSOS HUMANOS PARA A EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PROPOSTAS NESTE PLANO DE TRABALHO

Apresentaremos a seguir o dimensionamento de pessoal a ser contratado pelo INCS, para o desenvolvimento operacional relacionado diretamente às atividades da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, por categoria profissional, por carga horária semanal contratada, com as respectivas quantidades mínimas de colaboradores para cada função, assim como os salários, benefícios, encargos sociais e provisionamentos.

Ressaltamos ainda, que além de disponibilizarmos a equipe assistencial mínima solicitada no Edital, que estará dimensionada no quadro a seguir, disponibilizaremos todo o nosso staff central, constituído por pessoal técnico, administrativo, financeiro, contábil, fiscal, de recursos humanos, jurídico e gerencial, necessários ao apoio para a execução das atividades propostas neste Plano de Trabalho. Nos quadros a seguir poderão ser visualizados de uma forma mais didática, a equipe que será contratada diretamente pelo INCS.

Lembramos que os profissionais médicos serão contratados pelo regime de Pessoa Jurídica, para a realização de plantões de 12 horas, na razão de 02 (dois) clínicos no plantão diurno (das 7:00 as 19:00 horas), presenciais, 01 (um) clínico no plantão noturno (das 19:00 as 7:00 horas) presencial, 01 (um) clínico no plantão noturno (das 19:00 as 7:00 horas) a distância 01 (um) ginecologista 20

(vinte) horas diurnas por semana (de segunda a sexta-feira), bem como 01 (um) Coordenador Médico e 01 (um) Diretor Técnico Médico, na seguinte escala:

592

QUADRO DA ESCALA MÉDICA DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE JACUPIRANGA								
Especialidade	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo	Plantão
Clínico Geral Presencial	02 médicos	02 médicos	02 médicos	02 médicos	02 médicos	02 médicos	02 médicos	07h:00 as 19h:00
Clínico Geral Presencial	01 médico	01 médico	01 médico	01 médico	01 médico	01 médico	01 médico	19h:00 as 07h:00
Clínico Geral Distância	01 médico	01 médico	01 médico	01 médico	01 médico	01 médico	01 médico	

Os profissionais que serão contratados com vínculo direto com o INCS, de acordo com a CLT – Consolidação das Leis do Trabalho, bem como suas cargas horárias, além dos profissionais que serão contratados pelo regime de Pessoa Jurídica, estão dispostos no quadro a seguir:

Tabela 2 - DESCRIÇÃO DAS CATEGORIAS PROFISSIONAIS							
Categoria	Carga Horária Semanal	Salário Base	Gratificação Cargo de Confiança	Serviço Diurno	Serviço Ininterrupto	Regime de Contratação	Qtde.
Auxiliar Administrativo	40 h	R\$ 1.450,00	R\$ -	X		CLT Direto	4
Auxiliar de Cozinha	12 X 36 h	R\$ 1.350,00	R\$ -	X		CLT Direto	3
Auxiliar de Lavanderia	12 X 36 h	R\$ 1.450,00	R\$ -	X		CLT Direto	1
Auxiliar de Manutenção	40 h	R\$ 1.450,00	R\$ -	X		CLT Direto	1
Auxiliar de Serviços Gerais	12 X 36 h	R\$ 1.350,00	R\$ -		X	CLT Direto	6
Coordenador Médico	Sob Demanda	R\$ 15.000,00	R\$ -		X	P. Jurídica	1
Cozinheira	12 X 36 h	R\$ 1.300,00	R\$ -	X		CLT Direto	2
Diretor Médico RT	20 h	R\$ 3.000,00	R\$ -	X		P. Jurídica	1
Gerente Geral	40 h	R\$ 3.572,00	R\$ 1.428,80	X		CLT Direto	1
Médico Ginecologista	20 h	R\$ 7.500,00	R\$ -	X		P. Jurídica	1
Recepcionista	12 X 36 h	R\$ 1.350,00	R\$ -		X	CLT Direto	5
Técnico de Laboratório	12 X 36 h	R\$ 2.000,00	R\$ -		X	CLT Direto	7
TOTAL DE PROFISSIONAIS							33

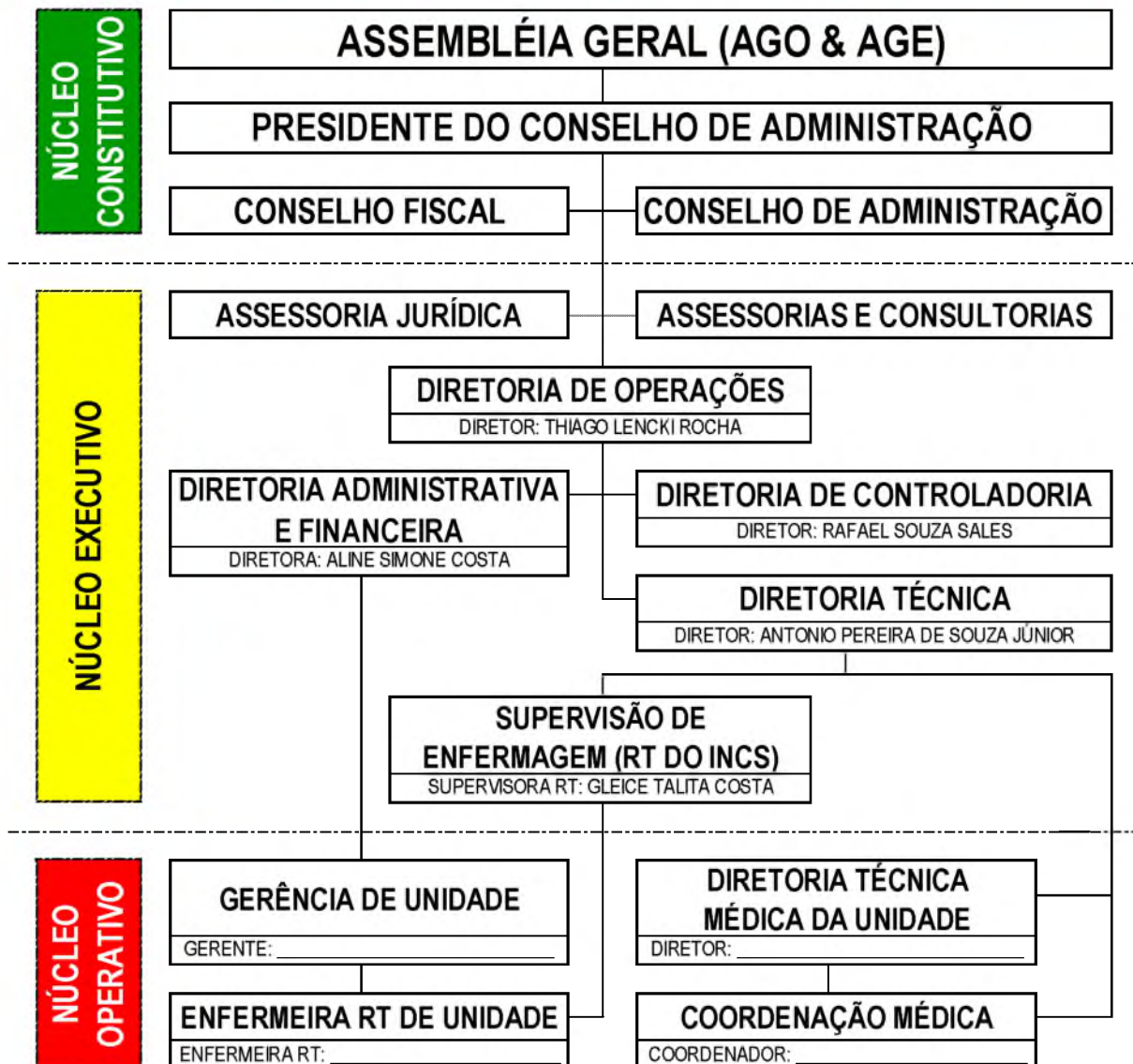
Os demais profissionais necessários ao funcionamento da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, serão contratados através das empresas terceirizadas em suas respectivas áreas, como segue:

- Serviços de Logística em Farmácia e Almoxarifado;
- Serviços de Tecnologia de Informação (TI); e,
- Serviços de Manutenção de Equipamentos (Engenharia Clínica).

1.3. ESTRUTURA DIRETIVA DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Apresentaremos aqui a estrutura diretiva com os Organogramas Funcionais que iremos implantar na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, até o Nível 3, para a gestão proposta neste Plano de Trabalho, que será formada por diretorias, supervisões, gerências e coordenações, nos vários departamentos, que trabalharão em linha comando, auxiliadas e apoiadas por assessorias e consultorias. Ela estará subordinada à Diretoria de Operações do Núcleo Executivo do INCS – Instituto Nacional de Ciências da Saúde, que por sua vez, responde ao Presidente do Conselho de Administração, do Núcleo Constitutivo, bem como ao Conselho Fiscal do INCS, que são regidos por Assembleias Gerais.

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL MACRO DO INCS



Apresentaremos a seguir os currículos dos profissionais dos cargos correspondentes até o Nível 3, do Diretor de Operações (Nível 1), o corpo de diretores da Diretoria Executiva (Nível 2), até a Coordenação de Enfermagem (Nível 3), do NÚCLEO EXECUTIVO (Staff Central), bem como os currículos das Coordenações Médicas (Nível 2), da Gerência de Enfermagem (Nível 2), do NÚCLEO OPERATIVO (Staff Local).

1.3.1. Currículos da Equipe Gestora

➤ NÚCLEO CONSTITUTIVO

DR. JOÃO GILBERTO ROCHA GONÇALEZ – Cargo: Presidente.

- ✓ Brasileiro, natural de Sorocaba, São Paulo, 56 anos.
- ✓ Residente na Avenida Três de Março, 740-M2, Condomínio Lago da Boa Vista, Aparecidinha, Sorocaba, SP, CEP 18087-180.
- ✓ Celular 15 99131-4022 – e-mail joao.rocha@incs.org.br.
- ✓ Biomédico formado pela UNIMEP – Universidade Metodista de Piracicaba em 1.986, CRBM nº 1-1833.
- ✓ Pós-Graduado em Análises Clínicas pela UNIMEP em 1.987.
- ✓ Diretor Técnico do Biolabor Laboratório de Análises Clínicas, de fevereiro de 1.986 a setembro de 1.995.
- ✓ Professor de Bioquímica e Microbiologia do Curso Técnico em Alimentos da ETEC Rubens de Faria e Souza de Sorocaba, nos anos letivos de 1.988 e 1.989.
- ✓ Diretor Presidente do Bioanálises Apoio, de setembro de março de 1.995 a fevereiro de 2.007.
- ✓ Diretor Técnico do Bioanálises Análises Clínicas Especializadas, de fevereiro de 2.007 a junho de 2.013.
- ✓ Auditor Interno de Laboratórios Clínicos e de Patologia, para Implantação da Qualidade, Auditoria e Credenciamento, formado pelo INMETRO/CLTE-04, desde 1.997.
- ✓ Fundador da Associação de Laboratórios Clínicos (ALAC), em abril de 2003.
- ✓ Secretário na primeira gestão da ALAC e atual Vice-presidente.
- ✓ Membro da “American Association of Clinical Chemistry” (AACC), desde 2.004.
- ✓ Membro da Câmara Setorial de Saúde – ANVISA, em Brasília, Distrito Federal, desde 2.006.
- ✓ Diretor do MLE – Brasil, The Medical Laboratory Evaluation Program, subsidiária do MLE – USA, instituição que desenvolve e aplica programas de educação continuada e de controle de qualidade em laboratórios do mundo inteiro, de janeiro de 2.005 a dezembro de 2.007.

- ✓ Professor e Coordenador do Curso Técnico em Patologia com Habilitação em Histopatologia, do Colégio CENEP Núcleo Profissionalizante – Sorocaba, de janeiro de 2.007 a dezembro de 2.010.
- ✓ Membro Fundador do INCS – Instituto Nacional de Ciências da Saúde, entidade do Terceiro Setor, que desenvolve e aplica projetos e programas sociais de interesse público para toda a área da saúde, desde 2.007, sendo responsável pelo seu desenvolvimento estratégico e seu atual Presidente.
- ✓ Membro de todos os congressos promovidos pela SBAC – Sociedade Brasileira de Análises Clínicas, no período de 1.995 a 2.007.
- ✓ Membro de todos os congressos promovidos pela SBPC – Sociedade Brasileira de Patologia Clínica, no período de 1.995 a 2.010.
- ✓ Membro de diversos Cursos, Jornadas e Seminários, nas áreas de Gestão Hospitalar, Gestão Laboratorial, Gestão em Saúde Pública, Controle de Qualidade para Laboratórios Médicos, Tecnologia da Informação para Área da Saúde, Sistemas de Informatização Laboratorial (LIS), Sistema de Informações Gerenciais (SIG), entre outros, administrados nacional e internacionalmente, desde 1.986 até hoje.
- ✓ Principal gestor de uma equipe com mais de 300 profissionais na área clínica diagnóstica, envolvendo médicos, biomédicos, farmacêuticos, bioquímicos, enfermeiros, motoristas e pessoal de apoio, de 1.995 a 2.007.
- ✓ Auditor e consultor, objetivando o diagnóstico técnico sJacareíacional do hospital e do pronto socorro da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Camanducaia - MG, em julho de 2.010.
- ✓ Membro da equipe gestora e autor do Plano Operativo desenvolvido no Hospital Municipal “Dr. José Nigro Filho” da cidade de Américo Brasiliense-SP, de janeiro de 2.011 a maio de 2.014.
- ✓ Membro da equipe gestora e autor do Projeto implantado e atualmente desenvolvido no Programa de Saúde da Família – PSF (11 equipes, com mais de 180 colaboradores) da cidade de Cajamar - SP, de agosto de 2.011 a setembro de 2.012.
- ✓ Membro da equipe gestora do Pronto Socorro da Santa Casa de Misericórdia de Cruzeiro-SP, tendo realizado auditoria e consultoria para a entidade, de junho de 2.012 a janeiro de 2.013.
- ✓ Membro da equipe gestora e autor do Projeto implantado e desenvolvido na UPA – Unidade de Pronto Atendimento de Serrana-SP, de janeiro a agosto de 2.013.
- ✓ Membro da equipe gestora do Pronto Atendimento de Rincão-SP e das UBSs que integram a rede municipal de saúde, de julho a setembro de 2.013.
- ✓ Membro da equipe gestora do Hospital Municipal de Jacupiranga, dos PSFs e do Ambulatório de Especialidades, que integram a rede municipal de saúde, de junho de 2.013 a julho de 2.014.

- ✓ Membro da equipe gestora do Laboratório de Análises Clínicas do Hospital Regional de Itapetininga, de junho de 2.013 a junho de 2.014.
- ✓ Membro da equipe gestora do PPA – Posto de Pronto Atendimento e de 5 (cinco) UBS que integram a rede municipal de saúde da Cidade de Vargem Grande do Sul, de outubro de 2.013 até julho de 2.015.
- ✓ Membro da equipe gestora e autor do Plano Operativo do HC – Hospital da Cidade de Várzea Paulista, de dezembro de 2.013 até agosto de 2.016.
- ✓ Membro da equipe gestora do Laboratório de Análises Clínicas da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba, desde dezembro de 2.013 até agosto de 2019.
- ✓ Membro da equipe gestora do Hospital Municipal de Mogi-Guaçu da Cidade de Mogi-Guaçu, desde abril de 2.014 até agosto de 2019.
- ✓ Membro da equipe gestora do Pronto Socorro Infantil e do Pronto Socorro de Referência do Município de Franca, de junho de 2.014 até setembro de 2.015.
- ✓ Membro da equipe gestora e autor do Plano Operativo da UPA do Putim de São José dos Campos, desde junho de 2.014 até agosto de 2019.
- ✓ Membro da equipe gestora e autor do Plano Operativo da Unidade Mista de Saúde de Rafard desde setembro de 2.015 até setembro de 2.016.
- ✓ Membro da equipe gestora e autor do Plano Operativo da UPA Alto da Ponte de São José dos Campos, desde 28/05/2.017 até agosto de 2019.
- ✓ Membro da equipe gestora e autor do Plano Operativo da UPA CIC de Curitiba, desde julho de 2.018 até agosto de 2019.
- ✓ Membro da equipe gestora e autor do Plano Operativo do Hospital Municipal Nossa Senhora da Luz dos Pinhais e da UPA de Pinhais, desde 05/12/2.018 até agosto de 2019.
- ✓ Membro da equipe gestora e de reestruturação da SCMMM – Santa Casa de Misericórdia de Mogi Mirim, desde 02/04/2.019 até agosto de 2019.
- ✓ Membro da equipe gestora do Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga, que integra a rede municipal de saúde, de junho de 2.019 até agosto de 2019.
- ✓ Autor do Pré-Projeto para implantação do Poupa Tempo da Saúde no Município de Várzea Paulista.
- ✓ Consultor técnico de várias Instituições do Terceiro Setor desde janeiro de 2.008, sendo o autor de diversos Projetos e Planos de Trabalho, assessorando diretamente suas implantações, desenvolvimento, execução, gestão e auditoria.
- ✓ Possuidor de diversos cursos na área de Administração Hospitalar.
- ✓ Ampla experiência em implantação de sistemas de informatização para gerenciamento em saúde pública.

- ✓ Ampla experiência em logística, tendo desenvolvido, implantado e coordenado mais de 1.500 pontos de captação de amostras biológicas “just in time”, em 5 estados brasileiros simultaneamente.
- ✓ Ampla experiência em armazenamento, fracionamento, dispensação, controle e logística em distribuição de materiais e medicamentos para a rede municipal de saúde e populações adstritas, fazendo parte de equipes multidisciplinares que desenvolvem e atualizam sistemas integrados para o gerenciamento de tais atividades.
- ✓ Ampla experiência no setor de compras e logística.
- ✓ Grande habilidade para formação de equipes, desenvolvimento e capacitação profissional.
- ✓ Grande facilidade de se expressar publicamente e proferir palestras, com bom domínio da oratória.

➤ **NÚCLEO EXECUTIVO – Staff Central – Nível 1**

THIAGO LENCKI ROCHA – CARGO: DIRETOR DE OPERAÇÕES.

- ✓ Brasileiro, natural da cidade de Votorantim, estado de São Paulo, 30 anos.
- ✓ Residente e domiciliado na Avenida Professora Yolanda Berti Justi, nº 260, Bloco k19, Residencial Giverny, Sorocaba, SP.
- ✓ Celular 11 99131-9718 – e-mail thiago.rocha@incs.org.br.
- ✓ Administrador em Finanças formado pela ESAMC – Escola Superior de Administração, Marketing e Comunicação em 2.012, CRA nº 133621.
- ✓ Diretor Financeiro do Bioanálises Análises Clínicas Especializadas Ltda., de setembro de 2.006 a julho de 2.011.
- ✓ Diretor Administrativo do Projeto implantado e desenvolvido no Programa de Saúde da Família – PSF (11 equipes, com mais de 180 colaboradores) da cidade de Cajamar – SP, de agosto de 2.011 a dezembro de 2.013.
- ✓ Membro da equipe gestora do Hospital Municipal de Jacupiranga, dos PSFs e do Ambulatório de Especialidades, que integram a rede municipal de saúde, de junho de 2.013 a julho de 2.014.
- ✓ Membro da equipe gestora do Laboratório de Análises Clínicas do Hospital Regional de Itapetininga, de junho de 2.013 a junho de 2.014.
- ✓ Membro da equipe gestora do PPA – Posto de Pronto Atendimento e de 5 (cinco) UBS que integram a rede municipal de saúde da Cidade de Vargem Grande do Sul, de outubro de 2.013 até julho de 2.015.
- ✓ Membro da equipe gestora do HC – Hospital da Cidade de Várzea Paulista, de dezembro de 2.013 até agosto de 2.016.
- ✓ Membro da equipe gestora do Laboratório de Análises Clínicas da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba, desde dezembro de 2.013 até os dias de hoje.

- ✓ Membro da equipe gestora do Hospital Municipal de Mogi-Guaçu da Cidade de Mogi-Guaçu, desde abril de 2.014 até os dias de hoje.
- ✓ Membro da equipe gestora do Pronto Socorro Infantil e do Pronto Socorro de Referência do Município de Franca, de junho de 2.014 até setembro de 2.015.
- ✓ Membro da equipe gestora da UPA do Putim de São José dos Campos, desde junho de 2.014 até os dias de hoje.
- ✓ Membro da equipe gestora da Unidade Mista de Saúde de Rafard desde setembro de 2.015 até setembro de 2.016.
- ✓ Membro da equipe gestora da UPA Alto da Ponte de São José dos Campos, desde 28/05/2.017 até os dias de hoje.
- ✓ Membro da equipe gestora da UPA CIC de Curitiba, desde julho de 2.018 até os dias de hoje.
- ✓ Membro da equipe gestora do Hospital Municipal Nossa Senhora da Luz dos Pinhais e da UPA de Pinhais, desde 05/12/2.018 até os dias de e hoje.
- ✓ Membro da equipe gestora e de reestruturação da SCMMM – Santa Casa de Misericórdia de Mogi Mirim, desde 02/04/2.019 até os dias de hoje.
- ✓ Membro da equipe gestora do Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga, que integra a rede municipal de saúde, de junho de 2.019 até os dias de hoje.
- ✓ Membro da equipe gestora da UPA de Piraquara, desde 16/08/2.019 até os dias de e hoje.

➤ **NÚCLEO EXECUTIVO – Staff Central – Nível 2**

ALINE COSTA – CARGO: DIRETORA ADMINISTRATIVA-FINANCEIRA.

- ✓ Brasileira, natural da cidade de Votorantim, estado de São Paulo, 38 anos.
- ✓ Residente e domiciliada na Rua Luiz Frias, nº 157, bairro Parque Jataí, Votorantim, SP.
- ✓ Celular 15 99687-3045 – e-mail aline.costa@incs.org.br.
- ✓ Cursou Análise de Sistemas na UNITINS – Universidade Estadual do Tocantins – Campus Votorantim, entre janeiro de 2006 a dezembro 2008.
- ✓ Cursando atualmente, Tecnologia em Gestão Hospitalar na UNITINS – Universidade Estadual do Tocantins – Campus Votorantim.
- ✓ Membro da equipe gestora do Hospital Municipal de Jacupiranga, dos PSFs e do Ambulatório de Especialidades, que integram a rede municipal de saúde, de junho de 2.013 a julho de 2.014.
- ✓ Membro da equipe gestora do Laboratório de Análises Clínicas do Hospital Regional de Itapetininga, de junho de 2.013 a junho de 2.014.
- ✓ Membro da equipe gestora do Pronto Atendimento de Rincão-SP e das UBSs que integram a rede municipal de saúde, de julho a setembro de 2.013.

- ✓ Membro da equipe gestora do PPA – Posto de Pronto Atendimento e de 5 (cinco) UBS que integram a rede municipal de saúde da Cidade de Vargem Grande do Sul, de outubro de 2.013 até julho de 2.015.
- ✓ Membro da equipe gestora do HC – Hospital da Cidade de Várzea Paulista, de dezembro de 2.013 até agosto de 2.016.
- ✓ Membro da equipe gestora do Laboratório de Análises Clínicas da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba, desde dezembro de 2.013 até os dias de hoje.
- ✓ Membro da equipe gestora do Hospital Municipal de Mogi-Guaçu da Cidade de Mogi-Guaçu, desde abril de 2.014 até os dias de hoje.
- ✓ Membro da equipe gestora do Pronto Socorro Infantil e do Pronto Socorro de Referência do Município de Franca, de junho de 2.014 até setembro de 2.015.
- ✓ Membro da equipe gestora da UPA do Putim de São José dos Campos, desde junho de 2.014 até os dias de hoje.
- ✓ Membro da equipe gestora da Unidade Mista de Saúde de Rafard desde setembro de 2.015 até setembro de 2.016.
- ✓ Membro da equipe gestora da UPA Alto da Ponte de São José dos Campos, desde 28/05/2.017 até os dias de hoje.
- ✓ Membro da equipe gestora da UPA CIC de Curitiba, desde julho de 2.018 até os dias de hoje.
- ✓ Membro da equipe gestora do Hospital Municipal Nossa Senhora da Luz dos Pinhais e da UPA de Pinhais, desde 05/12/2.018 até os dias de e hoje.
- ✓ Membro da equipe gestora e de reestruturação da SCMMM – Santa Casa de Misericórdia de Mogi Mirim, desde 02/04/2.019 até os dias de hoje.
- ✓ Membro da equipe gestora do Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga, que integra a rede municipal de saúde, de junho de 2.019 até os dias de hoje.
- ✓ Membro da equipe gestora da UPA de Piraquara, desde 16/08/2.019 até os dias de e hoje.

➤ **NÚCLEO EXECUTIVO – Staff Central – Nível 2**

RAFAEL SOUZA SALES – CARGO: DIRETOR DE CONTROLADORIA.

- ✓ Brasileiro, natural da cidade de Itapeva, estado de São Paulo, 27 anos.
- ✓ Residente e domiciliado na Av. Cecilia Meirelles, nº 479, Bairro Cidade Jardim, cidade de Sorocaba, estado de São Paulo.
- ✓ Celular 15 98176-4442 – e-mail rafael.sales@incs.org.br.
- ✓ Contador formado pela UNIESP – União das Instituições Educacionais de São Paulo, em 2016, CRC nº 1SP323586.
- ✓ Controler da equipe gestora do Hospital Municipal de Mogi-Guaçu da Cidade de Mogi-Guaçu, desde abril de 2.014 até os dias de hoje.

- ✓ Controlar da equipe gestora do Plano Operativo da UPA do Putim de São José dos Campos, desde junho de 2.014 até os dias de hoje.
- ✓ Controlar da equipe gestora do Plano Operativo da Unidade Mista de Saúde de Rafard desde setembro de 2.015 até setembro de 2.016.
- ✓ Controlar da equipe gestora do Plano Operativo da UPA Alto da Ponte de São José dos Campos, desde 28/05/2.017 até os dias de hoje.
- ✓ Controlar da equipe gestora da Unidade de Pronto Atendimento da Cidade Industrial de Curitiba – UPA 24 Horas CIC, desde julho/2.018 até os dias de e hoje.
- ✓ Controlar da equipe gestora do Plano Operativo do Hospital Municipal Nossa Senhora da Luz dos Pinhais e da UPA de Pinhais, desde 05/12/2.018 até os dias de e hoje.
- ✓ Controlar da equipe gestora e de reestruturação da SCMMM – Santa Casa de Misericórdia de Mogi Mirim, desde 02/04/2.019 até os dias de hoje.
- ✓ Controlar da equipe gestora do Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga, de junho de 2.019 até os dias de hoje.
- ✓ Controlar da equipe gestora da UPA de Piraquara, desde 16/08/2.019 até os dias de e hoje.

➤ **NÚCLEO EXECUTIVO – Staff Central – Nível 2**

DR. ANTONIO PEREIRA DE SOUZA JUNIOR – CARGO: DIRETOR TÉCNICO.

- ✓ Brasileiro, natural de Catanduva, São Paulo, 36 anos, residente e domiciliado na Rua Terra Nova, 115, Parque Gloria IV, Catanduva, SP, CEP 15807-277, celular 17 99761-2796, e-mail antonio.pereira@incs.med.br.
- ✓ Fisioterapeuta formado pelo IMES-Catanduva – 2.004, CREFITTO 3 – nº 72663.
- ✓ Mestre em Saúde na Comunidade (Conceito CAPS 5) pela Universidade de São Paulo – USP.
- ✓ Possui Curso de Aperfeiçoamento em gestão de Projetos de Investimentos em Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública, ENSP/FIOCRUZ, Brasil.
- ✓ Atualmente desenvolve suas atividades pelo INCS – Instituto Nacional de Ciências da Saúde ocupando o cargo de Gerente Administrativo.
- ✓ Diretor Administrativo da SMS Catanduva, São Paulo, de julho de 2.014 até outubro de 2.014.
- ✓ Secretário Municipal de Saúde de Catanduva, São Paulo, de março de 2.013 até junho de 2.014.
- ✓ Diretor do Departamento Técnico da Saúde de Catanduva, São Paulo, de janeiro de 2.013 até março de 2.013.
- ✓ Coordenador de Programas Especiais e Educação Continuada da SMS Catanduva, São Paulo, de junho de 2.009 até dezembro de 2.012.

- ✓ Coordenador do Programa de Saúde da Família de Catanduva, São Paulo, de janeiro de 2.009 até maio de 2.009.
- ✓ Gerente de Unidade de Saúde de Catanduva, São Paulo, de janeiro de 2.008 até abril de 2.009.
- ✓ Fisioterapeuta do Programa de Saúde da Família de Catanduva, São Paulo, de novembro de 2.005 até dezembro de 2.007.
- ✓ Docente do IMES Catanduva, ministrando aula para diversos cursos da área da saúde, nos anos letivos de 2.008 a 2.013.
- ✓ Membro da equipe gestora da UPA do Putim de São José dos Campos, desde setembro de 2.015 até os dias de hoje.
- ✓ Membro da equipe gestora da UPA Alto da Ponte de São José dos Campos, desde 28/05/2.017 até os dias de hoje.
- ✓ Membro da equipe gestora da UPA CIC de Curitiba, desde julho de 2.018 até os dias de hoje.
- ✓ Membro da equipe gestora do Hospital Municipal Nossa Senhora da Luz dos Pinhais e da UPA de Pinhais, desde 05/12/2.018 até os dias de e hoje.
- ✓ Membro da equipe gestora e de reestruturação da SCMMM – Santa Casa de Misericórdia de Mogi Mirim, desde 02/04/2.019 até os dias de hoje.
- ✓ Membro da equipe gestora do Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga, que integra a rede municipal de saúde, de junho de 2.019 até os dias de hoje.
- ✓ Membro da equipe gestora da UPA de Piraquara, desde 16/08/2.019 até os dias de e hoje.

Produção Bibliográfica:

SILVA, T. L.; MARTINEZ, E. Z.; MANÇO, A. R. X.; SOUZA JUNIOR, Antonio Pereira de. A ASSOCIAÇÃO ENTRE A OCORRÊNCIA DE QUEDAS E A ALTERAÇÃO DO EQUILÍBRIO E MARCHA EM IDOSOS. *Saúde e Pesquisa*, v. 7, p. 25-34, 2.014.

ARRUDA, MF; PEREIRA, LGA; FAVERO, TM; Cassettari, LL; SOUZA JUNIOR, Antonio Pereira de. PERFIL DO USO DO PROGRAMA EM PARALELO AVALIACIONAL SAPORI À NECESSIDADE DA DENSITOMETRIA ÓSSEA MINERAL EM AMOSTRA DE MULHERES PÓS-MENOPÁUSICAS DA CIDADE DE CATANDUVA-SP. *Saúde e Pesquisa*, v. 6, p. 257-264, 2.013.

SOUZA JUNIOR, Antonio Pereira de; MISMITO, G. Z.; ARUDA, M. F.. AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE CATANDUVA - SP. *Saúde e Pesquisa*, v. 5, p. 525-531, 2.012.

✓ Participação em Bancas de Trabalhos de Conclusão:

1. SOUZA JUNIOR, Antonio Pereira de. Participação em banca de Mariele Basso Bolpato; Renata Sellari Monteiro. Benefício do Exercício Físico na Insuficiência Cardíaca. 2.005. Monografia (Aperfeiçoamento/Especialização em

Pós-Graduação Lato Sensu em Fisioterapia Cardiorrespiratória) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

2. SOUZA JUNIOR, Antonio Pereira de. Participação em banca de Elaine Cristina Carvalho; Thissiane Gouvea Marostegone. Qualidade de Vida e Reabilitação em Pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. 2.005. Monografia (Aperfeiçoamento/Especialização em Pós-Graduação Lato Sensu em Fisioterapia Cardiorrespiratória) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

3. SOUZA JUNIOR, Antonio Pereira de. Participação em banca de Marcel Vieira da Silva; Mônica Cassimiro. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e Reabilitação Pulmonar. 2.005. Monografia (Aperfeiçoamento/Especialização em Pós Graduação Lato Sensu em Fisioterapia Cardiorrespiratória) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

4. SOUZA JUNIOR, Antonio Pereira de; LOJUDICE, Daniela Cristina; PRIETO, F. F. S.. Participação em banca de Bruna Cristina dos Santos e Daniela Colin Simões. Atividades de Vida Diária em Idosos Institucionalizados. 2.008. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) – Instituto Municipal de Ensino Superior – FAFICA.

5. SOUZA JUNIOR, Antonio Pereira de; PRIETO, F. F. S.; LOJUDICE, Daniela Cristina. Participação em banca de Erika Fernanda Viu, Luana Yamada Góes e Paula Roberto. Propensão de Apnéia do Sono Numa População da Terceira Idade. 2.008. Instituto Municipal de Ensino Superior – FAFICA.

6. SOUZA JUNIOR, Antonio Pereira de; PRADO, R. P.; PRIETO, F. F. S.. Participação em banca de Beatriz Gonçalves, Giovana Zacharias Silva e Lívia de Sant. A Influência da Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea na Dor em Mulheres com Disminorréia Primária. 2.008. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) – Instituto Municipal de Ensino Superior – FAFICA.

Organização de Eventos, Congressos, Exposições e Feiras:

1. 4ª Conferência Municipal de Saúde de Catanduva. 2.011.
2. 1ª Conferência Municipal de Saúde Ambiental de Catanduva. 2.009.
3. Conferencia Municipal de Saúde de Catanduva. 2.007.

Orientações e Supervisões Concluídas:

1. Taysa Teixeira Souza. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Qualidade de Vida e Reabilitação. 2.008. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Fisioterapia) – Instituto Municipal de Ensino Superior – FAFICA. Orientador: Antonio Pereira de Souza Junior.
2. Bruno José Gonçalves. Análise e Comparação de Dados Epidemiológicos de Pneumonia nas Cinco Regiões do País. 2.007. Trabalho de Conclusão de Curso.

(Graduação em Fisioterapia) – Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Catanduva. Orientador: Antonio Pereira de Souza Junior.

3. Natalia Borges Rebellato. Qualidade de Vida dos Pacientes com Hipertensão Arterial. 2007. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Fisioterapia) – Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Catanduva. Orientador: Antonio Pereira de Souza Junior.

- ✓ Várias publicações em Anuais de Congressos.
- ✓ Didática eficiente para a formação técnica de assuntos envolvendo Saúde Pública.
- ✓ Realização de vários Projetos Técnicos para viabilizar a captação de recursos junto ao Ministério da Saúde, para NASF, UPA 24 Horas, CAPS-AD, PMAQ e EMAD/EMAP.

➤ **NÚCLEO EXECUTIVO – Staff Central – Nível 3**

REINALDO FERRARI LETRINTA – CARGO: GERENTE MÉDICO.

- ✓ Brasileiro, natural da cidade de São Paulo, São Paulo, 56 anos.
- ✓ Residente e domiciliado na Rua Urbano Duarte, nº 445, bairro Casa Verde, São Paulo, SP.
- ✓ Celular 11 99933-0175 – e-mail reinaldo.ferrari@incs.org.br.
- ✓ Médico formado pela Faculdade de Medicina de Marília, em 1.990, CREMESP nº 77971.
- ✓ Pós graduado em Cirurgia Geral pela FAMEMA – Faculdade de Medicina de Marília.
- ✓ Pós graduado em Cirurgia do Aparelho Digestivo pela UFMS – Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, MS.
- ✓ Pós graduado em Proctologia pelo Hospital Servidor Público Estadual de São Paulo, SP.
- ✓ Pós graduado em Endoscopia Digestiva Alta e Colonoscopia pela UEL – Universidade Estadual de Londrina, PR.
- ✓ Pós graduado em Medicina Estética pela IBRAP – Instituto Brasileiro de Medicina Estética, SP.
- ✓ Pós graduado em Laser na Estética Médica pela IBRAP – Instituto Brasileiro de Medicina Estética, SP.
- ✓ Curso de Administração Hospitalar pela Uninove, SP.
- ✓ Coordenador e chefe de equipe no Serviço de Endoscopia Digestiva da Cidade de Itupeva, SP.
- ✓ Coordenador e Chefe de Equipe no Serviço Médico da Clínica de Multi Especialidades CorpeClin em São Paulo, SP.
- ✓ Coordenador e Chefe de Equipe no Serviço Médico da Clínica de Multi Especialidades CDC – Centro Diagnóstico de Cabreúva, SP.

- ✓ Membro da equipe gestora na área médica de serviços gestados pelo INCS – Instituto Nacional de Ciências da Saúde desde 2.014, SP.
- ✓ Experiência em organização de equipes médicas.
- ✓ Experiência em confecção de Protocolos de Atendimento e Organização de Serviços Médicos.
- ✓ Experiência em gestão de equipes médicas.
- ✓ Experiência na capacitação de médicos nas áreas de Cirurgia Geral, Cirurgia Aparelho Digestivo, e Endoscopia Digestiva.
- ✓ Membro do corpo clínico de hospitais de renome na cidade de São Paulo, SP.
- ✓ Membro da equipe gestora do Pronto Socorro Infantil e do Pronto Socorro de Referência do Município de Franca, de junho de 2.014 até setembro de 2.015.
- ✓ Membro da equipe gestora e autor do Plano Operativo do HC – Hospital da Cidade de Várzea Paulista, de julho de 2.014 até agosto de 2.016.
- ✓ Membro da equipe gestora da UPA do Putim de São José dos Campos, desde junho de 2.014 até os dias de hoje.
- ✓ Membro da equipe gestora da Unidade Mista de Saúde de Rafard desde setembro de 2.015 até setembro de 2.016.
- ✓ Membro da equipe gestora da UPA Alto da Ponte de São José dos Campos, desde 28/05/2.017 até os dias de hoje.

➤ **NÚCLEO EXECUTIVO – Staff Central – Nível 3**

ENF. GLEICE TALITA COSTA – CARGO: SUPERVISORA DE ENFERMAGEM.

- ✓ Brasileira, natural de Taubaté, São Paulo, 35 anos.
- ✓ Residente na Rua Irmã Amália Aguirre, nº 23, Jd. Sandra Maria, CEP 12081 110, Taubaté, São Paulo.
- ✓ Celular 12 996224795– e-mail talita.costa@incs.org.br
- ✓ Enfermeira formada pela Universidade de Taubaté - 2.012 a 2.016, COREN nº 512435.

Experiência Profissional:

- ✓ Enfermeira – Cargo: Supervisora de Enfermagem e Responsável Técnica do INCS. Atuo como supervisora de enfermagem na unidade de pronto atendimento Putim, exercendo todas as atividades pertinentes ao cargo. Início 21/01/2019
- ✓ Enfermeira – INCS / Unidade Pronto Atendimento Putim, Jacupiranga, São Paulo. Início: 28/05/2.017 até 20/01/2.019.
- ✓ Principais Atividades: Supervisão, Implantação, Orientações gerais e auditoria.
Qualificações em Atividades Profissionais:

Protocolo Manchester. Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. Início: Abril de 2019 – Cursando

- ✓ COREN-SP: Encontro de Responsáveis Técnicos. Gerenciamento em Enfermagem com Foco na Liderança, realizado no dia 26/03/2019, 8 horas.
- ✓ Ouvinte da XIII Conferência Municipal de Saúde de Jacupiranga, realizado nos dias 22/03/2019 a 23/03/2019.
- ✓ Projeto Sprint, fase 2 – UPA Putim – 09/11/2018.
- ✓ Cuidar de quem cuida – Turma 2. Onco Ensino/Albert Einstein, 6 horas.
- ✓ Universidade de Taubaté, Monitora Plena, Atenção às necessidades de saúde coletiva. Jan/2017 à Dez/2017
- ✓ Universidade de Taubaté – Mesa Redonda Amamentação e o desenvolvimento sustentável. Agosto de 2016, 3 horas.
- ✓ Segurança e rapidez na liberação de Carga em esterilização por peróxido de hidrogênio vaporizado, realizado em 29 de setembro de 2016.
- ✓ 3M Health Care Academy, IV Simpósio Internacional 3M de acesso vascular e I Simpósio do Time de acessos vasculares e Terapia Infusional da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, 12 de agosto de 2016, 8 horas
- ✓ Participação do XX INIC – UNIVAP, 2016.
- ✓ Participação CICTED V – 2016. Relato de Experiência “A importância do Planejamento de recursos terapêuticos”. Universidade de Taubaté.
- ✓ Participação CICTED V – 2016. Relato de Experiência “Qualidade do sono: A teoria da sala de aula influenciando o tema do trabalho de conclusão ”. Universidade de Taubaté.
- ✓ Participação XX INIC / XVI EPG / X INIC Jr / VI INID - Título: Satisfação no trabalho percebida pela equipe de enfermagem da central de material e esterilização. UNIVAP, 2016.
- ✓ Universidade de Taubaté - Leitura e Interpretação de ECG, Docente Estela Moraes Teixeira, 2016.
- ✓ Participação na I Semana da Hemodinâmica e Cardiologia, realizada de 12 a 14 de setembro 2016, (Hospital Policlín).
- ✓ Participação no treinamento Protocolo de Dor Torácica. 2016. (Hospital Policlín Taubaté).
- ✓ Participação no treinamento de Parada Cardiorrespiratória. 2016 (Hospital Policlín Taubaté).
- ✓ Membro da equipe gestora da UPA CIC de Curitiba, desde outubro de 2018 até os dias de hoje.
- ✓ Membro da equipe gestora do Hospital Municipal Nossa Senhora da Luz dos Pinhais e da UPA de Pinhais, desde 05/12/2018 até os dias de e hoje.
- ✓ Membro da equipe gestora da UPA do Putim de São José dos Campos, desde janeiro de 2019 até os dias de hoje.

- ✓ Membro da equipe gestora da UPA Alto da Ponte de São José dos Campos, desde janeiro de 2.019 até os dias de hoje.
- ✓ Membro da equipe gestora e de reestruturação da SCMMM – Santa Casa de Misericórdia de Mogi Mirim, desde 02/04/2.019 até os dias de hoje.
- ✓ Membro da equipe gestora do Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga, que integra a rede municipal de saúde, de junho de 2.019 até os dias de hoje.
- ✓ Membro da equipe gestora da UPA de Piraquara, desde 16/08/2.019 até os dias de e hoje.

➤ **NÚCLEO OPERATIVO – Staff Local – Nível 4**

DR. EDUARDO FERREIRA – CARGO: COORDENADOR DA CLÍNICA MÉDICA.

- ✓ Brasileiro, natural de São Paulo, São Paulo, 56 anos.
- ✓ Residente na Rua Coronel João da Silva Feijó, 290, Bairro do Mandaqui, SP, CEP 02422-200.
- ✓ Celular 11 94733-1163 – e-mail eduardo.ferreira@incs.org.br.
- ✓ Médico formado pela Fundação Municipal de Ensino Superior de Marília, SP. 1.987/1.992, CRM nº 77.182.
- ✓ Curso de vídeo-laparoscopia e cirurgia laparoscópica, promovida pelo Instituto de Moléstias Femininas e Sociedade Brasileira de Reprodução Humana no período de 01 a 31 de outubro de 1.991.
- ✓ Curso de atualização terapêutica, promovida pelo Departamento de Medicina de Marília, período de 20 a 22 de outubro de 1.992.
- ✓ Aprovado no curso de ATLS (Advanced Trauma Life Support), ministrado pela Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, SP, período de 24 a 25 de maio de 1.997.
- ✓ Curso de Direito – Fundação Eurípedes Soares da Rocha de Marília, SP (4º ano) não concluído.
- ✓ Curso de Língua Inglesa no Centro de Comunicação Inglesa de Marília, 1.987/1.989.

Experiência Profissional:

- ✓ Técnico de Laboratório na Unti Patologia Clínica – Período de 1.984/1.986.
- ✓ Oficial Médico do Serviço de Saúde do Ministério do Exército no período de 05/1.993 a 05/1.994. 2º Tenente Médico R/2.
- ✓ Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, médico concursado desde 1.994. Diretor Técnico de Pronto Socorro de 2.002 a 2.004.
- ✓ Secretaria Municipal de Saúde de Guarulhos – Médico concursado no período de 1.999 a 2.012.
- ✓ Irmandade da Santa Casa de Misericórdia – Médico Plantonista no período de 2.008 a 2.011.
- ✓ Secretaria Municipal de Osasco – Médico Clínico de 2.005 a 2.012. Diretor de Pronto Socorro de 2.005 a 2.007.

- ✓ Secretaria Municipal de Suzano – Médico Plantonista concursado em 2.005. Coordenador Médico da Clínica Médica de 2.013 a 2.016.
- ✓ Secretaria Municipal de Carapicuíba – Médico Clínico nos períodos de 2.006 a 2.009 e 2.011 a 2.012.
- ✓ Secretaria Municipal da Estância de Poá – Médico Clínico de 2.011 a 2.012.
- ✓ Instituto Nacional de Ciências da Saúde – Coordenador Médico da Unidade de Pronto Atendimento Putim, São José dos Campos, SP, desde 2.014 até os dias de hoje.

➤ **NÚCLEO OPERATIVO – Staff Local – Nível 4**

DR. ANDERSON DOS SANTOS GOULART – CARGO: COORDENADOR DA PEDIATRIA.

- ✓ Brasileiro, natural de Brasília, Distrito Federal, 41 anos.
- ✓ Residente na Rua Laurent Martins, 529 apto 63, Torre 2, Jd. Esplanada, Jacupiranga, CEP 12242-431.
- ✓ Celular 12 99790-2033 – e-mail anderson.goulart@incs.org.br.
- ✓ Médico formado pela Universidad Adventista Del Plata em 2.008, CRM nº 147.340.
- ✓ Homologação do Título Universitário Oficial Espanhol em Medicina. Válido em todo território da Espanha em 2.009.
- ✓ Título de Médico revalidado pela Universidade Federal do Mato Grosso em 2.010.
- ✓ Pós-Graduação Latu Sensu em Pediatria, Ministrado pela Faculdade de Tecnologia e Ciência do Norte do Paraná - FATECIE em 2.014.
- ✓ Aprovado em sexto lugar no concurso para urgência e emergências da prefeitura de Poá em 2.015.
- ✓ Participação no 36º Congresso Brasileiro de Pediatria em 2.013.
- ✓ Curso Nacional de atualização em Emergências Clínicas 2009 - 63 horas aula.
- ✓ Curso Nacional de Atualização em Terapia Intensiva 2009 - 56 horas aula.
- ✓ Trabalho científico completo não publicado – Prevalência de *Giardia lamblia* e fatores de risco associados em uma população infantil. Centro Ambulatorial de Assistência Social Adventista "Olga Streithorst", Belém do Pará, Brasil, 2.008.
- ✓ Serviço de Atenção Primária à Comunidade, Belém do Pará, Brasil, 2.007 e 2.008.
- ✓ IV Congresso Amazônico de Endocrinologia e Diabetes, 16 horas aula em 2.007.
- ✓ Internato Rotatório, Hospital Adventista Belém, Belém do Pará, Brasil, 2.006-2.007.

Experiência Profissional:

- ✓ Maio de 2016 até a presente data: Coordenador do Serviço de Pediatria da UPA Putim, São José dos Campos, SP.

- ✓ Maio de 2016 até a presente data: Atendimento em Urgência e Emergência, Hospital Municipal, Poá, SP, como servidor público municipal.
- ✓ Novembro de 2.015 a fevereiro de 2.017: Pronto Atendimento Infantil, Policlín de São Jose dos Campos, SP.
- ✓ Julho de 2.014 até a presente data: Coordenador do Serviço de Pediatria da UPA Putim, São José dos Campos, SP.
- ✓ Julho de 2.014 até a presente data: Pronto Atendimento Infantil, UPA Putim, São José dos Campos, SP.
- ✓ Janeiro de 2.012 até a presente data: Pronto Atendimento Infantil, Antiga AMA, hoje Hospital Ipiranga, Itaquaquecetuba, SP.
- ✓ Setembro de 2.011 a Julho de 2.012: Pronto Atendimento Adulto, UBS, Jacareí, SP.
- ✓ Setembro de 2.011 a Julho de 2.014: Pronto Atendimento Infantil, Policlín de Caçapava, SP.
- ✓ Junho de 2.011: Pronto Socorro Adulto, Santa Casa de Paraibuna, SP.
- ✓ Maio de 2.011 a Outubro de 2.011: Pronto socorro adulto, Santa Casa de Jacareí, SP.
- ✓ Abril de 2.011 a Junho de 2.011: Ambulatório GMB, Jacupiranga, SP.
- ✓ Abril de 2.011 a Junho de 2.011: Policlín Setor Empresarial, como médico do Trabalho, Jacupiranga, SP.
- ✓ Abril de 2.011 a Dezembro de 2.012: Pronto Atendimento, Hospital Alvorada, Jacareí, SP.
- ✓ Abril de 2.011: Ambulatório da REVAP - PETROBRAS, Parada de 2.011, Jacupiranga, SP.
- ✓ Fevereiro de 2.011 a Julho de 2.011: Pronto Atendimento Adulto do Hospital São Francisco, Jacareí, SP.
- ✓ Fevereiro de 2.011 a Dezembro de 2.011: Pronto Atendimento Adulto do Hospital FUSAM, Caçapava, SP.
- ✓ Janeiro de 2.011 a Dezembro de 2.011: Pronto Atendimento Adulto do Hospital São José, Jacupiranga, SP.
- ✓ Agosto de 2.010 a Janeiro de 2.011: Plantão de Emergências Médicas, Hospital Belgrano, Mar del Plata, Província de Buenos Aires, Argentina.
- ✓ Julho de 2.010 a Janeiro de 2.011: Plantão de Emergências Médicas, Hospital Emhsa, Mar del Plata, Província de Buenos Aires, Argentina.
- ✓ Julho de 2.010 a Setembro de 2.010: Plantão de Clínica Médica, Clínica Neuropsiquiátrica Atlântica, Mar Del Plata, Província de Buenos Aires, Argentina.
- ✓ Abril de 2010 a Janeiro de 2.011: Emergências Médicas e Assistências Médicas Domiciliar Adultos e Pediátricos; Avant Salud, Mar Del Plata, Província de Buenos Aires, Argentina.

- ✓ Abril de 2.010 a Janeiro de 2.011: Emergências Médicas e Assistências Médicas Domiciliar Adultos, Servisa-Dynamis, Mar Del Plata, Província de Buenos Aires, Argentina.

➤ **NÚCLEO OPERATIVO – Staff Local – Nível 4**

ENF. REGIANE DE OLIVEIRA SANTOS – CARGO: GERENTE DE ENFERMAGEM.

- ✓ Brasileira, natural de Três Corações, Minas Gerais, 37 anos.
- ✓ Residente na Rua Voluntários do Rotary, nº 121, Jardim República, CEP 12234-868, Jacupiranga, São Paulo.
- ✓ Celular 12 9 88163356 – e-mail regiane.santos@incs.org.br.
- ✓ Enfermeira formada pela Faculdade Universidade Paulista – 2.011 a 2.015, COREN nº 464.347.
- ✓ Especialização: UTI (IBEC – Instituto Brasileiro de Educação Continuada) – 2.017 a 2.018.

Experiência Profissional:

- ✓ Enfermeira – UPA Putim. Atua como enfermeira na Unidade de Pronto Atendimento, exercendo todas as atividades pertinentes ao cargo, além de cuidar da CCIH e Educação Continuada. De 07/12/2.016 até hoje.
- ✓ Enfermeira da UTI da Santa Casa de Jacareí, Jacareí, São Paulo. Início: 16/03/2.016 até 08/07/2.016.
- ✓ Principais Atividades: Cuidados específicos para pacientes de risco, aplicação da SAE, controle de medicamentos, gerenciamento de escala dos técnicos de enfermagem, controle de materiais, controle de psicotrópicos, administração de medicações de risco, curativos, orientação gerais, acompanhamento das visitas médicas.

Qualificações em Atividades Profissionais:

- ✓ Curso de curativos (IBEC – Instituto Brasileiro de Educação Continuada) – 2018.
- ✓ Leitura e Interpretação de ECG (IBEC – Instituto Brasileiro de Educação Continuada).
- ✓ Administração de Medicação Via Parenteral.
- ✓ Cuidar de quem cuida – Oncoensino – ALBERT EISNTEIN, Turma 2 – 6 horas – 17/05/18 a 28/06/2018.
- ✓ Treinamento Projeto Sprint Fase 2 – 09/11/18.

1.3.2. Vínculos da Equipe Gestora com a Unidade de Saúde

Os vínculos da equipe gestora com a Unidade são os seguintes:

- ✓ Diretor de Operações – membro associado do INCS, escolhido pelo Presidente do Conselho de Administração, com vínculo com a INCS por CLT.
- ✓ Diretora Administrativo-Financeiro – membro associado do INCS, selecionado pelo Presidente do Conselho de Administração, com vínculo com o INCS por CLT.
- ✓ Diretor de Controladoria – membro associado do INCS, selecionado pelo Presidente do Conselho de Administração, com vínculo com o INCS por CLT.
- ✓ Diretor Técnico – membro associado do INCS, selecionado pelo Diretor de Operações, com vínculo com o INCS por CLT.
- ✓ Gerente Médico – membro associado do INCS, selecionado pelo Diretor de Operações, com vínculo com o INCS por contrato de prestação de serviços de Pessoa Jurídica.
- ✓ Supervisora de Enfermagem – membro associado do INCS, selecionado pelo Diretor Técnico, com vínculo com o INCS por CLT.
- ✓ Gerente Administrativo da Unidade de Saúde – membro contratado pelo INCS, selecionado em cargo de confiança, pelo Diretor de Operações, com vínculo com o INCS por CLT.
- ✓ Coordenador Médico da Unidade de Saúde – membro associado do INCS, selecionado pelo Diretor Técnico, com vínculo com o INCS por contrato de prestação de serviços de Pessoa Jurídica.
- ✓ Gerente de Enfermagem (RT) da Unidade de Saúde – membro contratado pelo INCS, selecionado em cargo de confiança, pelo Diretor Técnico, com vínculo com o INCS por CLT.
- ✓ Diretor Médico Técnico da Unidade de Saúde – membro associado do INCS, selecionado pelo Diretor Técnico, com vínculo com o INCS por prestação de serviços.

1.3.3. Competências dos Principais Membros do Corpo Diretivo

Os principais membros do Corpo Diretivo da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, terão as seguintes competências:

- **Ao Diretor de Operações compete:**
- ✓ Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.
- ✓ Estabelecer as políticas administrativas, assistenciais, e salariais aprovadas pela Diretoria do INCS.
- ✓ Convocar e presidir reuniões operacionais centrais para a disseminação das resoluções passadas, zelando para que as mesmas sejam cumpridas.

- ✓ Coordenar e supervisionar toda a equipe de operações no planejamento e na execução da gestão operacional.
- ✓ Estudar constantemente a melhor utilização das capacidades instaladas e dos serviços existentes na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, com os subsídios trazidos pela equipe.
- ✓ Zelar pelo cumprimento das metas pactuadas.
- ✓ Zelar e dar condições para que a UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO mantenha o padrão mais elevado possível de atendimento.
- ✓ Zelar para que todos os colaboradores trabalhem com segurança e tenham sua saúde física e psíquica preservadas.

➤ **Ao Diretor Administrativo-Financeiro compete:**

- ✓ Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.
- ✓ Executar as políticas administrativas, financeiras, salariais e assistenciais aprovadas pela Diretoria do INCS.
- ✓ Realizar em conjunto com a Gerência da Unidade, a prestação de contas financeiras e relatórios de atividades periodicamente para o DMS de Jacupiranga.
- ✓ Convocar e presidir reuniões administrativas e financeiras centrais para a disseminação das resoluções passadas, zelando para que as mesmas sejam cumpridas.
- ✓ Examinar mensalmente, os relatórios de atividades e administrativo-financeiros de cada um dos serviços da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.
- ✓ Estudar constantemente a melhor utilização das capacidades instaladas e dos serviços existentes na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.
- ✓ Fiscalizar mensalmente a UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, aplicando se necessário, corretivos para uma melhoria contínua.
- ✓ Fiscalizar constantemente a utilização dos recursos financeiros e estudar as políticas orçamentárias, para uma customização e otimização dos recursos financeiros alocados na gestão da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.
- ✓ Zelar pelo cumprimento das metas pactuadas.
- ✓ Zelar e proporcionar condições para que a UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO mantenha o padrão mais elevado possível de atendimento.
- ✓ Zelar para que todos os colaboradores trabalhem com segurança e tenham sua saúde física e psíquica preservadas.

Ao Diretor Técnico compete:

- ✓ Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.
- ✓ Executar as políticas técnico-operacionais aprovadas pela Diretoria do INCS.

- ✓ Definir junto aos Responsáveis Técnicos da Unidade (Médico, Enfermagem e Farmácia e de Biomedicina), os protocolos e processos a serem seguidos nos equipamentos de saúde geridos pelo INCS, assim como mantê-los atualizados, perante a legislação vigente, visando a busca constante pela excelência;
- ✓ Aplicar os processos técnico-operacionais do INCS, nos Equipamentos de Saúde Geridos pelo INCS.
- ✓ Fiscalizar a regular execução dos processos operacionais técnicos das unidades.
- ✓ Participar junto ao Diretor de Controladoria e o(a) Responsável Técnico(a) de Enfermagem, da Comissão de Implantação de novos contratos administrativos e de gestão.
- ✓ Contratar e dispensar os gestores das unidades.
- ✓ Instituir ou destituir responsáveis técnicos nas áreas: Médica, Enfermagem, Farmácia e Biomedicina.

- **Ao Diretor de Controladoria compete:**
 - ✓ Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.
 - ✓ Definir com aprovação do Diretor de Operações os processos: Administrativos, Fiscais, Financeiros, Contábeis, de Recursos Humanos, Jurídicos e de Prestação de Contas que serão adotados pelo INCS.
 - ✓ Gerenciar o Departamento de Controladoria do INCS.
 - ✓ Realizar auditoria interna conjunta aos diretores da entidade, dentro dos seus âmbitos de atuação, dos processos Administrativos, Financeiros, Contábeis, Jurídicos e de Recursos Humanos adotados pela sede e suas filiais.
 - ✓ Coordenar a regular execução das atividades corporativas, conforme aquelas já estabelecidas pelo Diretor de Operações e Controladoria, dos departamentos: Contábil e Fiscal.
 - ✓ Acompanhar a regular execução dos processos Contábeis e Fiscais definidos pelo Diretor de Operações e Diretor de Controladoria.
 - ✓ Sempre que solicitado elaborar relatórios, parecer e explicações de uso interno do INCS.
 - ✓ Coordenar os processos de prestação de contas que serão executados em cada filial.
 - ✓ Auditar e fiscalizar todos os Contratos e processos institucionais.

- **Ao Gerente Médico compete:**
 - ✓ Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.
 - ✓ Supervisionar todas as atividades médicas.

- ✓ Supervisionar as atividades de cada clínica existente na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.
- ✓ Supervisionar os serviços médicos executados na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.
- ✓ Supervisionar os serviços de análises clínicas na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.
- ✓ Supervisionar os serviços de radiologia na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.
- ✓ Implantar as políticas médicas aprovadas pela Diretoria do INCS.
- ✓ Zelar pelo cumprimento das metas pactuadas.
- ✓ Zelar e dar condições para que a UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO mantenha o padrão mais elevado possível de atendimento.
- ✓ Zelar para que todos os colaboradores trabalhem com segurança e tenham sua saúde física e psíquica preservadas.
- **Ao Gerente Administrativo da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO compete:**
 - ✓ Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.
 - ✓ Permanecer por 08 (oito) horas na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO em dias úteis, na gerência das atividades inerentes ao cargo.
 - ✓ Executar as políticas administrativas aprovadas pela Diretoria do INCS.
 - ✓ Fazer cumprir o Regulamento de Compras e Contratações em vigor.
 - ✓ Convocar e presidir reuniões administrativas locais para a disseminação das resoluções passadas, zelando para que as mesmas sejam cumpridas.
 - ✓ Coordenar e fiscalizar as ações dos Assistentes Administrativos.
 - ✓ Participar das reuniões do corpo clínico e manter entrosamento constante, tanto com as chefias quanto com os profissionais da saúde.
 - ✓ Reportar-se diretamente ao Diretor Administrativo do INCS, auxiliando-o em todos os atendimentos e controles que for necessário para o perfeito funcionamento da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.
 - ✓ Zelar pelo cumprimento das metas pactuadas.
 - ✓ Zelar e dar condições para que a UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO mantenha o padrão mais elevado possível de atendimento.
 - ✓ Zelar para que todos os colaboradores trabalhem com segurança e tenham sua saúde física e psíquica preservadas.
 - ✓ Não contratar médicos formados no exterior sem registro nos Conselhos de Medicina.
- **Ao Coordenador Médico da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO compete:**
 - ✓ Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno da UNIDADE DE PRONTO A-

TENDIMENTO.

- ✓ Assumir a coordenação da equipe médica (clínico ou pediatras) da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, bem como a Responsabilidade Técnica Médica, perante a Vigilância Sanitária, CRM e demais órgãos.
 - ✓ Coordenar e controlar todas as atividades médicas.
 - ✓ Garantir o perfeito funcionamento das escalas médicas.
 - ✓ Coordenar e controlar as atividades de cada clínica existente na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.
 - ✓ Coordenar e orientar os serviços médicos executados na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.
 - ✓ Coordenar e orientar os serviços de análises clínicas da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.
 - ✓ Coordenar e orientar os serviços de radiologia da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.
 - ✓ Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando o melhor desempenho do Corpo Clínico e dos demais profissionais, visando o bem estar e a saúde da população usuária (Resolução CFM nº 1354).
 - ✓ Substituir o Diretor Médico Técnico em seus impedimentos.
 - ✓ Apoiar e fiscalizar junto com o Gerente Administrativo da Unidade as Comissões Multidisciplinares.
 - ✓ Zelar pelo cumprimento das metas pactuadas.
 - ✓ Zelar e dar condições para que a UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO mantenha o padrão mais elevado possível de atendimento.
 - ✓ Zelar para que todos os colaboradores trabalhem com segurança e tenham sua saúde física e psíquica preservadas.
- **Ao Gerente de Enfermagem (RT) da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO compete:**
- ✓ Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.
 - ✓ Assumir a Responsabilidade Técnica de enfermagem da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, perante a Vigilância Sanitária, COREN e demais órgãos competentes.
 - ✓ Coordenar e controlar todas as atividades da equipe de enfermagem.
 - ✓ Garantir o perfeito funcionamento das escalas da equipe de enfermagem.
 - ✓ Coordenar e controlar as atividades de enfermagem existente na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.
 - ✓ Coordenar e orientar os serviços de enfermagem executados na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

- ✓ Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática de enfermagem, visando o melhor desempenho da equipe de enfermagem e dos demais profissionais, visando o bem estar e a saúde da população usuária.
- ✓ Substituir o Gerente Administrativo em seus impedimentos.
- ✓ Apoiar e fiscalizar junto com o Gerente Administrativo as Comissões Multidisciplinares.
- ✓ Zelar pelo cumprimento das metas pactuadas.
- ✓ Zelar e dar condições para que a UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO mantenha o padrão mais elevado possível de atendimento.
- ✓ Zelar para que todos os colaboradores trabalhem com segurança e tenham sua saúde física e psíquica preservadas.
- **Ao Diretor Médico Técnico da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO compete:** (em conformidade com a CFM Nº 2.147/2016)
 - ✓ Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.
 - ✓ Assumir a Responsabilidade Técnica Médica da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, perante a Vigilância Sanitária, COREN e demais órgãos competentes.
 - ✓ Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor.
 - ✓ Assegurar que todo paciente sob regime de internação seja atendido por um médico assistente.
 - ✓ Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica.
 - ✓ Organizar as escalas de plantão, zelando para que não haja lacunas;
 - ✓ Solucionar a ausência de plantonistas;
 - ✓ Assegurar a acadêmicos e residentes condições de exercer suas atividades com os melhores meios de aprendizagem, quando for o caso.
 - ✓ Organizar os prontuários dos pacientes.

1.3.4. Qualificação Técnica dos Membros do Corpo Diretivo Local

Além de contarmos com o suporte de todos os profissionais do nosso Núcleo Executivo, ou seja, a Diretoria de Operações, a Diretoria Financeira, a Diretoria Administrativa, a Diretoria Técnica, a Diretoria de Controladoria, a Diretoria Médica, o Departamento de Recursos Humanos, o Departamento Contábil e Fiscal e o Departamento Jurídico, para a implantação e desenvolvimento do Plano de Trabalho apresentado, localmente, contaremos com 4 (quatro) profissionais a serem contratados para executarem suas funções diretivas diretamente na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, como segue:

- 01 (um) Gerente Administrativo de Unidade, que será um profissional com graduação em nível superior de áreas relacionadas ao Objeto da contratação, que terá a função de gerenciar administrativamente e supervisionar as atividades na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO;
- 01 (um) Coordenador Médico, que será um profissional com graduação em medicina, especialista em clínica médica, com experiência mínima de 3 (três) anos em coordenação de equipes médicas;
- 01 (um) Diretor Técnico Médico, que será um profissional com graduação em medicina, com experiência mínima de 3 (três) anos, sendo que um deles será Responsabilidade Técnica Médica perante o CREMESP e demais órgãos competentes; e,
- 01 (um) Enfermeiro, que será um profissional com graduação em enfermagem, com experiência mínima de 3 (três) anos em coordenação de equipes de enfermagem, que também será o Responsável Técnico de Enfermagem da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO perante o COREN e demais órgãos competentes.

1.4. SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E EM MEDICINA DO TRABALHO – SESMT

SESMT é a sigla para Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho e é uma equipe de profissionais da saúde, que ficam dentro das empresas para proteger a integridade física dos trabalhadores.

O Serviço Especializado em Engenharia e em Medicina do Trabalho – SESMT tem como objetivo de preservar o maior patrimônio de uma instituição: seus colaboradores!

Trabalhar em um ambiente seguro é um direito de todas as pessoas, e cabe às instituições proporcionarem esse ambiente, prezando sempre pela segurança e bem estar dos seus funcionários, um vez que um local de trabalho harmonioso é um estímulo, para que os empregados desempenhem da melhor maneira as suas funções.

Uma das maneiras de proporcionar tudo isso é investindo na segurança do trabalho e implantando na empresa um Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, o SESMT, pois esse serviço tem como objetivo trabalhar na prevenção e no tratamento de doenças ocupacionais preservando assim a saúde dos trabalhadores.

➤ SESMT: Um Breve Histórico

O SESMT nasce ainda durante a revolução industrial, quando é notado um aumento nos casos de doenças ocupacionais. Porém, no Brasil, toda essa

preocupação com a segurança no trabalho e a prevenção das doenças ocupacionais começou de maneira tímida e há pouco tempo.

Em 1.981 quando a lei de proteção ao trabalho de menores foi criada começaram a surgir as preocupações com a segurança no ambiente de trabalho e então começou a ser pensado maneiras de melhorar o serviço.

Antes disso, já existia uma lei, criada em 1.919, sobre os acidentes de trabalho, mas nessa lei não estava incluída os serviços de tratamento das doenças, uma vez que o SESMT foi criado apenas em 67, ainda como um serviço que tinha o objetivo de prevenir acidentes e doenças ocupacionais.

Esse serviço é composto pelos profissionais atuais só foi alterado em 1.990, após várias reuniões e projetos que buscavam a melhoria da saúde do trabalhador.

Atualmente os profissionais que compõem o SESMT são os Médicos do Trabalho, Engenheiros de Segurança do Trabalho, Enfermeiros do Trabalho, Técnicos em Segurança do Trabalho e Auxiliares de Enfermagem do Trabalho.

➤ **Profissionais Que Integram o SESMT**

As instituições que têm o Serviço Especializado em Engenharia e em Medicina do Trabalho disponibilizam aos seus colaboradores profissionais qualificados, e que vão ficar dentro da própria empresa auxiliando os empregados sempre que preciso conforme determinação da Norma Regulamentadora 04.

Algumas instituições não tem o SESMT in loco, mas disponibilizam o atendimento imediato dos empregados com profissionais que fazer parte desse serviço sempre que houver necessidade.

Para fazer parte do SESMT é preciso atender aos seguintes requisitos:

- ✓ Médico do Trabalho: o profissional deve ter diploma além do diploma de médico, curso de pós-graduação na área de Medicina do Trabalho ou fazer a residência médica em alguma área que seja relacionada com a saúde do trabalhador.
- ✓ Engenheiro de Segurança do Trabalho: o profissional deve ter graduação em Engenharia ou Arquitetura e possuir pós-graduação em Engenharia de Segurança do Trabalho.
- ✓ Enfermeiro do Trabalho: profissional formado em enfermagem com curso de pós-graduação na área de Enfermagem do Trabalho.
- ✓ Técnico em Segurança do Trabalho: profissional com curso técnico e registro no Ministério do Trabalho.
- ✓ Técnico de Enfermagem do Trabalho: Técnico em Enfermagem com certificado de qualificação em Enfermagem do Trabalho.

Esses são os profissionais que todo o SESMT deve ter, sendo que em algumas empresas esse serviço se apresenta mais completo, podendo possuir outros profissionais como psicólogos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais.

➤ **Importância do SESMT**

O SESMT em primeiro momento para algumas empresas pode parecer ser apenas mais um gasto com mais funcionários, porém com a implantação desse tipo de serviço as empresas acabam por reduzir outros gastos, uma vez que o seu objetivo é de trabalhar em conjunto com outras áreas de uma empresa a fim de agir para evitar os acidentes de trabalho e doenças ocupacionais.

É o SESMT quem vai avaliar a segurança dos setores de uma empresa e elaborar projetos de melhorias que vão deixar o ambiente mais seguro e agradável para o trabalho.

Além disso, o SESMT, em parceria com a CIPA, é o responsável por promover a SIPAT – Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho, um evento voltado para os funcionários com o objetivo de mostrar a eles a importância de trabalhar usando equipamentos de segurança e de evitar atividades de risco sem preparação.

Além disso, na SIPAT também é promovida atividades para que os funcionários se sintam melhores no seu ambiente de trabalho, uma vez que um local de trabalho seguro e prazeroso, os funcionários desempenham melhor as suas funções.



➤ **Biossegurança**

A Biossegurança é o conjunto de ações voltadas para a prevenção, proteção do trabalhador, minimização de riscos inerentes às atividades de pesquisa, produção, ensino, desenvolvimento tecnológico e preacional e amplia-se para a proteção ambiental e a qualidade.

Uma outra definição, é a baseada na cultura da Engenharia de Segurança e da Medicina do Trabalho é encontrada em Costa (1.996), onde aparece "conjunto de medidas técnicas, administrativas, educacionais, médicas e psicológicas,

empregadas para prevenir acidentes em ambientes biotecnológicos". Está centrada na prevenção de acidentes em ambientes ocupacionais.

Fontes et al. (1.998) já apontam para "os procedimentos adotados para evitar os riscos das atividades da biologia".

Embora seja uma definição vaga, subentende-se que estejam incluídos a biologia clássica e a biologia do DNA recombinante.

Estas definições mostram que a Biossegurança envolve as relações tecnologia/risco/homem.

O risco biológico será sempre uma resultante de diversos fatores e, portanto, seu controle depende de ações em várias áreas, priorizando-se o desenvolvimento e divulgação de informações além da adoção de procedimentos correspondentes às boas práticas de segurança para profissionais, pacientes e meio ambiente.

➤ **Conceitos Utilizados**

A Biossegurança está formatada legalmente para os processos envolvendo organismos geneticamente modificados e questões relativas a pesquisas científicas com células-tronco embrionárias, de acordo com a Lei de Biossegurança – Nº 11.105 de 24 de março de 2.005.

O foco de atenção dessa Lei são os riscos relativos as técnicas de manipulação de organismos geneticamente modificados.

O órgão regulador dessa Lei é a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança, integrada por profissionais de diversos ministérios e indústrias biotecnológicas.

Exemplo típico de discussão legal da Biossegurança são os alimentos transgênicos, produtos da engenharia genética.

Por outro lado, a palavra Biossegurança, também aparece em ambientes onde a moderna biotecnologia não está presente, como indústrias, hospitais, laboratórios de saúde pública, laboratórios de análises clínicas, hemocentros, universidades, etc., no sentido da prevenção dos riscos gerados pelos agentes químicos, físicos e ergonômicos, envolvidos em processos onde o risco biológico se faz presente ou não.

Esta é a vertente da Biossegurança, que na realidade, confunde-se com a Engenharia de Segurança, a medicina do trabalho, a saúde do trabalhador, a higiene industrial, a Engenharia Clínica e a infecção hospitalar.

➤ **Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA**

PPRA é um conjunto de ações visando à preservação da saúde e da integridade dos trabalhadores, através da antecipação, reconhecimento, avaliação e consequente controle da ocorrência de riscos ambientais existentes ou que venham a existir no ambiente de trabalho, tendo em consideração a proteção do meio ambiente e dos recursos naturais.

No Brasil a legislação do trabalho obriga todas as empresas públicas e privadas a elaborarem e implementarem o PPRA, além de manter um documento base de registro dessas ações, que incluem:

- ✓ Levantamento dos riscos.
- ✓ Planejamento anual com estabelecimento de metas e prioridades.
- ✓ Cronogramas.
- ✓ Estratégia e metodologia de ação.
- ✓ Forma do registro, manutenção e divulgação dos dados.
- ✓ Periodicidade e forma de avaliação do desenvolvimento do PPRA.

O PPRA – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais foi estabelecido pela Secretaria de Segurança e Saúde do Trabalho, do Ministério do Trabalho, por meio da Norma Regulamentadora NR 9, Portaria 3.214/1.978, com objetivo de definir uma metodologia de ação para garantir a preservação da saúde e integridade dos trabalhadores face aos riscos existentes nos ambientes de trabalho.

São considerados riscos ambientais os agentes físicos, químicos e biológicos.

São considerados fatores de riscos ambientais a presença destes agentes em determinadas concentrações ou intensidade.

O tempo máximo de exposição do trabalhador a esses agentes é determinado por limites pré estabelecidos.

➤ **Agentes de Risco**

Os agentes de risco que devem estar presentes no PPRA são os agentes químicos, físicos e biológicos. Podendo ser analisado também os riscos ergonômicos e riscos mecânicos (de acidente). Estes dois últimos devem ser colocados como adendo no PPRA.

Os agentes físicos decorrem de processos e/ou equipamentos: ruído, vibrações, pressões anormais, temperaturas extremas (calor ou frio), radiações ionizantes e radiações não ionizantes.

Os agentes químicos são oriundos da manipulação e processamento de matérias primas e insumos que possam entrar pela via respiratória, pelo contato ou ser absorvidos através da pele ou organismo: gases, vapores, poeiras, fumos, névoas e neblinas.

Os agentes biológicos são oriundos da manipulação, transformação e modificação de seres vivos microscópicos, dentre eles: bactérias, fungos, bacilos, parasitas, protozoários, vírus, entre outros.

É um Programa de atenção médica, sendo que o objetivo do Programa é orientar os estudos na identificação de agentes de risco no ambiente do trabalho e a sua relação com a exposição das pessoas, dando um tratamento apropriado à prevenção, para não causar danos à saúde do trabalhador.

Traz ainda consigo benefícios complementares como:

- ✓ Criação da mentalidade preventiva em trabalhadores e empresários.
 - ✓ Redução ou eliminação de improvisações.
 - ✓ Promoção da conscientização em relação a riscos e agentes existentes no ambiente do trabalho.
 - ✓ Desenvolvimento de uma metodologia de abordagem e análise das diferentes situações e condições do ambiente do trabalho.
 - ✓ Treinamento e educação dos trabalhadores para a utilização da metodologia.
- **Controle de Riscos**
- Toda atividade apresenta riscos à integridade física de quem a realiza. As atividades realizadas nos estabelecimentos de saúde não fogem a esta regra.
- Assim os riscos são divididos em:
- ✓ **Risco Físico:** que é caracterizado pela presença dos seguintes riscos:
 - ruídos;
 - calor;
 - vibrações;
 - pressões anormais;
 - radiações; e,
 - umidade.
 - ✓ **Risco Biológico:** pela presença de microrganismos como bactérias, vírus, fungos, por exemplo, associada a procedimentos inadequados realizados no estabelecimento de saúde, expõe os seres humanos a possíveis infecções. Os pacientes, funcionários e visitantes estão expostos a este tipo de risco.
 - ✓ **Risco Químico:** materiais tóxicos, como solventes, combustíveis, ácidos e outros apresentam a característica de promover a possibilidade de intoxicação, explosão e queimaduras.
 - ✓ **Risco Ergonômico:** a exposição a situações de esforço além dos limites tolerados pelo ser humano (cargas excessivas, postura inadequada no transporte de cargas), condições ambientais desfavoráveis (falta de iluminação, ruído excessivo, temperaturas extremas) e a realização de atividades com movimentos repetitivos, apresenta risco ergonômico podendo resultar em danos à saúde humana.
 - ✓ **Risco de Acidentes:** a permanência no meio ambiente de instalações inadequadas, insatisfatórias ou deterioradas, como, por exemplo, fios elétricos expostos, pisos escorregadios, escadas sem corrimão, vidros quebrados, contribuem para que ocorram acidentes.
- **Identificação e Controle de Riscos**
- O controle de riscos, físicos, biológicos, químicos, ergonômicos e de acidentes, serão amplamente abordados e discutidos quando da elaboração do

PPRA (Programa de Prevenção de Riscos Ambientais).

A identificação dos riscos em cada local setor do estabelecimento não é uma tarefa simples, mas é a primeira etapa do gerenciamento de riscos.

Uma vez identificado um risco parte-se para minimizá-lo, por meio da utilização de equipamentos de segurança (EPI ou EPC), sinalização quanto à sua existência (símbolos, avisos), e realização de procedimentos (manutenção de equipamentos, manuseio de materiais perigosos), além da capacitação constante.

Para um mesmo risco podem ser definidas várias ações. Por exemplo, o risco de acidente com resíduos perfurocortantes pode ser minimizado pelo uso de recipientes apropriados para acondicionamento e definição de procedimentos de manipulação seguros (nunca remover manualmente partes do material perfurocortante, por exemplo).

A utilização de equipamentos de proteção individual (EPI) e equipamentos de proteção coletiva (EPC) são formas de minimizar (ou controlar) riscos.

É importante a verificação periódica dos equipamentos de proteção, quanto ao número disponível, estado de conservação e no caso dos EPC, o acompanhamento da manutenção e instalação destes.

➤ **Controle de Insetos, Pragas e Roedores:**

Esse controle será realizado a cada três meses, por empresa comprovadamente especializada na área, a ser contratada dentro das normas especificadas pela Comissão de Gerenciamento de Riscos – CGR.

➤ **Metodologia**

As seguintes etapas são planejadas para implementação do PPRA:

- ✓ Antecipação e reconhecimento dos riscos.
- ✓ Estabelecimento de prioridades e metas de avaliação e controle.
- ✓ Avaliação dos riscos e da exposição dos trabalhadores.
- ✓ Implantação de medidas de controle e avaliação de sua eficácia.
- ✓ Monitoramento da exposição aos riscos.
- ✓ Registro e divulgação dos dados.

➤ **Obrigatoriedade da Implementação do PPRA**

A lei define que todos empregadores e instituições que admitem trabalhadores como empregados são obrigadas a implementar o PPRA.

Em todas as atividades de trabalho onde haja vínculo empregatício, há a obrigação de implementação do programa, sejam: indústrias; fornecedores de serviços; hotéis; condomínios; drogarias; escolas; supermercados; hospitais; transportadoras; clubes; magazines; etc.

O não cumprimento das exigências desta norma estabelece penalidades que variam de multas e até interdições.

➤ **Opções de Implementação do Programa**

Para as organizações que possuem o SESMT – Serviço Especializado de Segurança de Medicina do Trabalho (que será o caso da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO), é responsabilidade deste serviço a implementação.

Contrataremos um Técnico de Segurança do Trabalho, contratado diretamente pelo INCS, para o desenvolvimento das diversas etapas do Programa, em conjunto com a Administração da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

➤ **Precauções e Cuidados**

A principal preocupação são que os objetivos sejam efetivamente a proteção aos trabalhadores.

A medição da presença de agentes podem atingir partes por bilhão (ppb) e precisam de metodologias adequadas para a medição.

As empresas especializadas à serem contratadas para medir esses índices, serão verificadas quanto a capacitação técnica e idoneidade na realização destes trabalhos.



➤ **Definições**

- ✓ **PCMSO:** significa Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, conforme estabelece o subitem 7.2.1. da Norma Regulamentadora nº 07, sendo que o PCMSO é parte integrante do conjunto mais amplo de iniciativas da empresa no campo da saúde dos trabalhadores, devendo estar articulado com o disposto nas demais normas.
- ✓ **PCMAT:** significa Programa de Condições e meio Ambiente de Trabalho na Indústria de Construção e é regulamentado pela Norma Regulamentadora nº 18, através da Portaria 3.214 de 1.978.
- ✓ **PPR:** significa Programa de Participação nos Resultados, conhecido também por Participação nos Lucros e Resultado – PLR, estando previsto na Consolidação das Leis do Trabalho – CLT pela Lei nº 10.101, de 19 de dezembro de 2.000.
- ✓ **PCA:** significa Programa de Conservação Auditiva, que é um conjunto de medidas coordenadas que previnem a instalação ou evolução das perdas auditivas ocupacionais, é um processo contínuo e dinâmico de implantação de rotinas nas empresas. Onde existir o risco para a audição do trabalhador há necessidade de implantação do PCA.
- ✓ **PCV:** significa Programa de Conservação Visual, sendo baseado nos conceitos de identificação do risco, efeitos à saúde, seleção da proteção adequada e treinamento no uso correto dos equipamentos, para garantir a saúde e segurança dos olhos dos trabalhadores.
- ✓ **LTCAT:** significa Laudo Técnico das Condições do Ambiente de Trabalho, que se trata de um documento estabelecido e adotado pelo Instituto Nacional do Seguro Social – INSS na comprovação da exposição aos agentes ambientais nocivos à saúde ou à integridade física do trabalhador.
- ✓ **Laudo de Insalubridade:** é o documento técnico-legal que estabelece se os empregados da instituição têm ou não direito ao recebimento do adicional de insalubridade (10%, 20% ou 40% do salário-mínimo), em virtude da exposição a agentes físicos, químicos e/ou biológicos, considerando os limites de tolerâncias estabelecidos.
- ✓ **EPI:** é a sigla para Equipamento de Proteção Individual, que é todo dispositivo ou produto de uso individual utilizado pelo trabalhador com o intuito de protegê-lo dos riscos capazes de ameaçar a sua segurança e a sua saúde.
- ✓ **EPC:** é a sigla para Equipamento de Proteção Coletiva, que se trata de todo dispositivo ou sistema de âmbito coletivo, destinado à preservação da integridade física e da saúde dos trabalhadores, assim como a de terceiros.
- ✓ **PPP:** significa Perfil Profissiográfico Previdenciário e constitui-se em um documento histórico-laboral do trabalhador que reúne, entre outras informações, dados administrativos, registros ambientais e resultados de

monitoração biológica, durante todo o período em que este exerceu suas atividades nas respectivas empresas.

1.4.1. Comissão de Gerenciamento de Riscos – CGR

O Gerenciamento de Risco traz mais segurança no atendimento à saúde dos pacientes.

Sua aplicação pelas equipes assistenciais e administrativas de Unidades de Saúde, clínicas, laboratórios, entre outros, trazendo reflexos diretos na qualidade do atendimento, evitando ou prevenindo danos ao paciente, aos próprios profissionais, bem como à própria instituição de saúde.

Assim, a Comissão de Gerenciamento de Riscos – CGR terá como finalidades identificar, analisar, avaliar, tratar e monitorar continuamente os riscos visando criar mecanismos para efetivamente eliminar e/ou minimizar ameaças e incertezas, maximizar as oportunidades e aumentar a capacidade da organização de criar valores aos clientes, a para as equipes multiprofissionais da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

➤ **Proposta de Constituição**

Para constituir a CGR, a administração da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, indicará representantes das seguintes áreas: médica, enfermagem, farmácia, laboratório clínico, cozinha, limpeza, manutenção e segurança do trabalho, obtendo-se assim uma visão multiprofissional, sendo estruturada da seguinte maneira:

- ✓ Presidente;
- ✓ Vice-presidente;
- ✓ Secretário; e,
- ✓ Membros Titulares (membros das áreas acima citada).

Nota: qualquer profissional pode pleitear os cargos diretivos da CGR e não haverá membros suplentes.

➤ **Proposta de Regimento Interno da CGR**

CAPÍTULO I – DA DEFINIÇÃO

Artigo 1º – Comissão de Gerenciamento de Riscos – CGR é um órgão permanente, com funções educativas, preventivas e corretivas, visando eliminar e/ou minimizar as ameaças que apresentam dos riscos assistenciais, sanitários, ocupacionais, ambientais e de processos de trabalho, vinculada à Administração da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO).

CAPÍTULO II – DO OBJETIVO E FINALIDADE

Artigo 2º – Seu objetivo não é punitivo, mas sim, educativo e suas finalidades são: identificar, analisar, avaliar, tratar e monitorar continuamente os riscos visando criar mecanismos para efetivamente minimizar ameaças e incertezas, maximizar as oportunidades e aumentar a capacidade da organização de criar valores aos clientes, as equipes multiprofissionais e para a UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO).

CAPÍTULO III – DA COMPOSIÇÃO

Artigo 3º – A CGR terá composição multidisciplinar e multiprofissional.

- I- Deverão ser indicados representantes dos principais setores e serviços.
- II- As indicações deverão recair em profissionais proativos e participativos.

Artigo 4º – A Administração escolherá os membros da CGR e promoverá as designações do Presidente, Vice-Presidente e Secretário.

Artigo 5º – A Administração poderá a qualquer tempo e por motivo justificado promover a substituição dos integrantes da CGR.

Artigo 6º – As funções dos membros da CGR não serão remuneradas.

Artigo 7º – A CGR poderá convidar pessoas ou entidades que possam colaborar com o desenvolvimento de suas funções, sempre que julgar necessário.

Artigo 8º – Será dispensado o membro que sem motivo justificado deixar de comparecer a 03 (três) reuniões consecutivas ou a 06 (seis) intercaladas.

Artigo 9º – Afim de assegurar o suporte técnico e operacional indispensável à eficiência da CGR, a Administração, por meio do serviço de apoio administrativo, proporcionará a infraestrutura necessária.

CAPÍTULO IV – DO MANDATO

Artigo 10º – O mandato será de 01 (um) ano, podendo ser renovável conforme definição da Administração.

Artigo 11º – A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada através de portaria pela Administração a cada ano, em local visível e de fácil acesso, bem como a informação da substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

Artigo 12º – O presidente da CGR, assim como todos os membros serão nomeados pela Direção Administrativa do INCS, bem como os cargos de vice-presidente e secretário, em comum acordo com a Diretoria Técnica do INCS.

Parágrafo Único: o presidente da CGR poderá pertencer a qualquer área.

CAPÍTULO V – DO FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Artigo 13º – A CGR reunir-se-á ordinariamente bimestralmente e extraordinariamente quando convocada pela Administração da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO), Diretoria Técnica do INCS, Presidente da própria CGR ou a requerimento da maioria de seus membros.

- I- A CGR instalar-se-á e deliberará com a presença da maioria simples dos seus membros, devendo ser verificado o “quórum” em cada sessão.

- II- O Presidente terá voto de qualidade.
- III- As deliberações da CGR tomadas "Ad Referendum" deverão ser encaminhadas ao plenário da CGR para deliberação desta, na primeira sessão seguinte.
- IV- As deliberações da CGR serão consubstanciadas em ofícios endereçadas à Administração.

Artigo 14º – É facultativo ao Presidente e aos membros da CGR solicitar o reexame de qualquer decisão deliberada na reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza.

Artigo 15º – A votação será nominal.

Artigo 16º – A CGR, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativa ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Artigo 17º – Os expedientes serão sujeitos à análise da CGR que poderão ser encaminhados pela Administração.

Parágrafo Único – Os expedientes serão registrados e classificados por ordem cronológica e distribuídos aos membros pelo Secretário, por indicação do Presidente ou por membro designado.

Artigo 18º – A sequência das reuniões da CGR será a seguinte:

- I- A verificação da presença do Presidente, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos pelo Vice-Presidente.
- II- Verificação da presença e existência de quórum.
- III- Votação e assinatura da ata da reunião anterior.
- IV- Leitura e despacho do expediente.
- V- Ordem do dia, compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres.
- VI- Organização da pauta da próxima reunião.
- VII- Distribuição de expedientes aos relatores.
- VIII- Comunicação breve e franqueamento da palavra.

Artigo 19º – Após a leitura do parecer, o Presidente deve submetê-lo a discussão, dando a palavra aos membros que a solicitarem.

- I- O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do processo, propor diligências ou adiamento da votação.
- II- O prazo de vistas será até a realização da próxima reunião ordinária.
- III- Após adentrada na pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente votada no prazo máximo de até 02 (duas) reuniões.

Artigo 20º – Após o encerramento das discussões, o assunto será aberto a votação.

Artigo 21º – A data de realização das reuniões será estabelecida em cronograma e sua realização e duração serão as julgadas necessárias, podendo ser interrompidas em data e hora estabelecidas pelos presentes.

Artigo 22º – A cada reunião os membros consignarão sua presença em folha própria e o Secretário lavrará uma Ata com exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções, a qual deverá ser assinada pelos presentes.

CAPÍTULO VI – DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 23º – São atribuições da CGR:

- I- Desenvolver e estimular ações de Vigilância Sanitária Hospitalar, com conhecimento para auxiliar a seleção, o planejamento e a gerência dos produtos para saúde.
- II- Auxiliar a identificar, investigar e enviar as notificações de eventos, incidentes, reações adversas, ou queixa técnicas associados aos medicamentos, sangue e hemoderivados, equipamentos e artigos de uso médico, reagentes para diagnóstico de uso *in vitro* e materiais para desinfecção e esterilização em ambiente hospitalar com suspeita de envolvimento de produtos para a saúde à ANVISA.
- III- Coordenar as ações requeridas em Tecnovigilância, Farmacovigilância e Hemovigilância e Vigilância de Saneantes de Uso Hospitalar.
- IV- Participar da formação, disseminação dos conhecimentos e atualização de recursos humanos em Tecnovigilância, Farmacovigilância, Hemovigilância e materiais de desinfecção e esterilização de ambiente hospitalar.
- V- Elaborar e implantar Planos de Melhoria, produtos do contrato firmado entre a ANVISA e Hospitais Sentinela*.

Artigo 24º – Ao Presidente caberá dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da CGR, especificamente:

- I- Representar a CGR em suas relações internas e externas.
- II- Instalar a CGR e presidir as reuniões.
- III- Promover a convocação das reuniões.
- IV- Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer o direito do voto de desempate.
- V- Indicar entre os membros da CGR os relatores dos expedientes.
- VI- Indicar membros para realização de estudos, levantamento e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da CGR.
- VII- Cabe ao Vice-Presidente substituir o Presidente em seus impedimentos.

Artigo 25º – Aos membros da CGR, caberão:

- I- Estudar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente.
- II- Apresentar proposições sobre as questões atinentes a CGR.
- III- Comparecer às reuniões, relatando os expedientes, proferindo votos ou pareceres e manifestando-se a respeito das matérias em discussão.
- IV- Requerer votação de matéria em regime de urgência.

- V- Definir os protocolos de controle.
- VI- Contribuir para redução do nível de incerteza do negócio.
- VII- Criação de banco de dados de todas as avaliações e notificações dos riscos.
- VIII- Participar das reuniões multiprofissionais para discussão e análise dos riscos.

Artigo 26º – Ao Secretário da CGR caberá:

- I- Assistir as reuniões.
- II- Encaminhar e preparar o expediente da CGR.
- III- Manter o controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser examinados nas reuniões da CGR.
- IV- Providenciar por determinação do Presidente, a convocação das reuniões ordinárias e extraordinárias.
- V- Distribuir aos membros da CGR as pautas das reuniões.
- VI- Lavrar e assinar as Atas das reuniões da CGR.

CAPÍTULO VII – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 27º – O mandato dos membros da CGR se extinguirá se houver motivo que justifique a cessação.

Artigo 28º – O presente Regimento poderá ser alterado mediante proposta da CGR, por meio da maioria absoluta de seus membros submetidos à Administração da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO para aprovação.

Artigo 29º – O presente Regimento Interno estará em vigor na data de sua aprovação pelo Diretor Administrativo, revogadas as disposições em contrário.

➤ **Cronograma de Atividade Anual**

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DA COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS - CGR												
ATIVIDADE	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Constituição da CGR												
Revisão do Regimento Interno												
Reuniões Ordinárias												
Atas das Reuniões												
Resultados Positivos												

1.4.2. Política de Classificação dos Riscos

Na estruturação dos protocolos da nossa Comissão de Gerenciamento de Riscos – CGR, constituiremos dois Comitês, que são:

➤ **Comitê de Riscos Não Clínicos**

São aqueles advindos de procedimentos e práticas das atividades de manutenção da estrutura física e dos processos e suportes assistenciais.

➤ **Comitê de Riscos Clínicos**

São aqueles associados à ação direta ou indireta dos profissionais da área da saúde, que determinam danos à saúde física ou psicológica dos pacientes.

➤ **Notificação de Risco – Clínicos e Não Clínicos**

- ✓ Será preenchida através de formulários pelos colaboradores, em todos os níveis de atuação, sendo parte integrante da política de segurança.
- ✓ Poderá ser encaminhada por e-mail, pessoalmente, por telefone ou depositadas em urna lacrada, em local estratégico.
- ✓ A Seção da Qualidade recolhe semanalmente as fichas de notificação, avaliando e agrupando de acordo com a classificação de riscos.
- ✓ A notificação não tem efeito punitivo, é confidencial e independente.

➤ **Definições**

- ✓ Riscos: probabilidade de ocorrência de um PERIGO que provoque DANOS.
- ✓ Perigo: uma fonte potencial de DANO.
- ✓ Dano: Lesão ("física ou psíquica") e/ou prejuízo para a saúde (doença, sofrimento, deficiência ou morte).
- ✓ "Near Miss" - "Quase Acidente": qualquer situação ou evento que poderia ter terminado em acidente, mas só não terminou porque foram aplicadas antecipadamente medidas de correção que permitiram evitar o acidente, ficando o evento por uma "quase perda".
- ✓ Erro: falha não intencional na realização de uma ação planejada.

➤ **Os Cinco Pilares**

1. Farmacovigilância.
2. Tecnovigilância.
3. Hemovigilância.
4. Gestão de Resíduos.
5. Controle de Infecção Hospitalar.

➤ **Metodologia Aplicada**

Probabilidade de Ocorrência do Risco (P)	
Um (1) MUITO IMPROVÁVEL	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Raramente ocorre; ♦ Não se espera que o dano ocorra durante anos
Dois (2) IMPROVÁVEL	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Ocorre Ocasionalmente ♦ Aceita-se que o dano ocorra até uma vez durante um ano
Três (3) PROVÁVEL	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Ocorre Frequentemente ♦ Espera-se que o dano venha a ocorrer com relativa facilidade ♦ Algumas vezes por mês
Quatro (4) MUITO PROVÁVEL	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Certamente ocorre ♦ Espera-se que o dano ocorra com muita facilidade ♦ Várias vezes por semana ou diário
Gravidade do Dano (G)	
Um (1) LIGEIRA	<p>Quando pode desencadear lesões ligeiras (irritação dos olhos/pele, cefaléia, desconforto, etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦
Dois (2) GRAVE	<p>Quando é susceptível de provocar incapacidade temporária</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ (lacerações, queimaduras, fraturas menores, lesões musculoesqueléticas, etc.)
Três (3) MUITO GRAVE	<p>Quando pode provocar lesões muito graves (intoxicações, lesões múltiplas, fraturas, doenças crônicas, etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦
Quatro (4) MORTE	

Níveis de Risco (GXP)				
GXP	1	2	3	4
1	1	2	3	4
2	2	4	6	8
3	3	6	9	12
4	4	8	12	16

Riscos e Medidas	
Risco	Medidas
Trivial Criticidade 1	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Não requer ação específica
Aceitável Criticidade 2	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Não é necessário melhorar a ação, no entanto devem ser consideradas as avaliações periódicas
Moderada Criticidade 4, 6	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Devem ser implementadas políticas de redução do risco a médio e curto prazo
Importante Criticidade 8, 9	<ul style="list-style-type: none"> ◆ O risco tem de ser reduzido rapidamente ◆ Devem ser implementadas políticas de redução do risco a curto prazo e avaliações periódicas para a garantia da redução do risco
Inaceitável Criticidade 12, 16	<ul style="list-style-type: none"> ◆ A ação não deve continuar até que o risco seja imediatamente reduzido, sob pena de serem cancelados atos/procedimentos clínicos e até encerrados serviços clínicos

➤ **Classificação dos Riscos**

- ✓ Riscos Assistenciais.
- ✓ Riscos Sanitários.
- ✓ Riscos Ocupacionais.
- ✓ Riscos Ambientais.
- ✓ Riscos de Processo.

Matriz de Risco, Ações Preventivas e Plano de Contingência					
	Item	Risco	Prevenção	Plano de Contingência	Áreas de Risco
Riscos Assistenciais	1	Identificação incorreta de paciente	Verificação da pulseira na admissão do paciente	Trocar pulseira e retirar pulseira de outro serviço	Recepção / Pronto Socorro / Observações / Enfermarias / Semi-intensiva / SADTs
	2	Risco de queda, flebite, úlcera por pressão e bronco aspiração	Seguir conforme Manual de Enfermagem	Seguir conforme Manual de Enfermagem	Recepção / Pronto Socorro / Observações / Enfermarias / Semi-intensiva / SADTs
	3	Erro de comunicação	Conforme Orientação de Comissão e Metas de Segurança	Metas de Segurança	Recepção / Pronto Socorro / Observações / Enfermarias / Semi-intensiva / SADTs
	4	Erros de prescrição de medicamentos	Revisão da prescrição pela equipe de enfermagem e farmácia	Análise da interação medicamentosa pelo farmacêutico	Farmácia / Pronto Socorro / Observações / Enfermarias / Semi-intensiva / SADTs

Matriz de Risco, Ações Preventivas e Plano de Contingência					
	Item	Risco	Prevenção	Plano de Contingência	Áreas de Risco
Riscos Sanitários	1	Almotolia fora do prazo de validade	Verificar a validade das almotolias diariamente e trocar a cada 7 dias	Desprezar o conteúdo no prazo de validade	Pronto Socorro / Observações / Enfermarias / Semi-intensiva / SADTs
	2	Exposição ao vetor <i>Aedes aegypti</i> (Dengue)	Não deixar acumular água, manter as plantas com areia ou com qualquer outro componente que absorva a água	Os colaboradores que identificarem a necessidade de retirar a água acumulada, poderão executar ou solicitar ao jardineiro	Áreas que cultivam plantas naturais ou recipientes que contém água, destampados ao ar livre
	3	Presença de pragas e vetores	Controle de pragas e medidas preventivas pertinentes	Ação imediata da empresa contratada	Todo o complexo hospitalar

Matriz de Risco, Ações Preventivas e Plano de Contingência					
	Item	Risco	Prevenção	Plano de Contingência	Áreas de Risco
Risco Ambiental	1	Risco de derramamento de produtos químicos	Manter em contenções apropriadas	Utilizar o Kit de emergência	Todo o complexo hospitalar
	3	Risco de Incêndio	Manutenção preventiva e corretiva de equipamentos e manutenção predial	Acionar Brigada de Incêndio	Todo o complexo hospitalar

➤ **Estratégia Para Redução de Erros**

- ✓ Utilização de check list/protocolos.
- ✓ Melhorar a qualidade dos registros em prontuário.
- ✓ Padronizar procedimentos (treinamento de colaboradores).
- ✓ Participar de iniciativas de processos de melhoria – PDA (Personal Digital Assistant).
- ✓ Incluir o paciente e seus familiares na confirmação de dados.
- ✓ Estabelecer políticas para desenvolver uma cultura de segurança.
- ✓ Automatizar as atividades.
- ✓ Validar os processos.
- ✓ Tomada de decisão em prol da melhoria.
- ✓ Manter o gestor comprometido.
- ✓ Manter os processos.
- ✓ Investir na coleta de dados (se você não registrar, você não fez!).
- ✓ Analisar os resultados.
- ✓ Buscar o sucesso.

➤ **Gerenciamento**

Levantar os seguintes Indicadores:

- ✓ Não conformidade relacionada à administração de medicamento.
- ✓ Reação adversa e queixa técnica em relação à medicamentos.
- ✓ Índice de perda de sonda nasoenteral para aporte nutricional.
- ✓ Índice de extubação acidental.
- ✓ Índice de úlcera por pressão.
- ✓ Índice de flebite.
- ✓ Índice de queda de paciente internado.
- ✓ Índice de infecção hospitalar.
- ✓ Evento adverso devido à equipamentos e/ou materiais.

1.5. UNIFORMES

Disponibilizaremos uniformes para a equipe multiprofissional de acordo com os padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

2. ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS, FINANCEIROS E DEMAIS ATIVIDADES DE APOIO

Apresentaremos a seguir a organização dos serviços administrativos, financeiros, as rotinas para faturamento dos atendimentos médicos, exames e procedimentos, as rotinas para a realização de backup do Sistema de Informações, bem como as demais atividades e serviços de apoio, com a sistemática operacional de suas rotinas, baseadas nas boas práticas de gestão, que serão implantadas, executadas e geridas na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

2.1. ROTINAS PARA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA

Descreveremos neste tópico todo o processo que o INCS executa na sua gestão, contemplados pelas rotinas de administração financeira, exatamente como acontece atualmente nos equipamentos de saúde gestados e operacionalizados pela nossa Instituição.

2.1.1. Planejamento e Controle Financeiro

A complexidade dos processos e as mudanças no mercado global exigem que os gestores busquem cada vez mais soluções eficazes para a administração dos recursos das instituições.

A escassez de recursos e o custo de captação elevado juntamente com a falta de planejamento e controle, têm contribuído para que muitas instituições encerrem suas atividades.

Assim o gestor precisa de informações financeiras precisas e oportunas para apoiar o planejamento do seu processo decisório. Planejar é uma das tarefas mais importantes do gestor.

Através do planejamento é que se realiza uma gestão eficaz. Administrar uma instituição sem planejar suas atividades, é como pilotar uma aeronave sem fazer o plano de vôo, ou seja, fica-se sujeito a um pouso forçado a qualquer momento e lugar, podendo sofrer apenas um grande susto, como também ter destruição total.

Se não planejar suas atividades, o gestor corre o risco de ser surpreendido por imprevistos e colocar a instituição em grandes dificuldades, ou até mesmo levá-la à falência.

O planejamento se faz necessário em todas as atividades da instituição, mas principalmente nas atividades da área financeira.

Ross et al. (1.995:522) afirmam:

"O planejamento financeiro determina as diretrizes de mudança numa instituição. É necessário porque (1) faz com que sejam estabelecidas as metas da instituição para motivar a organização e gerar marcos de referência para a avaliação de desempenho; (2) as decisões de investimento e financiamento da instituição não são independentes, sendo necessário identificar sua interação; e (3) num mundo incerto a instituição deve esperar mudanças de condições, bem como surpresas.

Nesse contexto, planejamento financeiro é o processo formal que conduz a administração da instituição a acompanhar as diretrizes de mudanças e a rever, quando necessário, as metas já estabelecidas.

Assim, poderá a administração visualizar com antecedência as possibilidades de investimento, o grau de endividamento e o montante de dinheiro que considere necessário manter em caixa, visando seu crescimento.

Gitman (1.987:250) afirma:

"Os planos financeiros e orçamentos fornecem roteiros para atingir os objetivos da instituição. Além disso, esses veículos oferecem uma estrutura para coordenar as diversas atividades da instituição e atuam como mecanismo de controle estabelecendo um padrão de desempenho contra o qual é possível avaliar os eventos reais."

Na visão de Welsch (1.996:255-256), o planejamento e o controle de disponibilidades normalmente devem estar relacionados a três dimensões temporais diferentes:

- 1.** Planejamento a longo prazo quando a ocorrência de fluxos corresponde às dimensões dos projetos de investimento e à dimensão temporal do plano de resultados a longo prazo (geralmente de cinco anos).
- 2.** Planejamento a curto prazo quando a ocorrência de fluxos está enquadrada no plano anual de resultados.
- 3.** Planejamento operacional, em que as entradas e saídas de caixa são projetadas para o mês, a semana ou o dia seguinte.

Isso posto, temos o que segue:

Planejamento Financeiro a Longo Prazo:

Busca conhecer antecipadamente o impacto da implementação de ações projetadas sobre a situação financeira da instituição, indicando ao gestor se haverá excesso ou insuficiência de recursos financeiros.

Planejamento Financeiro a Curto Prazo:

Reflete a preocupação de estimar detalhadamente as entradas e saídas de dinheiro geradas pela própria atividade da instituição.

Planejamento Operacional:

Destina-se ao controle preciso das disponibilidades, a fim de minimizar os encargos financeiros dos empréstimos e maximizar os rendimentos das apli-

cações dos excessos.

Afirmam Gropelli e Nikbakht (1.998:365):

"O sucesso e a solvência de uma instituição não podem ser garantidos meramente por projetos rentáveis e pelo aumento das vendas."

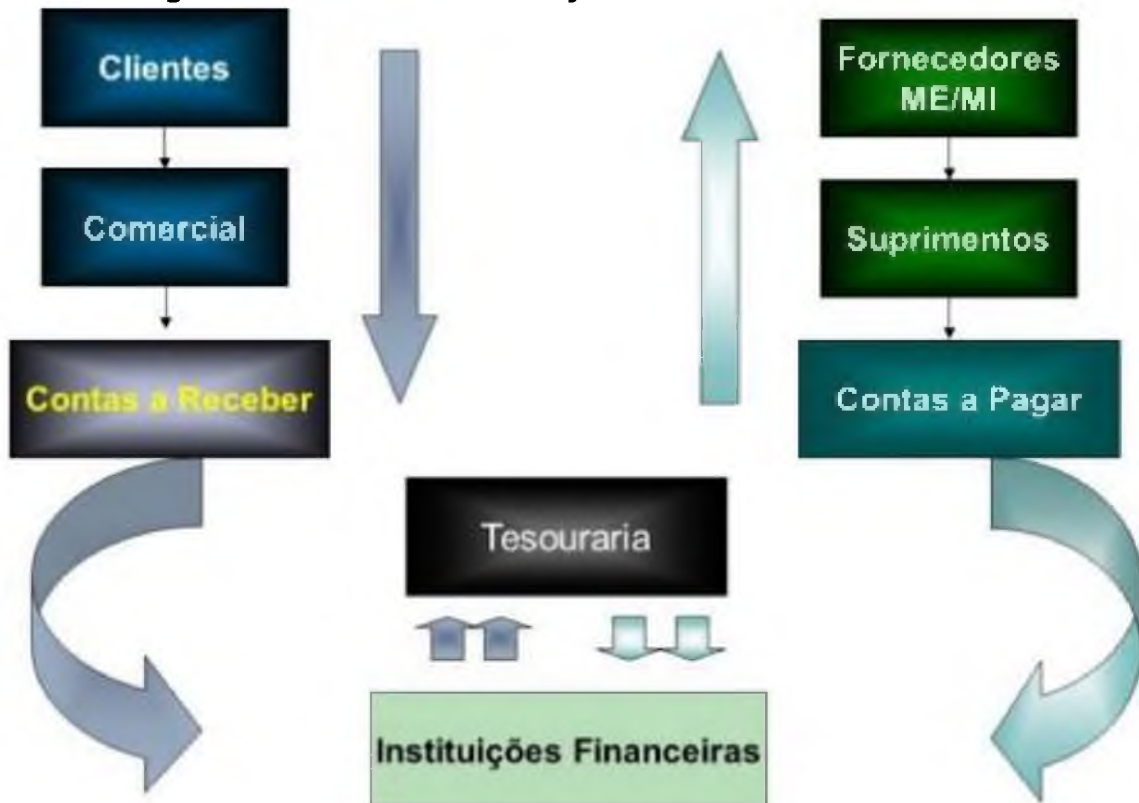
"A crise de liquidez", isto é, a falta de caixa para pagar as obrigações financeiras contraídas numa operação, sempre põe em perigo uma companhia.

2.1.2. Definição da Gestão Financeira a Ser Implantada

A Gestão Financeira que será implantada pela nossa Instituição, em decorrência do Contrato de Gestão, advindas da execução da operacionalização das atividades desenvolvidas na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, será composta dos setores de Contas a Pagar, Contas a Receber, Tesouraria, Caixas, Bancos e Fluxo de Caixa.

Dentro desse processo gerencial, controlaremos e administraremos todos os lançamentos classificados em centros de custos, além das autorizações eletrônicas de emissão de cheques, fazendo parte de um cadastro consistente de Clientes e Fornecedores.

➤ Sinergia Com a Área de Finanças



➤ **Contas a Receber**

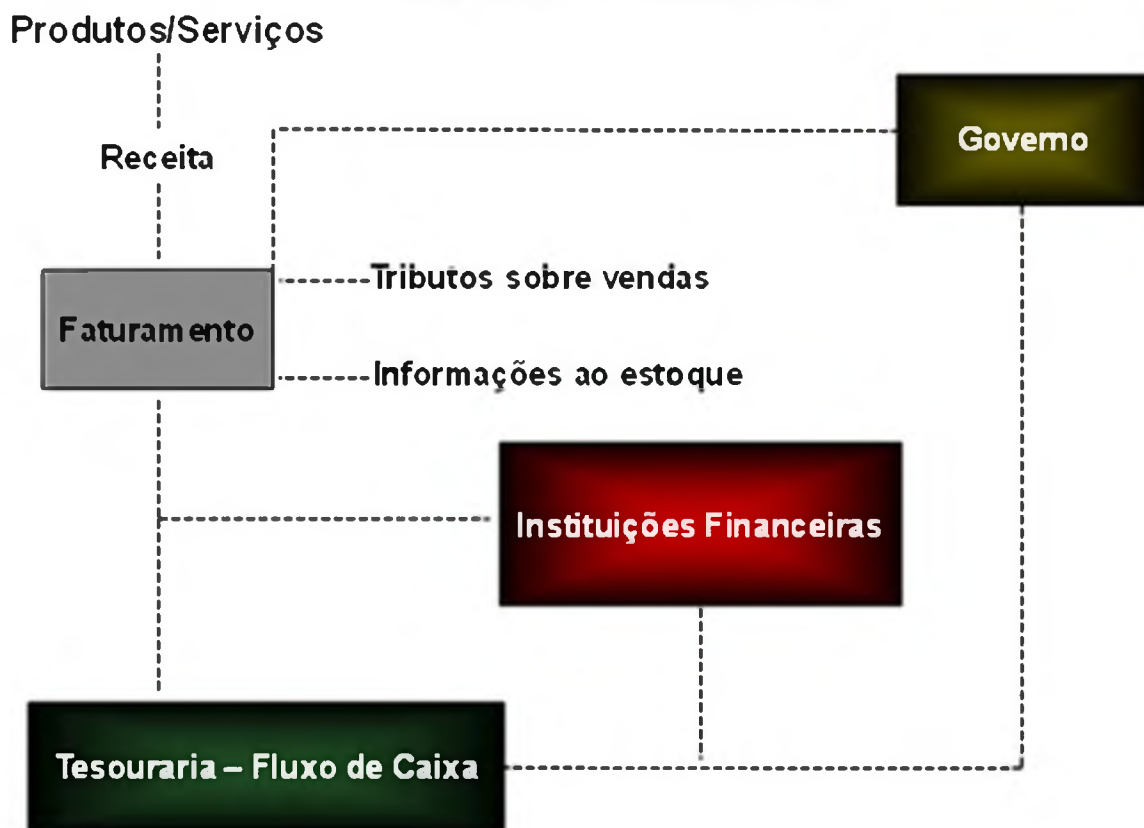
O Setor de Contas a Receber terá uma importância muito grande dentro da instituição, terá um relacionamento muito próximo com o Departamento de Faturamento.

Ele será o setor responsável pela entrada de recursos na instituição, e deverá ter uma forte sinergia com a Tesouraria da Instituição.

São muitas as atribuições relacionadas para ao setor, que são representadas nos seguintes itens abaixo:

- ✓ controle de recebimentos: efetuará o controle de recebimentos dos valores do contrato de gestão, doações e outros fundos;
- ✓ projeção de recebimentos: fará a projeção de recebimentos de acordo com os vencimentos daquele determinado período;
- ✓ envio de arquivos de cobrança para bancos: transmitirá arquivos de cobrança aos bancos, os bancos verificarão se o sacado está cadastrado no ambiente DDA; e,
- ✓ apuração de indicadores: evidenciará indicadores de eficiência da área que devem ser apurados e demonstrados aos outros setores (inadimplência, formas de recebimento, etc.).

Contas a Receber



➤ **O Impacto do Contas a Receber Para o Fluxo de Caixa**

Como falamos anteriormente, a gestão efetiva dos recebimentos são de extrema importância para o Fluxo de Caixa, ou seja, a sinergia deverá ser criada para que não haja desencaixes financeiros, onerando assim a operação da Instituição.

A visão antecipada de um fator como este traz muitos benefícios para o Fluxo de Caixa, evitando que a operação fique onerosa.

Fluxo de Caixa

	03/06/2009	04/06/2009	05/06/2009	08/06/2009	09/06/2009	10/06/2009	11/06/2009	12/06/2009
Saldo anterior	116.300	22.300 -	76.480 -	97.590 -	90.720 -	64.989 -	17.568 -	12.838
Entradas								
Dinheiro	74.000	50.900	77.000	92.000	90.231	94.323	101.000	155.972
Cheque	8.000	11.590	13.000	30.000	11.200	17.098	19.000	36.590
Cartão Deb/Crédito	1.000	1.730	2.890	4.870	3.300	4.000	1.730	5.100
Total de Entradas	83.000	64.220	92.890	126.870	104.731	115.421	121.730	197.662
Saidas	177.000	163.000	114.000	120.000	79.000	68.000	117.000	101.000
Saldo Final	22.300 -	76.480 -	97.590 -	90.720 -	64.989 -	17.568 -	12.838	83.824

➤ **Contas a Pagar**

Contas a Pagar será outro setor importante na organização, terá uma ligação muito próxima com as áreas de Compras e Almoxarifado. As principais atividades do departamento podem ser resumidas em:

- ✓ controle de pagamentos;
- ✓ projeção de pagamentos;
- ✓ orientar a Setor de Compras, referente às formas de pagamento;
- ✓ negociações com fornecedores;
- ✓ execução de pagamentos;
- ✓ envio de arquivos de pagamentos para bancos;
- ✓ conciliação de fornecedores no Departamento de Contabilidade; e,
- ✓ apuração de indicadores.

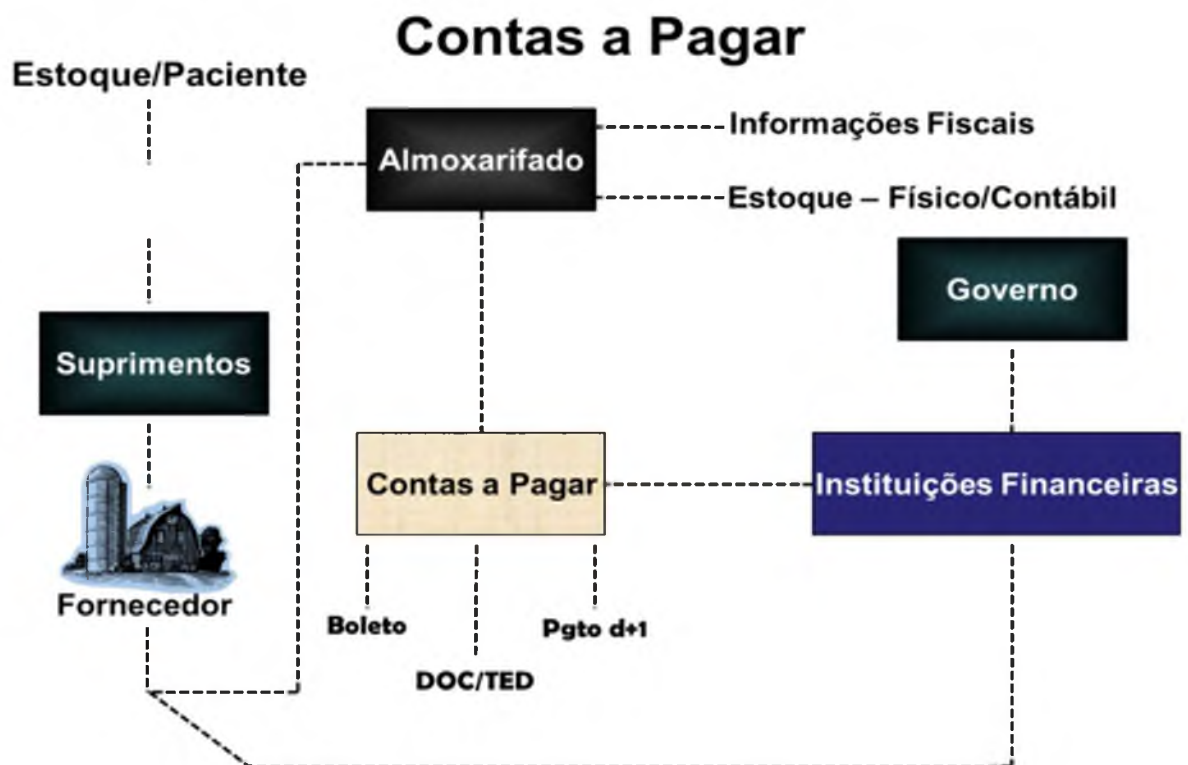
O processo de Contas a Pagar se iniciará no momento em que exista a necessidade de algum material/bem para a Instituição. Após uma requisição de compras gerada pelo usuário que necessita do material, o processo será encaminhado para o Setor de Compras que é o responsável por efetuar as cotações, e, após analisar as opções executará a compra, gerando assim um número de pedido para aquele material. É nesse momento que a atuação do Contas a Pagar será essencial, pois da mesma forma que definimos as formas de recebimento no Contas a Receber, devemos definir também no Contas a Pagar, evitando assim outras possibilidades de desencaixe de caixa. Após a geração desse pedido de compras o fornecedor estará autorizado a emitir a nota fiscal para a instituição e enviá-la juntamente com o material.

Todo o recebimento de material será realizado pelo Almoxarifado Geral da instituição que recepcionará o material e conferirá as características do mesmo juntamente com o pedido de compras. Após conferido, o material será encaminhado para o usuário requisitante, a Nota Fiscal será processada pelo Departamento Financeiro e Contábil da instituição, realizando os registros físicos e contábeis referentes àquele bem. Nesse momento, tanto a partida de pagamento para o Contas a Pagar ao fornecedor e impostos ao Governo estarão disponíveis no sistema.

Assim essas informações poderão ser visualizadas no Fluxo de Caixa, que provisionará de acordo com a sua forma de pagamento e vencimento.

Trabalhar o conceito de Contas a Pagar em uma instituição é uma estratégia boa para conseguir administrar melhor todos os negócios referentes à mesma. Além de uma visão para as provisões futuras para uma boa administração do caixa, nenhum prestador de serviço ou fornecedor da instituição não ficará sem receber seu pagamento em dia e com isso a instituição pouco provavelmente terá que enfrentar situações de desconforto e de insatisfação com relação a seus parceiros.

Abaixo apresentamos um quadro demonstrando uma visão sistêmica da área de Contas a Pagar:



➤ **Tipos de Relatórios Utilizados**

Na área de Contas a Pagar existem vários relatórios que são utilizados, e são de extrema importância para análise da performance financeira no período,

conforme mencionado anteriormente, um bom controle no departamento, com certeza trará benefícios para a instituição, nesse caso os relatórios que determinam prazos e formas de pagamento devem ser comparados com os relatórios do departamento de Contas a Receber.

Listamos abaixo alguns relatórios utilizados na área, são eles:

- ✓ lista de fornecedores por volume de compras e pagamentos;
- ✓ percentual de pagamentos realizados para factoring's ou duplicatas descontadas;
- ✓ formas de pagamento;
- ✓ pagamentos realizados por banco;
- ✓ custo médio da operação (tarifas de pagamento);
- ✓ pagamentos realizados em atraso;
- ✓ prazo médio de pagamento das contas no mês;
- ✓ tempo médio de lançamento das notas fiscais para pagamento; e,
- ✓ adiantamentos realizados.

➤ **Tesouraria**

Juntamente com Contas a Receber e Contas a Pagar a Tesouraria executa a função de conciliadora e controla algumas ações que impactam negativamente no Fluxo de Caixa.

A Tesouraria é responsável por várias ações dentro da organização, sendo que a mais significativa é o controle e a gestão dos recursos através do Fluxo de Caixa.

"Otimizar recursos" essa é uma expressão comum dentro da área, e que podemos resumir suas atividades em:

- ✓ controle e gestão do Fluxo de Caixa;
- ✓ gestão das contas bancárias;
- ✓ controle de despesas bancárias;
- ✓ conciliações;
- ✓ aplicações de recursos;
- ✓ gestão de investimentos;
- ✓ captação de recursos;
- ✓ controle de endividamento;
- ✓ relacionamento com instituições; e,
- ✓ controle da rotina bancária.

Com base em informações do Contas a Pagar e do Contas a Receber é formado o Fluxo de Caixa que na gestão da Tesouraria será bem administrado, conforme já citado, a comunicação entre as áreas será contínua e eficiente.

Com base em suas decisões sobre o Fluxo de Caixa, a Tesouraria responsável por aplicar ou captar recursos no mercado, por isso a pessoa que toma esse tipo de decisão deve ter informações confiáveis e conhecimento das práticas

de mercado e seus acontecimentos.

Com isso, a gestão dos investimentos e controle de endividamento será realizada dentro da área.

O relacionamento com instituições sempre preservará os processos descritos e buscará novas alternativas que otimizem além de processos, recursos para a Instituição.

As conciliações contábeis serão realizadas diariamente, pois assim caso tenhamos alguma falha no processo a mesma será identificada com rapidez.

➤ **Fluxo de Caixa**

O Fluxo de Caixa demonstra o montante recebido e gasto por uma instituição em um determinado período de tempo, ele também pode ser utilizado em projetos específicos inclusive para análise de sua viabilidade.

É essencial para a gestão institucional, por isso ele será uma ferramenta estratégica no dia a dia da nossa administração.

Podemos citar como exemplo uma época de sazonalidade para uma instituição, onde a entrada de recursos é menor do que as saídas, um planejamento através do Fluxo de Caixa ajudará a instituição atravessar esse período sem maiores complicações.

Contudo, a administração do caixa não deve somente se basear em históricos de entradas e saídas de recursos, mas sim numa visão ampla do futuro contemplando as previsões.

Para definição de Fluxo de Caixa existem diversas formas, como: Demonstração Financeira, Ferramenta Administrativa Financeira, Sinalizador de Saldos Financeiros, ou seja, aquilo que operacionaliza a técnica de acompanhar os movimentos de caixa de uma instituição.

Também denominado de *Cash Flow*, é ferramenta primordial na eficaz administração dos resultados financeiros propostos na elaboração do planejamento econômico e orçamentário, demonstrando as entradas e saídas dos numerários financeiros no período determinado, visando a realização e uma situação financeira disponível ou uma necessidade de captação de recursos de terceiros.

"O planejamento de caixa é a espinha dorsal da instituição. Sem ele não se saberá quando haverá caixa suficiente para sustentar as operações ou quando se necessitará de financiamentos bancários. Instituições que continuamente tenham alta de caixa e que necessitem de empréstimos de última hora, poderão perceber como é difícil encontrar bancos que as financie." (Gitman, 1.997).

Na estrutura institucional, as movimentações operacionais aplicadas na ferramenta Fluxo de Caixa é atribuição principal da Gestão Administrativa Financeira, com participação direta do Departamento de Tesouraria, que é responsável pela administração das disponibilidades financeiras da instituição,

cabendo ao mesmo, administrar os disponíveis, aplicando a conferência necessária entre os resultados internos e externos, sinalizados pela movimentação do Fluxo de Caixa. Resultados externos são movimentações ocorridas em extratos bancários.

Serão funções do administrador financeiro, na execução da ferramenta Fluxo de Caixa:

- ✓ manter a instituição em permanente situação de liquidez;
- ✓ maximizar o retorno sobre o investimento realizado;
- ✓ administrar o capital de giro da instituição;
- ✓ avaliar os investimentos realizados em itens do ativo permanente;
- ✓ estimar o provável custo dos recursos de terceiros a serem captados;
- ✓ analisar as aplicações financeiras mais interessantes para a instituição;
- ✓ informar as condições econômico-financeiras atuais e futuras da instituição; e,
- ✓ interpretar as demonstrações financeiras da instituição.

Cada vez mais a administração financeira nas instituições ganha força, concluindo-se a necessidade de reconhecer com eficácia as informações tanto economicamente quanto financeiramente.

Sendo assim, a gestão da instituição compreende e passa a analisar que o resultado disponível demonstrado pelo Fluxo de Caixa, quando positivo, está diretamente vinculado aos valores apresentados na Demonstração Financeira Balanço Patrimonial, através das contas: Caixa e Bancos Conta Movimento, apresentada no grupo Disponível, conforme estabelecida pela Lei das S.A. 6.404/76.

É essencial que os gestores e principais executivos da instituição, principalmente quando se trata de investimentos, saibam diferenciar Resultados Financeiros, apurados pela movimentação de caixa de Resultados Econômicos, apurados por uma Demonstração Financeira Contábil.

"Ao se tomar uma decisão de investimento, o fluxo de caixa é uma medida crítica. O fluxo de caixa é o que determina o sucesso de uma decisão econômica." (Samuel C. Weaver, Ph.D. Apud Ross et al, 2.000).

"É possível que uma instituição apresente lucro líquido e um bom retorno sobre investimentos e ainda assim vá a falência. O péssimo fluxo de caixa é o que acaba com a maioria das instituições que fracassam." (Goldratt e Cox, 1.990).

"O que importa é o volume de caixa. Se uma instituição anuncia lucros elevados, mas não está gerando caixa, provavelmente não está gerado lucro nenhum. É bom ter em mente que as instituições não quebram por falta de lucro. Elas quebram por falta de caixa." (Smith, 1.994).

No planejamento orçamentário e econômico das instituições, quando se analisa a necessidade de investimentos sejam em Máquinas e Equipamentos, Móveis e Utensílios, Ações, Imóveis, as informações apuradas nas demonstrações

financeiras, em principal a DRE (Demonstração do Resultado do Exercício) são insuficientes, necessitando obter um reconhecimento do volume financeiro disponível em períodos futuros.

Somente a eficiente elaboração da ferramenta Fluxo de Caixa permitirá uma visão futura referente ao comportamento da disponibilidade financeira da instituição, seja ela positiva ou negativa, conforme as propostas inseridas no Planejamento Econômico Orçamentário, complementando as informações necessárias para as tomadas de decisões estratégicas.

Atividades como: otimização das aplicações financeiras, programação e escolha de recursos financeiros a serem captados e a gestão de custos e preços, dependem de informações geradas pela administração de caixa para serem bem conduzidas. É o instrumento de projeção que possibilita determinar as necessidades financeiras, a curto, médio e longo prazos da instituição, permitindo de forma transparente e eficaz visualizar os momentos em que ocorrerão as diversas entradas e saídas de caixa. Permite também que o administrador planeje, organize, coordene, dirija e controle os recursos financeiros de sua instituição.

A ferramenta "Fluxo de Caixa", quando bem utilizada otimiza os recursos financeiros da instituição, por isso a eficácia em sua administração é essencial. É uma ferramenta essencial, e sua administração de forma eficiente pode trazer muitos benefícios.

➤ **Fluxo de Caixa Realizado**

A finalidade do Fluxo de Caixa Realizado será mostrar como se comportaram as entradas e as saídas de recursos financeiros da instituição em determinado período. O estudo cuidadoso do fluxo de caixa realizado, além de propiciar análise de tendência, serve de base para o planejamento do Fluxo Projetado.

Outro aspecto que será considerado é a comparabilidade que existe entre os Fluxos de Caixa Realizado e o Projetado, que possibilitará identificar os motivos das variações ocorridas, se ocorreram por falha de projeções ou por falha de gestão.

A análise das variações ocorridas no fluxo de caixa permitirá identificar as causas de eventuais divergências de valores; funciona como *feedback*, gerando informações para o processo decisório e para o planejamento financeiro futuro.

➤ **Fluxo de Caixa Projetado**

O objetivo principal do Fluxo de Caixa Projetado será informar como se comportará o fluxo de entradas e saídas de recursos financeiros em determinado período, podendo ser projetado a curto ou a longo prazo. A curto prazo buscar-se-á identificar os excessos de caixa ou a escassez de recursos dentro do período projetado, para que através dessas informações se possa traçar uma adequada política financeira. A longo prazo, o Fluxo de Caixa Projetado, além de identificar os possíveis excessos ou escassez de recursos, visa também obter outras informa-

ções importantes, tais como:

- ✓ verificar a capacidade da instituição de gerar os recursos extras necessários para custear suas operações;
- ✓ determinar o capital de giro no período; e,
- ✓ determinar o grau de dependência de capitais de terceiros da instituição; etc.

➤ **Principais Objetivos do Fluxo de Caixa**

Definido como principal instrumento de Análise e Controle Financeiro, suas principais atribuições são:

- ✓ prognosticar as necessidades de captação de recursos de forma a manter a liquidez;
- ✓ proporcionar recursos para a realização das transações definidas no planejamento;
- ✓ empregar de forma mais eficaz os recursos disponíveis, mas sem comprometer a liquidez;
- ✓ saldar as obrigações incorridas no vencimento;
- ✓ planejar e controlar os recursos financeiros;
- ✓ determinar os prazos médios operacionais (Contas a Receber, Contas a Pagar, estoques, etc.);
- ✓ determinar a necessidade de capital de giro;
- ✓ buscar o equilíbrio financeiro entre os fluxos de entrada e saídas de recursos;
- ✓ analisar as fontes de créditos onerosas de forma a minimizar o custo de utilização das mesmas; e,
- ✓ coordenar os recursos a serem utilizados pelas várias atividades da instituição relacionando investimentos.

➤ **Cash Management**

Cash Management (do inglês cash = caixa e management = administração) é um termo usado na administração financeira e abrange o planejamento da liquidez de uma instituição usando, entre outros, recursos da informação financeira da contabilidade (como a projeção de fluxo de caixa) e da análise financeira para otimizar processos de fluxo de caixa.

No âmbito da gestão estratégica de instituições, o Cash Management tenta considerar cálculos de risco financeiros (gerenciamento de risco) e aumentar a rentabilidade de recursos líquidos minimizando custos de transação e maximizando rendimentos de juros.

Conforme a definição acima a prática de Cash Management, hoje constante e necessária em várias instituições, visa otimizar os recursos ao máximo, trabalhando com saldos mínimos em caixa e os recursos aplicados e rendendo juros. Pois devemos considerar que existe um custo do dinheiro parado, e podemos

afirmar que dinheiro parado no tempo significa prejuízo. Hoje a instituição que gerencia seus recursos com políticas de Cash Management, tem um diferencial grande pelo fato da sua otimização de recursos. Saldo “zero” em contas correntes, resgate automático em aplicações de acordo com os seus pagamentos e pagamentos de acordo com a liquidez do seu caixa são algumas das ferramentas que as políticas de Cash Management contribuem para a instituição e a decisão no Fluxo de Caixa.

➤ **Captação de Recursos – Decisões de Financiamentos**

Diz respeito à captação de recursos diversos para o financiamento dos ativos correntes e não correntes, no que tange todas as atividades e operações da instituição que necessitam de capital ou de qualquer outro tipo de recurso que seja necessário para a execução de metas ou planos da instituição, levando-se sempre em conta a combinação dos financiamentos a curto e longo prazo com a estrutura de capital, ou seja, não se emprestará mais do que a capacidade que a instituição tem para pagar e ser responsável com suas exigibilidades sejam de curto ou longo prazo. O administrador financeiro pesquisa fontes de financiamento confiáveis e viáveis, com ênfase no equilíbrio entre juros, benefícios e formas de pagamento.

É bem verdade que muitas dessas decisões são feitas mediante a necessidade e até um certo desespero se for o caso, mas independentemente da situação de emergência é necessário uma análise e estudo profundo e minucioso dos prós e contras, a fim de se ter segurança e respaldo em decisões como esta.

Captar recursos de forma eficiente, essa é uma atribuição do Administrador Financeiro, que gerencia o Fluxo de Caixa e analisa projetos de investimentos que necessitem de captação.

Vamos falar primeiramente de Fluxo de Caixa em desequilíbrio e falta de caixa, trazem consigo em muitas vezes a necessidade de captar recursos. Existem várias maneiras para captarmos recursos, vamos conhecer algumas delas:

- ✓ conta garantida;
- ✓ empréstimo de capital de giro;
- ✓ adiantamento de recebíveis (contratos);
- ✓ desconto de duplicatas;
- ✓ hot money;
- ✓ entre outros.

Para todos os casos devemos considerar o IOF (Impostos sobre Operações Financeiras) em nossa análise.

➤ **Aplicação de Recursos – Decisões de Investimento**

Consiste na decisão da aplicação dos recursos financeiros em ativos correntes (circulantes) e não correntes (ativo realizável a longo prazo e permanente), o administrador financeiro estudará a situação na busca de níveis desejáveis de ativos circulantes, também é ele quem determinará quais ativos

permanentes deverão ser adquiridos e quando os mesmos deverão ser substituídos ou liquidados, buscando sempre o equilíbrio e níveis otimizados entre os ativos correntes e não correntes, observando e decidindo quando investir, como e quanto, se valerá a pena adquirir um bem ou direito, e sempre evitando desperdícios e gastos desnecessários ou de riscos irremediáveis, e até mesmo a imobilização dos recursos correntes, com altíssimos gastos com bens que trarão pouco retorno positivo e muita depreciação no seu valor, que impossibilitem o funcionamento do fenômeno imprescindível para a instituição, o 'capital de giro'.

No caso de uma instituição capitalizada e que gera caixa é comum que o Administrador se depare com recursos para aplicar no mercado financeiro, são inúmeras as possibilidades para investir esses recursos, porém existirá a necessidade de avaliarmos alguns pontos que deverão ser diretrizes para a organização:

- ✓ qual o tipo de investimento;
- ✓ qual a liquidez;
- ✓ qual o risco que a instituição pode correr;
- ✓ qual o direcionamento dos recursos aos gestores de fundos de investimentos; entre outras.

Entre as possibilidades de investimentos que o Administrador poderá fazer podemos citar algumas:

- ✓ fundos de investimentos (Renda Fixa e Multi Mercados);
- ✓ fundos exclusivos;
- ✓ investimento em CDB; entre outras.

2.2. ROTINAS PARA FATURAMENTO DE PROCEDIMENTOS

O Setor de Faturamento estará subordinado à Gerência Administrativa da Unidade, que por sua vez está subordinada à Diretoria Administrativa do INCS, devendo obedecer sempre o preconizado pelo instrumento máximo da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, ou seja, o seu Regimento Interno.

O Setor de Faturamento será responsável pela conferência dos prontuários, pela confecção e envio das contas dos clientes ao SUS que utilizaram a Unidade de Saúde.

No Setor de Faturamento serão elaboradas as contas dos diversos clientes que adentrem a Unidade, sendo de fundamental importância que o serviço esteja sempre atualizado no que diz respeito às normas, diretrizes, portarias, tabelas e demais informações necessárias para a execução de suas atividades.

O Setor de Faturamento terá por finalidades:

- ✓ Confeccionar as contas de todos os clientes que adentram a unidade de saúde.

- ✓ Conservar os sistemas de registros de todas as despesas, tais como: materiais de consumo, medicamentos e exames complementares.
- ✓ Confeccionar relatórios de produção do faturamento (BPA) encaminhando-o ao DMS de Jacupiranga, que darão subsídios para tomada de decisões, avaliações do desempenho e da produtividade da Unidade de Saúde em questão.

O serviço do Setor de Faturamento será subdividido da seguinte maneira:

- Contas da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO:
 - ✓ revisão de prontuários com fechamento geral mensal;
 - ✓ geração e fechamento das Fichas de Atendimento Ambulatorial (FAAs);
 - ✓ revisão de tabelas; e,
 - ✓ elaboração do faturamento.
- Exames:
 - ✓ fechamento geral mensal; e,
 - ✓ geração e emissão do fechamento dos SADTs.

Abaixo descrevemos minuciosamente como será o trabalho operacional do Departamento de Faturamento.

2.2.1. Procedimentos SUS

- O faturamento dos atendimentos do SUS tem fechamento mensal.
- São faturados todos os pacientes até o último dia de cada mês.
- Cada paciente terá uma pasta montada a partir do recebimento da ficha proveniente da recepção, codificadas de acordo com a tabela unificada.
- Todos os exames de serviços serão entregues diariamente para arquivamento na pasta do paciente, para que seja montada a conta a ser faturada.
- Após a junção de prescrições, evoluções e exames realizados, os prontuários serão analisados pela faturista, onde é feita uma planilha constando os procedimentos realizados, CRM e CBO dos médicos, sendo encaminhados para digitação.
- A digitação será realizada no sistema unificado do SIG – Sistema de Informações, gerando-se um arquivo que será exportado para o SIA-SUS, onde é feita a consistência de erros e suas correções, gerando-se um arquivo de valores. Logo após são impressos os espelhos das contas, anexando-se juntamente com o restante dos documentos, onde serão encaminhados os prontuários para a mesa da auditoria médica do DMS.
- Havendo discordância da cobrança de procedimentos pelo auditor a conta é devolvida para a faturista e digitadora para que seja analisada novamente e redigitada, e, quando for o caso, a solicitação da presença do médico responsável pelo atendimento do paciente, feito às justificativas, correções e

encaminhadas novamente para a mesa da auditoria médica.

- Feito todas as auditorias e conferência de relatórios, o fechamento mensal é realizado com data previamente estipulada.
- O arquivo geral do mês será gerado novamente dentro do SIG, exportado para o SIA-SUS, não poderá constar nenhum tipo de erro, será encaminhado através de arquivo de e-mail para o Departamento de Informática do Departamento Municipal de Saúde de Jacupiranga.
- O relatório mensal de valores gerados dos atendimentos será entregue para o Gerente Administrativo da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.
- Após o dia 10 deveremos receber o relatório com o valor do DMS, encaminhando-o novamente para o Gerente Administrativo da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.
- A receita será enviada para a DMS de Jacupiranga, e os relatórios de pagamento médicos e serviços terceirizados para o nosso setor financeiro e contábil, para que se procedam os pagamentos.
- Todas as contas faturadas no SIA-SUS serão enviadas para o SAME – Serviço de Arquivamento de Prontuários Médicos, com relatório separados por clínicas (clínica médica e pediatria).
- As contas seguirão para faturamento através das responsáveis de todos os setores envolvidos.

O prontuário médico deverá estar adequada e corretamente preenchido em letra legível, devidamente assinados e carimbados, a composição do prontuário segue as normas estabelecidas com:

- ficha de identificação e anamnese do paciente;
- registro gráfico de sinais vitais;
- ficha de evolução/prescrição médica;
- ficha de evolução de enfermagem;
- ficha de registro de resultados de exames laboratoriais e outros métodos diagnósticos auxiliares; e,
- ficha para registro de resumo da alta.

As contas são revisadas por intermédio da análise do prontuário, onde identifica-se as cobranças que não foram efetuadas e as que estão em desacordo.

São verificados os lançamentos e cobranças de material hospitalar, medicamentos, diárias, taxas, gases medicinais, procedimentos de acordo com tabela SUS, checagem de enfermagem e médica, prescrições médica e enfermagem, assinaturas médicas, evoluções médicas, anotações e evoluções de enfermagem, laudos de exames, procedimentos, materiais e medicamentos específicos, relatórios analíticos identificando valores, quantidades de materiais, medicamentos, taxas, SADT e honorários médicos.

2.2.2. Procedimentos SUS – Pronto Atendimento

- Recebimento das FAAs e baixa nos relatórios de atendimento do dia.
- Conferência das FAAs (laudos, preenchimento, carimbo, assinaturas, etc.).
- Cobranças das mesmas, adequando o que foi realizado à tabela unificada.
- Separação das FAAs por especialidade, outros municípios, ordem exigida pelo Departamento Municipal de Saúde.
- Montagem dos lotes com 100 FAAs cada.
- Digitação das mesmas no sistema e impressão das capas de lote.
- Suporte diário as recepcionistas, escriturárias e secretárias.
- Checagem dos relatórios dos mesmos.
- Gerar arquivo TXT das FAAs e SADTs, anexar ao faturamento semanal e encaminhar ao Departamento Municipal de Saúde.

2.2.3. Segundo Calendário do Ambulatório SUS – APACS

- Receber dos setores os prontuários dos atendimentos realizados e dar baixa nos relatórios.
- Relacionar e enviar para O DMS para liberação dos mesmos.
- Receber as devoluções do DMS, cadastrar e faturar no sistema do MS.
- Aguardar a auditoria e após gerarmos os arquivos digitalizados.
- Os mesmos serão enviados para o Departamento Municipal de Saúde e após liberação, encaminhamos para o CPD para que o faturamento seja reexportado para a UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

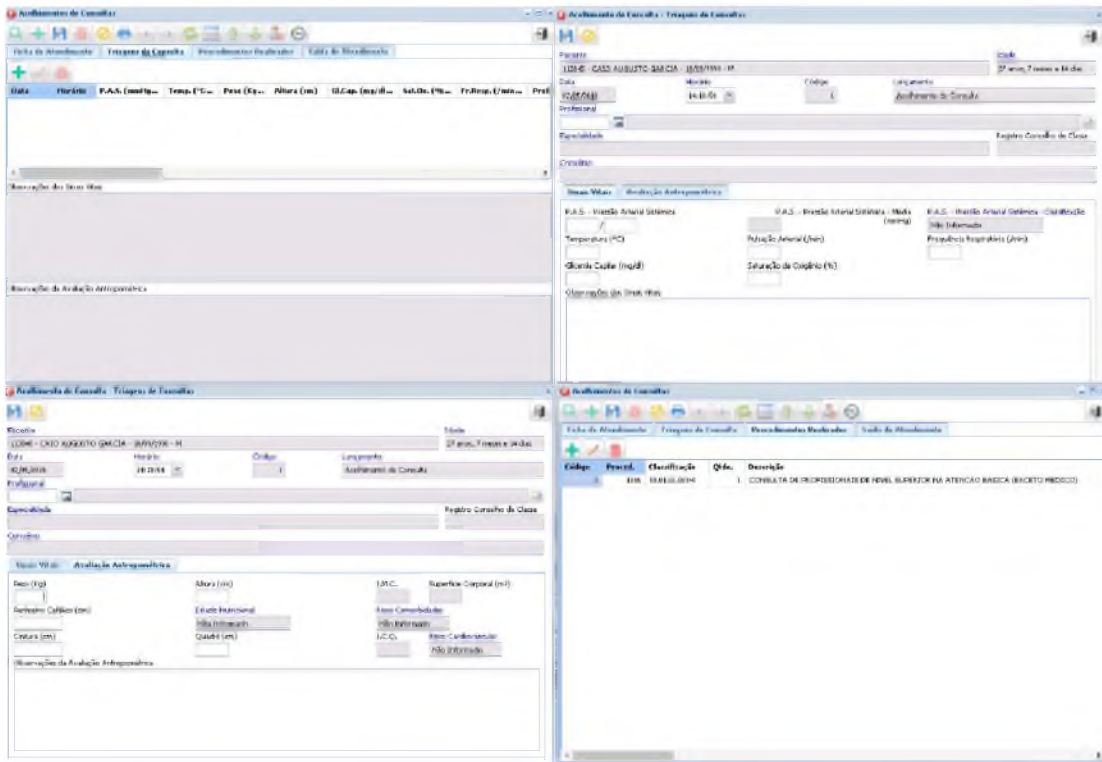
2.2.4. Descrição do Funcionamento Digital do Faturamento (SIG)

O SIG – Sistema de Informações Gerenciais que vamos implantar permitirá um avançado controle dos processos de faturamento de todas as atividades da Unidade de Saúde, desde o momento em que o paciente é recepcionado.

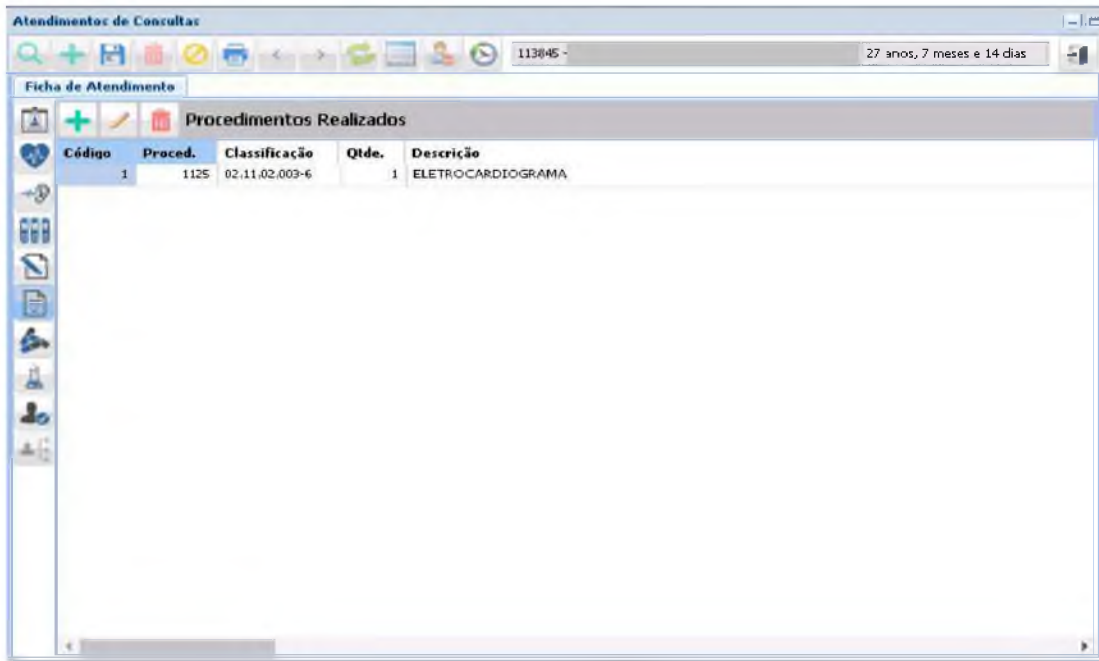
De forma inteligente, prática e rápida, o sistema lança todos os procedimentos básicos de atendimento automaticamente.

Conforme vemos nas imagens abaixo, no momento em que o campo Pressão e Temperatura são preenchidos, dois procedimentos são lançados no sistema de forma automática:

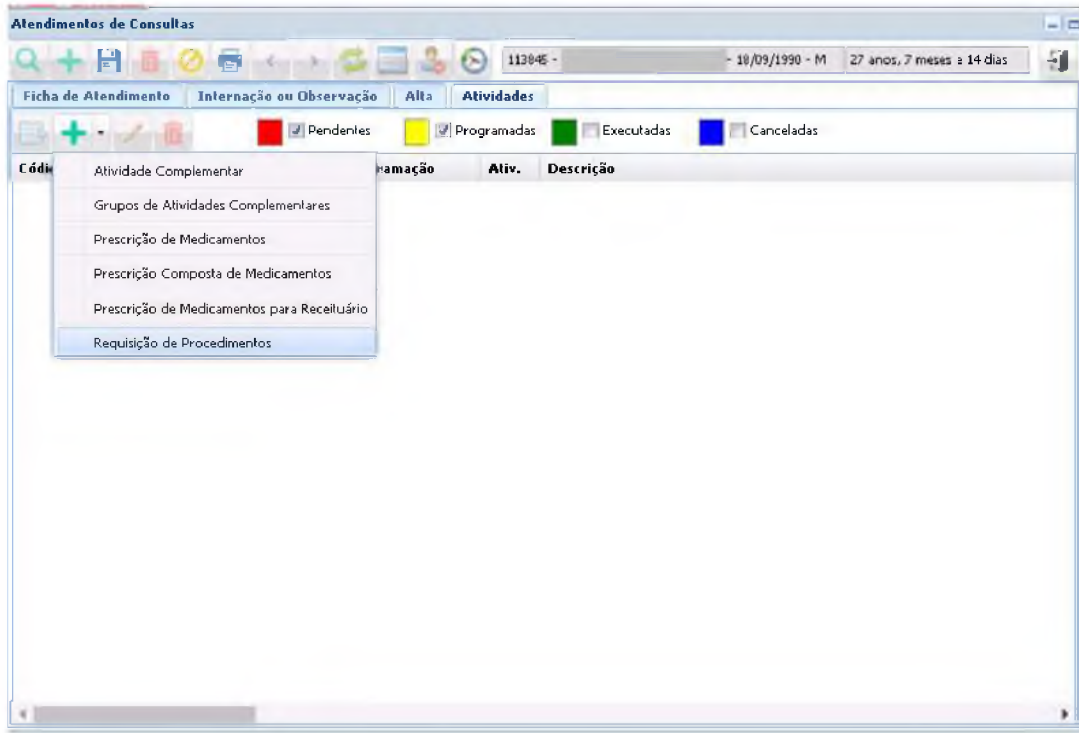
- Aferição de Pressão Arterial e Avaliação Antropométrica.



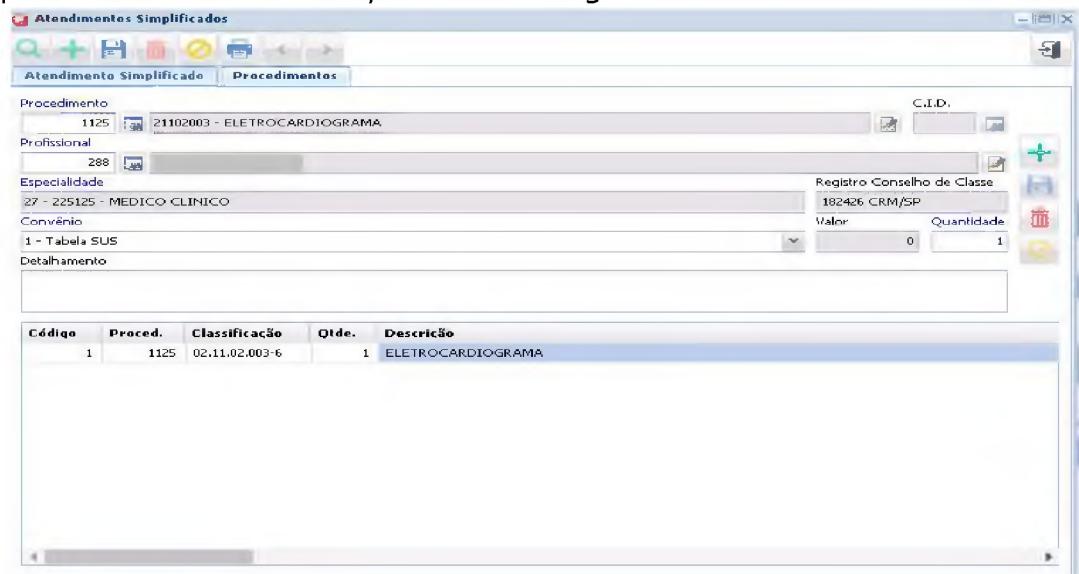
Na tela de atendimento médico, o profissional médico pode realizar o apontamento manual de procedimentos que foram feitos. Na imagem abaixo, podemos ver a tela de atendimento médico, onde o profissional pode realizar a inclusão de um eletrocardiograma, por exemplo.



De acordo com o fluxo estabelecido na Unidade, os procedimentos também podem ser lançados a qualquer momento, acessando o Prontuário Eletrônico do Paciente – PEP, e realizando a inclusão dos procedimentos desejados. Podemos ver na imagem abaixo alguns exemplos dos procedimentos mais utilizados.



Caso a ficha do paciente tenha recebido baixa, ou então desejar se conferir o lançamento ou não, de uma atividade, podemos acessar a tela de Atendimentos Realizados e apontar novas atividades para um atendimento que já foi encerrado ou que ainda está em aberto, conforme a figura abaixo.



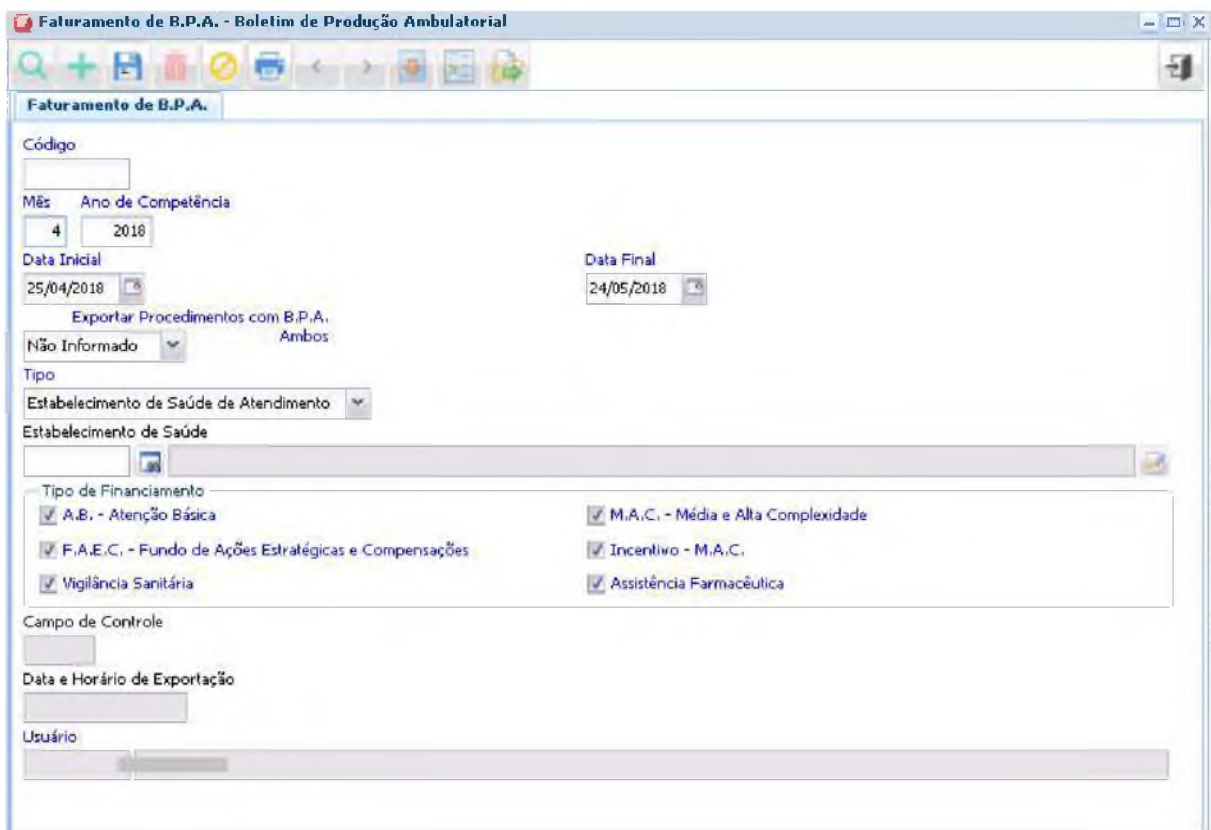
Todos os descritivos e valores de procedimentos do sistema seguem como base as tabelas do SIGTAP, que são atualizadas mensalmente, ou quando disponíveis pelo órgão regulamentador.

Em suma, utilizando as telas de Atendimento Médico ou de Reavaliação de Pacientes, podem ser lançados os procedimentos que foram realizados naquele atendimento.

Para conferência destes lançamentos ou realização de novos, podemos utilizar a tela de Atendimentos Realizados.

Com todos os procedimentos lançados temos a opção de emitir o BPA – Boletim de Produção Ambulatorial.

De acordo com as necessidades de cada município, pode-se emitir o BPA de forma consolidada – informações gerais da quantidade total de cada procedimento – ou até mesmo de forma individualizada – total de procedimentos realizados –, porém detalhando e vinculando cada procedimento com os dados do paciente que o recebeu.



Com o BPA gerado, temos uma visão da quantidade de procedimentos lançados no período selecionado, podendo realizar uma última conferência antes de enviar o arquivo final para os órgãos públicos responsáveis.

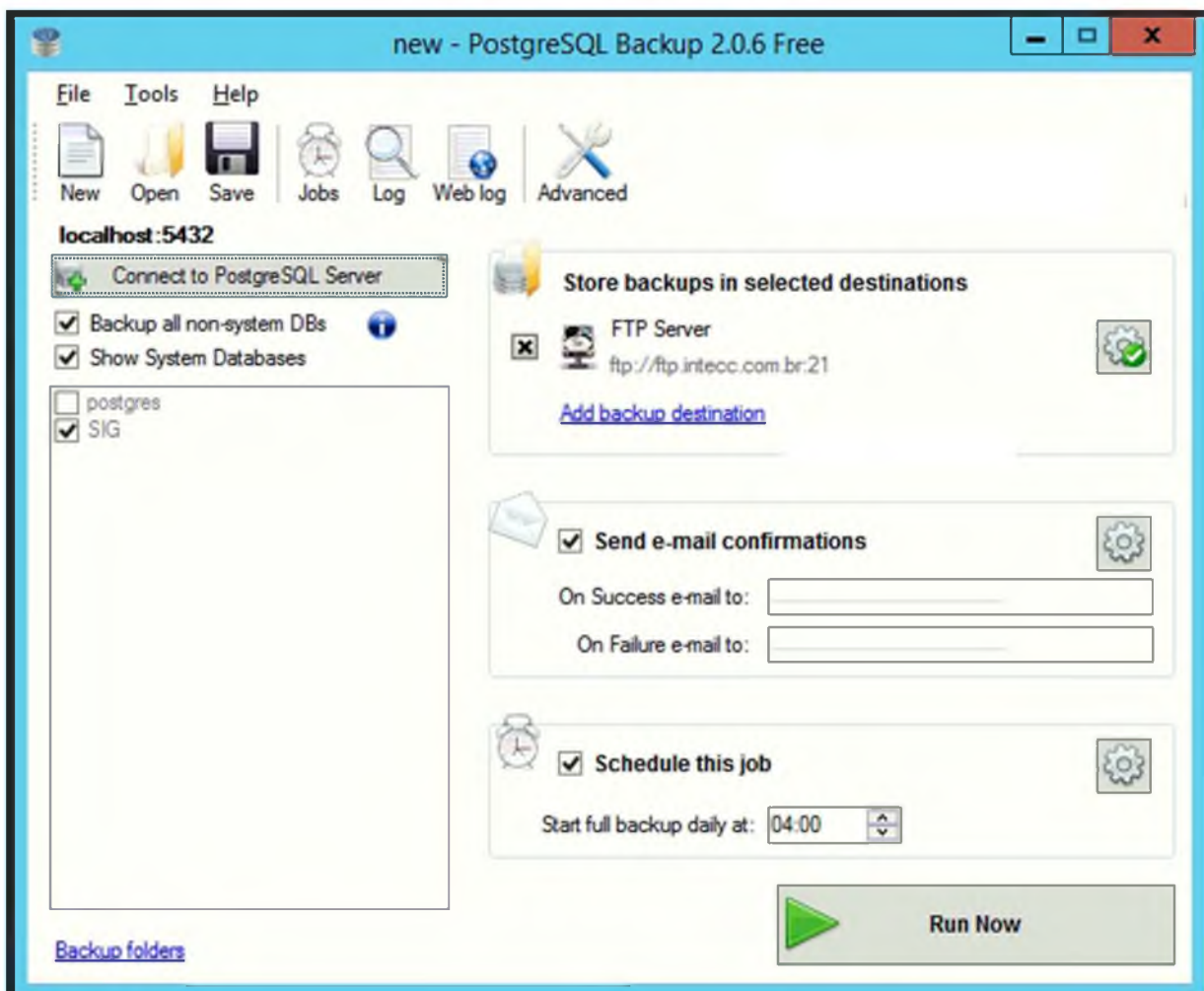
C.N.E....	Código	Classificação	Descrição	Qtde.
9014969	6128	01.01.04.002-4	AVALIACAO ANTROPOMETRICA	1608
9014969	113	02.01.02.004-1	COLETA DE MATERIAL P/ EXAME LABORATORIAL	3997
9014969	163	02.02.01.032-5	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	1
9014969	700	02.04.01.003-9	RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ)	1
9014969	704	02.04.01.004-7	RADIOGRAFIA DE ARCADA ZIGOMATICO-MALAR (AP+ OBLIQUAS)	2
9014969	708	02.04.01.005-5	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	4
9014969	706	02.04.01.006-3	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	5
9014969	710	02.04.01.007-1	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIGUA / BRETTON + HIRTZ)	46
9014969	698	02.04.01.008-0	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)	269
9014969	721	02.04.01.009-8	RADIOGRAFIA DE LARINGE	2
9014969	699	02.04.01.011-0	RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA)	2
9014969	701	02.04.01.012-8	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	27
9014969	702	02.04.01.014-4	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	71
9014969	748	02.04.02.002-6	PLANIGRAFIA DE COLLUNA VERTEBRAL	1
9014969	740	02.04.02.003-4	RADIOGRAFIA DE COLLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)	100
9014969	736	02.04.02.004-2	RADIOGRAFIA DE COLLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)	29
9014969	741	02.04.02.005-0	RADIOGRAFIA DE COLLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA	44
9014969	743	02.04.02.006-9	RADIOGRAFIA DE COLLUNA LOMBO-SACRA	79
9014969	745	02.04.02.007-7	RADIOGRAFIA DE COLLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS)	12
9014969	746	02.04.02.008-5	RADIOGRAFIA DE COLLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA	3
9014969	737	02.04.02.009-3	RADIOGRAFIA DE COLLUNA TORACICA (AP + LATERAL)	28
9014969	742	02.04.02.010-7	RADIOGRAFIA DE COLLUNA TORACO-LOMBAR	41
9014969	744	02.04.02.011-5	RADIOGRAFIA DE COLLUNA TORACO-LOMBAR DINAMICA	25
9014969	738	02.04.02.012-3	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA	4
9014969	757	02.04.02.007-2	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (DOP HEMITORAX)	61

2.3. ROTINAS DE BACKUP

As rotinas de backup são definidas a partir da infraestrutura disponibilizada para cada Contrato de Gestão, sendo realizadas nas madrugadas, entre 00:00 e 06:00, ou ainda, em várias vezes, de acordo com a definição do grau de risco a que estamos expostos, e à infraestrutura de hardware disponível.

Os backups são feitos em nuvem em ambiente FTP disponibilizados pelo fornecedor do software, sendo assim eximindo a erros e danos de backups locais, tornando confiável a estrutura das cópias de segurança.

As rotinas de backup do sistema SIG, serão realizadas de formas local e replicadas através da ferramenta PostgresSQLBKP, que é uma ferramenta oficial para backup de bancos de dados realizados em PostgreSQL, conforme imagem abaixo.



3. ALMOXARIFADO – DEPARTAMENTO DE SUPRIMENTOS

O Almojarifado (Departamento de Suprimentos) estará subordinado diretamente à Gerência Administrativa da Unidade, que por sua vez, estará subordinada à Diretoria Administrativa do INCS, devendo obedecer sempre o preconizado pelo instrumento máximo da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, ou seja, o seu Regimento Interno.

O Departamento de Suprimentos será o responsável por suprir a UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, com materiais em geral, equipamentos, medicamentos, materiais médicos hospitalares, materiais de limpeza, materiais para manutenção, materiais de expediente e escritório padronizados e não padronizados, suprimentos de informática, entre outros, conforme solicitações

padronizadas (Ficha de Solicitação de Compra de Equipamentos, Materiais e Medicamentos) devidamente preenchidas pelos diferentes setores da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, com a anuência da linha de comando imediata, garantindo-se assim, sempre presteza e a qualidade para o melhor atendimento aos clientes internos e externos, bem como o bom funcionamento da unidade de saúde.

O Departamento de Suprimentos se constituirá num setor de suma importância para a UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, pois assegurará o reabastecimento racional das solicitações de compras advindas dos diversos setores, necessárias ao ciclo operacional.

Uma administração de suprimentos eficaz, resolve grande parte dos problemas administrativos, qualitativos, operacionais e financeiros de uma instituição.

Os itens padronizados e não padronizados, constantes nas solicitações de compras, devem ser adquiridos a um bom preço, em quantidade ideal, com qualidade obedecendo a padrões pré-estabelecidos, cumprindo prazos de entrega compatíveis com as necessidades, e posteriormente, estocados seguindo normas específicas, bem como as boas práticas de armazenamento.

Como funções gerais do Departamento de Suprimentos, podemos destacar:

- ✓ Abastecer os diferentes setores de materiais em geral, equipamentos, medicamentos, materiais médico-hospitalares, materiais de lavanderia e limpeza, materiais de expediente e de escritório e materiais diversos, zelando-os e controlando-os, para garantir quantidade e qualidade no abastecimento, objetivando elevado padrão de atendimento.
- ✓ Resolver possíveis problemas junto aos clientes internos e fornecedores relacionados a todos e quaisquer itens adquiridos para suprir as necessidades da unidade de saúde.
- ✓ Realizar negociações de compras diversas e compras para manutenção de equipamentos hospitalares.
- ✓ Realizar controle de notas fiscais (entrada e saída).
- ✓ Manter controle de utilização da máquina de cópias.

Ao Departamento de Suprimentos também atribui-se:

- ✓ Previsão em quantidade somente de materiais de escritório.
- ✓ Os setores como limpeza e higiene, nutrição, manutenção, farmácia clínica e enfermagem são responsáveis pela análise do consumo de seus materiais, bem como a responsabilidade de solicitação, que será enviada ao controle do Departamento de Suprimentos.
- ✓ Realização de compras dos materiais em geral, equipamentos, medicamentos, materiais médicos hospitalares e materiais de lavanderia e limpeza, materiais de expediente e escritório necessários ao funcionamento da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, dentro dos padrões estabelecidos.

- ✓ Realização de pesquisa, avaliação mercadológica e avaliação de fornecedores.
- ✓ Análise detalhada dos relatórios mensais por tipo (curva ABC, ponto de pedido, volume de compras, produtos a vencer) no que diz respeito a todos os materiais e equipamentos utilizados.
- ✓ Acompanhamento, recebimento e conferência dos itens recebidos.
- ✓ Armazenamento dos itens de estoque conforme especificações do fabricante.
- ✓ Garantia de que todos os itens permaneçam em local devidamente identificado, evitando o seu uso não intencional (Almoxarifado Geral).
- ✓ Solicitação, controle e realização de pareceres sobre a qualidade dos materiais comprados.
- ✓ Realização da conferência de estoque (inventário).

O Departamento de Suprimentos funcionará no horário das 8 (oito) às 18 (dezoito) horas, de segunda a sexta-feira.

4. LIMPEZA E DESINFECÇÃO

Apresentamos a seguir, o Manual do Serviço de Higiene e Limpeza da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

Seu conteúdo explicita critérios para contribuir com a correta limpeza e desinfecção de superfícies, descrevendo técnicas corretas, além do uso adequado dos produtos, equipamentos de proteção individual (EPIs) e equipamentos de limpeza e desinfecção das áreas de serviço de saúde.

O ambiente é um importante reservatório de micro-organismos, especialmente os multirresistentes, nos serviços de saúde.

Este manual foi elaborado para que possa atualizar os conhecimentos dos profissionais envolvidos e promover a prática correta e segura dos diferentes procedimentos e rotinas considerando que o serviço de higiene e limpeza constitui importância prioritária e que a execução inadequada de suas atividades poderá acarretar em sérios problemas higiênico-sanitários e de acidentes de trabalho.

Podemos entendê-la como um processo de remoção de sujidades mediante a aplicação de energias química, mecânica ou térmica, num determinado período de tempo.

A energia química é proveniente de ação de produtos que tem a finalidade de limpar através da propriedade de dissolução, dispersão e suspensão da sujeira.

A energia mecânica é proveniente de uma ação física aplicada sobre a superfície para remover a sujeira resistente à ação de produto químico.

Essa ação pode ser obtida pelo ato de esfregar manualmente com esponja, escova, pano ou sob pressão de uma máquina de lavar industrial.

Nos casos de limpeza de objetos a distinção de necessidades de limpeza vem sendo exaustivamente considerada, para a organização de processos de ação e de controle de sua efetividade, que devem ser baseadas em quatro finalidades:

1. remoção da sujidade visível;
2. remoção, redução ou destruição de micro-organismos patogênicos;
3. controle de disseminação de contaminação biológica e química; e,
4. remoção completa de substâncias pirogênicas, no caso de artigos críticos e semicríticos.

Embora o termo limpeza seja bastante amplo, consideraremos neste manual como limpeza de superfícies fixas e equipamentos permanentes das diversas áreas da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, o que inclui pisos, paredes, janelas, mobiliários, equipamentos e instalações sanitárias.

A limpeza frequente e minuciosa do ambiente das Unidades de Saúde são imprescindíveis para reduzir o número de micro-organismos.

Acredita-se que o objetivo principal da higiene do ambiente não é apenas o efeito das soluções germicidas, mas sim principalmente, a remoção mecânica dos microrganismos dos diversos artigos e áreas.

4.1. ESCALA DE ATRIBUIÇÕES

- **Definição:** serviço de higiene e limpeza deve ter uma escala de atribuições para prover a qualidade da assistência prestada. Esta escala deve estar definida antes do início do plantão e afixada em local visível a todos os colaboradores, relacionando todos os membros presentes e sua área de atuação. A atuação dos colaboradores desta área deve seguir o modelo de atendimento integral, quanto mais personalizado for o atendimento tanto melhor para o usuário. Também deve ser considerada a necessidade de deslocar profissionais para situações de emergência e procedimentos que demandam maior tempo.
- **Objetivos:**
 - ✓ garantir a assistência prestada e evitar a sobrecarga de alguns colaboradores; e,
 - ✓ realizar divisões das atividades de higiene e limpeza diariamente de forma equitativa entre os colaboradores.
- **Resultados Esperados:** garantir uma assistência de forma equitativa, à escala distribuída de maneira equitativa as atividades entre os colaboradores

evitando assim a sobrecarga de alguns e a ociosidade de outros.

➤ **Materiais:**

- ✓ escala do mês anterior;
- ✓ calendário;
- ✓ aporte tecnológico; e,
- ✓ caneta esferográfica.

- **Procedimentos:** conhecer as características da equipe e a dinâmica do setor para a distribuição das atividades entre os colaboradores.

4.2. ATRIBUIÇÕES DO AUXILIAR SERVIÇO DE HIGIENE E LIMPEZA

- **Definição:** as atribuições da equipe em Serviços de Saúde podem variar de acordo com a área e as características do local onde a limpeza será realizada. A clareza das atribuições tem papel fundamental para seu cumprimento e, para tanto, se faz necessário um manual contendo todas as tarefas a serem realizadas.

➤ **Objetivos:**

- ✓ remover sujidades de superfícies do ambiente, materiais e equipamentos, mediante a aplicação e ação de produtos padronizados pela instituição;
- ✓ realizar a limpeza e desinfecção de superfícies;
- ✓ garantir aos usuários uma permanência em local asseado e um ambiente com menor carga de contaminação possível;
- ✓ reduzir a possibilidade de transmissão de infecções; e,
- ✓ manter um ambiente limpo e preparado para o atendimento ao usuário.

➤ **Atribuições que Competem a Equipe de Higiene e Limpeza:**

- ✓ executar as atividades determinadas pela escala de atribuições;
- ✓ realizar a limpeza do leito do usuário, quando o mesmo encontra-se desocupado;
- ✓ remover mecanicamente os micro-organismos dos diversos artigos e áreas conforme estabelecidos pela instituição;
- ✓ realizar a limpeza de materiais e equipamentos;
- ✓ realizar a limpeza de sanitários;
- ✓ realizar a reposição de sabonetes líquidos;
- ✓ realizar a reposição de papel toalha;
- ✓ realizar a reposição de papel higiênico;
- ✓ realizar a reposição de saco de resíduo comum e infectante;
- ✓ realizar coleta de roupas de cama e o encaminhamento da mesma;

- ✓ cumprir as rotinas de limpeza e desinfecção de superfícies;
 - ✓ zelar pelas condições de limpeza;
 - ✓ operar e zelar pela manutenção dos equipamentos e materiais pertencentes ao serviço;
 - ✓ manter sigilo sobre os assuntos institucionais;
 - ✓ usar uniforme e Equipamento de Proteção Individual (EPI), zelar pelos mesmos e notificar danos eventuais;
 - ✓ cumprir as leis e regularidades em vigor;
 - ✓ manter a prudência;
 - ✓ Adotar postura profissional compatível com as regras institucionais;
 - ✓ responder pelo uso e manutenção do material colocado a sua disposição;
 - ✓ notificar ao responsável qualquer extravio ou quebra de material de higiene e limpeza nas instalações sob seus cuidados;
 - ✓ utilizar somente produtos saneantes padronizados, na concentração e tempo recomendado pelo fabricante;
 - ✓ avaliar junto ao fabricante a compatibilidade do produto a ser empregado, a fim de preservar a integridade do mobiliário, de revestimento e dos equipamentos pertencentes ao patrimônio;
 - ✓ zelar pelos equipamentos e materiais durante a sua utilização e após, obedecendo a regras de utilização ,limpeza ou desinfecção, de acordo com a necessidade e guardar em local designado após a utilização;
 - ✓ notificar danos em mobiliários, acessórios, instalações que necessitem de reparo ou substituição;
 - ✓ realizar a limpeza dos materiais e equipamentos após sua utilização;
 - ✓ utilizar somente produtos que estejam em embalagens rotuladas e dentro do prazo de validade;
 - ✓ não misturar produtos saneantes, exceto quando indicado pelo fabricante, pois essas misturas podem ser perigosas quando inaladas;
 - ✓ ao transportar os resíduos recolhidos em carros próprios, mantendo a tampa fechada;
 - ✓ não sendo permitido que os sacos de lixos encostem-se ao corpo do profissional o que seja arrastados;
 - ✓ realizar as limpezas concorrentes, terminal e imediata de áreas internas e externas pertencentes ao serviço de saúde em questão; e,
 - ✓ focar suas ações em consonância com a missão, visão, filosofia e objetivos da instituição.
- **Atribuições que Não Competem a Equipe de Higiene e Limpeza:**
- ✓ recolhimento de perfurocortantes (ex.: agulhas) de locais inadequados, como por exemplo, leitos de usuários, pisos, bancados dentre outros. De acordo com a Norma Regulamentadora NR 32 (BRASIL, 2.005), devem ser

responsabilizados pelo descarte de perfurocortantes, somente os trabalhadores que os utilizarem, estando, portanto, os profissionais de limpeza, isentos dessa responsabilidade;



Ilustração de Caixa de Recolhimento de Perfurocortantes

- ✓ fechamento de coletores de perfurocortantes é de responsabilidade de quem manipula e descarta os perfurocortantes, não cabendo à equipe de higiene e limpeza;
 - ✓ a retirada de materiais ou equipamentos provenientes da assistência ao usuário nos quartos, ou qualquer outra unidade, antes de realizar a limpeza, seja concorrente ou terminal. São exemplos: frascos de soros, equipos, bombas de infusão, comadres, papagaios dentre outros, está tarefa cabe aos Profissionais de Enfermagem; e,
 - ✓ realização de limpeza do leito do usuário, enquanto o mesmo encontra-se ocupado, essa tarefa compete aos Profissionais de Enfermagem, já que a manipulação indevida na cama pode causar prejuízos à saúde do usuário, como, por exemplo, deslocamento de drenos e cateteres.
- **Resultados Esperados:** manter a ordem do ambiente e a limpeza. Proporcionando maior segurança favorecendo o bom desempenho das ações a serem desenvolvidas, melhorando assim, a qualidade dos serviços de limpeza. Ao limpar superfícies de serviços de saúde, pretende-se proporcionar aos usuários um ambiente com menor carga de contaminação possível.
- **Observações:**
- ✓ utilizar somente produtos saneantes padronizados pela instituição, na concentração e tempo recomendados pelo fabricante, e,
 - ✓ avaliar junto ao fabricante a compatibilidade do tipo de superfícies com o produto a ser empregado, a fim de preservar a integridade do mobiliário, de revestimentos e dos equipamentos pertencentes ao patrimônio.
- **Referências:**
- ✓ BRASIL. Ministério do Trabalho e do Emprego. Norma Regulamentadora nº 6. Portaria GM/MTE nº 3.214, de 08 de junho de 1.978, que aprova as

Normas Regulamentadoras – NR – do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho. **Diário Oficial da União [da República Federativa do Brasil]**. Brasília, 06 de julho de 1.978.

- ✓ TORRES, S.; LISBOA, T. **Gestão dos Serviços de Limpeza, Higiene e Lavanderia em Estabelecimentos de Saúde**. São Paulo: Sarvier, 3ª ed., 2.008.
- ✓ **Agência Nacional de Vigilância Sanitária ANVISA**, 2.010. Segurança do Paciente em Serviço de Saúde: Limpeza e Desinfecção de Superfícies, Brasília.

4.3. TIPOS DE LIMPEZA DO AMBIENTE

- **Definição:** limpeza e desinfecção de superfícies em serviços de saúde são elementos primários e eficazes nas medidas de controle para romper a cadeia epidemiológica das infecções.
- **Limpeza:** é a remoção de sujidades nas superfícies fixas mediante o uso de água e sabão, reduzindo a população microbiana no ambiente.
- **Desinfecção:** consiste na redução de microrganismos potencialmente patogênicos pela ação de agentes químicos ou físicos. Este processo geralmente destrói micro-organismos na forma vegetativa, não incluindo os esporos.
- **Objetivos:**
 - ✓ garantir aos usuários dos serviços de saúde uma permanência em local limpo e em ambiente com menor carga de contaminação possível; e,
 - ✓ reduzir e evitar a possibilidade de transmissão de infecções.
- **Princípios Básicos Para a Limpeza:**
 - ✓ de cima para baixo;
 - ✓ do mais distante para o mais próximo;
 - ✓ de dentro para fora; e,
 - ✓ de trás para frente, sentido único.
- **Limpeza Concorrente:** é aquela realizada diariamente e inclui a limpeza de pisos, instalações sanitárias, superfícies horizontais de equipamentos e mobiliário, esvaziamento e troca de recipientes de lixo, de roupas e arrumação geral. Em casos específicos, esse tipo de limpeza pode e deve ser realizado mais de uma vez por dia.

- **Limpeza Terminal:** trata-se de uma limpeza completa, abrangendo pisos, paredes, equipamentos e mobiliário, inclusive camas, macas e colchões, janelas vidros portas, luminárias em todas as suas superfícies (internas e externas). A periodicidade de limpeza de todos esses itens dependerá da área onde os mesmos se encontram e de sua frequência de sujidade.
- **Limpeza Imediata:** trata-se da limpeza que é realizada quando ocorre sujidade após a limpeza concorrente em áreas críticas e semicríticas, em qualquer período do dia, quando observada através de vistoria contínua e de solicitação. Tal sujidade refere-se principalmente àquelas de origem orgânica e química, com risco de disseminação e contaminação. Essa limpeza limita-se a remoção imediata dessa sujidade do local onde ocorreu e a sua adequada dispensação. A técnica utilizada dependerá do tipo de sujidade e de seu risco de contaminação.
- **Limpeza de Manutenção:** é constituída de alguns requisitos de limpeza concorrente. Limita - se mais ao piso, banheiro e esvaziamento do lixo em locais de grande fluxo de pessoal e de procedimentos, sendo realizada nos três períodos (manhã, tarde e noite), conforme a necessidade, através de rotina e de vistoria contínua.
- **Resultados Esperados:** assegurar a eliminação das sujidades visíveis e não visíveis e a destruição de microrganismos. Manter a ordem e conservando equipamentos e instalações, evitando principalmente a disseminação de microrganismos responsáveis pelas infecções relacionadas à assistência à saúde.
- **Observações:** deve-se utilizar um sistema compatível entre equipamento e produto de limpeza e desinfecção de superfícies (apresentação do produto, diluição e aplicação). Utilizar placas sinalizadoras sempre. Todos os equipamentos deverão ser limpos a cada término da jornada de trabalho.
- **Referências:**
 - ✓ APECIH – Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar. Monografia: **Limpeza, Desinfecção de Artigos e Áreas Hospitalares e Antissepsia**. São Paulo, 2.004.
 - ✓ **Agência Nacional de Vigilância Sanitária ANVISA**, 2.010. Segurança do Paciente em Serviço de Saúde: Limpeza e Desinfecção de Superfícies, Brasília.
 - ✓ MUNHOZ, M.M; SOARES, F. Arquitetura Hospitalar. In FERNANDES, A.T. editor. **Infecção Hospitalar e Suas Interfaces na Área da Saúde**. São Paulo: Atheneu, 2.000. p. 1.278-1.286.

4.4. USO DO EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI)

- **Definição:** é todo dispositivo de uso individual utilizado pelo profissional, destinado a prevenir riscos que podem ameaçar a segurança e sua saúde.
- **Cabe ao Colaborador quanto ao EPI:**
 - ✓ usar, utilizando-o apenas para a finalidade a que se destina;
 - ✓ responsabilizar-se pela guarda e conservação;
 - ✓ comunicar ao empregador qualquer alteração que torne impróprio o uso; e,
 - ✓ cumprir as determinações do empregador sobre o uso adequado.
- **Objetivos:**
 - ✓ capacitar ou direcionar sobre Equipamento de Proteção Individual (EPI);
 - ✓ utilizar o Equipamento de Proteção Individual (EPI); e,
 - ✓ evitar a contaminação na execução dos procedimentos.
- **Resultados Esperados:** segurança do profissional e conscientização quanto à importância e a obrigatoriedade do uso do Equipamento de Proteção Individual (EPI).
- **Materiais:**
 - ✓ **Uniforme:** a calça e o avental, sapato, servem de barreira de proteção. O uniforme é de uso obrigatório e deve ser vestido antes do registro de entrada e retirado após registrar a saída no ponto.
 - ✓ **Luvas de Borracha:** servem de proteção para as mãos. Devem ser usadas sempre que for realizar limpeza e desinfecção de áreas contaminadas, coleta, separação e transporte de roupas contaminadas e durante a coleta, transporte e armazenamento do lixo. Não devem ser utilizadas indevidamente como, por exemplo, para pegar em fechaduras das portas, torneiras, telefone e outros objetos de uso comum. Devem ser de uso individual e estarem sempre limpas e secas.



- ✓ **Máscaras:** descartáveis, devem ser usadas na limpeza de áreas contaminadas, durante a coleta, separação e transporte de roupas sujas e/ou contaminadas bem como na coleta, transporte a armazenamento do lixo, manuseio e aplicação de produtos químicos fortes (água sanitária,

desinfetante e cloro) de limpeza, para proteção de vias aéreas e sistema respiratório.

- ✓ **Óculos:** de uso individual, destinado a proteção para os olhos contra substâncias químicas, sangue e fluídos corporais. Devem ser utilizados durante a separação das roupas contaminadas e do lixo, bem como durante a higienização de paredes e teto. Limpar a cada uso com água e sabão. Os óculos também devem ser usados no manuseio e aplicação de produtos químicos fortes (água sanitária, desinfetante e cloro) de limpeza, para proteção de vias oculares.
- ✓ **Botas:** de uso individual, devem ser impermeáveis e com solado antiderrapante. Devem ser usadas ao lavar áreas internas e externas. Após o uso, devem ser higienizadas com água e sabão.
- **Observação:**
 - ✓ Todos os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) depois de limpos e secos devem ser acondicionados em local protegido e individualizado, evitando o uso dos mesmos por mais de uma pessoa, bem como a exposição acidental a fontes de contaminação.
 - ✓ O uso de Equipamento de Proteção Coletiva (EPC) tem por objetivo a prevenção de acidentes de usuários que transitam em áreas que estão sendo limpas. São placas sinalizadoras, cones, fitas demarcatórias e dentre outras.
- **Referências:**
 - ✓ BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria GM/MTE nº 485, de 11 de novembro de 2.005, Aprova a Norma Regulamentadora nº 32, que versa sobre a Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde. **Diário Oficial da União, [da República Federativa do Brasil]**. Brasília, 16 de novembro de 2.005.

4.5. CLASSIFICAÇÃO DAS ÁREAS DAS UNIDADES DE SAÚDE

- **Definição:** todos os ambientes, exceto aqueles mantidos sob condições estéreis, albergam microrganismos patogênicos. Cabe salientar que o reconhecimento das áreas que constituem o ambiente contaminado que contribui na definição dos processos de limpeza a serem adotados, considerando-se o risco de exposição a microrganismos em cada uma destas áreas.
- **Objetivos:**
 - ✓ orientar as complexidades, e o detalhamento dos serviços a serem executa-

- dos nesses setores; e,
- ✓ manter a limpeza e desinfecção de superfícies adequadas minimizando o risco.
- **Resultados Esperados:** evitar a transmissão de infecções dos ambientes.
 - **Material:** Equipamento de Proteção Individual (EPI).
 - **Áreas Críticas:** são aquelas onde existe um risco maior de haver transmissão de infecções, por haver um maior número de usuários graves, um número maior de procedimentos invasivos ou onde se encontram usuários com seu sistema imunológico deprimido.
Exemplos: lavanderia, área de isolamento, Central de Material e Esterilização, Farmácia, dentre outras.
 - **Áreas Semicríticas:** são todos os compartimentos ocupados por usuários com doenças infecciosas de baixa transmissibilidade e doenças não infecciosas. São exemplos desse tipo de área: consultórios médicos, banheiros, posto de enfermagem, sala de observação, sala de curativos, sala de injetáveis, sala de inalação, sala de RX e corredores.
 - **Áreas Não Críticas:** são todos os demais compartimentos dos estabelecimentos assistenciais de saúde não ocupados por usuários e onde não se realizam procedimentos de risco.
Exemplos: vestiário, copa, áreas administrativas, almoxarifados, secretaria, farmácia.
 - **Referências:**
 - ✓ APECIH – Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar. Monografia: Limpeza, Desinfecção de Artigos e Áreas Hospitalares e Antissepsia, São Paulo 2004.
 - ✓ BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2.002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil, Brasília, 20 de março de 2.002.

4.6. TIPOS DE LIMPEZA – COMO REALIZAR

- **Definição:** a ênfase rigorosa na realização de movimentos de limpeza em uma única direção e sem retorno, partindo-se do local considerado menos

contaminado para o mais contaminado deve ser considerada nos estabelecimentos de saúde.

Por outro lado, a efetividade da limpeza baseia-se antes na sua capacidade de remoção de sujeira através da lavagem por fricção ou escovação com água e detergente em quantidade suficiente do que na mera passagem de pano úmido em sentidos pré-determinados.

Entretanto, a necessidade de etapas coerentes de limpeza, iniciando-se de locais sabidamente mais limpos para os mais sujos, não deve ser desprezada, mesmo que seja para estabelecer uma relação funcional do trabalho.

- **Objetivo:** preparar o ambiente para suas atividades, mantendo a ordem e conservando equipamentos e instalações.
- **Resultados Esperados:** evitar principalmente a disseminação de microrganismos responsáveis pelas infecções relacionadas a assistência à saúde.
- **Materiais:** equipamentos de Proteção Individual (EPI).
Deve-se utilizar um sistema compatível entre o equipamento e produto de limpeza.
- **Procedimentos:**
 - ✓ **Limpeza Seca:** é uma operação de higiene que visa remover a sujeira do chão. Esta operação só deve ser feita com aspirador, somente onde houver tapete, isto é, em locais da administração. O uso de vassouras em qualquer ambiente da Unidade de Pronto Atendimento é desaconselhado, com exceção de calçadas externas, pátio e estacionamento.
 - ✓ **Limpeza Manual Úmida com Pano de Chão:** é a operação de higiene que visa à remoção da sujeira e consiste em passar pano ou esponja umedecido em solução detergente com enxágue posterior com pano umedecido em água limpa. Esse procedimento é adotado mais para paredes, mobiliários e equipamentos de grande porte. No caso de pisos, é utilizado o mesmo procedimento com o auxílio do rodo. Pano utilizado na limpeza deve ser encaminhado e lavado na lavanderia e após, guardados secos por medida de higiene e conservação.
 - ✓ **Como proceder a Limpeza Manual com Pano de Chão:**
 - utilizar Equipamento de Proteção Individual EPIs;
 - preparar dois baldes, um com solução, outro com água;
 - levar o material para o local a ser limpo;
 - molhar o pano na solução preparada e passar o pano em movimentos retos para frente e para trás, da primeira vez, para juntar o lixo que esteja no chão;

- mergulhar sempre que necessário o pano no balde nº 02, que é o que tem a água sem solução, sempre que a água estiver suja deverá ser substituída por outra limpa;
 - torcer e mergulhar no balde nº 02, que tem o produto e deverá estar com aspecto limpo, torcer e aplicar no piso;
 - trocar a água com o sabão líquido ou desinfetante sempre que estiver suja;
 - não utilizar o pano de limpeza de pisos e banheiros na limpeza de móveis e superfície;
 - lavar os baldes enxugá-los e guardá-los em local próprio;
 - levar os panos para a lavanderia ao final de cada turno;
 - higienizar e secar os materiais usados;
 - deixar o ambiente limpo e organizado; e,
 - lavar as mãos conforme a técnica.
- ✓ **Limpeza Manual Molhada:** trata-se de um método de limpeza eficiente, mas que só pode ser realizado na limpeza de pisos em áreas onde existem ralos para escoamento da solução detergente e água de enxágue. O procedimento consiste em espalhar uma solução de detergente no piso e esfregar com escova ou esfregão, empurrar com rodo a solução suja para o ralo ou recolhê-la com o auxílio de uma pá, enxaguar com água limpa e secar com pano limpo.
 - ✓ **Máquina Lavadora Industrial:** as máquinas lavadoras e extratoras podem economizar tempo, movimento e energia. As máquinas de última geração permitem a lavagem tanto de pequenas quanto de grandes áreas, pela simples substituição de escovas de diferentes tamanhos, dependendo da extensão da área a ser lavada. As máquinas lavadoras e extratoras esfregam, limpam succionam a solução do piso e secam. Verificar se a voltagem elétrica se possui a mesma da máquina.
 - ✓ **Limpeza do Piso:** a limpeza do piso tem por objetivo manter a boa aparência do ambiente e conservar o material do qual é feito o piso. Esta limpeza exige o uso de produtos adequados para sanitização. Estes produtos devem estar padronizados pela Unidade de Saúde, e de acordo com a regulamentação da ANVISA. As normas de uso devem ser observadas e obedecidas, a fim de se obter o melhor resultado com o menor custo e o menor desgaste do material. A limpeza do piso está diretamente relacionada ao fluxo de pessoas e a sujeira do local, podendo ser realizada mais de uma vez se houver necessidade.
 - ✓ **Retirada de Pó e Resíduos com Pano Absorvente Úmido:** remover pó ou partículas de mesas, cadeiras, objetos, rodapé, corrimão. Utilizar pano umedecido, enxaguar quando estiver com muita sujeira. Recolocar cuidadosamente qualquer material que tenha sido removido durante o pro-

cesso de retirado do pó.

- ✓ **Limpeza com MOP:** os MOPs são um tipo de vassoura, mas ao invés das cerdas duras embaixo para varrer a sujeira eles têm fios compridos que absorvem a água para secar o chão ou espalhar produtos de limpeza nos pisos. Com o MOP basta deslizá-lo no chão e pronto. Os fios de do MOP (cabeleira) são presos no cabo através de travas removíveis e podem ser retirados e trocados quando ficam muito usados. Os refis com os fios são vendidos separadamente no mercado e o encaixe é fácil de ser colocado e prende com firmeza e segurança. Existem cabeleiras planas para função úmida, que podem ser de microfibra, algodão, rayon ou sintético, nos modelos ponta cortada ou ponta dobrada. As cabeleiras planas para função seca são indicadas para remoção de sujidades que não estejam aderidas ao piso. Recomenda-se que não tenha a função eletrostática para que não haja levantamento de pó durante a limpeza. A durabilidade da cabeleira do MOP dependerá da devida conservação, após utilização. Os MOPs também podem ter baldes especiais (conjunto MOP), com um suporte preso em cima da borda. Este suporte é furado para se escorrer a água em excesso. A finalidade do carro funcional é reunir, transportar e estar abastecido de materiais necessários à limpeza, desinfecção e conservação de um determinado espaço. A função úmida é indicada para utilização nas técnicas de limpeza de pisos e paredes, proporcionando redução de tempo nas atividades. Apresenta ação eficaz em atividades nas quais a ação mecânica é necessária.



Cabeleira do MOP Para Função Úmida



Cabeleira do MOP Para Função Seca



Carro Funcional



Placa de Sinalização

➤ **Vantagens do MOP:**

- ✓ substitui o pano de limpeza de pisos;
- ✓ elimina o contato manual do profissional durante a torção dos fios de cabeleira pela compressão no balde espremedor;
- ✓ pode reduzir o risco de acidentes ocupacionais com perfurocortantes;
- ✓ pode aumentar a produtividade quando comparado ao pano para limpeza de piso, proporcionando postura ergonômica correta do profissional de limpeza; e,
- ✓ evita movimentos repetitivos de esforço e desgaste de energia pela flexão do tronco e torção do pano de limpeza (YAMAUSHI et al., 2000).

➤ **Desvantagens do MOP:**

- ✓ dificulta a secagem do piso, deixando-o úmido, com risco de queda dos que passam;
- ✓ requer contato manual do profissional na substituição da cabeleira;
- ✓ tempo e custo do reprocessamento da cabeleira na lavanderia;
- ✓ desperdício de produtos saneantes (nem toda solução é utilizada);
- ✓ alteração da concentração dos produtos saneantes da solução após o primeiro enxague; e,
- ✓ dificuldade de manuseio acarretando esforço físico na utilização do espremedor e do equipamento do MOP molhado devido ao peso, podendo gerar afastamentos por problemas ergonômicos.

➤ **Limpeza das Paredes:**

- ✓ promover a limpeza e desinfecção de paredes com solução padronizada pela instituição;
- ✓ utilizar rodo com pano limpo, manter a sinalização do local; e,
- ✓ utilizar sempre luvas de proteção, óculos e máscara de proteção.

➤ **Como Proceder a Limpeza das Paredes:**

- ✓ utilizar Equipamento de Proteção Individual EPIs;
- ✓ imergir o pano no balde com a solução preparada e remover o excesso para não pingar;
- ✓ esfregar a parede com o pano no rodo, de cima para baixo com movimentos sempre no mesmo sentido, da direita para a esquerda ou vice-versa, nunca movimentos circulares;
- ✓ molhar a parede sem deixar escorrer;
- ✓ deixar a solução atuando no mínimo pelo tempo recomendado pelo fabricante: cobrir aproximadamente 02m² de parede cada vez;
- ✓ lavar e enxaguar o pano em água limpa a cada 02 m²;
- ✓ manter sempre as placas sinalizadoras; e,
- ✓ recolocar os objetos retirados das paredes, mobiliário e demais objetos.

- **Placa de Sinalização:** transmitem mensagem de advertência ou proibitivas, que permitem identificar a situação da área delimitada, como: piso molhado, área interditada para reforma dentre outros.
- **Lavagem do Piso com a Mangueira na Área Externa:**
 - ✓ utilizar Equipamento de Proteção Individual EPIs; e,
 - ✓ lavar superfícies visando à eliminação de partículas e sujidades impregnadas.
- **Como Proceder a Limpeza da Área Externa:**
 - ✓ utilizar Equipamento de Proteção Individual EPIs;
 - ✓ identificar a área com placas sinalizadoras de piso molhado;
 - ✓ instalar a mangueira como recomendado;
 - ✓ diluir a solução padronizada de acordo com as recomendações do fabricante;
 - ✓ remover as gomas de mascar aderidas ao piso com espátulas específicas e desprezá-las em saco de lixo;
 - ✓ molhar previamente a superfície a ser lavada;
 - ✓ imergir o escovão ou escova no balde com detergente até que esteja encharcada;
 - ✓ aplicar o detergente com o escovão ou escova realizando a esfregação;
 - ✓ enxaguar com água limpa, utilizando a mangueira;
 - ✓ puxar a água com auxílio do rodo de limpeza;
 - ✓ limpar a mangueira após o uso, enrolando-a no carrinho específico; e,
 - ✓ organizar todo o material utilizado no Deposito Material Limpeza (DML).
- **Recomendações Gerais:**
 - ✓ todo trabalho deve ser iniciado no ponto mais distante da saída do ambiente ou do raio, de forma tal que o encerramento dos trabalhos seja na divisa, porta de saída do ambiente ou no raio de escoamento de água;
 - ✓ antes de molhar o local, deve ser analisado se não existem materiais que possam ser danificados pela ação da água ou detergente;
 - ✓ cuidados especiais devem ser dados a tomadas elétricas, móveis, objetos e utensílios presentes no ambiente; e,
 - ✓ é proibida a mistura de produtos saneantes não previamente autorizados, reaproveitamento de embalagens vazias com produtos saneantes diferentes do rótulo original, alteração na proporção da diluição preconizada, utilização de produtos saneantes fora do período de validade, manuseio do produto saneante sem o uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) apropriados e armazenamento conjunto de produtos saneantes incompatíveis.

➤ **Observações:**

- ✓ utilizar equipamento de proteção individual (EPI), sempre;
- ✓ começar do ambiente menos contaminado para o mais contaminado;
- ✓ iniciar a limpeza da área menos contaminada para a mais contaminada;
- ✓ iniciar a limpeza pelo teto;
- ✓ proceder à varredura úmida;
- ✓ quanto aos corredores dividir corredor ao meio, deixando um lado livre para o trânsito de pessoal enquanto procede a limpeza do outro.
- ✓ usar a técnica de dois baldes; e,
- ✓ diluir a solução em água quando não for pronto para uso, seguindo as recomendações do fabricante.

➤ **Referência:**

- ✓ YAMAUSHI, N.I.; LACERDA, R.A; GABRIELLONI, M.C. Limpeza Hospitalar. In: FERNANDES, A.T. editor. **Infecção Hospitalar e Suas Interfaces na Área da Saúde**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 1.141-1.155.

5. APOIO LOGÍSTICO E OPERACIONAL

As atividades de apoio logístico e operacional, são constituídas por toda a sorte de atividades necessárias ao suporte das atividades assistenciais principais, que serão atender prontamente os usuários (pacientes e acompanhantes), na atenção à saúde. Discorreremos a seguir sobre as áreas que envolvem o apoio logístico, a título de complementação de informações, visto que algumas áreas do apoio logístico, já foram abordadas ao longo desse Plano de Trabalho

5.1. SERVIÇO DE FARMÁCIA CLÍNICA E ABASTECIMENTO DE MATERIAIS MÉDICO-HOSPITALARES

O SERVIÇO DE FARMÁCIA CLÍNICA E ABASTECIMENTO DE MATERIAIS MÉDICO-HOSPITALARES, será o setor responsável por garantir a quantidade, variedade e qualidade da assistência farmacêutica prestada ao paciente, através do uso seguro e racional do medicamentos, correlatos e materiais médico-hospitalares, adequando sua utilização, à saúde individual e coletiva da população.

5.2. SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO – SADT

Dispõe de equipamentos e procedimentos para auxílio ao diagnóstico, com avançada tecnologia, tais como:

- ✓ Eletrocardiograma (ECG).
- ✓ Laboratório Clínico.
- ✓ Radiologia Digitalizada.

5.2.1. Eletrocardiograma (ECG)

Também chamado de ECG ou eletro, o exame mede a atividade elétrica do coração.

É feito com um aparelho ligado a eletrodos, que avalia o ritmo dos batimentos cardíacos em repouso.

Exame bem simples, usados rotineiramente, tanto na triagem de pronto-socorros, quanto em checkups preventivos.

O objetivo é ver se há alguma falha pela condução elétrica do coração, ou seja, se existem bloqueios ou parte do músculo que não estão se movendo como deveriam, o que pode sinalizar problemas cardíacos.

É muito utilizado para flagrar arritmias, taquicardias e bradicardias, quando o peito bate rápido ou devagar demais, respectivamente.

Contudo, é um exame inicial, que deverá ser confirmado com outros exames.

Nos protocolos clínicos em que o ECG é preconizado, será executado pela nossa equipe de enfermagem.

5.2.2. Laboratório Clínico

O INCS foi o pioneiro em instalar dentro de uma UPA 24 HORAS, no município de São José dos Campos, o Laboratório Clínico, que funciona 24 (vinte e quatro) horas por dia, sete dias por semana, prestando os serviços em protocolos de urgência e emergência e liberando os resultados antes de 1 (uma) hora após a chegada da amostra ao local.

Atualmente todas as UPAs geridas pela nossa Instituição, contam com esse serviço oferecido dentro das Unidades, o que melhorou muito o nível da assistência prestada, auxiliando rapidamente os profissionais médicos em suas condutas e seus encaminhamentos de pacientes (Regulação).

Tal setor respeitará as normas preconizadas pelos órgãos de controle e fiscalização dessas atividades, que recomendam as Boas Práticas em Laboratório Clínico – BPLC.

A empresa terceirizada atualmente, possui vasta experiência comprovada em tais atividades, que foi provado através da apresentação de atestados de capacidade técnica de prestação de serviço para esta atividade.

Além do mais, é um setor que desde o começo de suas atividades conosco, nunca trouxe nenhum tipo de problema para nossa gestão, tendo inclusive servido de apoio, em determinadas ocasiões, para outras unidades de saúde da rede municipal de saúde.

Este setor possuirá:

- ✓ Equipamentos com registro na ANVISA.
- ✓ Aparelhos interfaceados, agilizando resultados e evitando erros de digitação.
- ✓ Software laboratorial, interfaceado com o SIG, que permite disponibilizar o resultado diretamente, e em tempo real, aos setores solicitantes.
- ✓ Resultados em tela nos setores, com possibilidade de rastreabilidade, inclusive para exames anteriores de pacientes, permitindo assim, verificar a evolução do quadro e a real necessidade de nova amostra (até 24 horas).
- ✓ Soroteca informatizada, que proporciona localizar em poucos segundos uma determinada amostra, para repetição ou inclusão de novas análises, sem a necessidade de outra coleta (até 24 horas).
- ✓ Todos os aparelhos possuirão back-up, para que eventuais panes não atrasem resultados.
- ✓ Realização de exames Point of Care, que permite realização de marcadores cardíacos, em tempo inferior a 1 (uma) hora.
- ✓ Troponina Quantitativa, D-Dímero e Pró-BNP.
- ✓ Disponibilidade de testes rápidos para casos urgentes de HIV e Dengue.
- ✓ Controle Externo de Qualidade, o PNCQ – Programa Nacional de Controle de Qualidade, promovido pela SBAC – Sociedade Brasileira de Análises Clínicas.
- ✓ Equipamentos automatizados, incluindo líquor, bioquímica, hematologia e íon seletivo.

5.2.3. Radiologia Digitalizada

Os exames de Raio X fazem parte da rotina das organizações de saúde, facilitando o diagnóstico e acompanhamento de inúmeras doenças.

O avanço da radiografia digital, por meio do **Sistema PACS** (Picture Archiving and Communication System, ou Sistema de Comunicação e Arquivamento de Imagens) que iremos implantar, mudou a forma como os

profissionais de Saúde têm acesso às imagens, que são disponibilizadas na mesma hora em que o procedimento é realizado, agilizando a elaboração do laudo e a rotina da assistência como um todo. Com a computação em nuvem aliada ao modelo, os resultados são disponibilizados aonde forem necessários - no computador do consultório, no tablet da sala de cirurgia ou no smartphone do médico.

A radiografia digital se baseia nos mesmos princípios de emissão de raios-X e de sua interação com o organismo humano que a convencional. A principal diferença entre elas está em como os raios que atravessam a matéria serão capturados e processados de modo a gerar a imagem do exames. Na convencional, usam-se placas de filme que passam por revelação. Já na radiografia digital direta, os raios-X são capturados por uma placa de circuitos sensíveis à radiação, que gera uma imagem digital e a envia ao computador na forma de sinais elétricos. O exame é acessado, processado e armazenado pelo PACS, que pode ser conectado diretamente ao Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP). Na digital indireta, os raios são capturados por uma placa de fósforo que precisa ser escaneada a fim de que a imagem seja transmitida ao computador. A partir daí, ela pode ser processada e destinada para os mais diversos locais, da mesma forma que a radiografia direta.

Com isso, uma das principais desvantagens da radiologia convencional é eliminada: o processo de revelação do filme. Essa etapa gera substâncias tóxicas que poluem o meio ambiente. O próprio filme que é descartado ao longo dos anos contribui para a geração de lixo. Embora o processo de revelação seja feito em menos de uma hora, no sistema digital a imagem é gerada em segundos, otimizando todo o processo de produção do laudo. Além disso, não há necessidade de grandes arquivos de papel para guardar os exames convencionais impressos. Tudo ficará armazenado no PACS, que pode, inclusive, operar em nuvem.

Outra diferença entre as duas modalidades de exame está na qualidade das imagens. Na radiografia convencional, é necessária a emissão da quantidade exata de radiação. Um erro na dose pode gerar uma imagem muito ou pouco penetrada, que não permitirá a identificação de lesões com segurança. Mesmo com a técnica perfeita, considerando que a nitidez e o contraste da radiografia convencional são naturalmente mais baixos, o paciente acaba exposto a uma quantidade maior de radiação do que no caso da radiografia digital para que uma imagem da mesma qualidade seja produzida.

Já, a imagem processada via PACS tem mais nitidez, contraste, detalhes e diferenciação de densidades que a da radiografia convencional, o que otimiza o diagnóstico e acompanhamento das doenças. Como é imediatamente gerada no computador, pode ser rapidamente encaminhada para o médico radiologista. Esse profissional logo emite o laudo para um especialista remoto ou para o médico responsável pelo paciente, que já pode então diagnosticar e iniciar o tratamento

adequado, trazendo assim maior agilidade e eficiência a todo o processo de cuidado.

O sistema otimiza o processamento da imagem no computador, o que permite o ajuste do contraste, a equalização por histograma e até mesmo a subtração de imagens de forma a favorecer a identificação de lesões. E ainda possibilita o uso de ferramentas de medicina diagnóstica, como Reconstrução Multiplanar (MPR), Projeção de Intensidade Máxima, Mínima e Média (MIP/mIP/Média) e o uso do 3D (visão tridimensional). Todas têm como objetivo melhorar a visualização das lesões e, assim, trazer mais assertividade, como já demonstramos anteriormente.

Nos protocolos clínicos em que o exame de Raio X for necessário, eles serão executados pela nossa equipe de Técnicos em Radiologia.

5.3. SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA (SND)

O SND prestará assistência nutricional e fornecerá refeições balanceadas voltadas as necessidades de dieta cada cliente, visando a satisfação e recuperação da saúde.

Forneceremos 5 (cinco) refeições por dia. Os pacientes que tiverem que permanecer na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, receberão essas refeições, bem como os seus acompanhantes que forem contemplados na PNH, ou seja, que acompanharem pacientes até 14 anos completos ou acima de 65 anos, bem como àqueles que forem portadores de necessidades especiais.

Dentre as principais funções do SND está a de proporcionar uma alimentação adequada e nutricionalmente equilibrada, e deve estar atento também aos pareceres e ou solicitações médicas, que após avaliação do paciente, o mesmo receberá um plano alimentar específico.

O SND também fornecerá refeições preconizadas no PAT – Programa de Atendimento ao Trabalhador, para todos os colaboradores da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, diretos e indiretos, terceiros e médicos.

Nosso SND será terceirizado para empresa com capacidade técnica para essa atividade, que deverá ser comprovada através da apresentação de Atestados de Capacidade Técnica, emitidos por instituições públicas e/ou privadas. Essa empresa selecionada cuidará do SND, do Refeitório, do Serviço de Copa, fornecendo ainda a Nutricionista para a UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

5.4. SERVIÇOS DE LAVANDERIA E MANUTENÇÃO DE ENXOVAL

A Lavanderia Hospitalar é um dos serviços de apoio ao atendimento dos pacientes, responsável pelo processamento da roupa e sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidade adequada a toda a unidade, ou seja, para os usuários e para os colaboradores.

Já, o Serviço de Manutenção de Enxoval manterá o enxoval em condições qualiquantitativamente adequadas ao volume de atendimento executados na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

O Manual de Normas e Rotinas com as Boas Práticas de Gestão dos Serviços de Lavanderia e Manutenção de Enxoval, já foram apresentados nesse Plano de Trabalho.

Nossos Serviços de Lavanderia e Manutenção de Enxoval será terceirizado para empresa com capacidade técnica para essas atividades, que deverá ser comprovada através da apresentação de Atestados de Capacidade Técnica, emitidos por instituições públicas e/ou privadas.

Essa empresa selecionada cuidará do fornecimento e manutenção do enxoval, do transporte externo (captação e entrega) do enxoval, bem como da lavagem, esterilização e abastecimento do enxoval da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

5.5. COMPLEMENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

Para a adequada prestação dos serviços de atenção à saúde, disponibilizaremos os serviços assistenciais necessários especificados abaixo:

- ✓ Serviço de Remoção.
- ✓ Serviço Social.

5.5.1. Serviços de Remoção

Os pacientes de acordo com a necessidade e complexidade de seus casos, serão removidos e transportados para outras unidades de saúde de referência (ex. hospitais), e/ou, de contra referência (ex. ambulatórios de especialidade, UBSs, etc.), conforme a gravidade do quadro clínico, quando solicitadas por parte da equipe médica da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, em viaturas USA (Unidade Suporte Avançado) ou USB (Unidade de Transporte Básico) do Município de Jacupiranga.

➤ **USA – Unidade de Suporte Avançado**

É uma viatura tripulada por um condutor-socorrista, um enfermeiro e um médico, é considerada uma UTI Móvel, capaz de atender casos mais graves como os procedimentos invasivos, tais como: intubação, drenagem torácica, partos, doenças cardiovasculares graves, infartos e arritmias.

É equipada com aparelhos de alta tecnologia como: respirador mecânico, cardioversores, bomba de infusão de seringa, detector fetal, monitorização de oximetria e imobilizações para vítimas presas em ferragens, além de uma ampla classe de medicamentos.

➤ **USB: A Unidade de Suporte Básico**

É uma viatura tripulada por um condutor-socorrista e por um técnico de enfermagem, que atende aos casos de menor complexidade e vem equipada com equipamentos básicos de suporte à vida, dentre eles: DEA, Kit Parto, imobilizações para vítimas de trauma, oximetria de pulso e ampla classe de medicações como: analgésicos, antitérmicos, broncodilatadores, anticonvulsivantes e sedativos.

Os Serviços de Remoção e Transporte de Pacientes serão realizados pelo DMS, que cuidará da remoção e transporte dos pacientes, fornecendo ainda, toda a infraestrutura técnica nessas viaturas (USA e USB), com pessoal próprio, para as demandas ocorridas na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

Eventualmente, pela gravidade e/ou conveniência do caso, as equipes de remoção e transporte do DMS, poderão receber suporte contingencial da nossa equipe médica e de enfermagem.

5.5.2. Serviço Social

O Serviço Social será realizado por profissional Assistente Social, de segunda a sexta, com carga horária semanal de 30 (trinta) horas cada um deles.

O Serviço Social atenderá, fará intermediação e orientará os pacientes e familiares nas problemáticas sociais apresentadas.

O Serviço Social também terá por objetivo, facilitar aos pacientes, seu acesso aos recursos disponíveis da sociedade e necessários para o cuidado e a recuperação de sua saúde. Por exemplo, os pacientes oncológicos têm direito à gratuidade no transporte público e ao saque do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço.

Além disso, os profissionais da área intermediarão conflitos familiares, propondo soluções que alcancem as expectativas dos usuários, alinhadas às diretrizes jurídicas e legais.

Já descrevemos anteriormente nesse Plano de Trabalho, as práticas e o papel que o Serviço Social desempenha numa unidade de saúde.

O Serviço Social terá as suas demandas solucionadas pelas Assistentes Sociais do Município.

5.6. ESTERILIZAÇÃO

Manteremos um espaço destinado a Central de Material Esterilizado de acordo com a RDC 15 de 15/03/2012.

5.6.1. Área de Central de Esterilização – CME

Manteremos um setor destinado a Central de Esterilização de acordo com a RDC 15 de 15/03/2012 denominada CME.

CME é a sigla para Central de Material e Esterilização. A sigla também pode ser conhecida como Central de Materiais Estéreis ou até Centro de Material Esterilizado, e apesar das variações, o objetivo é o mesmo: ser um setor destinado à limpeza, acondicionamento, esterilização e distribuição de todos os artigos médicos hospitalares.

A infecção hospitalar representa a quarta maior causa de óbitos em todo o mundo.

De acordo com o Ministério da Saúde, no Brasil, fungos, vírus e bactérias matam cerca de cem mil pessoas todos os anos.

O assunto preocupa hospitais da rede pública e privada pela alta taxa de contágio, que chega a 15% de todos os pacientes internados em hospitais brasileiros.

Nos EUA e em países da Europa, o nível chega a 10%.

A prevenção contra esse grave problema pode ser feita através de atitudes simples, como a correta higienização de instrumentos e utensílios médicos. Por isso, em hospitais de médio e grande porte, há um setor específico para isso: o CME.

➤ Surgimento da CME

O processo de limpeza, esterilização e infecção envolve não apenas a remoção da sujeira, mas também a eliminação de todos os microrganismos presentes no item a ser processado.

Essa prática é adotada pelo menos desde o século IX a.C., quando Homero aponta o uso do enxofre como desinfetante.

Com o passar do tempo e o sucessivo desenvolvimento dos estudos sobre a microbiologia, metodologias foram adotadas técnicas contra as doenças infecciosas.

No Brasil, a primeira Central de Material e Esterilização foi implantada na década de 1.940, no Hospital das Clínicas de São Paulo.

Desde então esse setor vem sendo constantemente desenvolvido, apesar das limitações.



Imagem de Uma Central de Material e Esterilização



Alguns Tipos de Itens Processados

➤ **Importância da CME**

A Central de Material e Esterilização é considerada como o setor mais importante de uma instituição de saúde, sendo chamada de “coração da instituição”.

Isso porque é a partir dela que todos os outros setores dão continuidade à assistência dos pacientes.

Uma instituição de saúde é o lugar onde há a maior associação de fatores de risco à saúde humana.

Pesquisas científicas sugerem que a infecção hospitalar ameaça mais que infecções como gripe, AIDS e tuberculose juntas, tendo em vista que nenhum outro ambiente combina, de forma tão insalubre, hospedeiros vulneráveis e patogenias resistentes.

Dessa forma, são indispensáveis ações para prevenir contaminações, já que ao lado de neoplasias e doenças cardiovasculares, respiratórias e contagiosas, a infecção hospitalar é a causa da maioria das mortes ao redor do mundo.

A enfermagem tem um papel fundamental na CME, devendo adotar medidas de prevenção e controle de infecções.

Por serem profissionais qualificados e que atuam em conjuntos com os demais setores, os enfermeiros são os responsáveis por administrar e integrar essa central, planejando, executando e avaliando os métodos de esterilização.

➤ **Funcionamento da CME**

Uma Central de Material e Esterilização pode ser descentralizada, quando cada unidade hospitalar esteriliza e prepara o material utilizado, semicentralizada,

onde os materiais são preparados em cada unidade e esterilizados no mesmo local, ou centralizada, quando o preparo e a esterilização são feitos no mesmo lugar.

A melhor e mais usada forma de funcionamento é a centralizada, já que proporciona mais eficiência, economia e qualidade, e será a forma que iremos atuar na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) é quem estabelece as diretrizes para o funcionamento de um Centro de Material Esterilizado.

As normas abrangem todas as áreas e ações relacionadas ao setor. Na constituição da equipe da CME, por exemplo, deve haver enfermeiros e técnicos ou auxiliares de enfermagem.

O responsável pelo setor também deve ser preferencialmente enfermeiro, com curso superior, habilitação legal e treinamento voltado para o processamento de produtos para a saúde, devendo se dedicar integralmente à essa unidade.

Ainda de acordo com a Anvisa, a infraestrutura da CME deve ser constituída de: sala de recepção e limpeza; sala de preparo e esterilização; sala de desinfecção química (quando aplicável); área de monitoramento do processo de esterilização; e sala de armazenamento e distribuição de materiais esterilizados.

Como ambientes de apoio, devem ser previstos: vestiário com sanitário para funcionários; depósito de material de limpeza; uma copa para os funcionários do setor; sala administrativa e sala para descanso de funcionários em plantões noturnos.

➤ **Setores da CME**

A esterilização dos materiais hospitalares dever ser feitas na seguinte seqüência:

- ✓ Expurgo: todo o material "sujo" é recebido pelo setor e limpo no expurgo antes da esterilização.
- ✓ Preparo de materiais: os utensílios são inspecionados, identificados, separados, embalados e preparados para a esterilização.
- ✓ Esterilização: o material é esterilizado por meios físicos (calor úmido ou seco) ou químicos (através de soluções).
- ✓ Distribuição de materiais esterilizados: o último processo consiste em armazenar o material esterilizado e devolvê-lo aos setores de origem, com os cuidados necessários e estabelecidos.

➤ **Principais Barreiras**

A crescente resistência dos microorganismos a agentes químicos e físicos obriga o setor a manter o rigor e uma constante atualização das formas de limpeza e esterilização.

Além disso, apesar da suma importância dentro dos hospitais, muitas CMEs ainda não seguem todos os padrões teóricos definidos.

Isso é causado principalmente, por uma junção de fatores, como altos cus-

tos de maquinário e manutenção, baixo investimento no setor, falta de profissionais qualificados para o setor e a ausência de planejamento.

➤ **Demais Considerações**

Dadas as informações sobre os perigos das infecções e contaminações, a CME ainda merece maior atenção dentro dos hospitais.

Além da assistência prestada aos pacientes, os funcionários também precisam estar seguros, já que estão em contato diário com materiais de alto risco.

Os enfermeiros são fundamentais para o funcionamento de uma unidade de saúde, têm grande responsabilidade na garantia da eficácia dos processos contra infecções.

A criação de comissões especiais de fiscalização, com um bom relacionamento com a administração, é um bom instrumento para aproximar as referências teóricas aos padrões de funcionamento do setor.

Os funcionários devem, ainda, estar em constante treinamento, para que sejam aperfeiçoadas as técnicas de limpeza, esterilização, segurança e logística.

➤ **Resolução - RDC Nº 15, de 15 de Março de 2.012**

Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso da atribuição que lhe confere o inciso IV do art. 11 do Regulamento aprovado pelo Decreto nº 3.029, de 16 de abril de 1.999, e tendo em vista o disposto no inciso II e nos §§ 1º e 3º do art. 54 do Regimento Interno aprovado nos termos do Anexo I da Portaria Nº 354 da ANVISA, de 11 de agosto de 2.006, republicada no DOU de 21 de agosto de 2.006, em reunião realizada em 13 de março de 2.012, adota a seguinte Resolução da Diretoria Colegiada e eu, Diretor Presidente, determino a sua publicação:

Art. 1º Fica aprovado o Regulamento Técnico que estabelece os requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde, nos termos desta Resolução.

CAPÍTULO I – DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS

Seção I – Objetivo

Art. 2º Este Regulamento tem o objetivo de estabelecer os requisitos de boas práticas para o funcionamento dos serviços que realizam o processamento de produtos para a saúde visando à segurança do paciente e dos profissionais envolvidos.

Seção II – Abrangência

Art. 3º Este Regulamento se aplica aos Centros de Material e Esterilização – CME dos serviços de saúde públicos e privados, civis e militares, e às empresas processadoras envolvidas no processamento de produtos para saúde.

Parágrafo único. Excluem-se do escopo desse regulamento o processamento de produtos para saúde realizados em consultórios odontológicos, consultórios individualizados e não vinculados a serviços de saúde, unidades de processamento de endoscópios, serviços de terapia renal substitutiva, serviços de assistência veterinária.

Seção III – Definições

Art. 4º Para efeito deste Regulamento Técnico são adotadas as seguintes definições:

I - barreira técnica: conjunto de medidas comportamentais dos profissionais de saúde visando à prevenção de contaminação cruzada, entre o ambiente sujo e o ambiente limpo, na ausência de barreiras físicas;

II - carga de maior desafio: carga utilizada na qualificação de desempenho dos equipamentos, cujo desafio represente o pior cenário na rotina do serviço;

III - centro de material e esterilização - CME: unidade funcional destinada ao processamento de produtos para saúde dos serviços de saúde;

IV - centro de material e esterilização de funcionamento centralizado: unidade de processamento de produtos para saúde que atende a mais de um serviço de saúde do mesmo gestor;

V - consultório individualizado: serviço de atendimento individualizado funcionalmente independente de um serviço de saúde;

VI - controle de qualidade do processamento dos produtos para saúde: avaliação sistemática e documentada da estrutura e do processo de trabalho e avaliação dos resultados de todas as etapas do processamento de produtos para saúde;

VII - data limite de uso do produto esterilizado: prazo estabelecido em cada instituição, baseado em um plano de avaliação da integridade das embalagens, fundamentado na resistência das embalagens, eventos relacionados ao seu manuseio (estocagem em gavetas, empilhamento de pacotes, dobras das embalagens), condições de umidade e temperatura, segurança da selagem e rotatividade do estoque armazenado;

VIII - desinfecção de alto nível: processo físico ou químico que destrói a maioria dos microrganismos de artigos semicríticos, inclusive micobactérias e fungos, exceto um número elevado de esporos bacterianos;

IX - desinfecção de nível intermediário: processo físico ou químico que destrói microrganismos patogênicos na forma vegetativa, micobactérias, a maioria dos vírus e dos fungos, de objetos inanimados e superfícies;

X - detergentes: produto destinado a limpeza de artigos e superfícies por meio da diminuição da tensão superficial, composto por grupo de substâncias sintéticas, orgânicas, líquidas ou pós solúveis em água que contêm agentes umectantes e emulsificantes que suspendem a sujidade e evitam a formação de compostos insolúveis ou espuma no instrumento ou na superfície;

XI - embalagem para esterilização de produtos para saúde: invólucro que permite

a entrada e saída do ar e do agente esterilizante e impede a entrada de microorganismos:

XII - lavadora ultrassônica: equipamento automatizado de limpeza que utiliza o princípio da cavitação, em que ondas de energia acústica propagadas em solução aquosa rompem os elos que fixam a partícula de sujeira à superfície do produto;

XIII - limpeza: remoção de sujidades orgânicas e inorgânicas, redução da carga microbiana presente nos produtos para saúde, utilizando água, detergentes, produtos e acessórios de limpeza, por meio de ação mecânica (manual ou automatizada), atuando em superfícies internas (lúmen) e externas, de forma a tornar o produto seguro para manuseio e preparado para desinfecção ou esterilização;

XIV - pré-limpeza: remoção da sujeira visível presente nos produtos para saúde;

XV - produtos para saúde críticos: são produtos para a saúde utilizados em procedimentos invasivos com penetração de pele e mucosas adjacentes, tecidos subepiteliais, e sistema vascular, incluindo também todos os produtos para saúde que estejam diretamente conectados com esses sistemas;

XVI - produtos para saúde semi-críticos: produtos que entram em contato com pele não íntegra ou mucosas íntegras colonizadas;

XVII - produtos para saúde não-críticos: produtos que entram em contato com pele íntegra ou não entram em contato com o paciente;

XVIII - produtos para saúde passíveis de processamento: produto para saúde fabricado a partir de matérias primas e conformação estrutural, que permitem repetidos processos de limpeza, preparo e desinfecção ou esterilização, até que percam a sua eficácia e funcionalidade;

XIX - produto para saúde crítico de conformação complexa: produtos para saúde que possuam lúmen inferior a cinco milímetros ou com fundo cego, espaços internos inacessíveis para a fricção direta, reentrâncias ou válvulas;

XX - produto para saúde de conformação não complexa: produtos para saúde cujas superfícies internas e externas podem ser atingidas por escovação durante o processo de limpeza e tenham diâmetros superiores a cinco milímetros nas estruturas tubulares;

XXI - processamento de produto para saúde: conjunto de ações relacionadas à pré-limpeza, recepção, limpeza, secagem, avaliação da integridade e da funcionalidade, preparo, desinfecção ou esterilização, armazenamento e distribuição para as unidades consumidoras;

XXII - qualificação da instalação: evidência documentada, fornecida pelo fabricante ou distribuidor, de que o equipamento foi entregue e instalado de acordo com as suas especificações;

XXIII - qualificação de operação: evidência documentada, fornecida pelo fabricante ou distribuidor, de que o equipamento, após a qualificação da instalação, opera dentro dos parâmetros originais de fabricação;

XXIV - qualificação de desempenho: evidência documentada de que o equipamento, após as qualificações de instalação e operação, apresenta desempenho consistente por no mínimo 03 ciclos sucessivos do processo, com parâmetros idênticos, utilizando-se pelo menos a carga de maior desafio, determinada pelo serviço de saúde;

XXV - rastreabilidade: capacidade de traçar o histórico do processamento do produto para saúde e da sua utilização por meio de informações previamente registradas;

XXVI - resíduos de serviços de saúde: são todos aqueles resultantes de atividades exercidas nos serviços de saúde, públicos ou privados, que por suas características, necessitam de processos diferenciados em seu manejo, exigindo ou não tratamento prévio à sua disposição final;

XXVII - representante legal: pessoa física investida de poderes legais para praticar atos em nome da pessoa jurídica;

XXVIII - responsável técnico - RT: profissional de nível superior legalmente habilitado, que assume perante a vigilância sanitária a responsabilidade técnica pelo serviço de saúde ou pela empresa processadora, conforme legislação vigente;

XXIX - unidades satélites: são unidades dos serviços de saúde que realizam uma ou mais etapas do processamento de produtos para saúde, localizadas fora da estrutura física do CME e subordinadas a este em relação aos procedimentos operacionais.

CAPÍTULO II – DAS BOAS PRÁTICAS PARA O PROCESSAMENTO DE PRODUTOS PARA SAÚDE

Seção I – Das Condições Organizacionais

Art. 5º Para cumprimento desta resolução os CME passam a ser classificados em CME Classe I e CME Classe II.

§ 1º O CME Classe I é aquele que realiza o processamento de produtos para a saúde não-críticos, semicríticos e críticos de conformação não complexa, passíveis de processamento.

§ 2º O CME Classe II é aquele que realiza o processamento de produtos para a saúde não-críticos, semicríticos e críticos de conformação complexa e não complexa, passíveis de processamento.

§ 3º O CME só pode processar produtos compatíveis com a sua capacidade técnica operacional e conforme a sua classificação.

§ 4º Quando não especificada a classificação, as determinações desta resolução se aplicam aos dois tipos de CME e às empresas processadoras.

Art. 6º A responsabilidade pelo processamento dos produtos no serviço de saúde é do Responsável Técnico.

Art. 7º A responsabilidade pelo processamento dos produtos na empresa processadora é do Representante Legal.

Art. 8º O serviço de saúde que realize mais de quinhentas cirurgias/mês, excluindo

partos, deve constituir um Comitê de Processamento de Produtos para Saúde - CPPS, composto minimamente, por um representante:

I - da diretoria do serviço de saúde;

II - responsável pelo CME;

III - do serviço de enfermagem;

IV - da equipe médica; e,

V - da CCIH (Comissão de Controle de Infecção Pré Hospitalar).

Art. 9º O CME e as empresas processadoras só podem processar produtos para saúde regularizados junto à Anvisa.

Art. 10º No CME e na empresa processadora destinadas à assistência humana é proibido processar produtos para saúde oriundos de procedimentos realizados em animais, incluindo cirurgias experimentais.

Art. 11º Produtos para saúde classificados como críticos devem ser submetidos ao processo de esterilização, após a limpeza e demais etapas do processo.

Art. 12º Produtos para saúde classificados como semicríticos devem ser submetidos, no mínimo, ao processo de desinfecção de alto nível, após a limpeza.

Parágrafo único. Produtos para saúde semicríticos utilizados na assistência ventilatória, anestesia e inaloterapia devem ser submetidos à limpeza e, no mínimo, à desinfecção de nível intermediário, com produtos saneantes em conformidade com a normatização sanitária, ou por processo físico de termodesinfecção, antes da utilização em outro paciente.

Art. 13º Produtos para saúde utilizados na assistência ventilatória e inaloterapia, não poderão ser submetidos à desinfecção por métodos de imersão química líquida com a utilização de saneantes a base de aldeídos.

Art. 14º Produtos para saúde classificados como não-críticos devem ser submetidos, no mínimo, ao processo de limpeza.

Art. 15º O processamento de produtos devem seguir um fluxo direcionado sempre da área suja para a área limpa.

Art. 16º O processamento dos produtos para saúde pode ser terceirizado para empresa processadora desde que esta esteja regularizada junto aos órgãos sanitários.

Parágrafo único. A terceirização do processamento dos produtos para saúde do serviço de saúde deve ser formalizada mediante contrato de prestação de serviço.

Art. 17º O Serviço de Saúde é co-responsável pela segurança do processamento dos produtos para saúde, realizado por empresa processadora por ele contratada.

Parágrafo único. O serviço de saúde responde solidariamente por eventuais danos ao paciente causados pela empresa processadora contratada, no que se refere às atividades relacionadas ao processamento dos produtos para saúde.

Art. 18º Os produtos para saúde devem ser encaminhados para processamento na empresa processadora após serem submetidos à pré limpeza no serviço de saúde, conforme Procedimento Operacional Padrão (POP), definido em conjunto pela em-

presa e o serviço de saúde contratante.

Art. 19º A empresa processadora deve realizar todas as fases do processamento incluindo limpeza, inspeção, preparo e acondicionamento, esterilização, armazenamento e devolução para o serviço de saúde.

Art. 20º Os produtos para saúde recebidos pela empresa processadora e que não forem aceitos para o processamento devem ser listados com a indicação do motivo da não aceitação e devolvidos para o serviço de saúde de origem.

Art. 21º A limpeza, preparo, desinfecção ou esterilização, armazenamento e distribuição de produtos para saúde devem ser realizados pelo CME do serviço de saúde e suas unidades satélites ou por empresa processadora.

Parágrafo único. O processamento de produtos para saúde não críticos pode ser realizado em outras unidades do serviço de saúde desde que de acordo com Procedimento Operacional Padronizado – POP definido pelo CME.

Art. 22º Todos os produtos para saúde que não pertençam ao serviço e que necessitem de processamento antes da sua utilização devem obedecer às determinações do CME.

Art. 23º O Comitê de Processamento do serviço de saúde poderá definir critérios de aceitabilidade de produtos para saúde, não pertencentes ao serviço, esterilizados em empresas processadoras quando a tecnologia necessária para a esterilização do produto não estiver disponível na CME do serviço de saúde.

Art. 24º Cada etapa do processamento do instrumental cirúrgico e dos produtos para saúde deve seguir Procedimento Operacional Padrão - POP elaborado com base em referencial científico atualizado e normatização pertinente.

Parágrafo único. O POP deve ser amplamente divulgado e estar disponível para consulta.

Art. 25º No CME Classe II e na empresa processadora o processo de esterilização deve estar documentado de forma a garantir a rastreabilidade de cada lote processado.

Art. 26º O CME e a empresa processadora devem dispor de um sistema de informação manual ou automatizado com registro do monitoramento e controle das etapas de limpeza e desinfecção ou esterilização constante nesta resolução, bem como da manutenção e monitoramento dos equipamentos.

Parágrafo único. Os registros devem ser arquivados, de forma a garantir a sua rastreabilidade, em conformidade com o estabelecido em legislação específica ou, na ausência desta, por um prazo mínimo de cinco anos, para efeitos de inspeção sanitária.

Seção II – Dos Recursos Humanos

Art. 27º Todas as etapas do processamento de produtos para saúde devem ser realizadas por profissionais para os quais estas atividades estejam regulamentadas pelos seus conselhos de classe.

Art. 28º O CME e a empresa processadora devem possuir um Profissional Respon-

sável de nível superior, para a coordenação de todas as atividades relacionadas ao processamento de produtos para a saúde, de acordo com competências profissionais definidas em legislação específica.

Parágrafo único. O responsável pelo CME Classe II deve atuar exclusivamente nesta unidade durante sua jornada de trabalho.

Art. 29º Os profissionais da CME e da empresa processadora devem receber capacitação específica e periódica nos seguintes temas:

- I - classificação de produtos para saúde;
- II - conceitos básicos de microbiologia;
- III - transporte dos produtos contaminados;
- IV - processo de limpeza, desinfecção, preparo, inspeção, acondicionamento, embalagens, esterilização, funcionamento dos equipamentos existentes;
- V - monitoramento de processos por indicadores químicos, biológicos e físicos;
- VI - rastreabilidade, armazenamento e distribuição dos produtos para saúde;
- VII - manutenção da esterilidade do produto.

Subseção I – Da Segurança e Saúde no Trabalho

Art. 30º O trabalhador do CME e da empresa processadora deve utilizar vestimenta privativa, touca e calçado fechado em todas as áreas técnicas e restritas.

Art. 31º O trabalhador do CME e da empresa processadora deve utilizar os seguintes Equipamentos de Proteção Individual (EPI) de acordo com a sala/área, conforme anexo desta resolução.

§ 1º Para a descarga de secadoras e termodesinfetadoras e carga e descarga de autoclaves é obrigatória a utilização de luvas de proteção térmica impermeável.

§ 2º Na sala de recepção e limpeza, o protetor facial pode substituir o uso de máscara e óculos.

§ 3º Quando não especificado, o equipamento de proteção deve ser compatível com o risco inerente à atividade.

Art. 32º Os trabalhadores não devem deixar o local de trabalho com os equipamentos de proteção individual e as vestimentas utilizadas em suas atividades.

Subseção II – Das Atribuições

Art. 33º Compete ao Responsável Técnico do serviço de saúde e ao Responsável Legal da empresa processadora:

- I - Garantir a implementação das normas de processamento de produtos para saúde;
- II - Prever e prover os recursos humanos e materiais necessários ao funcionamento da unidade e ao cumprimento das disposições desta resolução;
- III - Garantir que todas as atribuições e responsabilidades profissionais estejam formalmente designadas, descritas, divulgadas e compreendidas pelos envolvidos nas atividades de processamento de produtos para saúde;

IV - Prover meios para garantir a rastreabilidade das etapas do processamento de produtos para saúde.

Parágrafo Único. O Responsável Técnico do serviço de saúde deve ainda qualificar a empresa terceirizada de processamento de produtos para saúde.

Art. 34º Compete ao Profissional Responsável pelo CME do serviço de saúde:

I - Coordenar todas as atividades relacionadas ao processamento de produtos para saúde;

II - Avaliar as etapas dos processos de trabalho para fins de qualificação da empresa processadora, quando existir terceirização do processamento;

III - Definir o prazo para recebimento pelo CME dos produtos para saúde que necessitem de processamento antes da sua utilização e que não pertençam ao serviço de saúde;

IV - Participar do processo de capacitação, educação continuada e avaliação do desempenho dos profissionais que atuam no CME;

V - Propor os indicadores de controle de qualidade do processamento dos produtos sob sua responsabilidade;

VI - Contribuir com as ações de programas de prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo o controle de infecção;

VII - Participar do dimensionamento de pessoal e da definição da qualificação dos profissionais para atuação no CME;

VIII - Orientar as unidades usuárias dos produtos para saúde processados pelo CME quanto, ao transporte e armazenamento destes produtos;

IX - Avaliar a empresa terceirizada segundo os critérios estabelecidos pelo Comitê de Processamento de Produtos para Saúde.

Art. 35º Compete ao Responsável Técnico da empresa processadora:

I - Coordenar todas as atividades relacionadas ao processamento de produtos para saúde;

II - Prover a capacitação dos profissionais que atuam na Empresa Processadora;

III - Realizar o controle de qualidade do processamento dos produtos sob sua responsabilidade, por meio de indicadores;

IV - Participar da aquisição dos equipamentos e insumos destinados ao processamento;

V - Participar da definição do dimensionamento e da qualificação dos profissionais para atuação na Empresa Processadora;

VI - Buscar contínua atualização das inovações tecnológicas relacionadas às todas as etapas do processamento de produtos para saúde;

VII - Definir os indicadores para o controle de qualidade do processamento dos produtos sob sua responsabilidade.

Art. 36º O Comitê de Processamento de Produtos para Saúde tem por atribuições:

I - Definir os produtos para saúde a serem processados no CME ou que devem ser encaminhados a serviços terceirizados contratados;

II - Participar da especificação para a aquisição de produtos para saúde, equipamentos e insumos a serem utilizados no processamento de produtos para saúde;

III - Participar da especificação para a aquisição de produtos para saúde a serem processados pelo CME;

IV - Estabelecer critérios de avaliação das empresas processadoras terceirizadas, para a contratação desses serviços e proceder a sua avaliação sempre que julgar necessário;

V - Analisar e aprovar os indicadores para o controle de qualidade do processamento dos produtos propostos pelo responsável pelo CME;

VI - Manter registros das reuniões realizadas e decisões tomadas.

Parágrafo único. Quando o serviço de saúde não se enquadrar na condição estabelecida no caput do Art. 8º as competências do comitê de processamento ficam atribuídas ao Profissional Responsável pelo CME.

Seção III – Dos Equipamentos

Art. 37º Deve ser realizada qualificação de instalação, qualificação de operação e qualificação de desempenho, para os equipamentos utilizados na limpeza automatizada e na esterilização de produtos para saúde, com periodicidade mínima anual.

Parágrafo único. Sempre que a carga de esterilização apresenta desafios superiores àquela utilizada na qualificação de desempenho, esta qualificação deve ser refeita.

Art. 38º As leitoras de indicadores biológicos e as seladoras térmicas devem ser calibradas, no mínimo, anualmente.

Art. 39º A qualificação térmica e a calibração dos instrumentos de controle e medição dos equipamentos de esterilização a vapor e termodesinfecção e as requalificações de operação devem ser realizadas por laboratório capacitado, com periodicidade mínima anual.

Art. 40º Na manutenção dos equipamentos, as informações resultantes das intervenções técnicas realizadas devem ser arquivadas para cada equipamento, contendo, no mínimo:

I - Data da intervenção;

II - Identificação do equipamento;

III - Local de instalação;

IV - Descrição do problema detectado e nome do responsável pela identificação do problema;

V - Descrição do serviço realizado, incluindo informações sobre as peças trocadas;

VI - Resultados da avaliação dos parâmetros físicos realizados após a intervenção e complementados com indicadores químicos e biológicos, quando indicado;

VII - Nome do profissional que acompanhou a intervenção e do técnico que executou o procedimento.

Parágrafo único. O prazo de arquivamento para o registro histórico dos equipamentos de saúde deve ser contado a partir da desativação ou transferência definitiva do equipamento de saúde do serviço.

Art. 41º Todos os equipamentos de limpeza automatizada e esterilização devem ter seu processo requalificado após mudança de local de instalação, mau funcionamento, reparos em partes do equipamento ou suspeita de falhas no processo de esterilização.

Parágrafo único. Na requalificação dos equipamentos de esterilização deve-se incluir o uso de indicadores biológicos e químicos.

Art. 42º A área de monitoramento da esterilização de produtos para saúde deve dispor de incubadoras de indicadores biológicos.

Art. 43º Os demais equipamentos utilizados devem ser monitorados de acordo com normas específicas e orientações do fabricante.

Seção IV – Da Infraestrutura

Art. 44º O CME Classe I deve possuir, minimamente, os seguintes ambientes:

- I - Área de recepção e limpeza (setor sujo);
- II - Área de preparo e esterilização (setor limpo);
- III - Sala de desinfecção química, quando aplicável (setor limpo);
- IV - Área de monitoramento do processo de esterilização (setor limpo); e,
- V - Área de armazenamento e distribuição de materiais esterilizados (setor limpo).

Art. 45º O dimensionamento das áreas do CME Classe I deve ser efetuado em função da demanda e dos métodos de processamento utilizados.

Art. 46º O CME Classe I deve possuir, no mínimo, barreira técnica entre o setor sujo e os setores limpos.

Art. 47º O CME Classe II e a empresa processadora devem possuir, minimamente, os seguintes ambientes:

- I - Sala de recepção e limpeza (setor sujo);
- II - Sala de preparo e esterilização (setor limpo);
- III - Sala de desinfecção química, quando aplicável (setor limpo);
- IV - Área de monitoramento do processo de esterilização (setor limpo); e,
- V - Sala de armazenamento e distribuição de materiais esterilizados (setor limpo).

Parágrafo único. A empresa processadora não poderá utilizar a desinfecção química líquida por imersão como processo de desinfecção.

Art. 48º Para o CME Classe II e na empresa processadora é obrigatória a separação física da área de recepção e limpeza dos produtos para saúde das demais áreas.

Art. 49º A área para recepção dos produtos para saúde do CME Classe II deve estar localizada dentro da sala de recepção e limpeza.

§ 1º Essa área deve dispor de pelo menos uma bancada com dimensões que permitam a conferência dos materiais de forma a garantir a segurança do processo.

§ 2º Deve possuir ainda recipientes para descarte de materiais perfurocortantes e

de resíduo biológico.

Art. 50º No CME Classe II, que recebe para processamento instrumental cirúrgico e produtos consignados, deve existir uma área exclusiva, dimensionada de acordo com o volume de trabalho desenvolvido, para recepção, conferência e devolução destes.

Parágrafo único. Essa área deve dispor de uma bancada com dimensões que permitam a conferência dos materiais de forma a garantir a segurança do processo.

Art. 51º Os equipamentos destinados à limpeza automatizada devem ser instalados em área que não obstrua a circulação da sala de recepção e limpeza, obedecendo às especificações técnicas do fabricante.

Art. 52º O sistema de climatização da área de limpeza do CME Classe II e da empresa processadora devem atender além do disposto nas normatizações pertinentes, os seguintes itens:

I - Manter temperatura ambiente entre 18º e 22º C;

II - Garantir vazão mínima de ar total de 18,00 m³/h/m²;

III - Manter um diferencial de pressão negativo entre os ambientes adjacentes, com pressão diferencial mínima de 2,5 Pa; e

IV - Prover exaustão forçada de todo ar da sala com descarga para o exterior da edificação.

Parágrafo único. O ar de reposição pode ser proveniente dos ambientes vizinhos.

Art. 53º A sala de preparo e esterilização do CME Classe II e da empresa processadora devem dispor de:

I - Equipamento para transporte com rodízio, em quantitativo de acordo com o volume de trabalho;

II - Secadora de produtos para saúde e pistolas de ar comprimido medicinal, gás inerte ou ar filtrado, seco e isento de óleo;

III - Seladoras de embalagens; e

IV - Estações de trabalho e cadeiras ou bancos ergonômicos com altura regulável.

Art. 54º O sistema de climatização da sala de preparo e esterilização do CME Classe II e da empresa processadora devem atender além do disposto nas normatizações pertinentes, os seguintes itens:

I - Manter temperatura ambiente entre 20 e 24º C;

II - Garantir vazão mínima de ar total de 18,00 m³/h/m²;

III - Manter um diferencial de pressão positivo entre os ambientes adjacentes, com pressão diferencial mínima de 2,5 Pa.

Art. 55º A sala de desinfecção química deve conter bancada com uma cuba para limpeza e uma cuba para enxágue com profundidade e dimensionamento que permitam a imersão completa do produto ou equipamento, mantendo distanciamento mínimo entre as cubas de forma a não permitir a transferência acidental de líquidos.

Art. 56º O sistema de climatização da sala de desinfecção química deve atender

além do disposto nas normatizações pertinentes, os seguintes itens:

I - Garantir vazão mínima de ar total de 18,00 m³/h/m²;

II - Manter um diferencial de pressão negativo entre os ambientes adjacentes, com pressão diferencial mínima de 2,5 Pa;

III - Prover exaustão forçada de todo ar da sala com descarga para o exterior da edificação.

Parágrafo único. O ar de reposição pode ser proveniente dos ambientes vizinhos, exceto da área suja.

Art. 57º A área de esterilização de produtos para saúde deve ser dimensionada de acordo com o quantitativo e dimensão dos equipamentos para esterilização.

Art. 58º A sala de armazenamento e distribuição deve possuir:

I - Equipamento de transporte com rodízio;

II - Escadas, se necessário; e

III - Prateleiras ou cestos aramados.

Art. 59º A sala de armazenamento e distribuição de produtos para saúde esterilizados no CME Classe II e na empresa processadora deve ser dimensionada de acordo com o quantitativo dos produtos e dimensões do mobiliário utilizado para armazenamento.

Art. 60º O armazenamento de produtos para saúde deve ser centralizado em local exclusivo e de acesso restrito, não podendo ocorrer em área de circulação, mesmo que temporariamente.

Art. 61º As prateleiras devem ser constituídas de material não poroso, resistente à limpeza úmida e ao uso de produtos saneantes.

Seção V – Da Recepção dos Produtos Para Saúde

Art. 62º Deve ser realizada a conferência e o registro de entrada de todos os produtos para saúde recebidos para processamento.

Parágrafo único. A empresa processadora deve registrar todos os produtos para saúde recebidos para processamento, na área de recepção da empresa.

Art. 63º O responsável pelo CME Classe II, em situações de comprovada urgência, pode receber produtos para saúde não definidos pelo Comitê de Processamento de Produtos para Saúde, devendo proceder ao registro e, posteriormente, comunicar o fato ao Comitê.

Art. 64º Não é permitido o recebimento ou circulação na sala de recepção e limpeza da CME de têxteis limpos provenientes da unidade de processamento de roupas e que necessitam ser esterilizados antes da sua utilização.

Seção VI – Dos Processos de Limpeza dos Produtos Para Saúde

Art. 65º Os produtos para saúde passíveis de processamento, independente da sua classificação de risco, inclusive os consignados ou de propriedade do cirurgião, devem ser submetidos ao processo de limpeza, dentro do próprio CME do serviço de saúde ou na empresa processadora, antes de sua desinfecção ou esterilização.

Parágrafo único. A limpeza de produtos para saúde não críticos pode ser realizado

em outras unidades do serviço de saúde desde que de acordo com Procedimento Operacional Padronizado – POP definido pelo CME.

Art. 66º Na limpeza manual, a fricção deve ser realizada com acessórios não abrasivos e que não liberem partículas.

Art. 67º No CME Classe II e na empresa processadora, a limpeza de produtos para saúde com conformações complexas deve ser precedida de limpeza manual e complementada por limpeza automatizada em lavadora ultrassônica ou outro equipamento de eficiência comprovada.

Parágrafo único. Para produtos para saúde cujo lúmen tenha diâmetro interno inferior a cinco milímetros é obrigatório que a fase automatizada da limpeza seja feita em lavadora ultrassônica com conector para canulados e que utilize tecnologia de fluxo intermitente.

Art. 68º O enxágue dos produtos para saúde deve ser realizado com água que atenda aos padrões de potabilidade definidos em normatização específica.

Parágrafo único. O enxágue final de produtos para saúde críticos utilizados em cirurgias de implantes ortopédicos, oftalmológicos, cirurgias cardíacas e neurológicas, deve ser realizado com água purificada.

Art. 69º O CME Classe II e a empresa processadora devem utilizar pistola de água sob pressão para limpeza manual de produtos com lúmen e ar comprimido medicinal, gás inerte ou ar filtrado, seco e isento de óleo para secagem dos produtos.

Art. 70º O CME Classe I deve dispor de ar comprimido medicinal, gás inerte ou ar filtrado, seco e isento de óleo para secagem dos produtos.

Art. 71º Os produtos para saúde e o instrumental cirúrgico consignado e disponibilizado pelo distribuidor devem ser submetidos à limpeza por profissionais do CME do serviço de saúde, antes de sua devolução.

Art. 72º Antes de serem encaminhados para empresa processadora, os produtos para saúde devem ser submetidos à pré limpeza no serviço de saúde.

Art. 73º É obrigatório o monitoramento, com periodicidade definida em protocolo elaborado pelo CME ou pela Empresa Processadora, da limpeza dos produtos para saúde e dos equipamentos automatizados de limpeza dos produtos para saúde.

Art. 74º O CME Classe II e a empresa processadora devem realizar o monitoramento e registro, com periodicidade definida em protocolo, da qualidade da água, incluindo a mensuração da dureza da água, pH, íons cloreto, cobre, ferro, manganês e a carga microbiana nos pontos de enxágue da área de limpeza.

Art. 75º O descarte de material biológico e perfurocortante gerado na área de limpeza devem ser realizados em recipientes disponíveis no local.

Seção VII – Da Inspeção, Preparo e Acondicionamento dos Produtos Para Saúde

Art. 76º A limpeza dos produtos para saúde, seja manual ou automatizada, deve ser avaliada por meio da inspeção visual, com o auxílio de lentes intensificadoras de imagem, de no mínimo oito vezes de aumento, complementada, quando indica-

do, por testes químicos disponíveis no mercado.

Art. 77º O CME e a empresa processadora devem utilizar embalagens que garantam a manutenção da esterilidade do conteúdo, bem como a sua transferência sob técnica asséptica.

Art. 78º As embalagens utilizadas para a esterilização de produtos para saúde devem estar regularizadas junto à Anvisa, para uso específico em esterilização.

Art. 79º Não é permitido o uso de embalagens de papel kraft, papel toalha, papel manilha, papel jornal e lâminas de alumínio, assim como as embalagens tipo envelope de plástico transparente não destinadas ao uso em equipamentos de esterilização.

Art. 80º A selagem de embalagens tipo envelope deve ser feita por termoseladora ou conforme orientação do fabricante.

Art. 81º Não é permitido o uso de caixas metálicas sem furos para esterilização de produtos para saúde.

Art. 82º O CME que utiliza embalagem de tecido de algodão, deve possuir um plano contendo critérios de aquisição e substituição do arsenal de embalagem de tecido mantendo os registros desta movimentação.

Parágrafo único. Não é permitido o uso de embalagens de tecido de algodão reparadas com remendos ou cerzidas e sempre que for evidenciada a presença de perfurações, rasgos, desgaste do tecido ou comprometimento da função de barreira, a embalagem deve ter sua utilização suspensa.

Art. 83º É obrigatória a identificação nas embalagens dos produtos para saúde submetidos à esterilização por meio de rótulos ou etiquetas.

Art. 84º O rótulo dos produtos para saúde processados deve ser capaz de se manter legível e afixado nas embalagens durante a esterilização, transporte, armazenamento, distribuição e até o momento do uso.

Art. 85º O rótulo de identificação da embalagem deve conter:

- I - nome do produto;
- II - número do lote;
- III - data da esterilização;
- IV - data limite de uso;
- V - método de esterilização;
- VI - nome do responsável pelo preparo.

Seção VIII – Da Desinfecção Química

Art. 86º O CME que realize desinfecção química deve dispor de uma sala exclusiva. Caso o serviço realize desinfecção ou esterilização química líquida automatizada, deve também dispor de área e condições técnicas necessárias para instalação do equipamento.

Art. 87º Na sala de desinfecção química o enxágue dos produtos para saúde deve ser realizado com água que atenda aos padrões de potabilidade definidos em normatização específica.

Art. 88º O transporte de produtos para saúde submetidos à desinfecção de alto nível no CME deve ser feito em embalagem ou recipiente fechado.

Art. 89º O CME deve adotar as medidas de segurança preconizadas pelo fabricante, em relação ao uso de saneantes.

Art. 90º O CME deve realizar a monitorização dos parâmetros indicadores de efetividade dos desinfetantes para artigo semicrítico, como concentração, pH ou outros, no mínimo 1 vez ao dia, antes do início das atividades.

§ 1º Os desinfetantes para artigo semicrítico devem ser utilizados de acordo com os parâmetros definidos no registro do produto.

§ 2º Os parâmetros, inicial e subsequentes, dos desinfetantes para artigo semicrítico, devem ser registrados e arquivados pelo prazo mínimo de cinco anos.

Seção IX – Da Esterilização

Art. 91º É proibido o uso de autoclave gravitacional de capacidade superior a 100 litros.

Art. 92º Não é permitido o uso de estufas para a esterilização de produtos para saúde.

Art. 93º É obrigatório a realização de teste para avaliar o desempenho do sistema de remoção de ar (Bowie & Dick) da autoclave assistida por bomba de vácuo, no primeiro ciclo do dia.

Art. 94º Não é permitido à alteração dos parâmetros estabelecidos na qualificação de operação e de desempenho de qualquer ciclo dos equipamentos de esterilização.

§ 1º O ciclo de esterilização a vapor para uso imediato só pode ocorrer em caso de urgência e emergência.

§ 2º O ciclo de esterilização a vapor para uso imediato deve ser documentado contendo data, hora, motivo do uso, nome do instrumental cirúrgico ou produto para saúde, nome e assinatura do profissional responsável pelo CME e identificação do paciente.

§ 3º O registro do ciclo mencionado no § 2º deve estar disponível para a avaliação pela Autoridade Sanitária.

§ 4º O instrumental cirúrgico e os produtos para saúde processados conforme o § 1º devem ser utilizados imediatamente após o processo de esterilização.

§ 5º O ciclo para uso imediato deve ser monitorado por integrador ou emulador químico.

Art. 95º A água utilizada no processo de geração do vapor das autoclaves deve atender às especificações do fabricante da autoclave.

Seção X – Do Monitoramento do Processo de Esterilização

Art. 96º O monitoramento do processo de esterilização deve ser realizado em cada carga em pacote teste desafio com integradores químicos (classes 5 ou 6), segundo rotina definida pelo próprio CME ou pela empresa processadora.

Art. 97º O monitoramento do processo de esterilização com indicadores físicos deve ser registrado a cada ciclo de esterilização.

Art. 98º No monitoramento do processo de esterilização dos produtos para saúde implantáveis deve ser adicionado um indicador biológico, a cada carga.

Parágrafo único. A carga só deve ser liberada para utilização após leitura negativa do indicador biológico.

Art. 99º O monitoramento do processo de esterilização com indicador biológico deve ser feito diariamente, em pacote desafio disponível comercialmente ou construído pelo CME ou pela empresa processadora, que deve ser posicionado no ponto de maior desafio ao processo de esterilização, definido durante os estudos térmicos na qualificação de desempenho do equipamento de esterilização.

Art. 100º A área de monitoramento do processamento de produtos para saúde deve dispor de sistema para guarda dos registros dos monitoramentos.

Seção XI – Do Armazenamento

Art. 101º Os produtos esterilizados devem ser armazenados em local limpo e seco, sob proteção da luz solar direta e submetidos à manipulação mínima.

Art. 102º O responsável pelo CME deve estabelecer as regras para o controle dos eventos que possam comprometer a integridade e selagem da embalagem dos produtos para saúde.

Seção XII – Do Transporte

Art. 103º O transporte de produtos para saúde processados deve ser feito em recipientes fechados e em condições que garantam a manutenção da identificação e a integridade da embalagem.

Art. 104º O transporte dos produtos para saúde a serem encaminhados para processamento nas empresas processadoras ou na CME de funcionamento centralizado deve ser feito em recipiente exclusivo para este fim, rígido, liso, com sistema de fechamento estanque, contendo a lista de produtos a serem processados e o nome do serviço solicitante.

Art. 105º Os produtos para saúde processados por empresa processadora ou no CME de funcionamento centralizado devem ser transportados para o serviço de saúde em recipientes fechados que resistam às ações de punctura e ruptura, de forma a manter a integridade da embalagem e a esterilidade do produto.

Parágrafo único. Os recipientes devem estar identificados com o nome da empresa processadora ou do CME de funcionamento centralizado, o nome do serviço a que se destina e conter uma lista anexa com a relação de produtos processados.

Art. 106º Quando o transporte dos produtos para saúde for realizado pela empresa processadora, os veículos de transporte devem ser de uso exclusivo para este fim.

§ 1º - quando o veículo de transporte de produtos para saúde for o mesmo para produtos processados e produtos ainda não processados, a área de carga do veículo deve ser fisicamente dividida em ambientes distintos com acessos independentes e devidamente identificados.

§ 2º Qualquer outra forma de transporte dos produtos para saúde processados deve ser submetida à aprovação prévia pelo órgão de vigilância sanitária emissor do licenciamento.

§ 3º Quando o contrato entre o serviço de saúde e a empresa processadora envolver o transporte intermunicipal ou interestadual, a forma de transporte dos produtos para saúde deve ser submetida à aprovação do órgão de vigilância sanitária responsável pela fiscalização da empresa processadora.

§ 4º O CME de funcionamento centralizado e a empresa processadora devem estabelecer critérios para a higienização dos veículos de transporte

Art. 107º O trabalhador responsável pelo transporte deve receber treinamento quanto à higienização das mãos e uso de equipamento de proteção individual.

Seção XIII – Do Gerenciamento de Resíduos

Art. 108º No CME Classe II, os produtos para saúde oriundos de explantes devem ser submetidos ao processo de limpeza, seguida de esterilização.

§ 1º Após o processo de esterilização, estes explantes podem ser considerados como resíduos sem risco biológico, químico ou radiológico e devem ficar sob guarda temporária em setor a ser designado pelo Comitê de Processamento de Produtos para Saúde ou do Responsável Legal pela empresa processadora.

§ 2º Os explantes constituídos de componentes desmontáveis, após a esterilização, não devem ser acondicionados na mesma embalagem, de forma a impedir a remontagem do produto.

Art. 109º Os explantes tratados e o instrumental cirúrgico considerado inservível podem ser encaminhados para reciclagem, desde que a empresa que recebe o material seja licenciada para proceder à reciclagem destes materiais e o serviço de saúde mantenha registro dos itens que foram encaminhados à empresa.

Parágrafo único. É proibida a entrega deste material às cooperativas de catadores ou empresas que recolhem materiais inservíveis denominadas de "ferro velho".

Art. 110º O material explantado poderá ser entregue ao paciente mediante solicitação formal.

§ 1º Admite-se pedido de encaminhamento dos explantes tratados para fins de estudo ou análise, por solicitação do fabricante do produto ou instituições de pesquisa ou ensino, mediante autorização do paciente.

§ 2º A entrega dos explantes deverá ser precedida de assinatura de termo de recebimento e responsabilidade e a embalagem de esterilização deverá ser rompida e retida antes da entrega.

Art. 111º Os resíduos de indicadores biológicos utilizados como controle e aqueles com resultados positivos devem ser submetidos a tratamento prévio antes de serem descartados.

Parágrafo único. Os indicadores com resultado negativo não precisam de tratamento prévio antes do descarte.

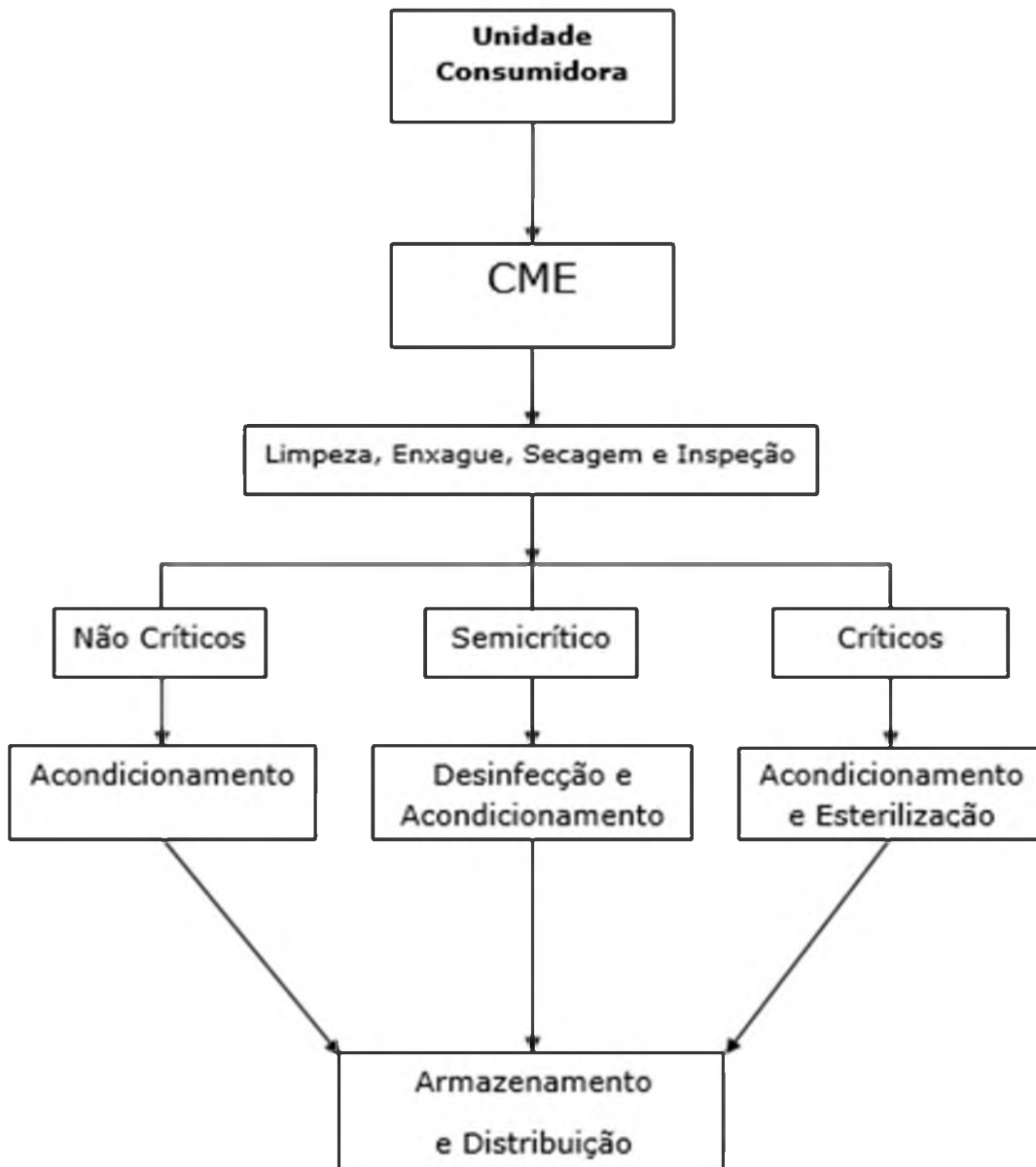
CAPÍTULO III – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 112º Os serviços de saúde e as empresas processadoras abrangidos por esta Resolução terão o prazo de 24 (vinte e quatro) meses contados a partir da data de sua publicação para promover as adequações necessárias a este Regulamento Técnico.

Art. 113º O descumprimento das disposições contidas nesta resolução e no regulamento por ela aprovado constitui infração sanitária, nos termos da Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1.977, sem prejuízo das responsabilidades civil, administrativa e penal cabíveis.

Art. 114º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

➤ **Fluxograma**



5.6.2. Expurgo

O Expurgo funciona como um equipamento para despejo de sangue, secreções, líquidos provenientes de cirurgias ou materiais que oferecem algum tipo de risco infectante e/ou contaminante.

“Embora pareça estranho, é importante estabelecer que a primeira condição para o funcionamento de um hospital é que ele não cause nenhum mal ao doente.” Florence Nightingale. Essa famosa frase da reconhecida enfermeira inglesa foca na importância da biossegurança hospitalar nos cuidados com os pacientes.

Ao pé da letra, biossegurança, é um conjunto de medidas que são aplicadas na prevenção, eliminação ou diminuição de riscos relacionados às atividades de produção, ensino, pesquisa, desenvolvimento tecnológico e prestação de serviços que podem comprometer a qualidade dos trabalhos realizados ou a saúde dos animais, meio ambiente e do homem.

A Biossegurança funciona com a aplicação de medidas que podem ser simples, como conscientizar os profissionais sobre higienização e técnicas assépticas, ou a implementação de equipamentos eficientes para descarte de resíduos como o Expurgo.

O Expurgo funciona como um equipamento para despejo de sangue, secreções, líquidos provenientes de cirurgias ou materiais que oferecem algum tipo de risco.

➤ **Resíduos de Serviços de Saúde e a Biossegurança**

Os resíduos de serviços de saúde são aqueles provenientes do atendimento a pacientes ou de qualquer estabelecimento de saúde ou unidade que execute atividades de natureza de atendimento médico.

Esses tipos de resíduos também podem ser encontrados no banco de sangue, agência transfusional e laboratórios.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) estabeleceu regras nacionais sobre acondicionamento e tratamento do lixo hospitalar gerado, da origem ao destino (aterramento, radiação e incineração).

Estas regras atingem hospitais, clínicas, consultórios, laboratórios, necrotérios e outros estabelecimentos de saúde. O objetivo da medida é evitar danos ao meio ambiente e prevenir acidentes que atinjam profissionais que trabalham diretamente nos processos de coleta, armazenamento, transporte, tratamento e destinação desses resíduos.

De acordo com as regras, todo o material especificado como lixo hospitalar deve ser devidamente condicionado em embalagens específicas para a sua destinação correta, e classificado da seguinte forma:

- ✓ **Resíduos Especiais:** abrange os materiais farmacêuticos, químicos e radioativos.

- ✓ **Resíduos Comuns ou Gerais:** são materiais oriundos de áreas administrativas, como: sucatas, embalagens reaproveitáveis, resíduos alimentares, etc.
- ✓ **Resíduos Infeciosos:** compreendem os materiais que contenham sangue humano, materiais perfurocortantes, resíduos de diagnósticos, biopsias e amputações, resíduos de tratamentos como sondas, drenos e gases, material patológico, dentre outros.

O maior risco ambiental a partir dos resíduos hospitalares é representado pelo chamado lixo infeccioso.

Caracteriza-se pela presença de agentes biológicos como sangue e derivados, secreções e excreções humanas, tecidos, partes de órgãos, peças anatômicas; além de resíduos de laboratórios de análises e de microbiologia, de áreas de isolamento, de terapias intensivas, de unidades de internação, assim como materiais perfurocortantes.

Uma vez que esses materiais entrem em contato com o solo ou a água, podem causar sérias contaminações no ambiente e causar danos à vegetação.

Também podem haver sérios problemas caso esses materiais contaminados entrem em contato com rios, lagos ou até mesmo com lençóis freáticos, pois dessa forma a contaminação irá se espalhar com maior facilidade, prejudicando qualquer ser vivo que entrar em contato com essa água.

Desta maneira, o Expurgo Hospitalar por ser um equipamento voltado para descarte de resíduos infecciosos é de suma importância em hospitais.

➤ **A Importância do Aço Inox no Expurgo**

Por conter uma superfície não porosa, bactérias e outros microrganismos encontram dificuldade de serem de aderir a superfície diminuindo a ocorrência de proliferação e a formação de biofilmes.

Além disso, como esse material é resistente à corrosão, não enferruja com facilidade proporcionando anos de vida e economia pois evita a substituição de equipamentos.

Num Expurgo de serviço de saúde, a facilidade da limpeza das superfícies é extremamente importante.

Por se tratar de uma área com alto risco de contaminação, a escolha de superfície lisa, limpável e de fácil manutenção é fundamental, o aço inox, é portanto, protagonista destas áreas pois além de atender a todas essas características também é resistente a manchas.

Vantagens:

- ✓ Risco de contaminação diminuída em comparação com outros materiais.
- ✓ Mantém baixa taxa de oxidação.
- ✓ Alta resistência à corrosão.
- ✓ Ambientalmente amigável: 100% reciclável e design sustentável.

- ✓ Mantém propriedades antibacterianas comprovadas cientificamente.
- ✓ Não é magnético, sendo perfeito para salas de operações.
- ✓ Tem alta resistência ao calor.
- ✓ Mantém sua forma por muitos anos.
- ✓ Higiênico e fácil de limpar.
- ✓ Superfície não porosa: prevenção da adesão de agentes patogênicos.
- ✓ Requer menos manutenção, economizando dinheiro no orçamento hospital.



Imagem de Um Expurgo Em Aço Inox

5.7. SAME – SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICAS

O prontuário médico é um importante conjunto de documentos padronizados, ordenados e concisos, destinados a registrar todas as informações referentes aos cuidados médicos prestados ao paciente.

O Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) é o setor responsável por fornecer e organizar os prontuários para viabilizar as atividades diárias das especialidades médicas. Ele será totalmente digitalizado através do nosso SIG.

5.8. SERVIÇO DE ATENÇÃO AO USUÁRIO/OUVIDORIA – SAU

O SAU será o setor responsável por receber as sugestões e/ou críticas do público sobre o atendimento, instalações e serviços oferecidos. É um espaço democrático, onde o paciente e sua família serão ouvidos e prontamente atendidos em suas reclamações. O SAU funcionará também como uma Ouvidoria Interna da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

5.8.1. Proposta Para Implantação de Serviço Humanizado de Atendimento ao Usuário

Para que viabilizemos a implantação de um Serviço Humanizado de Atendimento ao Usuário, necessariamente, além de implantar a PNH – Política Nacional de Humanização, criaremos um Serviço de Atenção ao Usuário.

➤ **PNH – Política Nacional de Humanização**

A Política Nacional de Humanização – PNH existe desde 2.003, para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários.

A definição de Humanização para o SUS é: aumento do grau de corresponsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS no cuidado a saúde, implicando na mudança da cultura dos usuários na atenção e da gestão dos processos de trabalho.

➤ **PNH do SUS - Uma Política Transversal**

Sua implementação se dá por meio de mudanças das relações entre os atores envolvidos no processo do cuidado (usuários, gestores e trabalhadores) e da materialização de princípios, diretrizes, marcas e prioridades, sem esquecer dos dispositivos definidos para “pôr em prática” o que consta no “papel”.

Os inúmeros avanços no campo da saúde pública brasileira, verificados especialmente ao longo de mais de duas décadas, convivem, de modo contraditório, com problemas de diversas ordens.

Para a construção de uma política de qualificação do SUS, a humanização deve ser vista como uma das dimensões fundamentais, e não pode ser entendida apenas como um programa a mais a ser aplicado aos diversos serviços de saúde.

A humanização precisa ser encarada como uma política que opera transversalmente em toda a rede SUS.

Entre tantos outros importantes movimentos que fazem parte do SUS e com ele se entrelaçam, a PNH tem se afirmado em defesa do direito à saúde, em defesa da vida e em defesa da democracia nas organizações, respondendo a uma demanda social por humanização na atenção e na gestão.

A mobilização social e a transversalidade convocam a PNH a um esforço de abordagem ampliada na compreensão e na ação diante dos problemas e desafios do SUS.

É por isso mesmo, que a PNH não se apresenta como uma política específica de algum tipo de serviço de saúde, especialidade profissional ou âmbito gerencial no SUS.

Seu enfoque se dá nas demais políticas de saúde, sem se contrapor a abordagens especializadas, buscando se unir a elas.

Neste movimento de múltiplas conexões, tanto nos espaços dos serviços de saúde, de governos, quanto acadêmico, a Política de Humanização vem também – e não se imaginaria de outra forma – se modificando, ampliando suas experimentações, ratificando sua função e tarefa no SUS: humanização como estratégia de democratização da gestão e das práticas de saúde.

Democratização, como substantivo, impõe a inclusão da diferença na ação política e institucional. Assim, humanizar é um processo ativo e sistemático de inclusão.

A Política de Humanização tem compreendido, em sintonia com as discussões atuais nos espaços de gestão e acadêmico, que a atenção básica é lugar significativo para a qualificação do SUS como política pública, isso porque, de um lado, favorece a produção de vínculos terapêuticos entre sistema/equipes e usuários/redes sociais, sem a qual a ação clínica corre o risco de ser corrompida por tecnologias medicalizantes – as quais, ao invés de reconstruir, ratificam posição subalterna da atenção básica no sistema de saúde e na cultura sanitária na nação –; de outro lado, exatamente essa vinculação com corresponsabilidade é o que permite a organização de cuidado em rede.

O vínculo inequívoco entre equipe-usuário é força motriz para o acionamento dos demais equipamentos de saúde do território, o que permite avançar na composição de ofertas de atenção à saúde de forma organizada e em sintonia com as singularidades das situações.

A humanização como uma política transversal supõe, necessariamente, a transposição das fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes saberes/poderes que se ocupam da produção da saúde.

Entendemos que a transversalidade não deve significar um “ficar fora”, ou “ao lado” do SUS, mas sim, inserida ao sistema, entrelaçando-se a ele.

A humanização deve caminhar, cada vez mais, para se constituir como vertente orgânica do Sistema Único de Saúde.

Além disso, sua afirmação como política transversal deve garantir o caráter questionador das verticalidades com o qual estamos, na saúde, sempre em risco de nos ver capturados.

Tomar a saúde como valor de uso é: (i) ter como padrão na atenção o vínculo com os usuários; (ii) garantir os direitos dos usuários e seus familiares;

(iii) estimular para que usuários e seus familiares se coloquem como protagonistas do sistema de saúde por meio de sua ação de controle social; e (iv) buscar melhores condições para que os profissionais de saúde efetuem seu trabalho de modo digno, de maneira a proporcionar a criação de novas ações nas quais possam participar como cogestores de seu processo de trabalho.

A humanização supõe troca de saberes (incluindo os dos usuários e os de sua rede social), diálogo entre os profissionais e maneiras de se trabalhar em equipe.

Nesse ponto, vale ressaltar que não estamos nos referindo a um conjunto de pessoas reunidas eventualmente para resolver um problema, mas, sim, à produção de um grupamento que sustente construções coletivas, a qual suponha mudança entre seus componentes.

➤ **Princípios da Transversalidade**

A Política Nacional de Humanização deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS, buscando transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas.

Transversalizar é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido.

Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável.



➤ **Indissociabilidade Entre Atenção e Gestão**

As decisões da gestão interferem diretamente na atenção à saúde.

Por isso, trabalhadores e usuários devem buscar conhecer como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde, assim como participar ativamente do processo de tomada de decisão nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva.

Ao mesmo tempo, o cuidado e a assistência em saúde não se restringem às responsabilidades da equipe de saúde.

O usuário e sua rede sócio-familiar devem também corresponsabilizar-se pelo cuidado de si nos tratamentos, assumindo posição protagonista com relação a sua saúde e a daqueles que lhes são caros.

Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos, pois, qualquer mudança na gestão e atenção é mais concreta se construída com a ampliação da autonomia e vontade das pessoas envolvidas, que compartilham responsabilidades.

Os usuários – não são só pacientes – e os trabalhadores, não só cumprem ordens: as mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um.

Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde.

➤ **Método**

O HumanizaSUS, aposta na inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho.

A comunicação entre esses três atores do SUS provoca movimentos de perturbação e inquietação que a PNH considera o “motor” de mudanças e que também precisam ser incluídos como recursos para a produção de saúde. Humanizar se traduz, então, como inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado.

Tais mudanças são construídas não por uma pessoa ou grupo isolado, mas de forma coletiva e compartilhada.

Incluir para estimular a produção de novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho.

➤ **Mas Incluir Como?**

As rodas de conversa, o incentivo às redes e movimentos sociais e a gestão dos conflitos gerados pela inclusão das diferenças são ferramentas experimentadas nos serviços de saúde a partir das orientações da Política Nacional de Humanização.

Incluir os trabalhadores na gestão é fundamental para que eles, no dia a dia, reinventem seus processos de trabalho e sejam agentes ativos das mudanças no serviço de saúde.

Incluir usuários e suas redes sócio-familiares nos processos de cuidado, é

um poderoso recurso para a ampliação da corresponsabilidade no cuidado de si.

707



Assim sendo, A PNH na gestão do SUS, tem como propósitos:

- Contagiar trabalhadores, gestores e usuários do SUS com os princípios e as diretrizes da humanização.
- Fortalecer iniciativas de humanização existentes.
- Desenvolver tecnologias relacionais e de compartilhamento das práticas de gestão e de atenção.
- Aprimorar, ofertar e divulgar estratégias e metodologias de apoio a mudanças sustentáveis dos modelos de atenção e de gestão.
- Implementar processos de acompanhamento e avaliação, ressaltando saberes gerados no SUS e experiências coletivas bem-sucedidas.

Na prática, os resultados que a PNH busca são:

- Redução de filas e do tempo de espera, com ampliação do acesso.
- Atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco.
- Implantação de modelo de atenção com responsabilização e vínculo.
- Garantia dos direitos dos usuários.
- Valorização do trabalho na saúde.
- Gestão participativa nos serviços.
- **HumanizaSUS**
O HumanizaSUS aposta em inovações em saúde, como:
 - ✓ Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores.
 - ✓ Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos e dos coletivos.
 - ✓ Aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos.
 - ✓ Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão.

- ✓ Mapeamento e interação com as demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde.
- ✓ Defesa de um SUS que reconhece a diversidade do povo brasileiro e a todos oferece a mesma atenção à saúde, sem distinção de idade, etnia, origem, gênero e orientação sexual.
- ✓ Mudança nos modelos de atenção e gestão em sua indissociabilidade, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho.
- ✓ Proposta de um trabalho coletivo para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil e mais resolutivo.
- ✓ Compromisso com a qualificação da ambiência, melhorando as condições de trabalho e de atendimento.
- ✓ Compromisso com a articulação dos processos de formação com os serviços e práticas de saúde.
- ✓ Luta por um SUS mais humano, porque construído com a participação de todos e comprometido com a qualidade dos seus serviços e com a saúde integral “para todos e qualquer um”.

Para isso, o HumanizaSUS trabalha com três macro objetivos:

- ✓ Ampliar as ofertas da Política Nacional de Humanização aos gestores e aos conselhos de saúde, priorizando a atenção básica/fundamental e hospitalar, com ênfase nos hospitais de urgência e universitários.
- ✓ Incentivar a inserção da valorização dos trabalhadores do SUS na agenda dos gestores, dos conselhos de saúde e das organizações da sociedade civil.
- ✓ Divulgar a Política Nacional de Humanização e ampliar os processos de formação e produção de conhecimento em articulação com movimentos sociais e instituições.

➤ **Diretrizes Para a Implementação do HumanizaSUS**

A Política Nacional de Humanização atua a partir de orientações clínicas, éticas e políticas, que se traduzem em determinados arranjos de trabalho. Entenda melhor alguns conceitos que norteiam o trabalho da PNH:

✓ **Acolhimento – O Que É?**

Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede sócio-afetiva.

➤ **Acolhimento – Como Fazer?**

Com uma escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário, é possível garantir o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde. Isso assegura, por exemplo, que todos sejam atendidos com prioridades a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco.

➤ **Gestão Participativa e Cogestão – O Que É?**

Cogestão expressa tanto a inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão quanto a ampliação das tarefas da gestão – que se transforma também em espaço de realização de análise dos contextos, da política em geral e da saúde em particular, em lugar de formulação e de pactuação de tarefas e de aprendizado coletivo.

➤ **Gestão Participativa e Cogestão – Como Fazer?**

A organização e experimentação de dispositivos é uma importante orientação da cogestão. Dispositivos para colocar as diferenças em contato de modo a produzir movimentos de desestabilização que favoreçam mudanças nas práticas de gestão e de atenção. A PNH destaca dois grupos de dispositivos de cogestão: aqueles que dizem respeito à organização de um espaço coletivo de gestão que permita o acordo entre necessidades e interesses de usuários, trabalhadores e gestores, e aqueles que se referem aos mecanismos que garantem a participação ativa de usuários e familiares no cotidiano das unidades de saúde. Colegiados gestores, Mesas de negociação, Contratos Internos de Gestão, Câmara Técnica de Humanização (CTH), Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), Gerência de Porta Aberta, entre outros, são arranjos de trabalho que permitem a experimentação da cogestão no cotidiano da saúde.

➤ **Ambiência – O Que É?**

Criar espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas.

➤ **Ambiência – Como Fazer?**

A discussão compartilhada do projeto arquitetônico, das reformas e do uso dos espaços de acordo com as necessidades de usuários e trabalhadores de cada serviço é uma orientação que pode melhorar o trabalho em saúde.

➤ **Clínica Ampliada e Compartilhada – O Que É?**

A Clínica Ampliada e Compartilhada é uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do

processo saúde/doença. A Clínica Ampliada e Compartilhada permite o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia.

➤ **Clínica Ampliada e Compartilhada – Como Fazer?**

Utilizando recursos que permitam enriquecimento dos diagnósticos (outras variáveis além do enfoque orgânico, inclusive a percepção dos afetos produzidos nas relações clínicas) e a qualificação do diálogo (tanto entre os profissionais de saúde envolvidos no tratamento quanto destes com o usuário), de modo a possibilitar decisões compartilhadas e compromissadas com a autonomia e a saúde dos usuários do SUS.

➤ **Valorização do Trabalhador – O Que É?**

É importante dar visibilidade à experiência dos trabalhadores e incluí-los na tomada de decisão, apostando na sua capacidade de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho.

➤ **Valorização do Trabalhador – Como Fazer?**

O Programa de Formação em Saúde e Trabalho e a Comunidade Ampliada de Pesquisa são possibilidades que tornam possível o diálogo, intervenção e análise do que gera sofrimento e adoecimento, do que fortalece o grupo de trabalhadores e do que propicia os acordos de como agir no serviço de saúde. É importante também assegurar a participação dos trabalhadores nos espaços coletivos de gestão.

➤ **Defesa dos Direitos dos Usuários – O Que É?**

Os usuários de saúde possuem direitos garantidos por lei e os serviços de saúde devem incentivar o conhecimento desses direitos e assegurar que sejam cumpridos em todas as fases do cuidado, desde a recepção até a alta.

➤ **Defesa dos Direitos dos Usuários – Como Fazer?**

Todo cidadão tem direito a uma equipe que cuide dele, de ser informado sobre sua saúde e também de decidir sobre compartilhar ou não sua dor e alegria com sua rede social.

POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO



5.8.2. Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU)

O SAU será o setor responsável por receber as sugestões e/ou críticas do público sobre o atendimento, instalações e serviços oferecidos.

É um espaço democrático, onde o paciente e sua família serão ouvidos e prontamente atendidos em suas reclamações.

O SAU funcionará também como uma espécie de Ouvidoria da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

No âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a saúde para instituir-se e consolidar-se como direito, precisa estar garantida na reafirmação dos princípios que norteiam a proposição do Sistema.

Para que isso aconteça o SUS deve garantir o acesso aos serviços com responsabilização, resgatar o protagonismo dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de serviços de saúde e fortalecer a participação do usuário.

Consoante com a nova cultura de valorização da dimensão biológica e da dimensão subjetiva e social da produção de saúde e de sujeitos preconizada na Política Nacional de Humanização – PNH da atenção e da gestão em saúde, reafirma-se a importância da escuta e do acolhimento na relação com o usuário, trabalhadores, gestores e destes entre si.

No exercício diário da escuta e do acolhimento às diferentes demandas e necessidades dos sujeitos, escutar implica em acolher e, acolher significa criar com o outro, fortalecendo simultaneamente, o compromisso com os direitos de cidadania e com o trabalho interdisciplinar, ensejando dessa forma, a construção de uma nova forma de organização do trabalho em saúde.

Nesse contexto, e apoiada nos princípios do SUS, nas diretrizes e objetivos da PNH e da Política de Gestão Estratégica e Participativa, o SAU surge como uma das estratégias potenciais para a consolidação dessa nova cultura nas instituições de saúde e no SUS como um todo na medida em que, ao se caracterizar como um mecanismo que favorece a comunicação dos usuários e dos trabalhadores entre si, com a instituição na qual atua e com o sistema, configurando-se como um agente permanente em defesa da cidadania.

O SAU, será portanto, um instrumento para o fortalecimento da cidadania e do trabalho interdisciplinar que deve ter seu fazer sustentado em um processo pedagógico, educativo e propositivo.

Ao caracterizar-se como espaço para recepção, notadamente, das dúvidas do usuário, de suas sugestões, possíveis críticas e também elogios, potencializa sua capacidade para diagnosticar e agilizar a proposição de mudanças frente às demandas recebidas, ou para manter determinadas condutas que visam garantir e ampliar a qualidade do atendimento prestado aos cidadãos.

Assim, o trabalho do SAU objetivará possibilitar ao usuário, aos trabalhadores e gestores o exercício da cidadania através da transparência na

realização das ações dentro das instituições públicas e no Sistema como um todo, proporcionando a cada cidadão dar seu parecer a respeito da atenção recebida, seja este parecer positivo ou negativo.

É importante ressaltar, que um dos papéis mais relevantes da SAU consistirá em atuar como espaço que entrelaça o controle social com a temática da relação entre o profissional de saúde e o usuário, sinalizando para a importância da dimensão dialógica dessa relação.

Recorrendo a um dos eixos discursivos da PNH, tão brilhantemente apontados por Deslandes (2004), no qual a ampliação do processo comunicacional nas instituições materializa o processo de humanização do atendimento, é possível vislumbrar que o espaço da SAU, embora ainda se configure como um espaço formal, pode vir a tornar-se um instrumento facilitador das verbalizações das demandas dos usuários, se amparado no desenvolvimento de uma “nova cultura de acolhimento” que baseada nos valores da solidariedade e da alteridade, pressuponha o conhecimento do outro, das suas expectativas, das suas representações e práticas.

Essa forma de acolher, essa nova atitude e esse novo olhar sobre o outro, oportuniza a ressignificação do estar com alguém, escutá-lo verdadeiramente.

Implica afirmar o acolhimento como um dos aspectos de maior relevância ética/ estética/ política, no fazer dos profissionais de saúde, na medida em que permite explicitar:

- O compromisso com o reconhecimento do outro, por meio de atitudes de acolhimento às diferenças, dores, alegrias, modos de viver, sentir e estar na vida.
- A possibilidade de identificar e/ou produzir nos encontros com esse outro estratégias que contribuam para dignificar a vida e o viver, e assim, para construir nossa própria humanidade.
- O compromisso coletivo de envolver-se nesse “*estar com*”, de modo a potencializar o protagonismo e a vida nos diferentes encontros.

Acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir.

O Acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa em suas várias definições, uma ação de aproximação, um estar com e um estar perto de, ou seja, uma atitude de inclusão.

Podemos assumir então, que acolher é cuidar e, portanto, andam juntos, mesclam-se e interrelacionam-se continuamente. Pressupõe colocar-se ao lado do sujeito, inclinar-se diante da sua dor. Permite-nos no encontro com o outro, inevitavelmente, compartilharmos o universo das relações.

Assim, acolher e cuidar torna imperativo, um exercício permanente de liberdade que permite a cada sujeito entrar em contato com as sensações, fantasias e emoções do outro e também com aquelas mobilizadas em si.

O Acolhimento no SAU, portanto, deverá estar presente em todas as relações e nos encontros que vivenciamos na vida e, em especial, no fazer cotidiano do ouvidor.

Reafirmando concepções já enunciadas, é no encontro com o outro que reatualizamos enquanto protagonistas, nossas experiências mais remotas diante do desamparo, do sofrimento, do desconhecido, da qualidade da presença ou ausência daquele de quem, como sujeitos, esperamos o alívio, o conforto, o e cuidado na verdadeira acepção da palavra.

Podemos afirmar que um dos principais desafios para o ouvidor consiste em reativar nos encontros e na escuta, a capacidade de cuidar ou de estar atento para acolher, especialmente, tendo o coletivo como plano de produção da vida; o cotidiano como plano ao mesmo tempo de reprodução, de experimentação e invenção de modos de vida e, principalmente, de assumir a indissociabilidade entre o modo de nos produzirmos como sujeitos e os modos de estarmos verdadeiramente nos verbos da vida, quais sejam: trabalhar, viver, amar, sentir, produzir saúde em todas as dimensões – física, social, política, emocional. Em suma, de verdadeiramente sermos.

Portanto, como ouvidores, seremos solicitados permanentemente, no exercício da função de intérpretes de sinais e de intérpretes de níveis primitivos de comunicação, diante dos quais precisaremos resgatar os mínimos indícios sensoriais dos gestos, do olhar, do toque, a fim de estabelecermos com esses sujeitos uma relação que promova, antes de tudo, o desenvolvimento de recursos mais evoluídos de comunicação e de reação frente às dificuldades vitais e cotidianas.

Focalizando o espaço estrito das instituições de saúde pode-se afirmar a existência da SAU como instância cujo objetivo reside em aprimorar o relacionamento entre as instituições/sistemas de saúde e os sujeitos usuário/trabalhadores e gestores.

Nesse sentido, atuar na perspectiva de humanizar as relações, implementar a escuta qualificada, resgatar e fortalecer o comportamento ético dos trabalhadores, usuários e gestores, procurando articular o cuidado técnico e científico com o cuidado humano numa relação de respeito mútuo, se apresenta como importante desafio a enfrentar, principalmente, diante da resistência presente em parcela significativa dos profissionais de saúde, em instituir qualquer forma de controle social ou regulação dessas relações.

Essa resistência resulta, principalmente, das implicações relacionadas à produção de formas de descentralização do poder, historicamente concentradas nos profissionais de saúde e produtora de relações assimétricas de poder, se justifica por caracterizar-se como movimento contrário a uma nova lógica imanente nos princípios doutrinários do SUS e fortemente disseminada nos pressupostos éticos, estéticos e políticos da Política Nacional de Humanização, que

preconiza o protagonismo e ressalta o papel de centralidade do sujeito usuário no acesso a ações e serviços de saúde de qualidade, assegurados como direito e materialização da cidadania.

É importante ressaltar que o processo de democratização nas relações de trabalho entre trabalhadores e gestores e destes com os usuários, requer questionar as características de verticalização tanto de decisões quanto de poder no interior dos serviços de saúde.

Requer questionar e identificar formas alternativas de construir ouvidorias cuja atuação esteja pautada em processo permanente de negociação, em constante aprendizagem e busca de respostas em um universo de possibilidades e formas de articulação.

Requer ainda, construir ouvidorias com capacidade de intervenção, independência em relação à lógica institucional, bem como, dotadas de mecanismos capazes de ampliar a visão das relações dentro e fora das instituições, ou seja, um SAU que atue de forma autônoma e centrada no sujeito como cidadão de direitos sem, no entanto, perderem de vista seu caráter administrativo, que busquem superar e não negar o modelo institucional vigente, trabalhando a relação usuário-trabalhador-gestão, rumo a novas formas de usar saberes na construção de novos modos de fazer.

Esse será o desafio! Enfim, para que o SAU possa atingir plenamente seus objetivos, o de ser um canal para ouvir a voz do cidadão, é necessário que tenha uma estrutura na qual a pessoa que é responsável tenha respaldo institucional, e não só da direção.

É fundamental que a comunidade assuma o SAU como um projeto institucional e a reclamação como uma questão eminentemente social e não apenas individual.

Somente assim poderemos amplificar a voz dos usuários e propiciar a melhoria da qualidade da atenção no âmbito do SUS.

Calcado nessas premissas, criaremos o Serviço de Atendimento ao Usuário – SAU, para Acolhimento, verificação da qualidade do serviço prestado, sendo discutido e monitorado pelas chefias imediatas e Comissões pertinentes.

Dessa maneira, em complemento ao serviço a ser gerido junto ao município, o INCS criará um SAU ativo, que será capaz de promover estratégias eficazes para escuta do cidadão, não apenas recebendo as manifestações por meio dos canais de acesso, mas também buscando ativamente as informações, realizando pesquisas ou atuando de forma itinerante, visando obter dados de forma sincrônica aos fatos para subsidiar a gestão, o controle social e a resposta positiva em tempo hábil ao usuário do SUS.

Para a implantação do SAU, o Gerente Administrativo, a Gerência de Enfermagem e Coordenação Médica, trabalharão em conjunto para tal.

5.9. GESTÃO LOGÍSTICA DE COMPRAS E ABASTECIMENTO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS MÉDICO-HOSPITALARES

Setor responsável pela: cotação, compra, logística de entrega, estocagem, abastecimento, fornecimento, fracionamento e dispensação de insumos e suprimentos, medicamentos e correlatos, e materiais médico-hospitalares, bem como por todo e qualquer material necessários ao funcionamento da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

Os Serviços de Gestão Logística de Compras e Abastecimento de Medicamentos e materiais médico-hospitalares será terceirizado para empresa com capacidade técnica e operacional para essas atividades, que deverá ser comprovada através da apresentação de Atestados de Capacidade Técnica, emitidos por instituições públicas e/ou privadas.

Essa empresa seguirá o Regulamento de Compras e Contratações do INCS, executando todos os processos para compras, bem como, se encarregando de toda a logística de abastecimento de materiais médico-hospitalares, medicamentos e demais insumos necessários ao perfeito funcionamento da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE JACUPIRANGA.

5.10. APOIO DO STAFF CENTRAL PARA O DESENVOLVIMENTO DA OPERAÇÃO

Além de tudo o já descrito neste Plano de Trabalho, todo o apoio para o desenvolvimento da operação, para as áreas administrativa, financeira, contábil, fiscal, de recursos humanos e jurídica, serão prestadas pelos nossos Departamentos de Recursos Humanos, Departamento Financeiro, Departamento Administrativo, Departamento Contábil e Departamento Jurídico, estruturados em nossa central administrativa localizada na matriz do INCS.

Todo o compliance, normas e rotinas operacionais serão emanadas do nosso Staff Central, composto pelo nosso Núcleo Executivo juntamente com a equipe de colaboradores alocados nos vários departamentos de nossa matriz, bem como todas as assessorias e consultorias que possuímos.

6. CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DAS ATIVIDADES

AÇÕES, SERVIÇOS ASSISTENCIAIS, GERENCIAIS E SERVIÇOS DE APOIO A SEREM EXECUTADOS NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE JACUPIRANGA	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12	Mês 13
Diagnóstico Situacional Inicial													
Transposição da Equipe Gestora Conforme Organograma Funcional													
Transposição da Estrutura Diretiva Conforme Organograma Funcional													
Transposição de Colaboradores Não Médicos													
Transposição dos Profissionais Médicos													
Manutenção dos Serviços Médicos e de Enfermagem													
Organização das Funções Contempladas													
Execução da Política de Recursos Humanos													
Manutenção do Acolhimento e Classificação de Risco da PNH													
Continuidade da Execução do Serviço Humanizado na Unidade de Pronto Atendimento													
Serviços do PCMSO													
Serviços do PPRA													
Implantação do SESMT													
Implantação da Comissão de Gerenciamento de Riscos (CGR)													
Avaliação e Renovação das Contratações de Terceiros (Empresas Terceirizadas)													
Implantação do Sistema PACS Para Disponibilização dos Exames de Imagens Para a Rede													
Implantação do Storage (NAS) Para Disponibilização dos Exames de Imagens Para a Rede													
Implantação do Dashboard Para os Painéis Informativos													
Implantação do Sistema de Governança													
Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)													
Implantação dos Novos Programas de Qualidade em Atenção ao Usuário													
Implantação de Impressoras Zebra e Novas Pulseiras de Identificação dos Pacientes													
Implantação do Núcleo de Educação Permanente e Treinamentos (NEP)													
Implantação de Digitalização da Radiologia													
Implantação do Novo Regimento Interno da Unidade de Pronto Atendimento													
Implantação das Comissões Multidisciplinares (CARP, CEM, CEE, CCIH, CRO e CQ)													
Implantação do Conselho Gestor da Unidade (GCU)													
Revisão dos Protocolos Assistenciais													
Fornecimento de Refeições Para Todos os Colaboradores (Diretos e Indiretos)													
Orientações de Acomodação e Conduta dos Acompanhantes													
Monitoramento dos Instrumentos de Controle de Risco para Visitação													
Revisão da Padronização de Medicamentos, Materiais e Equipamentos (CPMME)													
Implantação do Seguro Institucional													
Implantação da TI - Treinamento das Novas Ferramentas do SIG													
Revisão dos Fluxos de Organização das Atividades													
Revisão das Ferramentas e de Instrumentos de Modernização Gerencial													
Revisão do Manual de Rotinas Administrativas e Financeiras													
Revisão do Manual de Rotinas para Gerência de Almoxarifado e Patrimônio													
Reorganização das Rotinas Administrativas para Faturamento de Procedimentos (BPA)													
Reorganização dos Serviços Administrativos, Financeiros e Gerais													
Gestão Logística dos Estoques da Farmácia e do Departamento de Suprimentos													
Revitalização da Comunicação Visual da Unidade de Pronto Atendimento													
Instrumentos de Comunicação e Informação com o DMS de Jacupiranga													
Elaboração do Novo Cronograma / Execução de Manutenção Preventiva dos Equipamentos													
Implantação de Brigada de Incêndio													
Realização das Pesquisas de Satisfação													
Verificação dos Indicadores de Impacto													
Prestação de Contas Financeiras e Fiscais à DMS de Jacupiranga													
Apresentação de Relatório de Atividades à DMS de Jacupiranga													
Avaliação Global - Comissão de Avaliação e Fiscalização do Contrato de Gestão													

6.1. QUANTIDADE DE ATIVIDADES PROPOSTAS PARA A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE ACORDO COM AS AÇÕES E SERVIÇOS DISPOSTOS NO CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DAS ATIVIDADES

As atividades que propomos para o município, de acordo com o estabelecido pelo instrumento convocatório, são:

- ✓ Assunção das atribuições referentes à UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.
- ✓ Implantação e realização das diretrizes das políticas administrativas, financeiras, assistenciais e gerenciais do INCS.
- ✓ Realização de processo seletivo, contratação e treinamento operacional de colaboradores para as diversas equipes multifuncionais, desde a equipe médica, equipe técnica, pessoal administrativo e o pessoal de apoio, necessários ao bom desenvolvimento dos trabalhos.
- ✓ Implantação do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), com execução do PPRA - Programa de Prevenção de Riscos Ambientais e realização do PCMSO - Programa de Controle Médico em Saúde Ocupacional.
- ✓ Implantação e realização dos processos operacionais administrativos, financeiros e de apoio através de manuais pré-estabelecidos pela nossa Instituição, estruturados através das Boas Práticas de Gestão em Estabelecimentos de Saúde.
- ✓ Realização de Diagnóstico Situacional Inicial, através de um levantamento de dados e informações do primeiro mês de atendimento do novo Contrato de Gestão, da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, assim como documentação escrita e fotografada da Unidade de Saúde em questão, registrando-se este diagnóstico, para que futuramente, possamos realizar comparações entre a situação inicial na ocasião da assunção do Contrato de Gestão frente à situação atual.
- ✓ Realização no mínimo das metas quantitativas e qualitativas estabelecidas no Edital, na prestação de assistência à saúde na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.
- ✓ Manutenção do funcionamento da totalidade dos leitos operacionais de urgência e emergência e de observação da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.
- ✓ Execução dos Serviços de Laboratório Clínico.
- ✓ Implantação e realização de Serviço de Atenção ao Usuário – Ouvidoria (SAU).
- ✓ Implantação e desenvolvimento das Comissões Multidisciplinares previstas.

- ✓ Intervenção nos fatores de risco aos quais a população está exposta.
- ✓ Implantação e execução do Fluxograma de Recepção para o atendimento de pacientes de urgência/emergência e pronto atendimento, com a promoção dos protocolos de Acolhimento, Triagem e Classificação de Risco, para o atendimento na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, para todas as recepcionistas.
- ✓ Implantação e execução dos Protocolos de Acolhimento e Classificação de Risco para a UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, que têm como objetivo humanizar e oferecer atendimento digno ao paciente que procura os serviços, visando diminuir os riscos e sequelas que possam surgir durante a espera em receber atendimento, para a equipe médica e de enfermagem.
- ✓ Implantação e execução do Fluxograma de Urgência e Emergência, com a promoção dos protocolos pertinentes, para os colaboradores envolvidos nessas atividades assistenciais.
- ✓ Implantação e execução dos Protocolos de Procedimentos Médicos e de Enfermagem, que dita métodos e procedimentos adotados e aprovados pela Instituição e pelos respectivos Conselhos Profissionais, para Clínica Médica e Pediatria.
- ✓ Implantação e desenvolvimento do Núcleo de Educação Permanente (NEP), para treinamento da equipe de enfermagem e médica, estabelecendo rotinas para Avaliação Técnica e Comportamental.
- ✓ Implantação e desenvolvimento do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), para estabelecimento das normas de segurança de atendimento e procedimentos, estabelecendo rotinas para avaliação de risco e segurança dos pacientes e demais usuários da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.
- ✓ Implantação e coordenação do Conselho Gestor da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, com a participação dos usuários, já que os mesmos utilizam o serviço de saúde do SUS, onde poderá ser discutido e decidido o dia-a-dia dos serviços ali demandados e executados, pois devemos oportunizar a participação dos segmentos organizados da comunidade, na definição e operacionalização da política de saúde a nível local.
- ✓ Implantação e realização do Cronograma de Execução de Manutenção Predial, que contemple além das atividades inerentes ao setor, a paulatina revitalização da ambiência interna e externa e a eliminação de não conformidades existentes, para melhoria dos processos operacionais.
- ✓ Implantação e realização do Cronograma de Execução de Manutenção Preventiva e Corretiva dos Equipamentos (Engenharia Clínica).
- ✓ Implantação e realização do Cronograma de Execução de Manutenção de Mobiliários.
- ✓ Implantação, execução e controle do PGRSS – Plano de Gerenciamento de

Resíduos Serviços de Saúde.

- ✓ Implantação, treinamento e coordenação da Brigada de Incêndio, com objetivo de proporcionar aos participantes, conhecimentos básicos sobre prevenção, isolamento e extinção de princípios de incêndio, abandono de área, técnicas de primeiros socorros e adequação da Instituição às legislações específicas.
- ✓ Atendimento e desenvolvimento contínuo da PNH – Política Nacional de Humanização.
- ✓ Treinamento da equipe médica e de enfermagem, com a promoção de cursos em Educação Permanente (NEP), visando suporte avançado de atendimento no trauma e nas doenças cardiológicas, que objetivam o suporte de vida à vítima, com um padrão de atendimento, tendo objetivo principal não agravar lesões já existentes ou gerar novas lesões (iatrogenias).
- ✓ Treinamento dos demais colaboradores, com a promoção de cursos em Educação Permanente, visando suporte básico de atendimento no trauma e nas doenças cardiológicas, que objetivam o suporte de vida à vítima, com um padrão de atendimento, tendo objetivo principal não agravar lesões já existentes ou gerar novas lesões (iatrogenias).
- ✓ Treinamento para atendimento de múltiplas vítimas envolvendo Corpo de Bombeiros, Defesa Civil, Guarda Municipal (se houver), Pronto Atendimento e Rede Básica de Saúde, para contingência de estado de emergência ou calamidades com objetivo de preparar as equipes para acidentes com múltiplas vítimas, destacando técnicas de triagem, que possibilitam avaliar os danos e definir as prioridades no atendimento e resgate, em situações de alta complexidade.
- ✓ Capacitação dos colaboradores para utilização das ferramentas do Sistema de Informações Gerenciais – SIG, abrangendo: atendimento, cadastro, farmácia, pronto atendimento, observação, enfermarias, internamento, nutrição, SAME e demais serviços de apoio, buscando a integração da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, proporcionando a obtenção de dados e informações para a realização do planejamento estratégico.
- ✓ Gerenciamento diário dos Enfermeiros Supervisores pelo Gerente de Enfermagem (RT), bem como para os demais enfermeiros responsáveis por setores, realizando análises, com consequente fomentação e aperfeiçoamento do Plano de Trabalho de Enfermagem que será seguido, bem como a fiscalização do cumprimento do Regimento de Enfermagem, a atualização e melhora do mesmo, e ainda, realização de reuniões com a equipe de enfermagem com registro em ata.
- ✓ Promoção de palestras e treinamento sobre humanização (PNH), para

as equipes multidisciplinares, com intuito de dinamizar e influenciar mudanças de práticas e mudanças de padrões comportamentais para que o cliente seja bem atendido.

- ✓ Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação; assim como tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a entrada do paciente e que podem ser necessárias adicionalmente devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas.
- ✓ Fornecimento de materiais e medicamentos que sejam requeridos pelo médico do corpo clínico da instituição durante o processo de internação ou atendimento de urgência e emergência, de acordo com listagem do SUS – Sistema Único de Saúde e da padronização da Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos – CPMME.
- ✓ Fornecimento de refeições para os pacientes internados, acompanhantes devidamente autorizados e colaboradores diretos e indiretos de plantão.
- ✓ Fornecimento de enxoval, com roupas hospitalares, uniformização e identificação para todas as equipes multidisciplinares.
- ✓ Realização de Pesquisas de Satisfação dos Usuários, através de totens eletrônicos, entrevistas diretas e meios físicos.
- ✓ Comunicação imediata à Vigilância Epidemiológica do Município dos casos suspeitos ou confirmados de doenças de notificação compulsória, conforme Lei Federal nº 6259 de 30/10/75 e portaria nº 33 de 14/07/2005 do Ministério da Saúde, através da implantação do Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NVE).
- ✓ Divulgação dos serviços relevantes (release), realização marketing institucional (endomarketing com publicação de periódicos).

Além das atividades determinadas pelo Edital e Anexos acima descritas, implantaremos as seguintes melhorias, para que possamos aperfeiçoar e otimizar performance da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, como segue:

- ✓ Implantação do Agente de Fluxo.
- ✓ Implantação das faixas de orientação de fluxo.
- ✓ Implantação dos Dashboards.
- ✓ Implantação do PACS para a disponibilização de imagens para a rede.
- ✓ Implantação do NAS – Network Attached Storage para o suporte de armazenamento de imagens de laudo.
- ✓ Implantação e execução do Projeto Facilitando o Acesso.
- ✓ Desenvolvimento, em parceria com instituições de ensino locais, pesquisa em saúde e formação profissionalizantes loco regionais, de campos de estágio para todas as atividades multiprofissionais existentes na UNIDADE

DE PRONTO ATENDIMENTO.

- ✓ Revitalização paulatina da ambiência interna e externa, na medida do possível.
- ✓ Eliminação constante das não conformidades eventualmente apontadas pela Vigilância Sanitária.

721

C6. APRESENTAÇÃO DOS PROGRAMAS DE MANUTENÇÃO PREDIAL E DE EQUIPAMENTOS

Com relação à manutenção predial e manutenção de mobiliários, o INCS manterá em bom estado, durante todo o Prazo da Vigência do Contrato de Gestão, as instalações civis, hidráulicas e elétricas e especiais, como a caixa d'água e a manutenção, higienização e desinfecção dos aparelhos climatizadores e cortinas de ar (PMOC).

Realizaremos também a manutenção preditiva e preventiva, evitando-se assim a corretiva, referente ao grupo gerador, bem como à rede de gases medicinais.

Com relação aos Serviços de Engenharia Clínica, o INCS manterá o parque tecnológico instalado em bom estado, através de manutenções preditivas, preventivas e corretivas, durante todo o Prazo da Vigência do Contrato de Gestão, sendo que locaremos alguns equipamentos para o reforço e retaguarda operacional.

1. SISTEMÁTICA DE PROGRAMAS DE MANUTENÇÃO PREDIAL E DE EQUIPAMENTOS

A nossa proposta para a sistemática de programas de manutenção predial e de equipamentos, se divide em três tópicos:

- I- Manutenção Preditiva, quando aplicável.
- II- Manutenção Preventiva.
- III- Manutenção Corretiva.

1.1. NORMAS PARA FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES (PREDITIVA, PREVENTIVA E CORRETIVA)



Poucas pessoas conhecem o trabalho da Engenharia Clínica, entretanto, ela é essencial para o funcionamento de estabelecimentos de saúde, como grandes clínicas, hospitais e unidades de pronto atendimento.

A Engenharia Clínica é um campo do conhecimento que deriva da engenharia biomédica e que foca na gestão de tecnologias de saúde, usando conhecimentos de engenharia e técnicas gerenciais para proporcionar uma melhoria nos cuidados dispensados ao paciente.

Os engenheiros entraram no ambiente hospitalar americano nos anos 60 em resposta às preocupações com a segurança dos pacientes, bem como a rápida proliferação dos equipamentos e avanços na medicina.

Logo, viram-se envolvidos com testes de performance e de segurança elétrica, bem como ações que promovessem o treinamento dos profissionais que utilizariam os equipamentos junto aos pacientes.

Hoje, no cenário brasileiro, pode-se dizer que a engenharia clínica é composta por profissionais multidisciplinares que atuam em sua maioria dentro de um Estabelecimento Assistencial de Saúde – EAS ou numa rede de saúde e que agem cooperativamente com administradores e demais profissionais da assistência ao paciente no planejamento tecnológico de suas atividades produtivas e na seleção adequada, criteriosa e imparcial de tecnologias existentes no mercado visando segurança e custo/benefício.

Assim, cabe a Engenharia Clínica analisar e oferecer ao administrador hospitalar e demais profissionais da assistência várias opções de escolha de tecnologias a partir de estudos científicos e, desta forma, estabelecer conjuntamente com os mesmos a especificação técnica detalhada para os setores responsáveis.

É através da Engenharia Clínica que ocorre a estratégia de gestão da vida útil da tecnologia incorporada, maximizando a produção da equipe de assistência com segurança através do ideal da promoção de um departamento ou setor interno ao EAS, composto por profissionais qualificados, que sejam capazes de realizar rotinas de manutenções preventivas e corretivas ou de verificações ou calibrações com maior agilidade e proximidade do setor assistencial demandante, com confiabilidade e orientação didática, haja vista que grande parte da demanda de serviços técnicos possui soluções simples ligadas ao ambiente ou à forma de uso.

Em casos nos quais a solução é mais complexa e escapa à estrutura ou expertise do setor interno de Engenharia Clínica, a equipe interna age delegando e supervisionando a atividade contratada prestada por empresas de assistência técnica ou pelo fornecedor/fabricante do equipamento.

De fato, é a equipe técnica de Engenharia Clínica do EAS que verifica em campo se a empresa contratada está agindo conforme os termos contratuais ou conforme o orçamento, com ética e segurança, fazendo a avaliação periódica da qualidade na prestação dos serviços pós-venda e, desta forma, gerando informações que podem influenciar novas aquisições de tecnologia.

Neste contexto, o profissional de engenharia clínica se posiciona de tal forma que pode vir a apontar falhas de segurança percebidas em projetos de tecnologias junto aos órgãos competentes e fabricantes, bem como apontar relação de dependência desleal de peças e outros abusos, e por isso a importância da imparcialidade do profissional e de seu compromisso com os valores do EAS para o qual trabalha.

Dessa maneira, a Engenharia Clínica deve ser reconhecida como importante componente na gestão de risco hospitalar, agindo nas causas-raízes dos eventos adversos e promovendo a sua mitigação e prevenção.

Também temos o fato de estarmos vivendo em um momento delicado na economia brasileira e os custos de manutenção de equipamentos médicos, terem aumentado muito.

Com isso a necessidade de driblar alguns desafios da gestão desse maquinário é ponto chave dentro de instituições de saúde.

Com isso setor de Engenharia Clínica, aplicando um método de logística hospitalar adequada, pode vir a reduzir tais custos.

De todas as despesas que cabem em uma unidade de saúde, o seu parque tecnológico se destaca como o que mais gera custos.

1.1.1. Âmbito de Competência da Engenharia Clínica

Um engenheiro clínico irá participar dos principais processos de gestão de uma unidade de saúde: gestão de tecnologia, de resíduos e de finanças. Assim, ele otimiza o uso de recursos, além de diminuir os riscos de infecção hospitalar.

1.1.1.1. Importância da Engenharia Clínica

Apresentamos três fatos que provam a importância da Engenharia Clínica:

- ✓ Obrigatoriedade da presença do Departamento de Engenharia Clínica em hospitais: em uma resolução de 2.010, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) estabeleceu que todo hospital ou pronto atendimento com mais de 300 (trezentos) leitos deverá ter, em seu quadro de gestão, um profissional especializado em Engenharia Clínica.

A equipe de engenharia clínica é tão importante que a resolução determina que esses profissionais devem estar presentes, inclusive, na fase do projeto

da unidade de saúde, quando ele ainda não começou a ser construído. Nesse início, o engenheiro clínico irá dizer os pré-requisitos para a instalação dos mais diversos equipamentos e irá determinar a área ideal para cada setor do ponto de vista da segurança em saúde. Ele trará o olhar da saúde para as instalações físicas.

- ✓ O Engenheiro Clínico melhora o fluxo da gestão dos hospitais: como ele é um profissional multidisciplinar, vários setores podem convergir seus processos de gestão para a engenharia clínica.

Vamos mostrar na sequência, as diversas possibilidades de integração de outros setores com a engenharia clínica:

- ✓ Logística: a equipe de Engenharia Clínica poderá indicar quais equipamentos são realmente uma prioridade para a unidade de saúde, o que deve ser reformado, como fazer uma transição segura durante mudanças estruturais;
- ✓ Finanças: ele pode receber agentes de leasing e atuar diante dos agentes financeiros de modo a criar uma gestão voltada para a unidade de saúde, com um olhar para a saúde;
- ✓ Recursos Humanos: ele irá ajudar a dimensionar equipes, controlar a necessidade de determinados especialistas nos plantões, inspecionar as práticas médicas.
- ✓ Relações Institucionais: ele pode estabelecer parcerias com laboratórios e outras instituições, além de receber as agências reguladoras para inspeção e auditoria.

- Economia em Contratos: um estudo científico divulgado na Revista Brasileira de Engenharia Biomédica mostrou que a presença da dessa equipe diminuiu significativamente os custos contratuais do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (UFU).

Em 2.010, sem essa equipe, teriam sido gastos cerca de 3,6 milhões de reais em contratos de gases e imagens. Com uma equipe de biomedicina, esse valor caiu para 737 mil reais. Uma mudança mais do que significativa. No caso da manutenção de equipamentos a diferença também foi gritante. Com a Engenharia Clínica, os gastos são de 3,4 milhões por ano ao passo que, no caso da inexistência dessa equipe, eles seriam estimados em 5,4 milhões.

Percebe-se assim como a presença da Engenharia Clínica é essencial para praticamente todas as atividades de uma unidade de saúde, pois trata-se afinal, de uma área completamente voltada para as necessidades da área, trabalhando com processos, indicadores e métricas voltados para a gestão desses equipamentos de saúde.

1.1.1.2. Atribuições da Engenharia Clínica

Como já demonstrado, a Engenharia Clínica é uma área relativamente nova e tem como atribuições a gestão das tecnologias em saúde (medicamentos, equipamentos, materiais médicos, etc.), treinamento de pessoal técnico e clínico sobre padrões e regulamentos das autoridades sanitárias e segurança do trabalhador no ambiente de saúde.

A segurança do trabalho em ambientes de saúde envolve a identificação dos perigos na versão macro e microambiental.

Além disso, o método se propõe a identificar, investigar e indicar medidas para evitar possíveis acidentes de trabalho, tais como:

➤ **Identificação dos Perigos Macroambientais das Unidades de Saúde**

Os perigos macroambientais se referem à infraestrutura do ambiente de uma unidade de saúde.

No primeiro momento, deve ser avaliado a integridade das paredes e pisos da unidade de saúde e o fluxo de pessoas.

As paredes não podem conter infiltrações, pois aumenta a umidade do ambiente e facilita a proliferação de microorganismos.

O piso e paredes não podem conter rachaduras e devem ser resistente aos produtos químicos que serão aplicados.

O fluxo de pessoas deve ser sempre no sentido do ambiente com potencial de contaminação menor para o ambiente com maior potencial de contaminação.

As portas devem estar dentro das regras de normatização diferenciada conforme o serviço prestado e restrição de circulação dos colaboradores do unidade de saúde.

➤ **Identificação de Insalubridades e Periculosidades**

É importante fazer uma análise criteriosa dos setores da unidade de saúde para identificar os perigos relacionados à insalubridade e periculosidade.

A primeira é conceituada como exposição à agentes nocivos a saúde, acima dos limites de tolerância fixados em razão da característica, intensidade e do tempo de exposição ao agente.

Um exemplo de insalubridade é a exposição à radiações ionizantes. Nesse caso, é fortemente recomendado o uso do dosímetro e radiometria do ambiente.

A periculosidade se refere ao contato permanente com produtos inflamáveis ou explosivos em condições de risco acentuado.

A utilização correta dos equipamentos hospitalares e a manutenção preditiva e preventiva destes pode diminuir esses problemas.

1.1.1.3. Classificação e Prevenção dos Riscos Ocupacionais

Risco ocupacional é a probabilidade de ocorrência de algo inesperado no ambiente de trabalho.

É importante reconhecê-los e propor medidas corretivas e preventivas, como segue:

- a) Riscos Físicos: são os ruídos, temperaturas excessivas, radiações e umidade.
 - Para amenizar os ruídos são utilizados protetores auriculares quando os colaboradores estão manuseando um equipamento que emite muitos ruídos.
 - Para temperaturas excessivas recomenda-se a monitoração com termômetros apropriados, reajuste dos equipamentos (como berços aquecidos) e utilização de ventilação quando aplicável.
 - Para problemas de umidade, a medida mais assertiva é solicitar o serviço de manutenção e manter o local arejado.
- b) Riscos Químicos: são os produtos químicos utilizados para desinfecção, esterilização, limpeza e também na manutenção de equipamentos hospitalares (óleos, solvente, etc.).

As medidas incluem orientação periódica do trabalhador, uso de equipamento de proteção individual, diminuição da exposição aos produtos mais tóxicos e realização de exames clínicos conforme determinação do setor responsável.
- c) Riscos Ergonômicos: se referem ao esforço físico, levantamento de peso, jornada de trabalho prolongada, plantão noturno e outros que podem causar estresse físico e mental.

As estratégias para minimizar esses riscos são ginástica laboral, atividades de socialização e descontração no ambiente de trabalho e tratamento personalizado para cada colaborador.
- d) Riscos Biológicos: são os microorganismos presentes no ambiente de saúde.

Medidas corretivas devem ser avaliadas junto ao Serviço de de Controle de Infecção Hospitalar – SCIH.

Como medida preventiva, deve-se verificar a imunidade de todos os colaboradores através da conferência do cartão de vacinas e a instituição de equipamentos de proteção individual para aqueles que mantêm contato direto com pacientes altamente infectados.

1.1.1.4. Trabalho em Conjunto Com Enfermagem

Garantir a assistência clínica de excelência ao paciente é a missão de todo equipamento de saúde. Para isso, são necessários recursos humanos aptos para essa função e insumos hospitalares de qualidade.

Nessa situação, é crucial a participação do enfermeiro, responsável por executar procedimentos clínicos, aplicar medicamentos e acompanhar a evolução do tratamento do paciente.

Além dessas funções, é importante que esse profissional participe de questões gerenciais, tais como a seleção de materiais médicos e equipamentos hospitalares.

Os equipamentos hospitalares são necessários para o bom funcionamento do equipamento de saúde, e sua gestão deve ser compartilhada entre o serviço de enfermagem e o de Engenharia Clínica.

1.1.1.5. Quatro Benefícios da Atuação do Serviço de Enfermagem em Conjunto com a Engenharia Clínica na Gestão de Equipamentos

- a) Elaborar Parecer Técnico: durante o expediente, os enfermeiros participam de praticamente todos os processos clínicos e gerenciais. Devido a isso, assumem importante influência na seleção de equipamentos, pois conseguem avaliar de forma cotidiana as tecnologias com a melhor relação entre custo e benefício, as marcas de equipamentos que frequentemente apresentam falhas e a percepção do paciente sobre os aparelhos. Sendo assim, eles podem contribuir para o processo de compras, formalizando sua análise por meio da elaboração de pareceres técnicos. Esses documentos podem trazer diversas descrições, com informações clínicas e práticas, respaldadas por conhecimentos de enfermagem, além de sugerir e credenciar fabricantes para submeter sua proposta ao setor de compras.
- b) Identificar Problemas nos Equipamentos Médicos: o enfermeiro que lida com equipamentos diariamente deve ser treinado para diferenciar falhas humanas e técnicas. As primeiras se relacionam ao desconhecimento de um novo funcionário sobre as regras de utilização do aparelho, falta de atenção ou sobrecarga de trabalho. Devem ser corrigidas com medidas gerenciais e treinamentos específicos. As falhas técnicas dos equipamentos devem ser identificadas e logo reparadas para não comprometer a assistência ao paciente. Nessa questão, os enfermeiros devem ser orientados pela equipe de engenharia clínica para saber detectar um problema e caracterizá-lo como emergencial, a fim de tomar as devidas providências de maneira mais rápida e eficiente.

- c) Fazer Testes em Equipamentos Consignados: é comum que equipamentos de pequeno porte sejam deixados no ambiente de saúde, pelos fabricantes, sob consignação, para teste e avaliação do enfermeiro. Inicialmente, o equipamento é inspecionado pelo serviço de Engenharia Clínica, que evidenciará se existe infraestrutura adequada para funcionamento dessa tecnologia. Nessa etapa, são avaliadas as fontes de energia, setor em que será instalado e as viabilidades econômica e clínica. Em seguida, o enfermeiro responsável fará o teste, de preferência na presença do engenheiro clínico, e classificará o desempenho do equipamento como satisfatório ou insatisfatório. Posteriormente, fará um relatório abordando os prós e contras desse equipamento, concluindo, se for o caso, pela recomendação para aquisição.
- d) Garantir Cuidados nos Equipamentos dos Setores: além das manutenções preditivas e preventivas previstas pelo serviço de Engenharia Clínica, é importante que o enfermeiro conscientize sua equipe sobre os cuidados básicos com o equipamento. Essas orientações se referem a diversos itens, como limpeza, desinfecção, transporte adequado, regras gerais de utilização, reposição de insumos quando necessário, etc. Para todas essas atividades devem existir procedimentos operacionais padronizados, além de treinamentos programados para abordar constantemente essas questões. A gestão de equipamentos hospitalares deve ser elaborada pelo serviço de Engenharia Clínica e executada pela equipe de enfermagem. O enfermeiro apresenta um papel importante na instituição, pois está presente em todo o processo e envolvido com as questões clínicas e gerenciais. Por isso, sua participação na gestão de equipamentos hospitalares é fundamental para garantir assistência clínica de qualidade num custo racional.

1.1.1.6. Manutenção Preditiva, Preventiva e Corretiva de Equipamentos

É fato que para reduzir custos de manutenção de equipamentos médicos é preciso inicialmente fazer um planejamento dessas manutenções. Sabemos que em geral existem três tipos de manutenção em equipamentos médicos, a manutenção corretiva, manutenção preventiva e a manutenção preditiva.

- Manutenção Preditiva: é uma espécie de check list regularmente agendado através de um cronograma de execução.
- Manutenção Preventiva: é aquela que busca impedir um acontecimento falho, evitando-o antes mesmo que aconteça.
- Manutenção Corretiva: é aquela realizada após a quebra ou falha de um equipamento, ou seja, a correção das falhas.

Portanto o planejamento é feito em cima das manutenções preditivas e preventivas, já que as corretivas não tem como ser antecipadas.

Os primeiros passos para elaborar um planejamento de manutenções são:

➤ **Mapeamento do Parque Tecnológico**

O primeiro passo é fazer o levantamento de todos os equipamentos existentes nas dependências do equipamento de saúde.

É importante que todas as informações do equipamento sejam de fácil acesso, tais como:

- Dados de identificação do equipamento (nome, data de aquisição, código de rastreio, etc.);
- Grau de risco;
- Localização; e,
- Histórico de manutenções (ficha vida).

Tendo esses dados prontos para serem revistos mediante a uma necessidade já faz com que o planejamento já seja iniciado de forma organizada.

➤ **Levantamento das Dificuldades Com os Equipamentos**

Nesse ponto, não há segredo, todos os colaboradores de usam os equipamentos devem expor as dificuldades que enfrentam com cada equipamento. Dessa forma é possível levantar as falhas iminentes a esses equipamentos.

➤ **Cronograma**

De acordo com os dados coletados monta-se um cronograma conforme as necessidades.

➤ **Avaliação dos Custos de Manutenção**

Em 2.015 as despesas com manutenção e assistência técnica, em comparação com os anos de 2.013 e 2.014, cresceram 15,6%, de acordo com relatório lançado pela Associação Nacional de Hospitais Privados, a ANAHP.

Portanto algo deve ser feito em relação às práticas que podem estar prejudicando o setor de manutenção e engenharia clínica e o que deve ser feito para ter maior controle e reduzir custos.

De acordo com o manual de gerenciamento e manutenção de equipamentos médicos do Ministério da Saúde, os valores médios anuais de manutenção devem girar em torno de 7% do valor de aquisição do equipamento.

Assim, para se levantar esse valor é preciso buscar o custo médio de aquisição dos equipamentos.

Valores maiores que este, podem servir como argumento para a desativação da equipe de Engenharia Clínica e contratação de serviços externos, tendência seguida por hospitais de pequeno porte.

1.1.1.7. Terceirizar ou Não?

Muitas unidades de saúde ainda tem uma visão muito fechada quanto a implantação de um setor próprio de manutenção. Claro que depende do porte de cada instituição de saúde.

É certo que quando não há uma equipe especializada em engenharia clínica dentro da instituição de saúde as manutenções ficam a mercê de pessoas que talvez não estejam tão preparadas para exercer a função de da gestão do parque tecnológico. Como sabemos, a falta de preparo de uma equipe ou pessoa responsável por equipamentos de alta tecnologia pode gerar – e gera – perda financeira.

É fato que, quando existe certa urgência na corretiva de algum equipamento, a unidade de saúde precisa enviar o equipamento para manutenção externa e, em geral, só fica sabendo do valor depois que o serviço foi realizado. Se isso se repete com frequência os custos de manutenção se tornam altos demais.

Uma opção para um unidade de saúde de pequeno porte é, por exemplo, elaborar contratos precisos e rigorosos com prestadores de serviço de engenharia clínica e assim evitar falhas ou perdas. Já para hospitais de grande porte, com parque tecnológico avançado, a melhor opção é ter uma equipe de engenharia clínica interna. Isso porque a Engenharia Clínica possibilita a redução de custos de manutenção e aumenta a eficácia dos procedimentos relacionados com a tecnologia na saúde. Além de que reduções acontecem em sua maioria nas áreas de manutenção. Para isso, o engenheiro clínico precisará coletar dados pertinentes e confiáveis que identifiquem as áreas que apresentam potencial para redução de custos.

Em resumo, para evitar os altos custos de manutenção, é importante que diretores, gestores e demais funcionários envolvidos se reúnam e façam o planejamento – isso inclui mapeamento do parque tecnológico –, levantamento das dificuldades enfrentadas e cronogramas.

Também avaliar os custos atuais de manutenção e por fim, decidir qual a melhor opção para instituição de saúde naquele momento, optando por terceirizar ou implementar uma equipe interna de engenharia clínica.

É preciso buscar dados precisos sobre os processos de cada instituição de saúde para assim tomar a decisão que melhor se encaixe a realidade, e ter profissionais capacitados a frente desse tipo de função é fundamental.

1.1.1.8. Manutenção Preditiva e Preventiva

Manutenção Preditiva e Preventiva em unidades de saúde são caracterizadas por atividades que previnem o aparecimento de problemas, mantendo os equipamentos médicos em boas condições de operação. São atividades que evitam o desgaste desnecessário das tecnologias em saúde para que não ocorra queda ou

falha inesperada do equipamento.

As vantagens de introduzir esse tipo de manutenção são a redução de custos, o aumento da vida útil do equipamento e a segurança para o paciente. Quando implementada e executada adequadamente, reduz as solicitações de manutenção corretiva, que ainda correspondem a 85% em unidades de saúde. Também proporcionam maior vida útil dos equipamentos eletromédicos porque, por meio dessa estratégia, ocorrerão mais reparos programados, aumentando a segurança e o desempenho do aparelho.

Em relação ao paciente, a manutenção preventiva pode identificar situações simples: luz queimada de um aparelho ou falha do eletrocardiógrafo para imprimir o laudo; não acionamento de alarme em equipamentos cardíacos; erros no gotejamento de substâncias na bomba de infusão; choque elétrico e outras.

Funciona basicamente como a revisão programada de um veículo, sendo que nos dois casos é necessário um roteiro objetivo eficaz.

➤ **Etapas da Manutenção Preditiva**

- ✓ **Inventário:** consiste no cadastro de todos os equipamentos por meio de um formulário padrão adotado pelo equipamento de saúde. Nesse documento deve constar o nome do equipamento, modelo, fabricante, número do patrimônio, contato da assistência técnica autorizada, validade da garantia, data e setor da instalação e tipo de manutenção realizada.
- ✓ **Grau de utilização e análise do risco:** deve-se avaliar a frequência de utilização dos equipamentos e sua importância estratégica no funcionamento dos setores. Equipamentos muito utilizados tendem a desgastar mais rapidamente, o que não ocorrerá nos aparelhos de pouca utilização. Equipamentos cuja paralisação acarrete perda de receita devido à interrupção das atividades do setor também devem ser analisados criteriosamente. Quanto à análise do risco, é importante avaliar o dano que pode causar no paciente ou operador caso seja detectada uma falha inesperada. A partir desse diagnóstico, a equipe de manutenção determinará quais atividades serão mais indicadas para cada equipamento.
- ✓ **Tipos de atividade:** primeiro deve-se comunicar formalmente o setor onde será realizada a manutenção, com uma estimativa de tempo. É importante listar as ferramentas necessárias para a execução das tarefas descritas para cada equipamento. Podem ser requeridas atividades simples de inspeção visual do equipamento (integridade da superfície externa, condições dos fios condutores, desgastes das engrenagens etc.) e posterior limpeza com os produtos adequados. Também serão avaliadas: troca de peças genuínas, lubrificação, aferição e calibração dos equipamentos conforme orientações do fabricante. Os testes de desempenho e segurança dos equipamentos constituem ações para verificação elétrica e radiológica, e possíveis

contaminações. Alguns equipamentos devem realizar e documentar a manutenção preventiva para adequação aos órgãos sanitários (ANVISA) e de segurança (CNEN). Todas as atividades realizadas devem ser registradas no cadastro do equipamento que será arquivado no serviço de manutenção.

- ✓ **Estabelecimento da periodicidade da manutenção:** com base nas manutenções já realizadas, na vida útil das peças genuínas e nas recomendações do fabricante, é possível estabelecer a frequência de visita aos setores.

Todas as etapas acima descritas, são cruciais para a implantação da manutenção preventiva e devem ser modificadas conforme a rotina do equipamento de saúde.

É preciso também ser discutida e aprovada pelos representantes do corpo técnico, do corpo administrativo e do setor de gestão de equipamentos.

Este último faz parte da engenharia de manutenção, que tem como objetivo manter a disponibilidade do equipamento utilizando a melhor técnica com o menor custo.

➤ **Importância da Manutenção Preventiva e Preventiva nos Equipamentos Médicos**

Quando um equipamento médico falha, a qualidade do atendimento pode cair e até mesmo afetar a saúde e segurança do paciente. É importante ter sempre uma empresa especializada em manutenção de aparelhos médicos a postos, para um pronto reparo caso um dispositivo venha apresentar defeito.

Mais do que remediar situações de falhas de aparelhos, é importante uma manutenção preventiva. Fazer uma checagem em todos os equipamentos, trocar peças já gastas e reparar danos causados pelo tempo ou pelo desgaste do uso é de extrema importância.

1.1.1.9. Reparação e Manutenção dos Equipamentos – 4 Tópicos Vitais Para a Saúde Financeira Proporcionada Pela Engenharia Clínica

1) Equipamentos médicos mantidos adequadamente são mais seguros

Equipamentos com a manutenção em dia são mais seguros para os doentes e para o pessoal médico e de enfermagem. Quando dispositivos são rotineiramente inspecionados e com as manutenções adequadas, possíveis problemas podem ser identificados e resolvidos antes dos mesmos fazerem o equipamento parar completamente de funcionar.

2) Não trabalhe demais, trabalhe de forma inteligente

Executar as manutenções de rotina em no parque de equipamentos também permitem que as instalações operarem de forma mais eficaz. Através de uma abordagem pró-ativa para a manutenções de rotina de um

equipamento médico, podemos agendar um horário para as prevenções, sem ter que comprometer as necessidades dos pacientes.

3) Manutenção preventiva aumenta a vida útil dos equipamentos

Essa importância deve-se ao fato de que as Manutenções Preditivas e Preventivas tem o objetivo de aumentar a vida útil do equipamento, que inclui um bom funcionamento, melhor desempenho, maior segurança, e conseqüentemente, a redução de custos em relação a uma manutenção corretiva, que muitas vezes pode envolver a compra de um novo equipamento, gerando ainda mais despesas com instalação e novas adaptações.

4) Poupe dinheiro com Manutenção Preditiva e Preventiva

As Manutenções Preditiva e Preventiva podem poupar dinheiro de forma significativa. A substituição completa de um dispositivo ou um reparo de emergência são frequentemente mais caras do que essas manutenções de rotina. Ao assegurar que todo o seu equipamento médico está operando em níveis de pico, teremos certeza de que cada dispositivo durará mais tempo. Isso proporciona uma desoneração sobre orçamento de investimento e sobre os custos operacionais dessa área, e ainda ajudam a manter tais despesas controladas ao longo do tempo.

A realização das manutenções dos equipamentos, serão executadas por empresas que possuam experiência comprovada em tais atividades. Tal experiência deverá ser comprovada através de atestados de capacidade técnica e/ou contratos de prestação de serviço para cada atividade, executadas em estabelecimentos de saúde, pelas empresas interessadas em participar da concorrência que promoveremos para estes fins.

As diversas categorias de manutenção dos equipamentos, obedecerão a um Cronograma de Execução, preconizado pelo fabricante de cada equipamento em questão e pelo setor de Engenharia Clínica, quando se tratarem de Manutenções Preditiva e Preventiva, sendo que cada um, possuirá um prontuário com seus dossiês. Todos os tipos de manutenções serão registradas nestes prontuários, sendo obrigatoriamente realizadas por profissionais tecnólogos em saúde.

1.1.1.10. Roteiro de Manutenção de Equipamentos Médicos

Este roteiro de manutenção deve ser simples. Por exemplo:

- ✓ inspeção geral do equipamento, análise do seu estado geral e natureza do equipamento;
- ✓ lubrificação de peças necessárias;
- ✓ teste para verificar o desempenho e a parte elétrica; e,
- ✓ substituição de peças que estejam com a vida útil vencida.

É preciso ainda que a empresa que prestará este serviço tenha em mãos:

- ✓ informações gerais sobre o equipamento;
- ✓ local ou setor onde o aparelho pertence;
- ✓ estado geral, se ativado ou desativado; e,
- ✓ tempo de vida útil.

➤ **Escopo Técnico dos Serviços no Parque de Equipamentos**

Para a gestão do parque de equipamentos, é preciso estar em dia com a manutenção dos mesmos. Dentre os tipos mais comuns de manutenção, podemos citar a Manutenção Preventiva e a Manutenção Preditiva. Os nomes são parecidos, mas o objetivo de cada uma delas é bastante diferente.

Assim, mostraremos a seguir, quais são as suas peculiaridades e qual é a mais indicada para a realidade e as particularidades de cada situação.

Abaixo descrevemos o escopo de cada tipo de manutenções:

➤ **Controles da Manutenção Preditiva**

Para ser mais assertivos no diagnóstico do estado em que estão as máquinas e equipamentos, investiremos na Manutenção Preditiva. Só ela será capaz de identificar as condições reais das máquinas, por meio de dados que informem o *status* atual de degradação, antes mesmo que apresentem os primeiros sinais de falhas. Graças a esse procedimento, torna-se possível evitar trocas desnecessárias de peças e componentes em bom estado, mesmo apesar do tempo de uso.

Imagine o quanto um órgão público investe em trocas e descartes dispensáveis por não possuir esse processo.

➤ **Controles da Manutenção Preventiva**

A Manutenção Preventiva é feita com base em duas variáveis:

- 1) Tempo previsto pelo fabricante ou pela equipe de gestão de equipamentos.
- 2) Prevenção por estado, realizado normalmente quando os equipamentos apresentam algum tipo de desgaste.

Os equipamentos médicos e seus componentes podem apresentar falhas antes do tempo indicado em razão de diversos fatores externos e, muitas vezes, inevitáveis, ou ainda podem ter vida útil mais longa do que o normal.

Por isso não vale o risco de confiar cegamente nas instruções do fabricante.

➤ **Controles de Prevenção da Manutenção Corretiva**

São extremamente necessários, em decorrência dos problemas causados em efeito cascata em outras áreas, quando um equipamento deixa de funcionar.

Aqui criaremos ferramentas para atingir baixíssimos níveis de Manutenção Corretiva.

Os controles e ações (Manutenções Preditivas e Preventivas) que serão realizados no intuito de evitar a Manutenção Corretiva, são:

- ✓ controlar de segurança elétrica;
 - ✓ controlar as calibrações;
 - ✓ executar a Manutenção a Preditiva;
 - ✓ contratar consultoria técnica,
 - ✓ executar as Manutenções Preventivas e Preditivas conforme o parque de equipamentos;
 - ✓ organizar o setor de Engenharia Clínica; e,
 - ✓ implantar suporte à Sistemas de Qualidade (ONA – ISO – ACREDITAÇÃO).
- **Escopo Técnico que Exigiremos do Setor de Engenharia Clínica em Nossa Gestão**
- ✓ consultoria e levantamento de especificação dos equipamentos;
 - ✓ consultoria na área de compras;
 - ✓ consultoria na área predial para instalação e implantação de equipamentos;
 - ✓ levantamento de custos de serviços;
 - ✓ acompanhamento de serviços de terceiros; e,
 - ✓ acompanhamento e gestão de contratos.
- **Inventário do Parque Tecnológico**
- Quais são e em quais sítios funcionais da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO estão alocados os equipamentos.
- **Análise de Obsolescência**
- Análise das condições de funcionamento e conservação dos equipamentos, graduando-os numa escala qualitativa de 5 (cinco) níveis.
- **Implantação de Inspeção dos Equipamentos**
- Rotina de inspeção nos equipamentos com agendamento periódico, conforme cronograma a ser implantado pelo setor.
- **Implantação de Manutenção Preditiva e Preventiva dos Equipamentos**
- Rotina de Manutenção Preditiva e Preventiva periódica nos equipamentos, conforme cronograma a ser implantado pelo setor.
- **Cronograma de Segurança Elétrica e Calibração**
- Cronograma das rotinas periódicas de segurança elétrica e calibrações do parque de equipamentos.
- **Suprimento de Materiais e Insumos**
- Os materiais necessários aos serviços serão adquiridos por nós. Estes materiais terão seus custos apropriados para cada equipamento de destino ou no caso predial ou mobiliários, para cada um respectivamente.

➤ **Implantação de Treinamentos Para os Usuários**

Após a Manutenção Corretiva inicial, serão executados os treinamentos para os usuários.

➤ **Empréstimo de Equipamento**

A empresa contratada terá que obrigatoriamente ceder equipamentos em empréstimo, caso haja necessidade de se retirar um equipamento da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO para manutenção, disponibilizando outro similar (Plano de Contingência)

➤ **Gerenciamento de Contratos**

Gerenciamento dos diversos contratos com empresas prestadoras de serviços terceirizados para equipamentos hospitalares.

➤ **Análise para Aquisição de Novas Tecnologias**

Assessoria na aquisição de equipamentos levando em consideração aspectos técnicos e de custo-benefício.

➤ **Implantação de Estoque Mínimo de Peças e Materiais**

Manteremos um estoque mínimo de peças comumente utilizadas para a manutenção rápida de equipamentos, para os planos de contingência.

➤ **Arquivo Técnico**

Implantaremos arquivo técnico (como por exemplo: manuais e procedimentos operacionais) e levantamento de material para consulta da Engenharia Clínica, que será um dossiê que consubstanciará o prontuário Técnico de cada equipamento.

➤ **Pesquisa de Satisfação**

O setor realizará pesquisas de satisfação periódicas junto aos colaboradores que utilizam cada tipo de equipamento, para se auto avaliar, buscando a melhoria contínua para setor.

➤ **Relatórios Mensais**

Será elaborado e entregue mensalmente um relatório contendo os principais serviços desenvolvidos:

- ✓ pesquisa de Satisfação Usuário;
- ✓ Cronogramas de Manutenção;
- ✓ Cronogramas de Calibração;
- ✓ Cronogramas de Segurança Elétrica;
- ✓ Cronogramas de Treinamentos dos Usuários;
- ✓ ordens de serviços (tipos – locais – tempo); e,
- ✓ listagem completa de todos os serviços executados em arquivo técnico, para fins de histórico e rastreabilidade (prontuário de cada equipamento).

➤ **Mão de Obra Necessária**

ESPECIFICAÇÃO DE MÃO DE OBRA				
Qtd.	Descrição	Formação	Visita	Ação
1	Gerente de Engenharia Clínica	Graduação Superior	Periódica	Administra o Parque de Equipamentos
1	Tecnólogo ou Técnico em Equipamentos Médicos	Graduação Superior ou Técnica	Agendada das 9 as 16 horas	Execução dos Cronogramas de Manutenção e Atendimentos

 ➤ **Perfil e Atribuições do Gerente de Engenharia Clínica**

É o profissional que fará as visitas setoriais, periodicamente, percorrendo as dependências físicas da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, anotando minuciosamente o mesmo item de cada setor, seguindo um check-list, de modo que identifique possíveis problemas para atuar com as soluções (Manutenção Preventiva).

Além disso, a cada 90 (noventa) dias, fará visitas preditivas e preventivas juntamente com a equipe de serviços em cada setor, anotando as ações tomadas em relatório, para gerar estatística.

A cada 06 (seis) meses serão apresentados relatórios estatísticos ao Gerente Administrativo, que serão armazenados em arquivo físico e/ou digital.

Será um profissional de nível superior com experiência em Engenharia Clínica, com as seguintes responsabilidades:

- ✓ planejar as manutenções dos equipamentos respeitando as normas vigentes e a segurança de pacientes e operadores;
- ✓ manter e organizar tudo que se relacionar diretamente aos equipamentos;
- ✓ organizar os procedimentos de manutenção de cada equipamentos;
- ✓ orientar e ajudar as equipes da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO em tudo que está relacionado aos equipamentos;
- ✓ proatividade nas funções de Qualidade e Certificações, colaborando com na implantação de Certificação de Qualidade e/ou Recertificação;
- ✓ zelar pela guarda e conservação de máquinas, equipamentos e ferramentas sob sua responsabilidade;
- ✓ seguir normas e procedimentos da qualidade, segurança e meio ambiente;
- ✓ colaborar com o planejamento estratégico desse setor, com todas as informações sobre Engenharia Clínica;
- ✓ manter o parque tecnológico de equipamentos em pleno funcionamento;
- ✓ manter os cronogramas sempre atualizados e executados;
- ✓ manter equipe técnica executora dos serviços qualificada e treinada ao padrão de trabalho da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO;
- ✓ manter as informações sempre atualizadas aos responsáveis das diferentes unidades funcionais da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO;
- ✓ promover treinamento constante para capacitação dos usuários; e,

- ✓ assegurar aos pacientes, à UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, à equipe médica e de enfermagem, um funcionamento seguro e de excelência no parque equipamentos.

➤ **Atribuições do Técnico ou Técnico em Equipamentos Médicos**

Será um profissional de nível superior ou técnico, com experiência em Engenharia Clínica, com as seguintes responsabilidades:

- ✓ receber as ordens de serviços com as especificações dos trabalhos a serem realizados;
- ✓ verificar os materiais a serem utilizados de acordo com as necessidades e fazer a solicitação;
- ✓ preparar o local para a realização dos serviços;
- ✓ executar serviços de que se referem aos equipamentos;
- ✓ manter o gerente informado sobre o andamento do serviço, bem como sobre os problemas que podem vir a prejudicar sua evolução;
- ✓ seguir e obedecer às normas e os procedimentos da qualidade, segurança e meio ambiente;
- ✓ zelar pela conservação e manutenção dos materiais e equipamentos sob sua responsabilidade;
- ✓ atender as solicitações do seu superior imediato na realização de tarefas correlatas, sempre que necessário;
- ✓ cumprir as normas técnicas e de segurança de sua área; e,
- ✓ zelar pela guarda e conservação de máquinas, equipamentos e ferramentas sob sua responsabilidade.

➤ **Demais Serviços Especializados**

Serviços de notória especialização, que somente o fabricante e seus representantes estão aptos a fazer, sendo que o Gerente de Engenharia Clínica, fará apenas o acompanhamento, certificação e validação da execução dos mesmos.

1.1.1.11. Normas Para Funcionamento do Serviço de Manutenção Predial (Preventiva e Corretiva)

A Manutenção Predial ocorrerá de duas formas mostradas a seguir:

- 1) Para pequenos reparos diários, originados de desgastes pelo uso contínuo, disponibilizaremos 01 (um) Auxiliar de Manutenção.
- 2) Já para os grandes reparos, advindos de eventuais problemas estruturais no prédio, caso ocorram, serão executados por empresas especializadas terceirizadas em cada área, ou seja, Civil, Elétrica e Hidráulica.

➤ **Obrigações dos Setores**

Os responsáveis dos Setores (Supervisor, Gerente, Coordenador ou Encarregados) deverão informar os possíveis defeitos: alvenaria, piso, telhado,

revestimento, pintura, rede de gases, rede hidráulica, janelas, portas, rede de proteção, equipamentos, rede elétrica e mobiliário (Manutenção Corretiva).

➤ **Recursos Humanos que Manteremos**

A equipe de colaboradores será dimensionada de acordo com as bases de atendimento mínimo pré-estabelecidas pelo Edital, ou seja, 01 (um) Auxiliar de Manutenção, que juntamente com o Gerente Administrativo, formarão uma equipe preventiva e equipe de atendimentos corretivos para a UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

➤ **Perfil dos Profissionais**

A estrutura organizacional atrelada com a capacitação da equipe, é, em grande parte, responsável pela excelência do setor. Utilizaremos um modelo de organização centrado no tripé engenharia de manutenção, planejamento e supervisão da execução. O planejamento é tratado como ação da área executiva do INCS e a supervisão como um nível de comando na estrutura operativa, e, com isto o trabalho torna-se mais produtivo.

Esse modelo propiciará também:

- ✓ menor tempo de resposta às solicitações;
- ✓ executantes distribuídos por área para suportar as solicitações do dia a dia;
- ✓ maior familiarização dos profissionais com os equipamentos;
- ✓ maior facilidade de coordenação dos serviços;
- ✓ melhor aproveitamento dos recursos (por especialidade);
- ✓ desenvolvimento técnico (especialistas);
- ✓ maior possibilidade de sinergia no âmbito das especialidades; e,
- ✓ controle de custos centralizados.

Entendemos que uma definição clara do perfil dos profissionais é fundamental para o sucesso da operação. Descreveremos adiante as atribuições e responsabilidades de cada um desses atores.

➤ **Atribuições do Gerente Administrativo**

O Gerente Administrativo fará visitas setoriais periódicas, percorrendo as dependências físicas da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, anotando minuciosamente o mesmo item de cada setor, seguindo um check-list, de modo que identifique possíveis problemas para atuar com as soluções (Manutenção Corretiva).

A cada 90 (noventa) dias, fará visitas preventivas juntamente com a equipe de serviços em cada setor, anotando as ações tomadas em relatório, para gerar relatórios estatísticos.

A cada 06 (seis) meses serão apresentados relatórios estatísticos ao Departamento Municipal de Saúde, que deverão ser armazenados em arquivo físico e/ou digital.

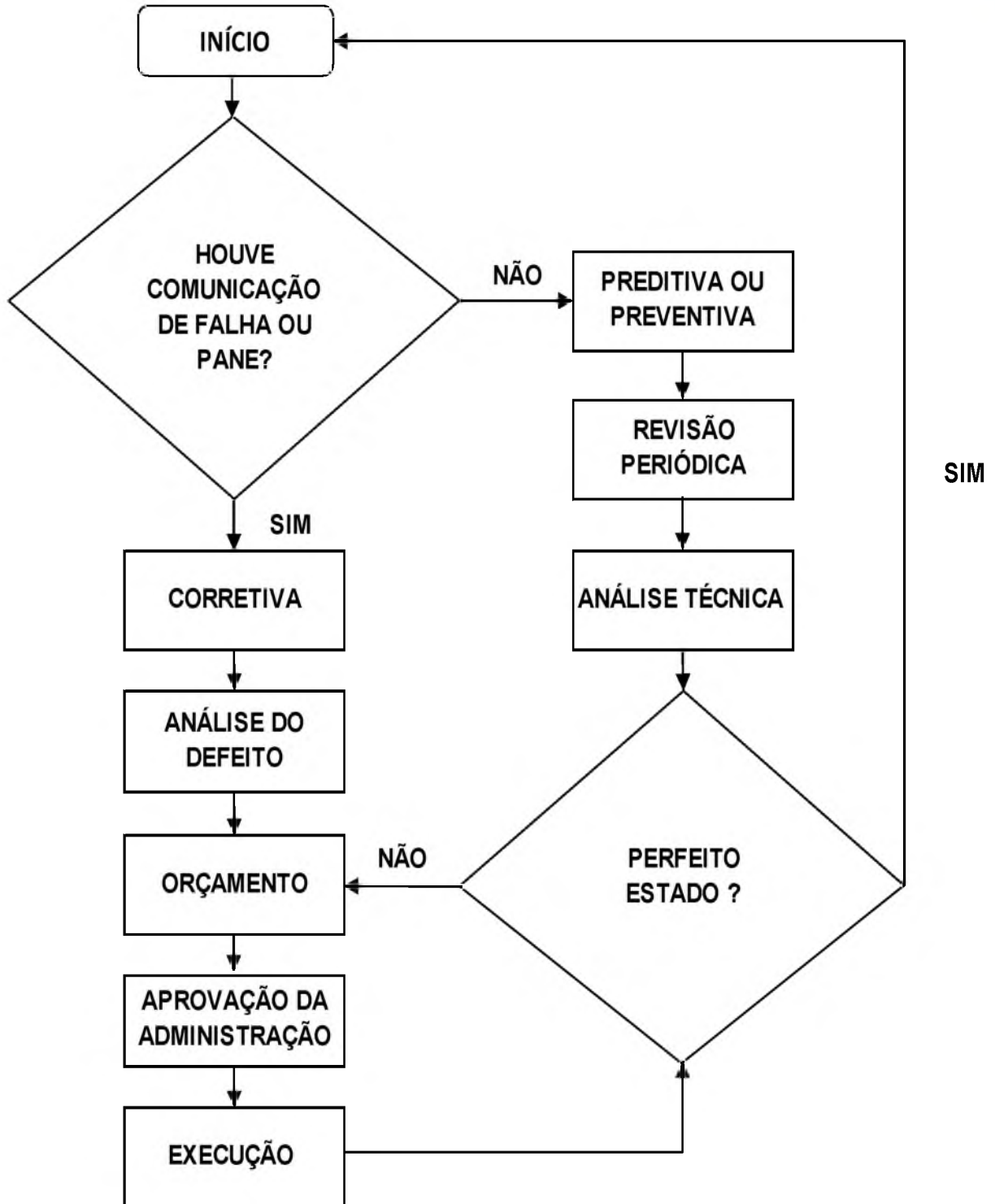
Suas demais atribuições serão:

- ✓ Gerenciar a manutenção predial.
- ✓ Planejar manutenções de obras e ajustes.
- ✓ Coordenar tarefas de caráter técnico, realizar produção e aperfeiçoamento de instalações, máquinas, motores e demais equipamentos.
- ✓ Coordenar a área de engenharia e manutenção, responder pelos Indicadores de manutenção.
- ✓ Coordenar as rotinas e atividades de manutenção, assessorar em atividades como planejamento, contratações e negociações da área.
- ✓ Atuar como facilitador junto aos fornecedores de engenharia e manutenção, prestadores de serviços ou fornecedores de matéria prima, produtos e equipamentos entre outro.
- ✓ Acompanhar atividade da equipe e do setor quanto ao atendimento das demandas de serviços.
- ✓ Coordenar a equipe técnica, realizar a organização do sistema de manutenção de máquinas, realizar o planejamento das manutenções preventivas e corretivas civil, elétrico, hidráulicos e especializados.
- ✓ Ministrando e acompanhar os serviços de manutenção, organizar e providenciar as manutenções externas.
- ✓ Acompanhar os serviços de manutenção que por ventura venham a sere realizados por terceiros.
- ✓ Prestar suporte técnico, acompanhar entregas técnicas, providenciar orçamentos de consertos, analisar os custos das manutenções, acompanhar e auditar os documentos internos e externos e apoiar a gerência na programação de projetos e processos internos.

➤ **Atribuições do Auxiliar de Manutenção**

- ✓ Atuar em serviços gerais de manutenção predial.
- ✓ Atuar em serviços gerais de manutenção predial.
- ✓ Fazer reparos em sistemas elétricos.
- ✓ Fazer reparos em sistemas hidráulicos.
- ✓ Executar limpeza de tubulações.
- ✓ Fazer pequenos reparos civis, originados de desgaste pelo uso contínuo.
- ✓ Zelar pela manutenção e conservação das dependências da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.
- ✓ Executar auxílios de manutenções de obras e ajustes, preventivas ou corretivas, programadas ou não programadas pela Gerência Administrativa da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, quando for o caso de contratação de empresas especializadas na área, dando suporte técnico para a execução dos serviços contratados.

FLUXOGRAMA DE MANUTENÇÃO PREDITIVA, PREVENTIVA E CORRETIVA



1.2. PLANO DE CONTINGÊNCIA

De acordo o disposto no subitem **4.2.16 – Plano de Contingência**, do **Anexo II – TERMO DE REFERÊNCIA**, a CONTRATADA deverá apresentar um Plano de Contingência para o funcionamento da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, com os seguintes quesitos:

- ✓ falha de equipamento;
- ✓ ausência de profissional na escala;
- ✓ ausência de medicamento; e,
- ✓ em condições de agravos/emergência em saúde pública.

Dessa forma, caso sejamos os vencedores desse Processo de Seleção, apresentamos aqui, uma prévia do nosso Plano de Contingência para os quesitos solicitados. Antes porém, faremos algumas considerações necessárias, como segue:

➤ **Definições e Conceitos**

Plano de Contingência é um instrumento de gestão de risco institucional para lidar com situações adversas.

Consubstancia-se num documento onde se definem as responsabilidades estabelecidas em uma organização, para atender a uma emergência e também contém informações detalhadas sobre as características da área ou sistemas envolvidos. É um documento desenvolvido com o intuito de treinar, organizar, orientar, facilitar, agilizar e uniformizar as ações necessárias às respostas de controle e combate às ocorrências anormais.

Os Planos de Contingência devem se concentrar nos incidentes de maior probabilidade e não nos catastróficos que, normalmente, são menos prováveis de acontecer. Paralelamente, determinados tipos de falhas com alta probabilidade de ocorrência podem, pelo tipo e duração de seus efeitos, não justificar qualquer medida de contingência.

➤ **Confecção de Um Plano de Contingência**

O Plano de Contingência deve ser desenvolvido envolvendo todas as áreas sujeitas a catástrofes, tanto as de sistema de informática quanto as de negócio e não deve ser de exclusiva responsabilidade da área de Tecnologia da Informação da organização.

Seus itens deverão estar todos documentados e a atualização desta documentação deve ser feita sempre que necessário.

Testes periódicos no plano também são necessários para verificar se o processo continua válido.

O detalhamento das medidas deve ser apenas o necessário para sua rápida execução, sem excesso de informações, que podem ser prejudiciais numa situação crítica.

Os procedimentos mais simples de contingência são: manter backup regular das bases de dados, manter um 'site de contingência' sempre atualizado, possuir ferramentas seguras para acesso aos dados remotamente para o caso da impossibilidade chegar até o prédio da empresa (VPN ou acesso discado, por exemplo), ter cópias completas e atualizadas de servidores vitais para o funcionamento da empresa (principalmente os que requerem muito tempo para reconstituição), manter senhas em local seguro mas de fácil acesso a pessoas chaves da empresa no caso de uma emergência.

Um Plano de Contingência mais elaborado, normalmente tem um custo elevado, pois envolve alocação de pessoas, sites alternativos, hardware redundante subutilizado, etc. Normalmente o site alternativo possui recursos menores do que o site de produção, visando reduzir custos e atendendo apenas o suficiente para manter os serviços vitais da instituição.

A partir de uma análise é possível relevar o que é realmente importante para a empresa, comparando os custos para se criar a contingência de um determinado item e o eventual prejuízo gerado pela falta da contingência deste mesmo item.

Para se criar um Plano de Contingência mais eficaz, normalmente as grandes empresas utilizam as regras abaixo descritas, com algumas variações mínimas:

- identificar todos os processos de negócio da organização;
- avaliar os impactos no negócio, ou seja, para cada processo identificado, avaliar o impacto que a sua falha representa para a organização, levando em consideração também as interdependências entre processos. Como resultado deste trabalho será possível identificar todos os processos críticos para a sobrevivência da organização;
- identificar riscos e definir cenários possíveis de falha para cada um dos processos críticos, levando em conta a probabilidade de ocorrência de cada falha, provável duração dos efeitos, consequências resultantes, custos inerentes e os limites máximos aceitáveis de permanência da falha sem a ativação da respectiva medida de contingência;
- identificar medidas para cada falha, ou seja, listar as medidas a serem postas em prática caso a falha aconteça, incluindo até mesmo o contato com a imprensa;
- definir ações necessárias para operacionalização das medidas cuja implantação dependa da aquisição de recursos físicos e/ou humanos (por exemplo, aquisição de gerador e combustível para um sistema de contingência de energia elétrica);
- estimar custos de cada medida, comparando-os aos custos incorridos no caso da contingência não existir;
- definir forma de monitoramento após a falha;

- definir critérios de ativação do Plano, como tempo máximo aceitável de permanência da falha;
- identificar o responsável pela ativação do Plano, normalmente situado em um alto nível hierárquico da companhia;
- identificar os responsáveis em colocar em prática as medidas de contingência definidas, tendo cada elemento responsabilidades formalmente definidas e nominalmente atribuídas, sendo que, deve também existir um substituto nominalmente definido para cada elemento, bem como, todos devem estar familiarizados com o plano, visando evitar hesitações ou perdas de tempo que possam causar maiores problemas em situação de crise, sendo necessário ainda, que a equipe responsável tenha a possibilidade de decidir perante situações imprevistas ou inesperadas, devendo estar previamente definido o limite desta possibilidade de decisão; e,
- definir a forma de reposição do negócio aos moldes habituais, ou seja, quando e como sair do estado de contingência e retornar ao seu estado normal de operação, assim como quem são os responsáveis por estas ações e como este processo será monitorado.

Dessa forma, um Plano de Contingência pode ser elaborado respondendo-se três perguntas simples:

1) Qual é o risco e quais efeitos ele pode causar?

Se temos uma gestão de risco eficiente, e teremos, essa pergunta será respondida quase que naturalmente.

A própria análise dos riscos vai nos mostrar que alguns riscos tem impactos muito sérios e não podem ser completamente eliminados.

Então é preciso de um Plano de Contingência para lidar com eles em caso de incidência.

Percebemos aqui, que já atuamos para eliminar, mitigar ou transferir o risco. Mas mesmo assim há fatores que precisam ser minimizados em caso de incidência.

O trabalho é estudar os efeitos, ou seja, aquilo que irá acontecer se o risco incidir. Cada efeito pode requerer um tipo de atividade, planejamento ou tarefa diferente. Dessa forma, essa fase é fundamental, pois é partindo daqui que nossas ações irão ser planejadas.

2) Quando (e se) esse risco ocorrer, o que podemos fazer para minimizar ao máximo seus efeitos?

Nesse momento, é possível fazer um *brainstorming*, por exemplo, para levantar tudo que pode ser feito para minimizar os impactos da incidência.

É preciso pensar, então, no que pode ser feito depois que o risco acontecer.

Imaginemos uma caldeira industrial, esse tipo de equipamento trabalha com níveis muito elevados de temperatura e pressão, e, por mais que as manutenções sejam realizadas corretamente, sempre haverá uma chance (mesmo que pequena e muito bem monitorada) de a caldeira explodir, e, se isso vir a acontecer, os efeitos podem ser catastróficos!

3) O que faremos antes da possível incidência para nos preparar?

Nesse ponto, faremos o plano de ação, que vai preparar tudo que for necessário para o Plano de Contingência.

Aqui podemos usar o 5w2h ou qualquer outra ferramenta de planejamento.

Percebamos que esse não é o Plano de Contingência em si, apenas o planejamento dele, para que todos os recursos estejam disponíveis quando necessário.

Seguindo o exemplo da caldeira, do tópico anterior, se todas as perguntas tivessem resposta positiva, nós precisaríamos:

- a) construir paredes envolta da caldeira;
- b) adquirir máscaras de gás para todos os colaboradores; e,
- c) treinar todos os colaboradores para usar as máscaras e ensinar os procedimentos de evacuação e contenção em caso de explosão.

Cada um desses três tópicos precisaria, então, de um plano de ação para serem executados.

Com isso, chegamos a conclusão de que pensar em como elaborar um Plano de Contingência está, basicamente, dividido em dois aspectos maiores:

- 1º - criar um plano para executar quando o risco incidir; e,
- 2º - preparar antecipadamente a instituição para ser capaz de executar esse plano depois da incidência.

➤ Conclusões

- ✓ Diante dessas premissas, um Plano de Contingência é um tipo de plano preventivo, preditivo e reativo.
- ✓ Apresenta uma estrutura estratégica e operativa que ajudará a controlar uma situação de emergência e a minimizar as suas consequências negativas.
- ✓ Propõe uma série de procedimentos alternativos ao funcionamento normal de uma organização, sempre que alguma das suas funções usuais se vê prejudicada por uma contingência interna ou externa.
- ✓ Procura portanto garantir a continuidade do funcionamento da organização face a quaisquer eventualidades, sejam estas materiais ou pessoais.
- ✓ Inclui quatro etapas básicas: a avaliação, a planificação, as provas de viabilidade e a execução.

➤ **Observações**

- ✓ Os especialistas recomendam planificar antes que seja necessário, isto é, antes que se sucedam os acidentes.
- ✓ Por outro lado, deve ser dinâmico e deve permitir a inclusão de alternativas perante novas incidências que possam ter lugar com o tempo. Por isso, deve ser atualizado e revisto de forma periódica.
- ✓ Deve estabelecer certos objetivos estratégicos e um plano de ação para cumprir com essas metas.

➤ **Exemplo**

Na informática, um Plano de Contingência é um programa alternativo para que uma instituição possa recuperar-se de um desastre informático e reestabelecer as suas operações com rapidez.

Estes planos também são conhecidos pela sigla DRP, do inglês Disaster Recovery Plan (Plano de Recuperação de Desastres).

Um programa DRP inclui um plano de apoio (que se realiza antes da ameaça), um plano de emergência (que se aplica durante a ameaça) e um plano de recuperação (com as medidas devendo ser aplicadas assim que a ameaça já tenha sido controlada).

1.2.1. Plano de Contingência Para Falta de Energia Elétrica

- a) Em caso de falha de energia elétrica, a UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, disporá do fornecimento de energia do grupo gerador.
- b) O grupo gerador entra em funcionamento automaticamente, após a queda de energia elétrica, em 10 (dez) segundos.
- c) Sempre teremos diesel em quantidade suficiente para o grupo gerador funcionar por 2 a 3 horas, tempo suficiente para providenciar mais diesel caso seja necessário.
- d) Assim que o grupo gerador funcionar, reporemos em ato contínuo, o abastecimento de diesel.
- e) Ao detectar problemas no grupo gerador, acionaremos o técnico de manutenção, embora já tenhamos programado, o cronograma de execução de manutenção preventiva e preditiva do grupo gerador.

1.2.2. Plano de Contingência Para Falta de Água Potável

- a) Sempre que houver falta de água potável, em decorrência de manutenções ou consertos, acionar o serviço de manutenção predial para que seja

informado o tempo que irá persistir a falta de água na Unidade (geralmente poucas horas).

- b) Manter e checar se a caixa d'água está sempre cheia, limpa e aprovada para o abastecimento da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.
- c) Solicitar recipientes contendo água para uso nos sanitários e higiene das mãos e sujeira visível.
- d) Assim que retornar o abastecimento da água, atentar para possíveis problemas hidráulicos que possam ocorrer devido à alta ou baixa pressão da água, e caso aconteça, solicitar manutenção imediata para corrigir o problema.

1.2.3. Plano de Contingência Para Ausência de Profissional na Escala (Ex.: Greve de Ônibus)

- a) Todos os colaboradores da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO devem saber executar as tarefas que competem os cargos similares, a fim de que, em casos de falta de um ou alguns dos colaboradores, todos os outros estejam habilitados para substituí-los.
- b) No caso de falta de colaboradores devido motivo de greve de ônibus, visto que nosso contingente funcional está calculado com o IST – Índice de Segurança Técnica, utilizar o sistema de horas extras e/ou banco de horas, para cobrir as eventuais ausências.
- c) Mapear e registrar os colaboradores que moram mais próximo da Unidade, ou os colaboradores que tenham mais facilidade de deslocamento por meio de veículos próprios, ou motoristas de aplicativo, para possível cobertura do quadro ausente.
- d) Liberar o colaborador para pagamento de transporte com motorista de aplicativo, com reembolso imediato dos gastos.
- e) Caso não seja possível as alternativas "c" e "d", solicitar ao profissional que já está de plantão, o cumprimento de horário extra, até o reestabelecimento da escala.

1.2.4. Plano de Contingência Para Falta de Material de Assistência Farmacêutica e Insumos na Unidade

- a) Garantir que o medicamento ou material médico-hospitalar esteja disponível para o paciente no momento da necessidade.

- b) Garantir o processo de controle de estoque manual, em casos de queda do sistema SIG e/ou sem energia elétrica e/ou invasão e sabotagem no SIG.
- c) Garantir e utilizar sistema de empréstimo de outra Unidade gestada pelo INCS.

➤ **Sem Sistema SIG**

- a) Verificar se o problema pode ser resolvido rapidamente.
- b) Constatada interrupção do Sistema SIG, sabendo que a solução pode demorar, contatar imediatamente o outsourcing de T.I., para solicitar o mais rápido reestabelecimento do SIG, informando-se do período estimado que o SIG fique fora do ar, para que a Farmácia Clínica possa se programar e utilizar o Plano de Contingência no sistema de baixa manual em papel.
- c) Com a interrupção do sistema os médicos deverão fazer as receitas manualmente em duas vias, anotar conduta e procedimentos, para posterior lançamento no SIG.
- d) A farmácia fará a separação manual dos medicamentos e materiais.
- e) Os materiais médico-hospitalares e medicamentos dispensados, deverão ser anotados em planilha para posterior lançamento e baixa no estoque via SIG, sendo que essa planilha conterá:
 - nome do paciente;
 - número da FAA manual;
 - número do Código do Colaborador;
 - nome do médico;
 - quantidade dispensada;
 - descrição do medicamento e/ou material médico-hospitalar; e,
 - lote do produto.
- f) Preencher a planilha manual com letra legível, preferencialmente utilizando-se do programa Excel do computador;
- g) Caso o sistema demore mais de um plantão para voltar ao ar, ao final de cada plantão, arquivar todas as planilhas identificando o plantonista responsável e a data.

➤ **Sem Energia Elétrica**

- a) Sempre manter 30 folhas da planilha do Anexo I, da pasta de formulários contida na Farmácia Clínica, para casos em que a Unidade permaneça por longo período sem energia elétrica.

➤ **Sem Refrigerador**

- a) Os medicamentos termossensíveis devem ser mantidos no refrigerador e ser checada a sua temperatura constantemente, pelo termo higrômetro.
- b) Quando a temperatura atingir 7,5° C, transferir os gelo gel que encontram-se no compartimento superior do refrigerador, para uma caixa térmica,

também com termo higrômetro, armazenando-se tais medicações nessa caixa, monitorando sempre a temperatura da mesma.

- c) Trocar os gelogel quando necessário.

Nota: voltando a energia elétrica, aguardar a temperatura do refrigerador se estabilizar dentro dos padrões de 2º a 8º C, para após isso transferir definitivamente a medicação de volta.

➤ **Quando o SIG Retornar**

- a) Verificar o lançamento dos pacientes no SIG com a administração, para que seja disponibilizado o número da FAA do usuário.
- b) Lançar no SIG toda a movimentação manual realizada na Farmácia Clínica, tanto para paciente, quanto para o setor, seguindo a ordem abaixo, nas datas retroativas, conforme procedimento FAR006:
- 1º transferência entre estoque; e,
 - 2º saída para paciente e setor.
- c) Arquivar os comprovantes de movimentação por dia.

➤ **Sem o Insumo no CAF ou no Almoxarifado**

- a) Em caso de falta de insumo no CAF ou no Almoxarifado da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, entrar em contato com o Setor de Compras para verificar se o produto está em falta na Unidade, se foi solicitado sua compra ou se consta pendências de recebimento do fornecedor.
- b) Em caso de falta de material antes do prazo previsto, deve ser feito contato com o Farmacêutico Responsável, que deverá solicitar por empréstimo, de outras Unidades sob a gestão do INCS, conforme o caso, acionando a empresa que gerencia toda a logística, para a disponibilização imediata.

1.2.5. Plano de Contingência Para Incêndios

- a) Os recursos e mecanismos de supressão de incêndios disponíveis na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO consiste em: extintores de incêndio das classes B, C e ABC, distribuídos estrategicamente e sinalizados.
- b) Na identificação de princípio de incêndio, qualquer profissional treinado pela Brigada de Incêndio, que vamos implantar, deverá imediatamente utilizar o extintor adequado ao tipo de incêndio.
- c) A partir do comunicado da emergência, deverão ser acionados os Brigadistas lotados em setores mais próximos ao da ocorrência e o chefe da Brigada, observando-se os turnos de trabalho.
- d) Os Brigadistas acionados irão se deslocar imediatamente até o local adotando as seguintes ações: avaliar a dimensão do incêndio ou emergência.

➤ **Se Princípio de Incêndio**

- ✓ avaliar rapidamente o método de extinção e a necessidade de desligamento de equipamentos elétricos;
- ✓ utilizar os extintores adequados conforme classe do incêndio; e,
- ✓ avaliar a necessidade de reforço da equipe de brigadistas.

➤ **Se Incêndio**

- ✓ acionar o Corpo de Bombeiros;
- ✓ acionar todos os Brigadistas presentes;
- ✓ dar ordem de evacuação dos setores;
- ✓ as rotas de fuga deverão ser conhecidas e sinalizadas, de forma que a retirada das pessoas seja rápida e segura;
- ✓ os pacientes com maior mobilidade saem primeiro e os pacientes com dependência total em segundo tempo;
- ✓ deverá contar com a ajuda do Corpo de Bombeiros;
- ✓ as equipes médica e de enfermagem deverão preparar os pacientes para iniciar o abandono; e,
- ✓ as informações médicas relativas ao paciente deverão acompanhá-lo no processo de evacuação, sempre que possível, mesmo que minimamente (prescrição e evolução do dia).

1.2.6. Plano de Contingência Frente a Alagamento

- a) Ao detectar alagamento na unidade no período de chuva, os colaboradores deverão comunicar a liderança imediata.
- b) Observar em suas áreas a situação da infraestrutura em função do alagamento, devendo, de imediato, desligar os equipamentos das tomadas, tomando o devido cuidado com o choque elétrico.
- c) O líder imediato deve articular junto ao setor de limpeza e conservação a logística para limpeza do local e junto ao setor de manutenção predial e tecnologia da informação, as orientações necessárias quanto à energia elétrica frente ao alagamento e a preservação e resgate dos equipamentos.

1.2.7. Plano de Contingência de Gases Medicinais

- a) A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO dispõe de torpedos de oxigênio.
- b) Em caso de falta de gases medicinais, a liderança imediata solicita ao Gerente Administrativo, por celular, para emprestar de outras Unidades de Saúde locais, caso a empresa prestadora de serviço não providenciar o produto imediatamente.

Nota: pretendemos instalar tanque de gases medicinais e rede de gases, similares aos das outras Unidades de Pronto Atendimento que gerimos, sendo que os tropedos passarão a fazer parte do Plano de Contingência de Gases Medicinais, como já ocorre atualmente nessas Unidades. Caso sejamos vencedores, apresentaremos os custos para montar esse equipamento da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

1.2.8. Plano de Contingência de Veículos de Remoção

- a) O Serviço de Remoção e Transporte da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, será executado pelo Município, não estando sob a gestão da futura Contratada.
- b) Caso o Município apresente algum tipo de problema, de qualquer natureza, em relação aos Serviços de Remoção e Transporte, temos várias empresas de remoção cadastradas para realizarem chamados avulsos, inclusive locais regionais.

1.2.9. Plano de Contingência de Serviço de Imagem (Raio X)

- a) Em caso de falhas nos equipamentos de Raio X (fixo e portátil), o Técnico de Radiologia fará contato com o líder imediato que deverá comunicar a Gerência Administrativa da Unidade.
- b) Será organizado o fluxo para encaminhar os pacientes de ambulância do Município até as outras Unidades do município ou locais regionais, que realizem esses exames radiológicos, com as quais manteremos uma relação, para solucionarem esse problemas que eventualmente possam surgir.

1.2.10. Plano de Contingência Serviço de Laboratório Clínico

- a) Caso falte energia, internet ou outro problema que impossibilite a liberação de exames pelo método tradicional, liberaremos os laudos manualmente.
- b) O Laboratório como Plano de Contingência, conterà uma pasta com formulários para liberação manual dos exames, que também podem ser liberados no Excel, dependendo da situação.
- c) Caso haja a impossibilidade de utilizar a o setor do Laboratório da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, por motivo de força maior, a Gerência

Administrativa da Unidade organizará o fluxo para encaminhar as amostras até as outras Unidades sob gestão do INCS, ou, conforme o grau de urgência, para Laboratórios locorreionais.

MODELOS DOS FORMULÁRIOS PARA LIBERAÇÃO MANUAL DOS EXAMES LABORATORIAIS

Bioquímica

Nome:		
Data:	RA:	
Data de nascimento:	Setor:	
Médico:		
Analito	Resultado	Valores de Referência
Glicose		70 a 99
Uréia		10 a 50
Creatinina		Masc: 0,70 a 1,30 Fem: 0,60 a 1,10
Sódio		136 a 145
Potássio		Adultos: 3,5 a 5,1 RN: 3,7 a 5,1
TGO		11 a 39
TGP		11 a 45
Amilase		25 a 125
DHL		200 a 480
CPK		Masc: 24 a 195 Fem: 24 a 170
CKMB		≥ 25
Bilirrubina Direta		0,40
Bilirrubina Total		0,20 a 1,00
PCR		≥ 6,0
GGT		Masc: 10 a 50 Fem: 7 a 2

Hemostasia

TEMPO DE PROTOMBINA		<i>Valores de Referência</i>
TP:		Até 15 segundos
ATIVIDADE:		70 a 100%
INR:		Até 1,00 a 1,34

TEMPO de TROBOMPLASTINA ATIVADA	<i>Valor de Referência</i>
TTPA:	30 a 45 segundos

Hemograma
SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos:	milhões/mm ³
Hemoglobina:	g/dL
Hematócrito:	%
V.C.M.	fentolitros
H.C.M.	pg
C.H.C.M	g/dL
R.D.W.	%
Observações:	
SÉRIE BRANCA	
Leucócitos:	/mm ³
Promielócitos:	%
Mielócitos:	%
Metamielócitos:	%
Bastonetes:	%
Segmentados:	%
Eosinófilos:	%
Basófilos:	%
Linfócitos:	%
Monócitos:	%
Linfócitos atípicos:	%
Plaquetas:	mil/mm ³
Observações:	

Urina Tipo I

Aspecto:	
Cor:mj	
Volume:	mL
Densidade:	VR: 1010 a 1030
pH:	VR: 5,0 a 6,5
Nitrito:	
Proteínas:	
Glicose:	
Cetonas:	
Urobilinogênio:	
Pig. Biliares:	
Hemoglobina:	
Leucócitos:	/mL Até 10.000 /ml
Hemácias:	/mL Até 5.000 /ml
Cilindros:	
Cristais:	
Células:	
Bactérias:	
Leveduras:	
Outros:	
Observações:	

1.2.11. Plano de Contingência de Equipamentos

- a) Em caso de falha nos equipamentos assistenciais o colaborador fará contato com o líder imediato, que deverá comunicar a Gerência Administrativa da Unidade, que por sua vez, solicitará reposição imediata com a empresa terceirizada que dará suporte em Engenharia Clínica, colocando outro no lugar, até a solução do problema.

1.2.12. Plano de Contingência Para a Central de Material Esterilizado – CME

- a) A CME é responsável por todo o processo de esterilização dos materiais utilizados na Unidade. Ao detectar falha na autoclave, contatar imediatamente a assistência técnica, comunicar a Gerência Administrativa para encaminhar os materiais para esterilização nas outras Unidades sob gestão do INCS.

DISPOSIÇÕES FINAIS

Este PLANO DE TRABALHO foi elaborado pela equipe técnica, administrativa-financeira, de recursos humanos e jurídica do INCS – INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, orientadas pelo seu Diretor de Operações, que assina o documento.

Esperamos ter demonstrado com clareza, através do que foi nele disposto, toda a nossa expertise e capacidade gerencial que envolvem tão complexa, importante e imprescindível atividade, que são os serviços assistenciais de saúde para população.

Agradecemos a oportunidade de apresentar nosso trabalho para a equipe de profissionais do DMS – Departamento Municipal de Saúde de Jacupiranga, que compõem a Comissão Especial de Seleção.

Almejamos vencer a disputa deste Processo de Seleção, para que possamos aplicar toda nossa capacidade de trabalho, com vontade e dedicação, em prol da saúde pública, sempre em conjunto com o DMS – Departamento Municipal de Saúde de Jacupiranga, para mais uma vez, termos a honra e o orgulho de continuar servindo os cidadãos do Município de Jacupiranga, do nosso querido Estado de São Paulo.

Cordialmente.

INCS – INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
THIAGO LENCKI ROCHA
Diretor de Operações

Jacupiranga, São Paulo, Dezessete de Dezembro do Ano de Dois Mil e Dezenove.